

# Panik Bozukluğu Alt Tiplerinin Belirtiler Açısından Araştırılması

Sibel ÖRSEL\*, Olga GÜRİZ\*, Asena AKDEMİR\*\*, Hakan TÜRKÇAPAR\*\*

## ÖZET

Bu çalışmanın amacı panik bozukluğu olan bir grup hastada panik bozukluğu belirtilerinin dağılımının araştırılarak panik bozukluğu alt tiplerine karşılık gelen panik bozukluğu belirti kümelerinin olup olmadığının belirlenmesidir. SSK Ankara Eğitim Hastanesi'ne başvuran ve DSM-IV Panik Bozukluğu ölçütlerini karşılayan 18-65 yaş arası, çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 60 hasta alınmıştır. Belirti Dağılım Anketi, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Klinik Global İzlenim Ölçeği uygulanmış ve alt tiplerin varlığı faktör analizi ana bileşenler yöntemi, student-t ve  $\chi^2$  testleriyle araştırılmıştır. En sık saptanan belirtiler çarpıntı, huzursuzluk hissi, ölüm korkusu, titreme, ağız kuruluğu, ümitsizlik ve çaresizlik hissi olmuştur. Bunlardan üçü DSM-IV belirtilerinde yer alırken, özellikle bilişsel belirtiler olan huzursuzluk, ümitsizlik ve çaresizlik hissi yer almamaktadır. Belirti dağılımına göre terleme ve kusmanın kadında daha sık olduğu; şiddet açısından bakıldığında çarpıntı, titreme, uyuşma belirtilerinin yine kadın grubunda istatistiksel olarak daha şiddetli olduğu saptanmıştır. Faktör analizi sonucunda kardiyovasküler, bilişsel, gastrointestinal ve vestibuler belirtiler ile gerginlikle ilgili maddelerin yer aldığı dört faktör elde edilmiştir. Çalışmada üzerinde durulması gereken önemli noktalardan biri hastalar tarafından sık bildirilen huzursuzluk, ümitsizlik, çaresizlik hissi, ağız kuruluğu ve dikkatini toplayamama belirtilerinin DSM-IV dışı belirtiler olmasıdır. Belirtilerin şiddet derecelendirmeleri üzerinde uygulanan faktör analizi sonucunda 4 faktörlü bir model elde edilmiştir. Sonuç olarak panik bozukluğu hastaları değerlendirilirken mevcut tanı sınıflamalarındaki panik atağı belirtilerinin yetersiz olduğu ve alt tipleri belirlemeye uygun olmadığı

göz önüne alınmalıdır. Alt tiplerin belirlenmesi panik bozukluğunun gidişi ve tedavi yöntemleri konusundaki çalışmalara katkı sağlayabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Panik bozukluğu, belirti, alt tip.

KLİNİK PSİKİYATRİ 2003;6:204-212

## SUMMARY

### The Determination of Panic Disorder Subtypes According to Symptoms

It has been aimed to investigate panic attack symptomatology in a group of panic disorder patients and to determine the subtypes of panic disorder according to symptoms of panic attack. The 60 patients who applied to SSK Ankara Education Hospital and had been diagnosed as DSM-IV panic disorder were recruited in to the study. Panic attack questionnaire, Hamilton Anxiety Scale and Clinical Global impression scale has been applied. The data were analyzed by student t-test, chi-square and factor analysis principal component method. Heart pounding, feelings of discomfort, trembling, dry mouth, feelings of helplessness and hopelessness symptoms were the most frequent symptoms. While three of them were DSM-IV symptoms, the others especially feelings of discomfort and helplessness were non DSM-IV symptoms. According to symptom dispersion, sweating and nausea were significantly more frequent in women; also the severity of heart pounding, trembling and parestesias symptoms were higher in women with respect to severity of symptoms. Factor analysis revealed four subtypes such as cardio-vascular, cognitive, gastrointestinal and tense-related symptoms. One of the most important findings of our study is some of the most frequent symptoms such as the feelings of discomfort, helplessness, hopelessness were non DSM-IV symptoms. Principal component factor analysis that was used on the severity ratings of symptoms revealed a

\* Uz. Dr., \*\* Doç. Dr., SSK Ankara Eğitim Hastanesi, ANKARA

four factor subtypes. As a result, when we evaluate panic disorder patients we have to pay attention that DSM-IV panic disorder symptoms were not sufficient for determining the subtypes. The studies of outcome and treatment of panic disorder would be productive by determining the subtypes of panic disorder.

**Key Words:** Panic disorder, symptom, subtype.

## GİRİŞ

Panik bozukluğu beklenmedik panik ataklarla seyreden süregen bir hastalıktır. Bu ataklar DSM-IV'te yer alan somatik ya da bilişsel 13 belirtiden 4'ünün eşlik ettiği aniden ortaya çıkan yoğun bir korku ve rahatsızlık dönemi olarak tanımlanır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1998). Klinik uygulamada panik atakları sırasında ortaya çıkan belirtilerin çeşitliliği şimdiki dek pek çok araştırmacının dikkatini çekmiştir. Bu nedenle son yıllarda panik bozukluğunun belirti kümeleri ve alt tiplerinin varlığını araştıran çalışmalar giderek artmaktadır. Literatürde panik atakların alt tiplerini belirlemek üzere yapılan çalışmalarda birbirinden farklı sınıflamalar göze çarpmaktadır.

