

Panik Bozukluklarda Majör Depresyon Prevalansı ve Majör Depresyonun Eşlik Ettiği Hastaların Klinik Özellikleri

Hayrettin KARA*, Mehmet Y. AĞARGÜN*, Hasan BİLGİN*, Fevzi KINCİR*

ÖZET

Bu çalışmada, bir grup panik bozukluklu hastada (no:87) majör depresyon prevalansı araştırılmıştır. Panik bozukluklu 87 hastanın 46'sında (% 53) komorbid majör depresyon bulundu. Komorbid majör depresyonlu 46 hastadan oluşan bu subgrup, majör depresyonu olmayan subgrupla karşılaştırıldığında, komorbid majör depresyonu olan subgrupda; hastalığın daha erken başlangıcı, daha ciddi agorafobi, daha çok sayıda sosyal fobi teşhisi ve daha fazla obsesif-kompulsif semptomlar vardı. Bu subgrupdaki hastalar aynı zamanda daha fazla sayıda aylık panik ve tekrarlayıcı noktürnal panik atak yaşamışlardır. Komorbid majör depresyonu olan hastalarda panik atakların maksimal semptom şiddetinin akşama doğru olması şeklinde diurnal varyasyon söz konusuydu.

Anahtar kelimeler: Panik bozukluk, agorafobi, majör depresyon, sosyal fobi, obsesif-kompulsif semptomlar, noktürnal panik atak, komorbidite, prevalans ve diurnal varyasyon

Düşünen Adam; 1994, 7 (4): 23-29

SUMMARY

In this study, major depression prevalence was examined in a group of panic disorder patients (no:87). Comorbid major depression was found in 46 (53 %) of 87 patients with panic disorder. Compared to a subgroup of 46 patients with comorbid major depression and no major depression, the subgroup with comorbid major depression had an earlier onset of illness, more severe agoraphobia, more diagnoses of social phobia and more obsessive-compulsive symptoms. This subgroup had also more experienced panic and recurrent nocturnal panic attacks per month. The patients with comorbid major depression had diurnal variation of panic attacks including a tendency toward maximal symptom severity in the evening.

Key words: Panic disorder, agoraphobia, major depression, social phobia, obsessive-compulsive symptoms, nocturnal panic attack, comorbidity, prevalence and diurnal variation

GİRİŞ

Hem DSM III-R ⁽¹⁾ hem de DSM IV ⁽²⁾ anksiyete bozukluklarının klinik sınıflandırılmasında panik bozukluğa merkezi bir rol atfetmişlerdir. Bu merkezi rol, panik bozukluğa sıklıkla diğer psikiyatrik bo-

zuklukların eşlik ettiğinin gözlenmesi sonucu verilmiştir. Birçok çalışmada panik bozukluğun, agorafobi, sosyal fobi, obsesif-kompulsif bozukluk gibi diğer anksiyete bozukluklarıyla birarada bulunma sıklığının yüksek olduğu gösterilmiştir ^(3,4,12,18,22, 23,25,29).

* 100. Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Bununla birlikte son yıllarda panik bozukluk ve majör depresyon birlikteliği (comorbidite) üzerinde daha fazla durulmaktadır⁽²¹⁾. Buna karşılık majör depresyonlu hastaların % 75'inin en azından orta düzeyde anksiyete semptomları gösterdikleri, hastaların % 30-40'ında ise tekrarlayan panik atakların bulunduğu belirtilmiştir^(7,8,9,11,13,15). Bu bulgular ister istemez panik bozukluk ve majör depresyon arasında nedensel bir ilişkinin varolabileceğini çağrıştırmaktadır. Bununla beraber böyle bir ilişki varsa bile, bu ilişkinin hastaların bir grubu için geçerli olduğunu gözardı etmemek gerekir.

