

Panik Bozukluğu Olan Hastalarda Eksen I ve Eksen II Eştanısı Açısından Cinsiyet Farklılıkları

Mehtap Arslan Delice¹,
Abdülkadir Tabo², Gazi Alataş³,
Murat İlhan Atagün⁴

¹Psikiyatrist, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul - Türkiye
²Psikiyatrist, İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Ruh Sağlığı Şube Müdürü, İstanbul - Türkiye
³Psikiyatrist, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı, Ankara - Türkiye
⁴Yard. Doç. Dr., Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara - Türkiye

ÖZET

Panik bozukluğu olan hastalarda Eksen I ve Eksen II eştanısı açısından cinsiyet farklılıkları

Amaç: Eştanılı durumlar psikiyatrik hastalıkların klinik seyrini, belirti şiddetini ve tedavi cevabını önemli ölçüde etkiler. Panik bozukluğu, önemli ölçüde yeti yitimine neden olabilen, kişilerarası ilişkilerde azalma, belirli sosyal durumlardan kaçınma, yüksek riskli işlerde çalışmaktan uzak durma, dolayısıyla çalışma performansında azalma ve işsiz kalma gibi ağır sonuçları olabilen bir hastalıktır. Diğer psikiyatrik bozukluklarla sıklıkla birlikte bulunabilmekte, bu durum da yeti yitimini artırmaktadır. Birçok çalışmada panik bozukluğunun kadınlarda sık görülen bir hastalık olduğu, kadın cinsiyetinin panik bozukluğu gelişmesinde önemli bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada panik bozukluğuna eşlik eden Eksen I ve Eksen II eştanıları dağılımının cinsiyetler arasında farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya içerme ölçütlerini karşılayan ve DSM-IV'e göre panik bozukluğu tanısı alan 31'i (%49.2) kadın, 32'si (%50.8) erkek toplam 63 hasta alınmıştır. Tanı SCID-I kullanılarak konulmuş, sosyodemografik veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen formla toplanmış, kişilerin tamamına Panik Agorafobi Ölçeği uygulanmış, çocukluk çağı ayrılık anksiyetesi varlığı araştırılmıştır. Eksen II kişilik bozuklukları SCID-II uygulanarak araştırılmıştır. Sonuçta panik bozukluğu olan her iki cinsiyet arasında demografik, klinik, Eksen I ve Eksen II eştanısı açısından bir fark olup olmadığı araştırılmıştır.

Bulgular: Kadın hastaların anlamlı derecede daha fazla ayrılık anksiyetesi öyküsü bildirdikleri, depresyon, sosyal anksiyete bozukluğu, özgül fobi eştanısının kadın hastalarda daha fazla görüldüğü, alkol kullanım bozuklukları eştanısının ise, erkek panik bozukluğu hastalarında daha sık görüldüğü tespit edildi. Eksen II eştanıları açısından gruplar arasında fark yoktu.

Sonuç: Panik bozukluğuna eşlik eden Eksen I ve Eksen II bozuklukları cinsiyet farklılığı açısından karşılaştıran çalışmamızın bulguları göstermiştir ki depresyon, sosyal anksiyete bozukluğu, özgül fobi ve alkol kullanım bozukluğu eştanısı açısından her iki cins birbirinden farklıdır. Çalışmamız, Eksen II eştanısı açısından cinsiyetler arasında farklılık değil benzerlik olduğunu göstermiştir.

Anahtar kelimeler: Cinsiyet farklılığı, eştani, panik bozukluğu

ABSTRACT

Gender differences in terms of Axis I and Axis II comorbidity in patients with panic disorder

Objectives: Comorbidity in psychiatric disorders significantly affects the clinical course, the severity of symptoms, and the response to the treatment. Panic disorder can cause considerable disability, reduction of interpersonal relationships, avoidance of certain social situations, and staying away from high-risk jobs and consequently lowering work performance causing loss of job. A number of studies have shown that panic disorder is observed more frequently in females, indicating a gender risk factor. This study investigated potential gender differences in the distribution of Axis I and Axis II comorbidity.

Method: A total of 63 patients who satisfied the inclusion criteria and had been diagnosed with panic disorder according to DSM-IV participated in this study. 31 (49.2%) patients were female, and 32 (50.8%) were male. Panic disorder was diagnosed with SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders). Sociodemographic data were collected using a form developed by the researchers, and the Panic Agoraphobia scale was applied in all cases. The existence of possible childhood separation anxiety was also investigated, and SCID-II was applied to identify Axis II personality disorders. Gender differences in demographic and clinical characteristics and in the comorbidity of Axis I and Axis II disorders were then investigated.