Pio-Abreu ve arkadaşları (1998), 65 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada 24 adet bedensel belirtiyi topografik olarak sefalo-vertiginöz, serviko-respiratuar, torako-kardiyak ve abdomino-dijestif kümelerine ayırmışlardır. Cox ve arkadaşları (1994) DSM III-R'de olan ve olmayan panik atağı belirtilerinin sıklığı ve şiddetini karşılaştırarak bu belirtileri sersemlik, başdönmesi, kardiyorespiratuar ve bilişsel olarak sınıflamışlardır. Ley (1992) panik atakları Tip1 (klasik), Tip 2 (beklentili) ve Tip 3 (bilişsel) olmak üzere üç ana grupta incelemiştir. Panik bozukluğu alt tiplerinin belirlenmesinde biyolojik parametrelerin kullanıldığı çalışmalarda, kardiyorespiratuar ve gastrointestinal (Lelliot ve Bass 1990), respiratuar (Biber ve Alkın 1999), respiratuar ve bilişsel (Moynihan ve Gevirtz 2001) alt tipleri birbirinden ayırdecek özellikler saptanmıştır. Massana ve arkadaşları (2001) yaptıkları çalışmada panik bozukluğu hastalarını kardiyorespiratuar ve pseudonörolojik belirtilere göre iki gruba ayırarak bu hastalar arasındaki biyolojik ve psikolojik farklılıkları incelemiştir. Son yıllarda 'ölüm korkusu' veya 'çıldırma veya kontrolünü kaybetme korkusu' olmaksızın ortaya çıkan korkusuz (nonfearful) panik bozukluğu alt tipinin varlığı tartışılmaktadır (Russel ve ark. 1991). Fleet ve arkadaşları (2000) göğüs ağrısı ile acil servise başvuran hastalarda yaptıkları incelemeler sonrası korkusuz panik bozukluğunun bir panik bozukluğu türevi olarak düşünülebileceğini ileri sürmektedirler.

Panik bozukluğu alt tiplerinin belirlenmesinin hastalık şiddeti, psikiyatrik ve fiziksel hastalık komorbiditesi ve değişik tedavi biçimlerine yanıt gibi unsurların değerlendirilmesinde önem taşıyacağı düşünülmektedir. Fidaner ve arkadaşları (1998) panik bozukluğu tanısı almış 48 hastada yaptıkları bir çalışmada "kardiyovasküler", "gastrointestinal ve vestibuler", "solunumsal" ve "bilişsel" olmak üzere dört alt tip belirlemişler ve bu alt tiplerin sosyodemografik özellikler, etanılar ve tedaviye yanıtları arasındaki farklılıkları bildirmişlerdir. Bovasso ve Eaton (1999) panik atakları kardiyak, derealizasyon ve solunumsal olarak üçe ayırmışlar ve bunları psikiyatrik ve fiziksel hastalıklarla ilişkilendirmişlerdir. Başka bir çalışmada ise panik bozukluğunda ortaya çıkan gastrointestinal belirtilerin irritabl barsak sendromu ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Lydiard ve ark. 1994).

Yapılan diğer araştırma sonuçlarına göre, panik bozukluğunda ortaya çıkan depersonalizasyon ve derealizasyon belirtilerinin daha erken yaşlarda ortaya çıktığı, daha çok kaçınma davranışı ve daha çok sayıda atak geçirme ile ilişkili olduğu ve bu belirtilerin olduğu grubun daha şiddetli bir alt grup olduğu bildirilmiştir (Segui ve ark. 2000a, Cassano ve ark. 1989, Marquez ve ark. 2001).

Bu çalışmanın amaçları, ilk olarak panik bozukluğu olan bir grup hastada panik bozukluğu belirtilerinin dağılımını araştırmak, ikincisi panik bozukluğu alt tiplerine karşılık gelen panik bozukluğu belirti kümelerinin olup olmadığının belirlenmesidir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Örnekleme

Araştırmaya SSK Ankara Eğitim Hastanesi'ne Eylül 2001- Mart 2002 arasında panik bozukluğu yakınmalarıyla başvuran DSM-IV Panik Bozukluğu ölçütlerini karşılayan 18-65 yaş arası 36 kadın, 24 erkek olmak üzere toplam 60 hasta alınmıştır.

Çalışmaya eğitim düzeyi en az ilkökul mezunu olan, katılmaya onay veren hastalar alınmıştır. DSM-IV tanı sınıflamasına göre psikotik bozukluk, demans tanı ölçütlerini karşılayan hastalar araştırma dışında bırakılmışlardır.

### Ölçekler

**1. Demografik Bilgi Formu:** Bu anket araştırmayı oluşturan hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi gibi bilgilerin yanısıra hastalığın başlama yaşı, değerlendirmenin yapıldığı güne kadar aldığı

**Tablo 1. Sosyodemografik değişkenler**

Değişkenler	Kadın	Erkek	Toplam	
Yaş, ort±yıl	35.64±7.79	40.96±10.09	37.8±9.0	T= -2.30*
Eğitim	11 / 22 / 3	8 / 12 / 4	19 / 34 / 7	$\chi^2 = 2.95$
İlk/orta/üniversite	%30.6/ 61.1 / 8.4	%33.3/ 50.0 /16.7	%31.7/56.7/11.7	
Medeni durum	26 / 5 / 5	18 / 3 / 3	44 / 8 / 8	$\chi^2 = 1.62$
Evlü/ayrılı/bekar	%72.2/13.9/13.9	70.0 / 12.5 /12.5	73.3 / 13.3 / 13.3	
İş, çalışan oranı	12 %18.2	23 %98.3	35 %61.6	$\chi^2 = 37.06^{***}$
Gelir	17 / 8 / 11	10 / 3 / 11	27 / 11 / 22	$\chi^2 = 2.50$
Alt / orta / üst	%47.2/22.2/30.6	41.7 / 12.5 / 45.8	45.0 / 18.3 / 36.7	

\*p&lt;0.05, \*\*p&lt;0.01, \*\*\*p&lt;0.001.

tedaviler ve süreleri, fiziksel hastalık, madde kullanım, ailede ruhsal hastalık, çocuklukta fiziksel şiddet, hastada ve ailede intihar girişimi öyküsünü saptamak üzere hazırlanmıştır. Bu form klinisyen tarafından hastayla yüzyüze görüşülerek doldurulmuştur.