Majör depresyon birlikteliğinin panik bozukluğu semptomatoloji açısından statik düzeyde ve süreç açısından dinamik düzeyde etkilemesi konunun önemini daha da arttırmaktadır. Yapılan izleme çalışmalarında, panik bozuklukla beraber majör depresyon tanısı da alan hastaların, pür panik bozukluklu hastalara nazaran daha ciddi düzeyde hasta oldukları, tedaviye daha dirençli oldukları ve daha kötü bir seyir gösterdikleri vurgulanmaktadır^(4,6,17,20,30).

Bu çalışmada öncelikle iki şey amaçlanmıştır. Birincisi panik bozukluklu bir hasta grubunda majör depresyon görülme sıklığını tesbit etmek, ikincisi ise majör depresyonla komplike olan vakaların olmayanlara nazaran, sosyodemografik ve klinik özellikler açısından ne gibi farklılıklar gösterdiğini belirlemektir. Böylelikle elde edilen verilerin, majör depresyon ve panik bozukluk arasındaki ilişkileri çok yönlü tartışmaya imkan tanıyacak bir zemin oluşturacağını düşünüyoruz.

MATERYEL ve METOD

Bu çalışma, 100. Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda panik bozuklukla ilgili olarak planlanan araştırma programı çerçevesinde yapılmıştır. Bu amaçla, 1994 yılı Mart-Kasım ayları arasında, psikiyatri polikliniğine ardısıra başvuran hastalar arasından, DSM III-R panik bozukluk ölçütlerini dolduran 87 hasta çalışmaya alınmıştır. Bu çalışmada hastaların tümü SCID⁽²⁴⁾ ile değerlendirildi. Hastaların 46 tanesi panik bozukluk tanısı yanında majör depresyon tanısı da aldı ve bu 46 hasta ile çalışma grubu oluşturuldu. Çalışma grubu hastaların tümünde, halihazırdaki depresif hecme

panik bozukluğun başlamasından sonra ortaya çıkmıştır. Kontrol grubu ise, geriye kalan yalnızca panik bozukluklu 41 hasta ile oluşturuldu.

Her iki gruptaki hastalar, SCID yanında, sosyodemografik veriler ve hastalıkla ilgili klinik parametreleri soruşturmak için tarafımızdan geliştirilen bir araştırma formu kullanılarak değerlendirildi. Bu formda özellikle üzerinde durulan parametreler, hastalığın başlama yaşı, noktürnal panik atakların mevcudiyeti, son bir ay içindeki spontan, durumsal ve sınırlı semptomlu panik atakların sayısı, anksiyete semptomlarında premenstruel alevlenme, postpartum ya da gebelikte başlangıç, ilk panik atağın ortaya çıkış biçimi, anksiyete semptomlarının diurnal varyasyonu, çocukluk dönemine ait muhtemel kayıp ya da seperasyon olarak belirtilebilir. Elde edilen sonuçların istatistiksel değerlendirilmesinde de t testi ve Yates düzeltmeli X^2 testi kullanıldı. Her iki testte iki uçlu idi.

BULGULAR

Çalışmamızda elde edilen bulgular Tablo 1 ve 2'de toplu olarak gösterilmiştir. Çalışmamıza alınan 87 hastadan 46 tanesi (% 53) panik bozukluk tanısına ilave olarak majör depresyon tanısı da aldı. Çalışma grubundaki bu 46 hastanın 34'ü (% 74) kadın, 12'si (% 26) erkek, buna karşılık araştırma grubundaki 41 hastanın 27'si (% 66) kadın, 14'ü (% 34) erkekti. İki gruptaki kadın hastalar açısından anlamlı bir fark yoktu ($X^2=0.344$, $p<0.05$).