Results: The reported prevalence of separation anxiety was considerably higher in the female than in the male patients. Depression, social anxiety disorder, and specific phobias were more common in the female patients, whereas alcohol abuse was more common among the male patients. There was no gender difference in Axis II comorbidity.

Conclusions: This comparison of gender differences in Axis I and Axis II disorders that coexist with panic disorders indicated that comorbidities of depression, social and specific phobias, and alcohol abuse comorbidities are different among the genders. However, there appeared to be gender differences in Axis II comorbidities.

Key words: Gender differences, comorbidity, panic disorder



Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Psikiyatrist Mehtap Arslan Delice
Kartaltepe M. Umut S. Yuvam Ap. No: 15/12
Bakırköy/İstanbul, Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-409-1515/2340

Elektronik posta adresi / E-mail address:
mhtarslan@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
15 Ağustos 2013 / August 15, 2013

Kabul tarihi / Date of acceptance:
15 Mart 2014 / March 15, 2014

GİRİŞ

Eştanılı durumlar, psikiyatrik hastalıkların klinik seyri, semptom şiddetini ve tedaviye cevabını önemli ölçüde etkilerler (1). Panik bozukluğu (PB), önemli ölçüde yeti yitimine neden olabilen, kişilerarası ilişkilerde azalma, panik atağı (PA) riskinde artma ihtimali nedeniyle belirli sosyal durumlardan kaçınma, yüksek riskli işlerde çalışmaktan uzak durma nedeniyle çalışma performansında azalma ve işsiz kalma gibi ağır sonuçları olabilen bir hastalıktır (2). Diğer psikiyatrik bozukluklarla sıklıkla birlikte bulunabilmekte, bu durum da yeti yitimini artırmaktadır. Örneğin Majör Depresyon ve PB'nin yaşam boyu birlikteliğinin %50-60 oranında olduğunu bildiren yayınlar bulunmaktadır (3,4). Yine PB olan hastaların 1/3 ila 1/2'si agorafobi kriterlerini de karşılamaktadır. Erken dönemde yaşanan ayrılık anksiyetesinin de panik ve agorafobi gelişiminde etiyolojik bir rolü olduğu düşünülmektedir. Panik hastalarının kontrollere göre daha çok stresli yaşam olaylarına maruz kaldıkları, agorafobili hastaların yaklaşık %50'sinin geçmişinde ayrılık anksiyetesi saptandığı bildirilmektedir (5). Sosyal fobi, post travmatik stres bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk ve özgül fobi ile birlikte bulunma, PB için belirgindir (2). Madde kullanımı bozukluğu da PB ile sıklıkla birlikte görülen psikiyatrik bozukluklar arasındadır (6) Yine Eksen II kişilik bozukluklarının PB ile birlikte görülme oranı %40-%50'dir. Özellikle kaçınan, obsesif kompulsif ve bağımlı kişilik bozukluğu gibi tiplerin yer aldığı C kümesi kişilik bozuklukları PB olan bireylerde hastalığa en sık eşlik eden Eksen II bozukluklardır (7,8). Yapılan birçok çalışmanın PB'nun kadınlarda sık görülen bir hastalık olduğunu, kadın cinsiyetinin PB gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğunu gösterdiği bildirilmektedir (9). PB'de cinsiyetler arasındaki farklılıkları inceleyen çalışmalar kadınlarda PB sıklığının erkeklerden 2.5 kat daha fazla olduğunu (10), özellikle agorafobinin eşlik ettiği PB'nin kadınlarda daha ağır ve kronik seyrettiğini (11), kadınların daha fazla agorafobik kaçınma bildirdiklerini göstermektedir (12). Eştanı açısından cinsiyetler arasında fark olmadığını bildiren çalışmalar olduğu gibi (1), PB olan kadınlarda eştanının daha fazla görüldüğünü bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (13).

Bu çalışmada PB'na eşlik eden Eksen I ve Eksen II eştanısı dağılımının cinsiyetler arasında farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesi amaçlanmıştır. Uluslararası literatürde çok sayıda araştırma olmasına rağmen, ülkemizde bu konuda bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ülkemizdeki PB hastalarında yapılan bir araştırma ile bu konudaki yerel bilgiye katkı yapılması; kültürel bir fark olup olmadığının saptanması ve bulguların başka toplumlardaki sonuçlarla karşılaştırılması hedeflenmiştir.