**2. SCID:** SCID I (DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme) DSM-IV Tanı sınıflamasına uygun olarak psikiyatrik bozuklukların tanısını koymak üzere geliştirilmiş, yapılandırılmış klinik bir görüşmedir. Bu aracın Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Çorapçioğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

**3. Hamilton Anksiyete Ölçeği:** Bireyin son 72 saatteki anksiyete belirtilerini araştırmak için hazırlanan 14 soruyu içerir ve anksiyetenin somatik ve ruhsal bileşenlerinin ayrı ayrı puanlanmasına olanak verir. Görüşmeci her madde için "0" (yok), "1" (hafif), "2" (orta), "3" (şiddetli), "4" (çok şiddetli) arasında bir değerlendirme yaparak puan verir ve toplam puan hesaplanır. Ölçeğin bazı maddeleri anksiyete ve depresyonlarda ortak olarak görülen belirtileri içermektedir. Bu aracın Türkçe geçerlik ve güvenilirliği, Yazıcı ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır.

**4. Klinik Global İzlenim Ölçeği:** Klinik çalışmalarda hastaların değerlendirilmesi ve takip sırasındaki değişiklikleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Klinisyen gözlemine göre hastalık şiddetini (1-normal hasta değil, 7- en ileri derecede hasta olarak) derecelendiren bir ölçektir (Benke ve Rasmus 1992).

**5. Belirti Dağılım Anketi:** Bu anket panik bozukluğu hastalarında panik ataklar sırasında ortaya çıkabilen, bu konudaki araştırmalarda yer alan belirtileri içerecek şekilde hazırlanmıştır (Cox ve ark. 1994, Fidaner ve ark. 1998, Pio-Abreu ve ark. 1998, Starcevic ve ark.

1993). Bu belirtilerden 13 tanesi DSM-IV panik bozukluğu tanı kriterleri olmak üzere toplam 29 belirtiden oluşmaktadır. Katılımcıların kendilerinin bu belirtileri "0" (hiç olmadı), "1" (hafif düzeyde), "2" (orta düzeyde), "3" (şiddetli), "4" (çok şiddetli) biçiminde puanlamalarına olanak verecek şekilde düzenlenmiştir.

### İşlem

DSM-IV SCID uygulanarak hastaların tanıları konulduktan sonra, 29 panik atağı belirtisini içeren anket verildi, Hamilton Anksiyete Ölçeği ve Klinik Global İzlenim Ölçeği uygulandı.

Demografik veriler, belirtilerin dağılım ve şiddet açısından karşılaştırmalarında student-t ve  $\chi^2$ -kare testleri uygulandı. Alttıplerin belirlenmesinde Belirti Dağılım Anketi'nde yer alan 29 belirti şiddeti kullanıldı. Bu belirtilerin, faktör analizinde ana bileşenler yöntemi ve Varimax dönüştürmesi sonucunda özdeğeri 1'in üzerinde olan ve toplam değişkenliğin %74.72'sini açıklayan 9 faktör elde edilmiştir. Toplam varyansın %53.09'unu açıklayan dördümlü çözüm en uygun faktör yapısı olarak kabul edilmiştir.

### BULGULAR

Sosyodemografik özellikler Tablo 1'de yer almaktadır. Çalışmada yer alanların %60'ı (36 kişi) kadın, %40'ı (24 kişi) erkektir. Yaş ve çalışma oranları dışında bu değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Kadınların ortalama yaşı ve çalışma oranları istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha düşüktür. Gelir durumuna göre alt orta ve üst gruplar, hastaların aylık eve giren toplam gelir miktarına göre belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan grubun klinik özelliklerine baktığımızda, hastalığın başlangıç yaşı ( $32.2 \pm 10.25$ ),

hastalık süresi ( $5.55 \pm 6.75$ ), toplam tedavi süresi ( $1.73 \pm 2.19$ ), toplam HADS anksiyete puanı ( $9.92 \pm 7.85$ ) ve toplam klinik global izlenim puanları ise ( $3.2 \pm 0.92$ ) olarak saptanmıştır; cinsiyet grupları arasında bu açılardan farklılık saptanmamıştır. Çalışma grubunun %40'ı (24 kişi) ailelerinde ruhsal bir hastalık olduğunu belirtmiştir. Ailede panik bozukluğu öyküsü %25 (15 kişi), diğer anksiyete bozuklukları %5.0 (3 kişi), somatoform bozukluğu olanlar %5 (3 kişi) ve diğer hastalıklar %5 (3 kişi) oranında saptanmıştır.

Çalışma grubundaki ek hastalık oranlarına baktığımızda %40'ı (24 kişi) ek bir medikal hastalık nedeniyle tedavi gördüğünü belirtmiştir. Bu grupta 6 kişi (%10) kardiyovasküler sistem, 7 kişi (%11.7) gastrointestinal sistem, 2 kişi (%3.3) üriner sistem, 9 kişi ise (%15.0) diğer hastalıkları nedeniyle tedavi görmektedirler. Ek psikiyatrik tanılar ise 7 kişi (%11.7) depresyon, 1 kişi (%1.7) alkol kötüye kullanımı, 2 kişi (%3.3) obsesif kompulsif bozukluk, 4 kişi (%6.7) sosyal fobi, 5 kişi (%8.3) özgül fobi ve 4 kişi (%6.7) somatoform bozukluk idi.