Tablo 1'de de görüldüğü gibi, çalışma grubundaki hastaların yaş ortalaması 29.6 ± 2.6 , kontrol grubu hastaların yaş ortalaması ise 32.6 ± 4.9 idi. İki grup arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($t=3.504$, $p<0.05$). Çalışma grubu hastalar kontrol grubu hastalara göre daha genç yaşta idiler. İki grup arasında yaş dışında sosyodemografik veriler açısından anlamlı fark bulunamadı. Medeni durum bakımından çalışma grubunu oluşturan hastaların 7 (% 15) tanesi bekar, 1 (% 2) tanesi dul ve 38 (% 83) tanesi evli, kontrol grubunu oluşturan hastaların ise 6 (% 15) tanesi bekar ve 35 (% 85) tanesi evli idi. İki grup arasında medeni durum açısından anlamlı bir fark bulunamadı ($X^2=0$, $p>0.05$).

Tablo 1. Majör depresyonu olan ve olmayan panik bozukluklu hastaların sosyodemografik verileri

	Majör dep.+panik boz. (n=46)	Pür panik bozukluk (n=41)	t ya da X ²	p
Yaş	29.6±2.6	32.6±4.9	t=3.504	< 0.05
Cinsiyet (kadın)	34	27	X ² =0.344	> 0.05
Medeni durum:				
evli	38	35		
bekar	7	6	X ² =0	> 0.05
dul	1	0		
Eğitim düzeyi (1 yıl olarak)	5.3±4.6	5.5±4.7	t=0.2	< 0.05
Yaşadığı yer				
köy	8	12	X ² =0	> 0.05
şehir merkezi	38	29		
Göç	8	12	X ² =1.041	> 0.05
Gelir düzeyi				
alt	3	2		
orta	39	36	X ² =0	> 0.05
üst	4	3		

Tablo 2. Majör depresyonlu ve pür panik bozukluklu hastaların klinik özellikleri

	Majör dep.+panik boz. (n=46)	Pür panik bozukluk (n=41)	t ya da X ²	p
Hastalığı başlama yaşı	26.4±9.9	30.4±8.3	t=2.03	< 0.05
Agorafobi	37	30	X ² =0.260	> 0.05
Ağır agorafobi	15	5	X ² =4.014	< 0.05
Postpartum başlangıç	8	5	X ² =0.017	> 0.05
Noktürnal panik	32	19	X ² =3.895	< 0.05
Son bir aydaki p.a. sayısı	13.4±4.9	11.2±5.3	t=2.78	< 0.05
Sosyal fobi	14	4	X ² =4.509	< 0.05
Obses-komp. semptomlar	14	8	X ² =0.916	> 0.05
Basit fobi	7	7	X ² =0.033	> 0.05
Diurnal varyasyon (anksiyete semp. şiddetlenme)				
sabah	22	8	X ² =6.462	< 0.05
akşam	18	20	X ² =0.471	> 0.05

Çalışma grubu hastaların 8 (% 18), kontrol grubu hastaların ise 12 (% 29) tanesinde hastalık öncesi göç olayı sözkonusu idi. İki grup hasta arasında göç faktörü açısından fark anlamlı bulunmadı (X²=1.041, p>0.05). Hastaların gelir düzeyleri, alt, orta ve üst olmak üzere üç kategoride değerlendirildi. Çalışma grubunda 3 (% 6) hastada alt, 39 (% 85) hastada orta ve 4 (% 9) hastada üst düzeyde gelir dağılımı varken, kontrol grubunda 2 (% 5) hastada alt, 36 (% 88) hastada orta ve 3 (% 7) hastada üst düzeyde gelir dağılımı mevcuttu. Gelir dağılımı açısından iki grup arasında anlamlı bir fark yoktu (X²=0, p>0.05). Hastaların yaşadıkları yerleşim birimleri açısından da gruplar arasında bir fark bu-

lunamadı. Çalışma grubu hastaların 9 (% 20) tanesi, kontrol grubu hastaların ise 8 (% 20) tanesi köyde, diğerleri ise şehir merkezlerinde yaşıyordu (X²=0, p>0.05). Hastaların klinik özelliklerini Tablo 2'de görmek mümkündür.