YÖNTEM

Çalışma Evreni ve Örneklem

Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ayaktan Tedavi Ünitesi polikliniklerinden ikisine ardışık 3 ay içinde başvuran ve klinik görüşme ile PB tanısı alan 42 kadın, 36 erkek hasta çalışmaya alınmış, ancak 10 kadın hastadan 4'ünün SCID-I ile yapılan görüşmede PB tanı ölçütlerini karşılamaması, 4'ünün ölçekleri uygularken uyum sağlayamaması, 2'sinin araştırmaya başladıktan sonra onamlarını geri çekmesi, 4 erkek hasta ise, ölçekleri uygularken uyum sağlayamaması nedeniyle çalışma dışında bırakılmıştır. Çalışma, içerme kriterlerini karşılayan 31'i (%49.2) kadın, 32'si (%50.8) erkek toplam 63 hasta ile tamamlanmıştır.

Çalışmaya 18-55 yaşları arasında, okur-yazar, çalışmada kullanılacak ölçekleri uygulamak için yeterli zihinsel kapasiteye sahip ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edilmiş, bu ölçütleri karşılamayan hastalar çalışma dışında bırakılmıştır.

Ölçekler

SCID-I: Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından DSM-IV Eksen-I tanıları için geliştirilmiş, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir (14). SCID-I'in Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çorapçıoğlu ve arkadaşları (15) tarafından yapılmıştır.

SCID-II: Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından DSM-III-R Eksen-II tanıları için geliştirilmiş,

yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir (16). SCID-II'in Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Sorias ve arkadaşları (17) tarafından yapılmıştır.

Panik Agorafobi Ölçeği: PB tanısı almış olan hastalarda, PA özellikleri, agorafobi ve kaçınma davranışı, beklenti anksiyetesi, yeti yitimi ve sağlık konusundaki endişeyi sorgulayan beş alt bölümden oluşur. Ölçek, özellikle ilaç veya psikolojik tedavilerin etkinliğinin araştırıldığı klinik çalışmaların haftalık değerlendirilmesi için geliştirilmiştir. Ayrıca, diğer psikiyatrik hasta gruplarında; PB ve agorafobi, belirti örüntüsünü araştırmak amacıyla kullanılabilir. Bandelow ve arkadaşları (18) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Tural ve arkadaşları (19) tarafından yapılmıştır.

İşlem

Sosyodemografik veriler araştırmacı tarafından geliştirilen formla elde edilmiş, Eksen I psikiyatrik bozuklukların tanıları DSM-IV'e göre yapılandırılmış klinik görüşme formu (SCID-I) kullanılarak, Eksen II tanıları SCID-II ile değerlendirilmiştir.

Klinik özellikleri değerlendirmek için Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ) uygulanmış, çocukluk çağı ayrılık anksiyetesi öyküsü hastanın kendisinden DSM-IV tanı ölçütleri esas alınarak geçmişe dönük olarak sorgulanmıştır. Hastalığın başlangıç yaşı, hastanın PB tanı ölçütlerini karşıladığı yaşı sorgulanarak belirlenmiş ve hastane tıbbi kayıtlarından teyit edilmiştir.

Hastaların tamamına çalışmanın amacı ve yöntemi ayrıntılı olarak açıklanmış, ayrıca bilgilendirilmiş onam formu ile çalışmaya katılım için yazılı onay alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

İstatistik işlemler sırasında, SPSS PC 15.0 Windows versiyonu kullanılarak; tanımlayıcı istatistikler olan frekans, aritmetik ortalama ve bu verilerin ortalama etrafında dağılımını göstermek üzere standart sapma hesaplandı. Gruplara ait kategorik değişkenlerin birbiriyle karşılaştırmasında ki-kare testi, sürekli değişken ortalamalarının birbirleriyle karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t testi kullanıldı. $p < 0.05$ olduğunda anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Hastaların sosyodemografik verileri Tablo 1'de özetlenmiştir. Çalışmamıza 31'i (%49.2) kadın, 32'si (%50.8) erkek toplam 63 hasta alınmıştır. Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması 33.1 ± 9.2 ' idi. Kadın hastaların yaş ortalaması 32.3; erkek hastaların yaş ortalaması 34.0'tü (Tablo 1). Bu açıdan gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu. 31 kadın hastadan 23'ü (%74.0), 32 erkek hastadan 21'i (%65.6) evliydi (Tablo 1). Grupların yaş ve medeni durum açısından eşit olmalarına karşın, eğitim süreleri erkeklerde daha fazlaydı ($p < 0.001$).

Panik Agorafobi Ölçeği sonuçlarına göre gruplar arasında hastalık şiddeti ve agorafobi varlığı bakımından fark tespit edilmedi. Kadın hastaların istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla ayrılık anksiyetesi öyküsü bildirdikleri ($p = 0.04$) saptandı (Tablo 2). Çalışmamıza alınan 31 kadın hastadan 12'sinde (%38.7), 32 erkek hastadan 5'inde (%15.6) çocukluk çağında ayrılık anksiyetesi öyküsü tespit edildi (Tablo 2).