Belirti Dağılım Anketi'nde en sık saptanan belirtiler sırasıyla çarpıntı, huzursuzluk hissi, ölüm korkusu, titreme, ağız kuruluğu, ümitsizlik ve çaresizlik hissi olmuştur. Bunlardan üçü DSM-IV belirtilerinde yer alırken, özellikle bilişsel belirtiler olan huzursuzluk, ümitsizlik ve çaresizlik hissi yer almamaktadır. Belirti şiddeti olarak bakıldığında ise daha çok DSM-IV belirtilerinden çarpıntı, ölüm korkusu, titreme, ağız kuruluğu, nefes darlığı, çıldırma ve boğulma hissi şiddetinin daha yüksek olduğu gözlenmektedir (Tablo 2).

Belirti dağılımına cinsiyet açısından bakıldığında terleme ( $\chi^2 = 4.19$ ,  $p < 0.05$ ) ve kusmanın ( $\chi^2 = 4.50$ ,  $p < 0.05$ ) kadında daha sık olduğu; şiddet açısından bakıldığında çarpıntı ( $t = 2.69$ ,  $p < 0.01$ ), titreme ( $t = 3.40$ ,  $p < 0.001$ ), uyuşma ( $t = 2.31$ ,  $p < 0.001$ ) belirtilerinin yine kadın grubunda istatistiksel olarak daha şiddetli olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Belirti sıklığı açısından psikiyatrik etkansı olan ve olmayan grup arasında fark olmamakla birlikte bazı belirtilerin şiddeti açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Bu belirtiler kas ağrısı ( $t = -2.97$ ,  $p < 0.001$ ), kas gerginliği ( $t = -2.08$ ,  $p < 0.05$ ), zihin bulanıklığı ( $t = -2.43$ ,  $p < 0.05$ ), konuşulana yanıt verememe ( $t = -3.4$ ,  $p < 0.001$ ), boğazda düğümlenme hissi ( $t = -2.07$ ,  $p < 0.05$ ), ümitsizlik hissi ( $t = -2.65$ ,  $p < 0.01$ ) ve çaresizlik hissi ( $t = -2.3$ ,  $p < 0.05$ ) olarak belirlenmiştir.

Belirti Dağılım Anketi'nde yer alan 29 belirti şiddetinden Ana Bileşenler yöntemi ve Varimax dönüştürmesi sonucunda özdeğeri 1'in üzerinde olan ve toplam değişkenliğin %74.72'sini açıklayan 9 faktör elde edilmiştir. Faktör sayısının belirlenmesinde özdeğeri 1'in üzerinde olan iki - altı faktör sayılı çözümler uygulanmıştır. Toplam varyansın %53.09'unu açıklayan dördüncü en uygun faktör yapısı olarak kabul edilmiştir. Dört grubun altında açıklanan varyans yüzdelерinin azalması, üstündeki grup sayılarında ise açıklanan varyans oranlarının artmasıyla birlikte (örneğin 6'lı grupta %62.59) tek belirtilerin grup olarak karşımıza çıkması nedeniyle dördüncü grup alttip sınıflaması olarak alınmıştır.

Tablo 3'te her bir faktörün içerdiği maddeler ve maddelerin yük değerleri, özdeğerleri, açıklanan varyans yüzdeleri ve iç tutarlılık göstergesi olarak alfa değerleri yer almaktadır. Birinci faktör kardiyovasküler, ikinci faktör bilişsel, üçüncü faktör gastrointestinal ve dördüncü faktör daha çok gerginlikle ilgili maddeleri içermektedir. 1. faktörde en yüksek madde yüklenmeleri nefes darlığı, boğulma hissi (DSM-IV) ve ağız kuruluğu olarak yer alırken, ikinci faktördeki en yüksek yüklenmeler DSM-IV dışı olan ümitsizlik, çaresizlik ve huzursuzluk hissi maddelerinde olmuştur. 3. GIS faktöründe mide bulantısı/rahatsızlık hissi ve bulantı, kusma daha yüksek iken, 4. faktörde olan uyuşma, ateş basması (DSM-IV belirtileri) dışında daha yüksek yüklenme puanı alan kas ağrısı ve gerginliği maddeleri yer almaktadır.

## TARTIŞMA

Bu çalışmada panik bozukluğu olan hastalarda panik bozukluğu belirtilerinin dağılımının ve panik bozukluğu alt tiplerine karşılık gelen panik bozukluğu belirti kümelerinin varlığının araştırılması amaçlanmıştır. Elde edilen kadın/erkek oranı panik bozukluğu için bildirilen kadın baskınlığını destekler niteliktedir (Cassano ve ark. 1989, Raj ve ark. 1993, Barzega ve ark. 2001). Sosyodemografik özellikler dikkate alındığında kadınların ortalama yaşı ve çalışma oranlarının daha düşük olması dışında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Yonkers ve arkadaşları da (1998) kadın ve erkek panik bozukluğu hastalarını karşılaştırdıkları çalışmada benzer şekilde bu iki grup arasında eğitim, medeni durum ve hastalığın başlangıç yaşı açısından anlamlı fark bulunmazken, erkeklerin çalışma oranlarını daha fazla saptamışlardır. Bunlara ek olarak bizim çalışmamızda çalışma grubunun toplam tedavi süresi, toplam