Tablo 2'de görüldüğü çalışma grubunda panik bozukluğun başlama yaşı, kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha küçüktür. Panik bozukluk, çalışma grubu hastalarda kontrol grubu hastalara göre daha genç yaşta başlamıştır (t=2.03, p<0.05). Agorafobinin varlığı açısından iki grup arasında fark yoktur (X²=0.0260, p>0.05). Bununla birlikte, DSM III-R'nin agorafobi şiddetini derecelendirmesi esas

alandığında, ağır agorafobi açısından iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Çalışma grubunda 15 (% 33) hastada ağır agorafobi mevcutken kontrol grubunda bu sayı 5 (% 12) idi ($X^2=4.014$, $p<0.05$). Kadın hastalarda panik atakların postpartum başlangıcı açısından iki grup arasında anlamlı bir fark yoktu. Son bir ay içinde tekrarlayıcı noktürnal panik ataklar açısından iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Çalışma grubunda 32 hasta (% 70) son bir ayda tekrarlayıcı (iki ya da daha fazla) uykuda gelen panik ataklara sahipken bu sayı kontrol grubunda 19 (% 46) olarak tesbit edilmiştir ($X^2=3.895$, $p<0.05$).

SCID esas alınarak yapılan görüşme sonucunda, çalışma grubunda 14 (% 30) ve kontrol grubunda 4 (% 29) hastada panik bozukluğa ilave olarak sosyal fobi tesbit edilmiştir. Bu hastalardan, çalışma grubundaki 4 (% 29), kontrol grubundaki ise 2 (% 50) tanesinde sosyal fobinin primer olduğu, sosyal fobinin panik bozukluğun başlamasından önce ortaya çıktığı anlaşılmıştır. Sosyal fobi komorbiditesi açısından fark anlamlı bulunmuştur ($X^2=4.509$, $p<0.05$). Her iki grup hasta arasında obsesif-kompulsif semptomlar açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ($X^2=0.916$, $p>0.05$). Ayrıca basit fobinin varlığı açısından da iki grup arasında fark yoktu ($X^2=0.033$, $p>0.05$).

Çalışmamızda araştırdığımız bir başka parametre de hastalardaki anksiyete semptomlarının diurnal varyasyonuydu. Çalışma grubundaki hastalardan 22 (% 48) tanesi anksiyete belirtilerinin sabah ve öğleden önce daha şiddetli olduğunu belirtirken, kontrol grubundaki hastalardan 20 (% 49) tanesi şikayetlerinin akşama doğru şiddetlendiğini belirtmişlerdir. Çalışma grubundan 13 (% 31), kontrol grubundan ise 6 (% 31) hasta hastalık belirtilerinde gün içinde bir değişim olmadığını belirtmişlerdir. Anksiyete belirtilerinin bu gün içi değişimleri açısından iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2=6.492$, $p<0.05$).

TARTIŞMA

Çalışmamızda panik bozukluklu hastalarda % 53 oranında komorbid majör depresyon prevalansı bulunmuştur. Öte yandan 11 hasta (% 12.5), şimdiki hecme dışında bir ya da daha fazla geçmiş dep-

resyon hecmesine sahipti. Bu oranlar panik bozukluğun başlamasından sonra ortaya çıkan majör depresyon epizodları için geçerlidir ve primer majör depresyon epizodlarını yansıtmamaktadır. DSM III kriterleri esas alınarak yapılan çalışmalarda panik bozukluk ve/veya agorafobili hastalar arasında geçirilmiş bir ya da daha fazla majör depresyon oranı % 24-91 oranında belirtilmektedir. Bu oranların büyük çoğunluğunun % 50 civarında yoğunlaştığını söylemek mümkün ^(14,20). Daha sonraki yıllarda DSM III-R esas alınarak yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Savino ve ark. DSM III-R kriterlerini esas alarak yaptıkları çalışmada, panik bozukluklu hastaların % 23'ünde melankolik alttıpte majör depresyon komorbiditesi bulmuşlardır ⁽²³⁾.