Tablo 1: Grupların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

	Kadın (n=31)	Erkek (n=32)	p	χ^2
Yaş*	32.30±8.59	34.00±9.78	0.46	-
Medeni Durum				
Evli	23	21	0.46	0.55
Diğer	8	11		
Eğitim*	6.32±1.86	10.31±4.12	<0.001	-

*Student t test, χ^2 : Ki kare testi

Eksen I tanılar açısından karşılaştırıldığında depresyon ($p=0.028$), sosyal anksiyete bozukluğu ($p=0.004$), özgül fobilerin ($p=0.009$) kadın hastalarda daha fazla görüldüğü, alkol kullanım bozukluklarının ise erkek hastalarda daha sık görüldüğü ($p<0.001$) tespit edildi (Tablo 3).

Her iki grupta da en sık görülen Eksen II kişilik bozukluğu, beklenebileceği üzere kaçınan kişilik bozukluğuydu. Kadınlarda bağımlı ve histriyonik kişilik bozukluğu, erkeklerde ise obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu daha fazlaydı. Eksen II tanılar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (Tablo 4).

Tablo 2: Grupların klinik özelliklerinin dağılımı

	Kadın (n=31)	Erkek (n=32)	p	χ^2
PAÖ puanı	29.36	34.73	0.25	-
Ayrılık Anksiyetesi Öyküsü	12 (%38.7)	5 (%15.6)	0.04	4.26
Agorafobi var	21 (%67.7)	21 (%65.6)	0.86	0.03
Tanı Yaşı	30.5±8.0	32.3±10.1	0.43	

Sayımla belirlenen değişkenler t testi ile, kategorik değişkenler Ki-kare testi ile karşılaştırıldı. PAÖ: Panik Agorafobi Ölçeği, χ^2 : Ki kare testi

Tablo 3: Grupların birinci eksen eştanılarına göre karşılaştırılması

	Kadın		Erkek		p
	n=31	%	n=32	%	
Depresyon	21	67.7	13	40.6	0.028*
Bipolar Bozukluk	2	6.5	1	3.1	0.488
Distimi	2	6.5	4	12.5	0.351
Siklotimi	0	0.0	2	6.3	0.254
Obsesif Kompulsif Bozukluk	7	22.6	5	15.6	0.352
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	3	9.7	1	3.1	0.294
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	14	45.2	4	12.5	0.004*
Özgül Fobi	13	41.9	4	12.5	0.009*
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	12	38.7	14	43.8	0.44
Somatizasyon	1	3.2	0	0.0	0.492
Hipokondriazis	7	22.6	3	9.4	0.138
Yeme Bozukluğu	3	9.7	2	6.3	0.485
Uyum Bozukluğu	2	6.5	2	6.3	0.681
Alkol Kullanım Bozukluğu	0	0.0	9	28.1	<0.001
Madde Kullanım Bozukluğu	0	0.0	2	6.3	0.492

Ki-kare testi, *İstatistiksel olarak anlamlı

Tablo 4: Grupların ikinci eksen eştanılarına göre karşılaştırılması

	Kadın		Erkek		p
	n	%	n	%	
Kaçınan	15	48.4	8	25.0	0.054
Bağımlı	10	32.3	5	15.6	0.105
Obsesif Kompulsif	5	16.1	8	25.0	0.289
Pasif Agresif	0	0.0	3	9.4	0.125
Paranoid	3	9.7	6	18.8	0.253
Şizotipal	1	3.2	0	0.0	0.492
Histrionik	9	16.1	5	15.6	0.165
Narsisistik	1	3.2	2	6.3	0.512
Borderline	9	29.0	5	15.6	0.165