**Tablo 2. Belirti Dağılım Anketi'nde yer alan panik atağı belirtilerinin cinsiyet gruplarına göre sıklık ve şiddeti**

DSM-IV belirtiler	Kadın			Erkek			Toplam		
	n	%	ort±ss	n	%	ort±ss	n	%	ort±ss
Çarpıntı	35	97.2	3.36±1.04	24	100	2.67± 0.87 <sup>b</sup>	59	98.3	3.08±1.03
Terleme	25	69.4 <sup>a</sup>	1.72±1.54	22	91.7	1.67±0.92	47	78.3	1.70±1.31
Titreme/sarsıntı	33	91.7	2.94±1.16	20	83.3	1.88±1.23 <sup>c</sup>	53	88.3	2.51±1.29
Nefes darlığı	27	75.0	2.28±1.65	19	79.2	2.13±1.45	46	76.7	2.21±1.56
Boğulma hissi	27	75.0	2.25±1.57	18	75.0	1.83±1.43	45	75.0	2.08±1.52
Göğüs ağrısı	24	66.7	1.86±1.57	19	79.2	1.88±1.33	43	71.7	1.86±1.46
Midede rahatsızlık	27	75.0	1.91±1.57	16	66.7	1.42±1.29	43	71.7	1.71±1.43
Başdönmesi	30	83.3	2.0±1.41	19	79.2	1.67±1.27	49	81.7	1.86±1.35
Depers/Derealizasyon	21	58.3	1.67±1.69	16	66.7	1.38±1.35	37	61.7	1.55±1.55
Ölüm korkusu	34	94.4	3.19±1.16	21	87.5	2.60±1.38	55	91.7	2.95±1.25
Çıldırma/kont. kaybetme	28	77.8	2.25±1.50	19	79.2	1.75±1.33	47	78.3	2.05±1.44
Vücutta uyuşmalar	27	75.0	2.08±1.46	17	70.8	1.29± 0.95 <sup>d</sup>	44	73.3	1.76±1.34
Ateş basması/ürperme	30	83.3	2.17±1.40	20	83.3	1.71±0.95	50	83.3	1.98±1.25
<b>DSM-IV'de olmayan belirtiler</b>									
Görme bulanıklığı	19	52.8	1.25±1.32	16	66.7	1.33±1.20	35	58.3	1.28±1.26
Ağız kuruluğu	31	86.1	2.33±1.28	21	87.5	2.08±1.18	52	86.7	2.23±1.24
Kulak çınlaması	20	55.6	1.22±1.35	14	58.3	1.16±1.23	34	56.7	1.20±1.29
Bulantı	25	69.4	1.50±1.34	14	58.3	1.04±1.16	39	65.0	1.31±1.28
Kusma	9	25.0 <sup>e</sup>	0.44±0.91	1	4.2	0.4±0.2	10	16.7	0.28±0.73
Huzursuzluk	33	91.7	2.75±1.23	23	95.8	2.54±1.10	56	93.3	2.66±1.17
Kas ağrısı	22	61.1	1.67±1.47	15	62.5	1.16±1.09	37	61.7	1.46±1.34
Kas gerginliği	25	65.4	1.75±1.42	16	66.7	1.29±1.16	41	68.3	1.56±1.33
Dikkatini toplayamama	29	80.6	2.11±1.39	19	79.2	1.79±1.25	48	80.0	1.98±1.33
İşitme güçlüğü	10	27.8	0.55±1.05	7	29.2	0.4±0.7	17	28.3	0.50±0.92
Zihin bulanıklığı	23	63.9	1.58±1.48	14	58.3	1.13±1.22	37	61.7	1.40±1.39
Konuşulanlara yanıt verememe	22	61.1	0.94±1.04	9	37.5	0.7±1.08	31	51.7	0.85±1.05
Boğazda düğümlenme hissi	28	77.8	2.0±1.45	18	75.0	1.63±1.21	46	76.7	1.85±1.36
Ümitsizlik	32	88.9	2.58±1.42	20	83.3	2.12±1.33	52	86.7	2.40±1.39
Çaresizlik	31	86.1	2.44±1.48	20	83.3	2.08±1.47	51	85.0	2.30±1.47
Bayılma hissi	24	66.7	1.97±1.63	15	62.5	1.38±1.38	39	65.0	1.73±1.54

<sup>a</sup>  $\chi^2 = 4.19$ ,  $p < 0.05$ ; <sup>b</sup>  $t = 2.69$ ,  $p < 0.01$ ; <sup>c</sup>  $t = 3.40$ ,  $p < 0.001$ ; <sup>d</sup>  $t = 2.31$ ,  $p < 0.001$ ; <sup>e</sup>  $\chi^2 = 4.50$ ,  $p < 0.05$ .

Hamilton anksiyete puanı ve toplam klinik global izlenim puanları arasında da cinsiyetler arasında fark saptanmamıştır.

Bizim çalışmamıza katılan hastaların %40'ı (24 kişi) ailelerinde ruhsal bir hastalık olduğunu belirtmiştir. Ailede panik bozukluğu öyküsü %25, diğer anksiyete