Noyes ve ark. panik bozukluklu hastaların % 45'inin şimdiki ya da geçirilmiş (bir ya da daha fazla) majör depresyon atağına sahip olduğunu göstermişlerdir ⁽²⁰⁾. Stein ve ark. panik bozukluklu hastalarının % 63'ünün en azından bir kez majör depresyon hecmesi geçirdiklerini, bu hastaların yarısından fazlasında da depresif hecmenin panik bozukluğun başlamasından sonra ortaya çıktığını belirtmişlerdir ⁽²⁶⁾. Maddock ve Blacker ise çalışmalarında panik bozukluklu hastaların % 57'sinin öykülerinde majör depresyon hecmesi bulunduğunu, bu hastaların da % 40'ında majör depresyon hecmesinin panik bozukluğun başlamasından sonra ortaya çıktığını tesbit etmişlerdir ⁽¹⁷⁾. Görüldüğü gibi çalışmamızda elde ettiğimiz değerler, konuyla ilgili olarak daha önce yapılmış olan diğer çalışmaların değerleriyle paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda araştırdığımız bir diğer konu ise komorbid majör depresyonu olan panik bozukluklu hastaların sosyodemografik ve klinik özellikler açısından diğer hastalardan bir farkı olup olmadığıydı. Dikkati çeken ilk sosyodemografik bulgu, komorbid majör depresyonlu hastalardan oluşan çalışma grubunun yaş ortalamasının kontrol grubuna göre daha küçük olmasıydı. Literatürde, belirtilen bu bulguya ilişkin herhangi bir bilgiye rastlanmamıştır. Bununla birlikte Granhaus ve ark. panik bozukluk ve majör depresyonunun birlikte bulunduğu hastaların pür panik bozukluk olanlara göre daha genç yaşta olduklarını göstermişlerdir ⁽¹⁰⁾. Bizim tespit ettiğimiz bu bulgu, komplike panik bozukluğun daha genç

yaşlarda ortaya çıktığı anlayışını desteklemektedir. Nitekim majör depresyon dışında obsesif-kompulsif semptomlar ve agorafobiyle de komplike panik bozuklukların pür panik bozukluklu hastalara nazaran daha genç yaşta oldukları gösterilmiştir (4,18).

Yaş dışında, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşanılan yer, göç faktörü, gelir düzeyi gibi diğer sosyodemografik veriler açısından iki grup arasında bir fark bulunmamıştır. Konuyla ilgili daha önceki çalışmalarda da, sosyodemografik özellikler açısından anlamlı bir farklılığa işaret edilmemiştir. Çalışmamızda dikkati çeken bir başka nokta da, iki grup arasında agorafobinin varlığı açısından bir fark olmamakla beraber, ciddi agorafobinin varlığı açısından anlamlı bir farkın bulunmasıdır. Noyes ve ark. da ciddi fobik kaçınanlığın, hem majör depresyonun varlığı hem de hastalık belirtilerinin daha erken ortaya çıkması ile ilişkili olduğunu göstermiş ve hastalığın gidişini olumsuz yönde etkilediğini öne sürmüşlerdir (20).

Majör depresyon ile komplike olan panik bozukluklu hastalarımız arasında sosyal fobi oranı diğer hastalara nazaran daha yüksektir. Biz sosyal fobi komorbidite oranını % 30 olarak bulduk. Majör depresyon komorbiditesinde depresyonların tümünün sekonder olmasına karşın, komorbid sosyal fobisi olan hastaların % 29'unda sosyal fobi primer tipteydi. Son yıllarda panik bozukluklu hastalarda majör depresyon kadar, sosyal fobi komorbiditesi de ilgi odağı olmaya başlamıştır. Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda, sosyal fobi ile panik bozukluk ve/veya agorafobinin seyrek olmayarak birarada bulunduğu belirtilmektedir (22,23,25,26,29). Bu çalışmaların ilginç bir yönü de, biriken verilerin, bu iki hastalığın fenomenolojik açıdan olduğu kadar nörobiyolojik açıdan da benzer özelliklere sahip olduğu tezini destekler mahiyette olmasıdır (27,28).