Ki-kare testi

TARTIŞMA

Çalışmamıza 31'i kadın, 32'si erkek toplam 63 hasta alınmıştır. PB'nin kadınlarda erkeklerden yaklaşık 2-2,5 kat fazla görüldüğü bilinmektedir. Ancak çalışmamızda spesifik olarak kadınlarla erkeklerin Eksen I ve Eksen II eştanısı açısından karşılaştırılması amaçlandığından, her iki gruptaki kişi sayısının birbirine yakın olması gözetilmiştir. Çalışmamızda cinsiyetler arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmaması, bu açıdan cinsiyetler arasında fark olmadığını bildiren literatür bilgisiyle uyumludur (11,20). Tablo 1'de kadınların eğitim seviyelerinin erkeklerden anlamlı şekilde daha düşük olduğu görülmektedir. Çalışmamızın, eğitim düzeyleri açısından cinsiyetler arasında fark olmadığını (11,21) ya da PB'si olan kadınların eğitim düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildiren çalışmaların (20) bulgularıyla uyumsuz olan bu sonuç, toplumumuzda genel olarak kadınlarda eğitim oranının düşük olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamıza alınan kadın hastalarda ortalama tanı yaşı 30.5, erkek hastalarda 32.3 bulunmuştur. Bu hastaların PB için DSM-IV tanı ölçütlerinin karşılandığı yaştır. Çalışmamızda cinsiyetler arasında bu açıdan fark yoktur. Literatürde bu konuda birbiriyle çelişen bulgular bulunmaktadır (11,12,20,22,23). Bu çelişki, başlangıç yaşının geriye dönük olarak belirleniyor olmasından kaynaklanıyor olabileceği gibi, çalışmaların bazılarının başlangıç yaşı olarak ilk PA alması, bazılarının PB tanı ölçütlerinin karşılandığı yaşı alması gibi metodolojik farklılıklardan da kaynaklanıyor olabilir.

PA şiddetinin kadınlarda daha yüksek olduğunu bildiren literatür bilgisinin (11) aksine bu çalışmada PAÖ skoru açısından cinsiyetler arasında fark bulunmamıştır. Bu sonuç toplumumuzun kültürel yapısı nedeniyle erkeklerin hastalık şiddeti bir düzeyin üstünde olmadan tedavi için başvurmuyor olması olasılığı ile açıklanabilir. Ancak çalışmamızın örneklem büyüklüğü ve metodolojisi bu konuda daha fazla yorum yapmaya engel oluşturmaktadır.

Epidemiyolojik çalışmalarda yaşam boyu agorafobi yaygınlığı kadınlarda %1.8-23.3, erkeklerde ise %3-5 oranlarında tespit edilmiştir (24,25). Bu bulgular, kadınların agorafobik popülasyonun %75'ini

oluşturduğunu göstermektedir. Bunun nedeni daha çok kültürel faktörlerle açıklanmakta olup, örneğin takınılan cinsiyet rollerinin kadını daha çok eve bağladığı, erkeklerde görülen daha yüksek oranlardaki alkol tüketiminin ise anksiyeteyi yatıştırıcı bir rol oynayabildiği öne sürülmüştür (26). Ancak, agorafobinin tipik bir kadın hastalığı olduğunu bildiren çalışmaların yanında agorafobili erkeklerle agorafobili kadınlar karşılaştırıldığında farklılıktan çok benzerlik bulunduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (21). Bizim çalışmamızda da agorafobi oranı her iki grupta birbirine yakın oranlarda saptanmıştır. Bizim açımızdan sürpriz olan bu sonuç, Witchenn ve arkadaşlarının (27) varsayımıyla açıklanabilir: Agorafobik kadınlar ya hafif ve tolere edilebilir bir agorafobi nedeniyle tedavi için daha az başvuruyor ya da ağır agorafobi nedeniyle evden ayrılamıyor, dolayısıyla yine daha az tedavi başvurusunda bulunuyor olabilirler. Diğer bir olasılık ise kültürel nedenler olabilir. Agorafobinin erkeklerde kadınlardan daha sık olarak tespit edildiği Hindistan'da, bu sonucun kültürel nedenlerle kadınların tek başlarına hiç dışarı çıkmıyor olması, dolayısıyla da daha seyrek agorafobi bildirmeleri olduğu belirtilmiştir (28). Bizim kültürümüzde de buna benzer bir neden, bu sonucun altında yatıyor olabilir. Son olarak çalışmamızın küçük bir örnekleme yapılmış olması bu sonuca yol açmış olabilir. Bu nedenle çalışmanın daha geniş bir örneklem grubunda tekrarlanması, sonucun doğrulanması açısından daha uygun olur.

Çocuklukta ayrılık anksiyetesiyle erişkin panik ve fobik bozukluklar arasında bir ilişki olduğunu destekleyen birçok çalışma yapılmıştır (5,29,30). Bu çalışmalar PB'nin de ayrılık anksiyetesi öyküsü sıklığı açısından kadınlarla erkekler arasında bir farklılık olmadığını belirtmiştir. Bizim çalışmamızda kadınlarda ayrılık anksiyetesi öyküsü erkeklerden anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, Barzega ve arkadaşlarının (20) bağımlı kişilik bozukluğuna sahip PB'li kadınlarda daha sık ayrılık anksiyetesi öyküsü olduğunu bildiren çalışmalarıyla uyumlu olarak, ayrılık anksiyetesi-bağımlı kişilik bozukluğu arasındaki korelasyonla ilişkili olabilir. Nitekim çalışmamızda, istatistiksel anlamlılıkla olmasa da, kadınlarda bağımlı kişilik bozukluğunu erkeklerden daha fazla bulduk. Kültürel olarak

kadınların daha az bağımsız olduğu ülkemizde, belki fark bundan kaynaklanıyor olabilir. Ancak, örneklem büyüklüğünün yetersiz olması bağımlı kişilik bozukluğu olan ve olmayan kadınlar arasındaki ayrılık anksiyetesi sıklığını analiz etmemize imkan vermemiştir ve bu bir kısıtlılıktır.