**Tablo 3. Panik bozukluğu belirtilerinin faktör yapısı, madde dağılımı ve faktör yükleri**

Panik bozukluğu belirtileri	1. Faktör Kardiyovasküler	2. Faktör Bilişsel	3. Faktör Gastrointestinal ve vestibular	4. Faktör Gerginlik
<b>DSM-IV'de olan belirtiler</b>				
Çarpıntı	.565	.325		.125
Terleme	.589		.218	
Titreme/sarsıntı	.459		.173	
Nefes darlığı	.770	.247	.105	.149
Boğulma hissi	.770	.173		.126
Göğüs ağrısı	.283		.472	.333
Mide bulantısı/rahatsızlık hissi		.171	.740	
Başdönmesi	.565		.445	.304
Dereal/deperson	.356	.503	.412	
Ölüm korkusu	.468	.168	-.121	.355
Çıldırma	.209	.331	.322	.215
Uyuşma	.461	.354	.226	.496
Ateş basması	.509		.131	.616
<b>DSM-IV'de olmayan belirtiler</b>				
Görme bulanıklığı	.386	.212	.274	.323
Ağız kuruluğu	.710	.211		.194
Kulak çınlaması			.478	.459
Bulantı			.877	
Kusma	.230		.578	.117
Huzursuzluk	.218	.629		
Kas ağrısı	.120		.263	.814
Kas gerginliği		.235		.665
Dikkatini toplayamama	.135	.760	.213	.161
İşitme güçlüğü		.438	-.104	.505
Zihin bulanıklığı	.254	.530	.175	.247
Konuşulana yanıt verememe	.104	.508	.428	
Boğazda düğümlenme	.488	.387		.337
Ümitsizlik hissi	.228	.798		.105
Çaresizlik hissi	.192	.817		.111
Bayılma hissi	.606	.400		-.132
Özdeğer	9.53	2.34	1.93	1.59
%varyans	32.9	8.07	6.67	5.49
Alpha	0.80	0.85	5.49	0.79

bozuklukları %5, somatoform bozukluğu olanlar %5 ve diğer hastalıklar %5 oranında saptanmıştır. Bu bulgular Segui ve arkadaşlarının (1999) 18 yaş üzerindeki panik bozukluğu hastalarından elde ettiği ailede

panik bozukluğu görülme oranlarıyla (%21.2) uyumludur. Ancak aynı çalışmadaki ailede alkolizm (%9.1) ve depresyon (%24.9) görülme oranları çalışmamızda saptanmamıştır.

Çalışmaya katılan grubun ek tıbbi hastalık oranlarına bakıldığında, grubun %40'ının ek bir tıbbi hastalık nedeniyle tedavi gördüğü anlaşılmıştır. Bu oranın Smith ve arkadaşlarının (1999) Avrupa ve Afrika kökenli Amerikalı panik bozukluğu hastalarını (Avrupa kökenli Amerikalı hastalarda tıbbi hastalık oranı %67 ve Afrika kökenli Amerikalı hastalarda %71) karşılaştırdıkları çalışmada bulunan oranlardan düşüktür.

Bizim çalışmamızda belirti dağılım anketine göre en sık saptanan belirtiler çarpıntı, huzursuzluk hissi, ölüm korkusu, titreme/sarsıntı, ağız kuruluğu, ümitsizlik hissi ve çaresizlik hissidir. Bu bulgu literatürdeki diğer çalışmaların sonuçlarına benzerdir. Tükel (1992) yaptığı bir çalışmasında DSM-III-R panik bozukluğu tanı ölçütleri içinde en sık rastlanan belirtinin çarpıntı/kalp atım sayısında artma, sık görülen diğer belirtilerin ise ölüm korkusu, başdönmesi/bayıma hissi, nefes darlığı/boğulma hissi, titreme/sarsılma olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde panik bozukluğunda belirti dağılımını araştıran bir başka çalışmada Tonguç (1994) en sık gözlenen belirtiyi ölüm korkusu, ikinci sırada ise çarpıntı ya da kalp atım sayısında artma olarak bildirmiştir. Literatüre bakıldığında panik bozukluğu hastalarında bildirilen en sık belirtinin bizim çalışmamızla uyumlu olarak çarpıntı olduğu gözlenmektedir (Segui ve ark. 2000a, Margraf ve ark. 1987, Segui ve ark. 2000b).

Belirti dağılım anketindeki belirtilerin şiddeti değerlendirildiğinde çarpıntı, ölüm korkusu, titreme, ağız kuruluğu, nefes darlığı, çıldırma/kontrolünü kaybetme korkusu ve boğulma hissi şiddetinin daha yüksek olduğu izlenmektedir. Belirti dağılımına cinsiyet açısından bakıldığında terleme ve kusmanın kadında daha sık olduğu; şiddet açısından bakıldığında çarpıntı, titreme, uyuşma belirtilerinin yine kadın grubunda istatistiksel olarak daha şiddetli olduğu saptanmıştır. Norton ve arkadaşlarının (1986) DSM-III ölçütlerine göre panik atağı geçiren hastalarda yaptıkları değerlendirmede benzer şekilde en şiddetli bildirilen belirtileri sırasıyla çarpıntı, titreme ve terleme olarak saptamışlardır. Aynı çalışmada kadın ve erkekler karşılaştırıldığında ise boğulma hissi, sıcak/soğuk basması ve terleme belirtilerinin kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı oranda daha şiddetli olduğunu tespit etmişlerdir. Belirti dağılım anketinde yer alan belirtileri daha şiddetli olarak saptadığımız gruplardan biri de ek psikiyatrik tanısı olanlardır.

Yaptığımız çalışmada üzerinde durulması gereken önemli noktalardan biri de hastalar tarafından en sık

bildirilen bazı belirtilerin DSM-IV dışı belirtiler olmasıdır. Huzursuzluk hissi, ümitsizlik hissi, çaresizlik hissi, ağız kuruluğu ve dikkatini toplayamama belirtileri özellikle sıralamada dikkati çekmektedir. Bizim sonuçlarımıza benzer şekilde Cox ve arkadaşları (1994) panik bozukluğu hastalarında bildirilen en şiddetli belirtilerin DSM-III-R dışı belirtiler olduğunu saptamışlar ve bu belirtilerin tanı koymada daha temel belirtiler olduğunu ileri sürmüşlerdir. Özellikle çaresizlik hissi ve dikkatini toplayamama belirtileri Cox ve arkadaşlarının (1994) sonuçlarına paralel biçimde bizim çalışmamızda da en sık bildirilen DSM-IV dışı belirtilerdir. Bundan önce yapılan diğer bazı araştırmalarda da mevcut tanı sınıflamalarında bulunmayan belirtiler panik bozukluğu hastaları tarafından sıkça bildirilmiştir (Aronson ve Logue 1988, Starcevic ve ark. 1993). DSM tanı sınıflamaları için belirtilen tüm bu eksikliklere rağmen oluşturulan her yeni tanı sınıflamasında panik atağı belirtilerinin hemen aynı kaldığı ve sadece panik bozukluğu ölçütlerinin değiştirildiği görülmektedir.