Öte yandan, panik bozukluklu hastalarda sosyal fobinin agorafobinin varlığıyla korelasyon içinde olduğu ve hastalığın seyrini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (25). Daha da önemlisi, panik bozukluklu hastalarda sosyal fobinin sıklıkla majör depresyonun varlığı ile birlikte bulunmasıdır (25). Panik bozukluklu hastalarda sosyal fobinin varlığı, majör depresyon gelişimine yatkınlığı arttırmaktadır (22). Çalışmamızda iki grup arasında obsesif-

kompulsif semptomların sıklığı açısından da anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Çalışma grubu hastalarımızın % 30'unda majör depresyon obsesif-kompulsif semptomlarla birlikte. Panik bozukluk ile obsesif-kompulsif semptomlar ya da bozukluğun ilişkisi son yıllarda ilgi odağı olan konulardan biridir. Mellman ve Uhde panik bozukluklu hastaların % 27'sinde obsesif-kompulsif semptomlar tesbit etmişler ve obsesif-kompulsif semptomların varlığının, hastalığın erken başlama yaşı, majör depresyon hecme oranının yüksekliği ve tedaviye daha kötü cevap ile birlikte olduğunu göstermişlerdir (19).

Bu çalışmada biz, daha önceki çalışmalarda değerlendirilmemiş birtakım özellikleri de inceledik. Panik atakların, postpartum dönemdeki başlangıcı, premenstruel dönemde şiddetlenmesi ve kafein alımıyla sıklığında artması gibi özelliklerin majör depresyon varlığı ile ilişkisi tesbit edilemedi. Her üç özellikte panik atakların ortaya çıkışı, sıklığı ve şiddeti açısından daha önce incelenmiş ve daha çok agorafobi ile ilişkisi araştırılmıştır (4).

Bu çalışmada üzerinde durduğumuz bir diğer konu da noktural panik ataklardır. Her iki grupta da son bir ay içinde ortaya çıkan panik ataklar incelenmiş ve iki grup arasında anlamlı bir fark tesbit edilememiştir. Majör depresyonlu hastaların % 70'i son bir ay içinde tekrarlayıcı noktural panik ataklar tarif ederken bu oran kontrol grubunda % 46'dır. Majör depresyonu olan ve olmayan panik bozukluklu hastalarda noktural panik atakların değerlendirilmesi, daha önceki çalışmalarda üzerinde durulmamış bir konudur. Panik bozukluklu hastalarda yapılan uyku EEG'si çalışmalarında panik atakların ortaya çıktığı gecelerde REM latensinde azalma gözlenmemiş, aksine REM latensinde bir artış gözlenmiştir (19). Depresyonlu hastalarda REM latensinde azalma olduğu gözönüne alındığında, noktural panik atakların, uyku değişikliklerine bağlı olarak, ortaya çıkan depresyonla doğrudan ilişkili olduğunu söylemek güçtür (16).

Biz noktural panik atakların, insomni ile ilintili olarak depresyon gelişimine zemin hazırladığını düşünüyoruz. Nitekim noktural panik ataklara sahip panik bozukluklu bir grup hastada yapılan uyku EEG'si incelemeleri, panik atakların uykuya dalma ve uykuyu sürdürme güçlüğü ile karakterize insomni

ile birlikte olduğunu göstermiştir⁽¹⁹⁾. Çalışmamızda anksiyete semptomlarının diüurnal varyasyonu da araştırılmıştır. Majör depresyon komorbiditesi olan panik bozukluklu hastaların % 48'i anksiyeteyi sabahları daha şiddetli yaşadıklarını ve giderek rahatladıklarını ifade ettiler. Buna karşılık pür panik bozukluklu hastalardan oluşan kontrol grubunda ise hastaların çoğunluğu anksiyete semptomlarının akşama doğru şiddetlendiğini belirtmişlerdir.