Eştanılı durumlar psikiyatrik hastalıkların klinik seyri, belirti şiddetini ve tedavi cevabını önemli ölçüde etkilerler (1); bu yüzden belirlenmeleri önemlidir. Çalışmamızda kadınlarda depresyon, sosyal fobi, özgül fobinin ve erkeklerde alkol kötüye kullanımının istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olduğu saptanmıştır. PB hastalarında major depresyon eştanısı açısından cinsiyetler arasında farklılık olmadığını bildiren çalışmalar (12) yanında Barzega ve arkadaşlarının (20) çalışmasında olduğu gibi, PB olan kadın hastalarda depresyonun erkeklerden daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar da (31,32) mevcuttur. Pollack ve arkadaşları (33) PB'de artmış depresyon eştanısını, artmış fobik kaçınma, kişilik bozukluğu ve anksiyete duyarlılığı ile ilişkili bulmuştur. Bazı çalışmalara göre çeşitli anksiyete bozukluklarının varlığı depresyon eştanısı olasılığını artırmaktadır (34,35). Özellikle sosyal fobi, PB ile eştanı göstermiştir ve sosyal fobide yaşam boyu depresyon riski belirgin olarak yüksek bulunmaktadır (36,37). Bizim çalışmamızda da sosyal fobi ve özgül fobi kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek oranda saptanmıştır. PB olan kadınlarda depresyon eştanısını anlamlı oranda yüksek bulmamızın sebeplerinden birisi bu olabilir. Ancak biz çalışmamızda PB'de sadece eştanı varlığının cinsiyetler arasında fark gösterip göstermediğine baktık; çalışmamızın kısıtlılığı olarak belirtmek gerekir ki eştanıların birbiriyle ilişkisini araştırmadık. Bu bulgu çalışmamızın birincil hastalığı depresyon olanları çalışma dışı bırakmayan metodolojisiyle de ilişkili olabilir.

Çalışmamıza katılan kadınların %45.2'sinde sosyal fobi saptanmıştır; özgül fobi eştanısı oranı ise %41.9'dur (Tablo 3). Özgül fobi ve sosyal fobinin PB için prekürsör rolü oynayabileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur (38,39). Özgül fobinin "durumsal tip" formunun agorafobiye öncülük ediyor olabileceği bildirilmiştir (40,41). Andersch ve Hansen (42) yüz yirmi üç PB'li hastayla yaptıkları bir çalışmada sosyal fobi prevalansını %26

bulmuştur. PB'li hastalarda sosyal fobi sıklığı açısından cinsiyetler arasında fark olmadığını bildiren çalışmalar olduğu gibi (20,11), kadınlarda sosyal fobi sıklığının daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (12). Bizim çalışmamızda sosyal fobi oranının erkeklerden anlamlı oranda yüksek olması, toplumumuzun kültürel yapısının kadınların eve bağımlı olması ve sosyal fobik özellikler taşıyan davranışları teşvik ediyor olmasıyla açıklanabilir.

Kadınlarda alkol kullanım bozukluğu tespit edilmiş, erkeklerde ise %28.1 oranında saptanmıştır. Cinsiyetle ilişkili farklılıklar açısından alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı eştanısı, erkek panik bozukluklu hastalar için karakteristik gibi görünmektedir (11,31). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak erkeklerde anlamlı oranda yüksektir. Bu durum kültürel olarak erkeklerde alkol kullanımının daha kabul edilebilir olmasıyla da açıklanabilir. Ayrıca, kendini tedavi aracı olarak kullanılan alkol, böyle bir rahatlama imkanı bulunmayan kadınlara göre erkeklerde aksiyete bozukluğu eş tanısının, çalışmamızda olduğu gibi daha az görülmesine katkıda bulunabilir.