Bu çalışmanın ikinci bölümünde belirti dağılım anketinde yer alan 29 belirtinin panik bozukluğu için belirgin alt tipler oluşturup oluşturmadığının araştırılması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda belirtilerin şiddet derecelendirmeleri üzerinde faktör analizi uygulanmış ve 4 faktörlü bir model elde edilmiştir. Bu faktörler 1. kardiyovasküler, 2. bilişsel, 3. gastrointestinal ve vestibuler ve 4. gerginlik ile ilgili belirtileri içeren faktörlerdi. Daha önce yayınlanmış çalışmalar gözden geçirildiğinde bizim çalışmamızın sonuçlarıyla uyumlu şekilde panik bozukluğu hastalarında saptanan belirtilerin değişik kümelere ayrılabilceği ile ilgili sonuçların elde edildiği görülmektedir.

Panik Bozukluğu alt tipleriyle ilgili çalışmalarda, eşlik eden hastalıklarla ilgili durumların gözönüne alınmadığı dikkati çekmektedir (Cox ve ark. 1993, Pio-Abreu ve ark. 1998). Çalışmamızda %38.4 oranında eşlik eden hastalık olduğu, bunların yalnızca %11.7'sinde depresyon olduğu saptanmıştır. Bu nedenle bilişsel tipte olan çaresizlik, ümitsizlik, dikkatini toplayamama gibi belirtilerde eşlik eden depresyonun etkisinin olmadığını düşünmekle birlikte kontrol edilmesi gerektiğini düşünüyoruz. Bu konuyu dikkate alarak eşlik eden psikiyatrik ve fiziksel hastalıkların alt tiplere olan etkisini araştıran Bovassa ve Eaton (1999), depresyon ve alt tipler arasında bir ilişki saptayamadıklarını belirtmektedirler.

Ley (1992) klasik, beklentili ve bilişsel olmak üzere üç

tip panik atağı tanımlamıştır. Bunlardan klasik ve bilişsel olanları bizim çalışmamızdaki kardiyovasküler ve bilişsel faktörlerine benzer gibi görünmektedir. Pio-Abreu ve arkadaşları (1998) DSM ölçütlerine bağlı kalmaksızın 24 bedensel belirtiyi beden bölümleriyle ilişkili topografik beş gruba (genel uyarılma, servikorespiratuar, torakokardiyak, abdominodijestif ve sefaloveriginöz) ayırmışlar ve bu faktörlerin bilişsel belirtilerle korelasyonunu araştırmışlardır. Bilişsel belirtilerin ayrı bir grupta toplandığı bizim sonuçlarımızla karşılaştırıldığında bizim kardiyovasküler belirti kümемizin Pio-Abreu ve arkadaşlarının (1998) hemen üç grubunu da (Genel uyarılma, servikorespiratuar, torakokardiyak) kapsadığı dikkati çekmektedir. Gastrointestinal belirtilerin toplandığı gruplar her iki çalışmada da benzerdir. Panik bozukluğunda gastrointestinal belirtilerin önemi vurgulayan başka bir araştırmada bu belirtiler panik bozukluğunda daha yüksek oranda saptanmıştır (Lydiard ve ark. 1994).

Shioiri ve arkadaşları (1996), yaptıkları küme analizi ile panik bozukluğu belirtilerini üç kümeye ayırmışlardır. Bizim çalışmamızdaki kardiyovasküler

grubun belirtilerinin bu çalışmada iki ayrı faktörde yer aldığı görülürken, ölüm korkusu ve çıldırma korkusunun ağırlık kazandığı bir üçüncü faktörün bizim çalışmamızdaki bilişsel gruba denk olduğu düşünülebilir.

Panik bozukluğu alt tiplerini belirlemede biyolojik parametreleri kullanan araştırmacılar da elde ettikleri veriler ışığında panik bozukluğun tek tip bir hastalık olmadığını ileri sürmektedirler (Lelliot ve Bass 1990, Biber ve Alkın 1999, Moynihan ve Gevirtz 2001). Panik bozukluğu alt tiplerini belirlemenin hastalığın seyri ve tedaviye yanıt konusunda bize yol gösterici olacağı düşünülebilir. Fidaner ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında belirlenen dört panik bozukluğu alt tipi (klasik, gastrointestinal ve vestibuler, solunumsal ve bilişsel) birbirinden farklı sosyodemografik özellikler, hastalık şiddeti, hastalık seyri ve tedavi yanıt oranlarına sahipti.

Özetle, panik bozukluğu hastaları değerlendirilirken mevcut tanı sınıflamalarındaki panik atağı belirtilerinin yetersiz olduğu ve alt tipleri belirlemeye uygun olmadığı gözönüne alınmalıdır. Buradan yola çıkarak bu konudaki belirsizliği ortadan kaldıracak daha kapsamlı çalışmalara gereksinim vardır.

#### KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (1998) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV) 4. Baskı (çev ed. E Köroğlu) Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Aronson TA, Logue CM (1988) Phenomenology of panic attacks: A descriptive study of panic disorder patients' self-reports. *J Clin Psychiatry*, 49:8-13.
- Barzega G, Maina G, Venturello S ve ark. (2001) Gender-related differences in the onset of panic disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 103:189-195.
- Beneke M, Rasmus W (1992) "Clinical Global Impressions" (ECDEU): some critical comments. *Pharmacopsychiatry*, 25:171-176.
- Biber B, Alkın T (1999) Panic disorder subtypes: differential Responses to CO<sub>2</sub> Challenge. *Am J Psychiatry*, 156:739-44.
- Bovasso G, Eaton W (1999) Types of panic attacks and their association with psychiatric disorder and physical illness. *Compr Psychiatry*, 40:469-77.
- Cassano GB, Petracca A, Perugi G ve ark. (1989) Derealization and panic attacks: a clinical evaluation on 150 patients with panic disorder/ agoraphobia. *Compr Psychiatry*, 30:5-12.
- Cox BJ, Swinson RP, Endler NS ve ark. (1994) The symptom structure of panic attacks. *Compr Psychiatry*, 35:349-353.
- Çorapçıoğlu (Özkürkçügil) A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12:233-236.
- Fidaner H, Tunca Z, Cimilli C (1998) Panik bozukluğunda atakların klinik özellikleri: Q yöntemi ile bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9:277-283.
- Fleet RP, Martel JP, Lavoie KL ve ark. (2000) Nonfearful panic disorder a variant of panic in medical patients? *Psychosomatics*, 41:311-320.
- Lelliot P, Bass C (1990) Symptom specificity in patients with panic. *Br J Psychiatry*, 157:593-597.
- Ley R (1992) The many faces of Pan: psychological and physiological differences among three types of panic attacks. *Behav Res Ther*, 30:347-357.
- Lydiard RB, Greenwald S, Weissman MM ve ark. (1994) Panic disorder and gastrointestinal symptoms: findings from the NIMH epidemiologic catchment area project. *Am J Psychiatry*, 151:64-70.
- Margraf J, Taylor B, Ehlers A ve ark. (1987) Panic attacks in the natural environment. *J Nerv Ment Dis*, 175:558-565.
- Marquez M, Segui J, Garcia L ve ark. (2001) Is panic disorder with psychosensorial symptoms (Depersonalization-Derealization) a more severe clinical subtype? *J Nerv Ment Dis*, 189:332-335.
- Massana J, Lopez Risueno JA, Massana G ve ark. (2001) Subtyping of panic disorder patients with bradycardia. *Eur Psychiatry*, 16:109-114.
- Moynihan JE, Gevirtz RN (2001) Respiratory and cognitive subtypes of panic. *Behav Modif*, 25:555-583.
- Norton GR, Dorward J, Cox BJ (1986) Factors associated with panic attacks in nonclinical subjects. *Behav Ther*, 17:239-252.



Pio-Abreu JL, Ramalheira C, Valenta JM (1998) Towards a "map" of panic: structure of the bodily symptoms. *Acta Psychiatr Scand*, 97:66-70.

Raj BA, Corvea MH, Dagon EM (1993) The clinical characteristics of panic disorder in the elderly: a retrospective study. *J Clin Psychiatry*, 54:150-155.

Russel JL, Kushner MG, Beitman BD ve ark. (1991) Nonfearful panic disorder in neurology patients validated by lactate challenge. *Am J Psychiatry*, 148:361-364.

Segui J, Marquez M, Garsia L ve ark. (1999) Differential clinical features of early-onset panic disorder. *J Affect Disord*, 54:109-117.

Segui J, Marquez M, Garcia L ve ark. (2000a) Depersonalization in panic disorder: a clinical study. *Compr Psychiatry*, 41:172-178.

Segui J, Salvador-Carulla L, Marquez M ve ark. (2000b) Differential clinical features of late onset panic disorder. *J Affect Disord*, 57:115-124.

Shioiri T, Someya T, Murashita J ve ark. (1996) The symptom structure of panic disorder: a trial using factor and cluster analysis. *Acta Psychiatr Scand*, 93:80-86.

Smith LC, Friedman S, Nevid J (1999) Clinical and sociocultural differences in African America and European American patients with panic disorder and agoraphobia. *J Nerv Ment Dis*, 187:550-561.

Starcevic V, Kellner R, Uhlenhuth EH ve ark. (1993) The Phenomenology of panic attacks in panic disorder with and without agoraphobia. *Compr Psychiatry*, 34:36-41.

Tonguç D (1994) Panik bozuklukta semptom dağılımı ve sosyodemografik faktörlerle ilişkisi. Uzmanlık tezi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. İstanbul.

Tükel MR (1992) Panik bozukluklarında gelişim, klinik seyir ve panik atakları ile agorafobi ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3:18-29.

Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N ve ark. (1998) Hamilton Anksiyete Değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9(2): 114-117.

Yonkers KA, Zlodnick C, Allsworth J ve ark. (1998) Is the course of panic disorder the same in woman and men? *Am J Psychiatry*, 155: 596-602.

## 13. Anadolu Psikiyatri Günleri

19-22 Mayıs 2004  
Tuğcan Otel - Gaziantep

### Organizasyon:

İnterium Organizasyon  
Sıraselviler Cad. Hrisovergi Apt. No: 48/8 Taksim / İSTANBUL  
Tel: 0212 292 88 08 Faks: 0212 292 88 07  
e-mail: info@interium.com.tr - info@13apg2004.org.tr  
www.interium.com.tr - www.13apg2004.org.tr

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI  
TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