Elde ettiğimiz bu bulgular ilk kez Cameron ve ark. tarafından gündeme getirilmiştir. Çalışmalarında, majör depresyon komorbiditesi olan panik bozuklukların sirkadiyen ritm anormalliği ile seyrettiğini göstermişlerdir⁽⁵⁾. Biz elde ettiğimiz veriler ve gözlemlerimiz sonunda, anksiyete semptomlarındaki diüurnal dalgalanmaların, majör depresyon yanında noktürnal panik ataklarla da ilgili olduğunu düşündük.

Bu çalışmamızda elde ettiğimiz bir diğer bulgu da majör depresyon komorbiditeli hastaların diğer gruba nazaran son bir ay içinde daha fazla sayıda panik atak geçirmeleriydi. Şüphesiz bu konuda araştırmaların sürdürülmesi gerekiyor. Bununla beraber yine de bu durum, panik bozukluklu hastalarda hastalığın şiddetini gösteren bir kriter olarak alınabilir. Birçok çalışmada majör depresyonla komplike panik bozukluk vakalarının pür panik bozukluk vakalarına göre belirgin derecede hem daha kötü bir gidiş hem de daha kötü bir klinik semptomatoloji gösterdikleri tesbit edilmiştir^(4,20,30).

Çalışmamızda elde ettiğimiz verileri başlıklar halinde özetlersek; panik bozuklukta majör depresyon prevalansının yüksek olduğunu, komorbid vakalarda başlama yaşının daha genç olduğunu, ağır agorafobi, sosyal fobi, obsesif-kompulsif semptomların daha yüksek oranda bulunduğunu, bu hastaların panik atak ve noktürnal panik ataklara daha sık maruz kaldığını söyleyebiliriz.