Kadınlarda en sık kaçınan kişilik bozukluğu (%48.4) tespit edilmiştir. İkinci sıklıkta %32.3'lük bir oranla bağımlı kişilik bozukluğu gelmektedir. Erkeklerde ise en sık %25'lik bir oranla kaçınan kişilik bozukluğu, aynı oranda da obsesif kompulsif kişilik bozukluğu saptanmıştır. Bu sonuçlar PB olan hastalarda, kaçınan ve bağımlı kişilik bozuklukları başta olmak üzere, C kümesi kişilik bozukluklarının bulunduğunu bildiren çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur (43-45). Barzega ve arkadaşları (20) PB'li hastalarda %68.5 oranında en az bir kişilik bozukluğu olduğunu ve cinsiyetler arasında fark bulunmadığını bildirmişlerdir.

Çalışmamızın bazı sınırlılıkları vardır. Örneklem büyüklüğünün ve çalışma deseninin PB ile Eksen I ve Eksen II eştanıları; bunların birbirleriyle nedensel ilişkileri açısından daha detaylı analizlere izin verecek nitelikte olmaması, eşik altı tanılarının dikkate alınmamış olması en başta gelen kısıtlılıklardır.

PB'ye eşlik eden Eksen I ve Eksen II bozukluklarını, cinsiyet farklılığı açısından karşılaştıran çalışmamızın bulguları göstermiştir ki depresyon, sosyal fobi, özgül

fobi ve alkol kullanım bozukluğu eştanısı açısından her iki cins birbirinden farklıdır. Çalışmamızın desenindeki kısıtlılıklar nedeniyle bu farklılıkların nedensel ilişkisiyle ilgili veri elde edilmemiştir. Bu ilişki gelecekte yapılacak

araştırmaların konusu olabilir. Eksen II bozuklukları açısından fark saptanmamıştır. Bu bulgu Eksen II eştanısı açısından cinsiyetler arasında farklılık değil benzerlik olduğunu göstermiştir.

KAYNAKLAR

1. Apfeldorf WJ, Spielman LA, Cloitre M, Heckelman L, Shear MK. Morbidity of comorbid psychiatric diagnoses in the clinical presentation of panic disorder. *Depress Anxiety* 2000; 12:78-84.
2. Yates WR. Phenomenology and epidemiology of panic disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2009; 21:95-102.
3. Noyes R Jr, Hoehn-Saric R (editors). *Panic disorder and agoraphobia: In: The Anxiety Disorders*. Cambridge, England: Cambridge University Press; 1998; 86-157.
4. King-Kallimanis B, Gum AM, Kohn R. Comorbidity of depressive and anxiety disorders for older Americans in the national comorbidity survey-replication. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009; 17:782-792.
5. Silove D, Manicavasagar V, Curtis J, Blaszczynski A. Is early separation anxiety a risk factor for adult panic disorder? a critical review. *Compr Psychiatry* 1996; 37:167-179.
6. Sareen J, Chartier M, Paulus MP, Stein M. Illicit drug use and anxiety disorders: findings from two community surveys. *Psychiatry Res* 2006; 142:11-17.
7. Noyes R Jr, Reich JH, Suelzer M. Personality traits associated with panic disorder: change associated with treatment. *Compr Psychiatry* 1991; 32:283-294.
8. Friborg O, Martinussen M, Kaiser S, Overgård KT, Rosenvinge JH. Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: a meta-analysis of 30 years of research. *J Affect Disord* 2013; 145:143-155.
9. Starcevic V, Latas M, Kolar D, Berle D. Are there gender differences in catastrophic appraisals in panic disorder with agoraphobia? *Depress Anxiety* 2007; 24:545-552.
10. Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ. Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry* 1994; 151:413-420.
11. Yonkers KA, Zlotnick C, Allsworth J, Warshaw M, Shea T, Keller MB. Is the Course of panic disorder the same in women and men? *Am J Psychiatry* 1998; 155:596-602.
12. Turgeon L, Marchand A, Dupuis G. Clinical features in panic disorder with agoraphobia: a comparison of men and women. *J Anxiety Disord* 1998; 12:539-553.
13. Foot M, Koszycki D. Gender differences in anxiety-related traits in patients with panic disorder. *Depress Anxiety* 2004; 20:123-130.
14. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington DC: American Psychiatric Press Inc. 1997.
15. Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Köroğlu E. "DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme". *Klinik Versiyon*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1999.
16. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First M. *Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders*. Washington D.C: American Psychiatric Press, 1990.
17. Sorias S, Saygılı R, Elbi H, Vahip S, Mete L, Nifirne Z, Örnek I, Aydın C, Aktener E. *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders, Türkçe Versiyonu*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 1990.
18. Bandelow B. Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia: II. The Panic and Agoraphobia Scale. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 10:73-81.
19. Tural Ü, Fidaner H, Alkın T, Bandelow B. Panik agorafobi ölçeği (PAÖ) Türkçe uyarlaması. *Turk Psikiyatri Derg* 2000; 11:29-39.
20. Barzega G, Maina G, Venturello S, Bogetto F. Gender related differences in the onset of panic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103:189-195.
21. Starcevic V, Djordjevic A, Latas M, Bogojevic G. Characteristics of agoraphobia in women and men with panic disorder with agoraphobia. *Depress Anxiety* 1998; 8:8-13.
22. Burke KC, Burke JD Jr, Regier DA, Rae DS. Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psych* 1990; 47:511-518.
23. Bland RC, Newman SC, Orn H. Age of onset of psychiatric disorders. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1988; 338:43-49.
24. Bourdon KH, Boyd JH, Rae DS, Burns BJ, Thompson JW, Locke BZ. Gender differences in phobias: results of the ECA community survey. *J Anxiety Disord* 1988; 2:227-241.

25. Lee CK, Kwak YS, Yanamamoto J, Rhee H, Kim YS, Han JH, Choi JO. Psychiatric epidemiology in Korea. Part: II: Urban and rural differences. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178:247-252.
26. Bekker MHJ. Agoraphobia and gender: a review. *Clin Psychol Rev* 1996; 16:129-146.
27. Wittchen HU, Essau CA. Epidemiology of panic disorder: progress and unresolved issues. *J Psychiatr Res* 1993; 27(Suppl.1):47-68.
28. Clum GA, Knowles SL. Why do some people with panic disorders become avoidant? A review. *Clin Psychol Rev* 1991; 11:295-313.
29. Hayward C, Killen JD, Kraemer HC, Taylor B. Predictors of panic attack in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39:207-214.
30. Klein RG. Is panic disorder associated with childhood separation anxiety disorder? *Clin Neuropharmacol* 1995; 18(Suppl.2):7-14.
31. Chambless DL, Mason J. Sex, sex-role stereotyping and agoraphobia. *Behav Res Ther* 1986; 24:231-235.
32. Oei TPS, Wanstall K, Evans L. Sex differences in panic disorder with agoraphobia. *J Anxiety Dis* 1990; 4:317-324.
33. Pollack MH, Otto MW, Rosenbaum JF, Sachs GS, O'Neil C, Asher R, Meltzer-Brody S. Longitudinal course of panic disorder: findings from the Massachusetts General Hospital Naturalistic Study. *J Clin Psychiatry* 1990; 51(Suppl.A):12-16.
34. Clayton, P. The comorbidity factor: establishing the primary diagnosis in patients with mixed symptoms of anxiety and depression. *J Clin Psychiatry* 1990; 51(Suppl.):35-39.
35. Keller MB, Baker LA. The clinical course of panic disorder and depression. *J Clin Psychiatry* 1992; 53(Suppl.3):5-8.
36. Stein MB, Shea CA, Uhde TW. Social phobic symptoms in patients with panic disorder: practical and theoretical implications. *Am J Psychiatry* 1989; 146:235-238.
37. Stein MB, Tancer ME, Uhde TW. Major depression in patients with panic disorder: factors associated with course and recurrence. *J Affect Disord* 1990; 19:287-296.
38. Starcevic V, Uhlenhuth EH, Kellner R, Pathak D. Patterns of comorbidity in panic disorder and agoraphobia. *Psychiatry Res* 1992; 42:171-183.
39. Montejo J, Liebowitz MR. Social phobia: anxiety disorder comorbidity. *Bull Menninger Clin* 1994; 58(2 Suppl A):A21-42.
40. Himle JA, Crystal D, Curtis GC, Fluent TE. Mode of onset of simple phobia subtypes: further evidence of heterogeneity. *Psychiatry Res* 1991; 36:37-43.
41. Starcevic V, Uhlenhuth EH, Kellner R, Pathak D. Comorbidity in panic disorder; II. Chronology of appearance and pathogenic comorbidity. *Psychiatry Res* 1992; 46:285-293.
42. Andersch SE, Hanson LC. Comorbidity of panic disorder in social phobia. *Eur J Psychiatry* 1993; 7:59-64.
43. Mauri M, Sarno N, Rossi VM, Armani A, Zambotto S, Cassano GB, Akiskal HS. Personality disorders associated with generalized anxiety, panic and recurrent depressive disorders. *J Personal Disord* 1992; 6:162-167.
44. Brooks RB, Baltazar PL, Munjack DJ. Co-occurrence of personality disorders with panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: a review of the literature. *J Anxiety Disord* 1989; 3:259-285.
45. Flick SN, Roy-Byrne PP, Cowley DS, Shores MM, Dunner DL. DSM-III-R personality disorders in a mood and anxiety disorders clinic: prevalence, comorbidity, and clinical correlates. *J Affect Disord* 1993; 27:71-79.