Bununla birlikte, bu çalışmanın fazla büyük olmayan bir hasta popülasyonu ile yapıldığını hatırlatmak istiyoruz. Panik bozukluk ve depresyon arasındaki ilişkilerin varlığı ve biçimi hakkındaki tezler daha büyük hasta grupları ile yapılan epidemiyolojik ve klinik çalışmalarla desteklenmelidir.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed, revised. Washington, DC, APA Press, 1987.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed, revised. Washington, DC, APA Press, 1994.
3. Argyle N, Solyom C, Solyom L: The structure of phobias in panic disorder. Br J Psychiatry 159:378-382, 1991.
4. Breier A, Charney DS, Heninger GR: Agoraphobia with panic attacks: Development, diagnostic stability, and course of illness. Arch Gen Psychiatry 43:1029-1036, 1986.
5. Cameron OG, Lee MA, Kotun J: Circadian symptoms in people with anxiety disorders. J Affect Disord 11:213-218, 1986.
6. Coryell W, Endicott J, Andreasen NC, et al: Depression and panic attacks: Significance of overlap as reflected in follow-up and family study data. Am J Psychiatry 145:293-300, 1988.
7. Coryell W, Endicott J, Winokur G: Anxiety syndromes as epiphenomena of primary major depression: Outcome and familial psychopathology. Am J Psychiatry 149:100-107, 1992.
8. Davidson JRT, Giller EL, Zsook S, et al: An efficacy study of izocarboxazid and placebo in depression and its relationship to depressive nosology. Arch Gen Psychiatry 45:120-127, 1988.
9. Grunhaus LJ, Cameron O, Pande AC: Comorbidity of panic disorder and major depressive disorder: Effects on platelet alpha2 adrenergic receptors. Acta Psychiatr Scand 81:216-219, 1990.
10. Grunhaus L, Pande AC, Brown MB, et al: Clinical characteristics of patients with concurrent major depressive disorder and panic disorder. Am J Psychiatry 151:541-546, 1994.
11. Hamilton M: Frequency of symptoms in melancholia. Br J Psychiatry 154:201-206, 1989.
12. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL: Panic disorder, comorbidity, and suicide attempts. Arch Gen Psychiatry 47:805-808, 1990.
13. Kayser A, Robinson DS, Vingling K: The influence of panic attacks on response to phenelzine and amitriptyline in depressed outpatients. J Clin Psychopharmacol 8:246-253, 1988.
14. Leckman JF, Merikangas KR, Pauls DL, et al: Anxiety disorders and depression: Contradictions between family study data and DSM III conventions. Am J Psychiatry 140:880-882, 1982.
15. Liebowitz MR, Quitkin FM, Stewart JW, et al: Antidepressant specificity in atypical depression. Arch Gen Psychiatry 45:129-137, 1988.
16. Lydard RB, Zealberg J, Laraia MT, et al: Electroencephalography during sleep of patients with panic disorder. J Neuropsychiatry Clin Neuroscience 1:372-376, 1989.
17. Maddock RJ, Blacker KH: Response to treatment in panic disorder with associated depression. Psychopathology 24:1-6, 1991.
18. Mellman TA, Uhde TW: Obsessive-compulsive symptoms in panic disorder. Am J Psychiatry 144:1573-1576, 1987.
19. Mellman TA, Uhde TW: Electroencephalographic sleep in panic disorder: A focus on sleep-related panic attacks. Arch Gen Psychiatry 46:178-184, 1989.
20. Noyes R, Reich J, Christiansen J, et al: Outcome of panic disorder: Relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. Arch Gen Psychiatry 47:809-818, 1990.
21. Reich J, Warshaw M, Peterson LG, et al: Comorbidity of panic and major depressive disorder. J Psychiatry Res 1:23-33, 1993.
22. Reiter SR, Otto MW, Pollack MH, et al: Major depression in panic disorder patients with social phobia. J Affect Disord 22:171-177, 1991.
23. Savino M, Perugi G, Simonini E, et al: Effective comorbidity in panic disorder: is there a bipolar connection? J Affect Disord 28:155-163, 1993.
24. Sorias S, Saygılı R, Elbi H, et al: DSM III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi. Türkçe versiyonu: SCID, Ege Üniv Matbaası, İzmir, 1988.
25. Stein MB, Shee CA, Uhde TW: Social phobic symptoms in

patients with panic disorder: Practical and theoretical implications. *Am J Psychiatry* 146:235-238, 1989.

26. Stein MB, Tancer ME, Gelernter CS, et al: Major depression in patients with social phobia. *Am J Psychiatry* 147:637-639, 1990.

27. Tancer ME, Stein MB, Uhde TW: Growth hormone response to intravenous clonidine in social phobia: Comparison to patients with panic disorder and healthy volunteers. *Biol Psychiatry* 34:591-595, 1993.

28. Uhde TW, Tancer ME, Black B, et al: Phenomenology and neurobiology of social phobia: Comparison with panic disorder. *J Clin Psychiatry* 52:31-40, 1991.

29. Van Ameringen M, Mancini C, Styan G, et al: Relationship of social phobia with other psychiatric illness. *J Affect Disord* 21:93-99, 1991.

30. Vollrath M, Angst J: Outcome of panic and depression in a seven-year follow-up: Results of the Zurich study. *Acta Psychiatr Scand* 80:591-596, 1989.

İkinci Sosyal Psikiyatri Sempozyumu

6-8 Nisan 1995
Fantasia Otel, Kuşadası

Yazışma adresi

Doç. Dr. Levent Küey
Ali Çetinkaya Bulvarı, 53/4 Alsancak, 35220 İzmir
Tel & Fax (232) 422 38 05

Bu sempozyum, İzmir Psikiyatri Derneği ve Sosyal Psikiyatri ve Krize Müdahale Derneği tarafından Ankara Üniversitesi Psikiyatri Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi himayelerinde düzenlenmektedir.