



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ERİŞKİN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİMDALI**

PANİK BOZUKLUKTA UYKU KALİTESİ

**Dr. Ayşe VURAL
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Lut TAMAM**

ADANA – 2013

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince ve tez çalışmasının her aşamasında ilgisini, desteğini, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen tez hocam Prof. Dr. Lut TAMAM'a ve yardımları için Doç. Dr. Gonca KARAKUŞ'a, uzmanlık eğitimim süresince geniş bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım hocalarım Prof. Dr. Mehmet ÜNAL'a, Prof. Dr. Bekir Aydın LEVENT'e, Prof. Dr. Yunus Emre EVLİCE'ye, Prof. Dr. Nurgül ÖZPOYRAZ'a, Doç. Dr. Şükrü UĞUZ'a; Çocuk Psikiyatrisi rotasyonumda bana katkıları için Prof. Dr. Ayşe AVCI'ya, Doç. Dr. Ayşegül Yolga TAHİROĞLU'na, Doç. Dr. Gonca GÜL ÇELİK'e, Nöroloji rotasyonumda bilgi ve deneyimlerini paylaşan hocalarıma, çalışma arkadaşlarıma ve sonsuz ilgisini, sevgisini ve desteğini hep yanımda hissettiğim aileme teşekkür ederim.

Dr. Ayşe VURAL

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar LİSTESİ.....	IV
EKLER LİSTESİ	V
KISALTMALAR LİSTESİ	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT.....	VIII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Panik Bozukluk.....	2
2.1.1. Tarihçe	2
2.1.2. Panik Bozukluk Tanımı ve Tanı Ölçütleri.....	3
2.1.2.1. Panik Atak Tanım ve Tanı Ölçütleri.....	4
2.1.2.2. Agorafobi Tanımı ve Tanı Kriterleri	8
2.1.2.3. Beklenti Anksiyetesi	9
2.1.3. Epidemiyoloji.....	10
2.1.4. Etyoloji.....	11
2.1.4.1. İkiz ve Aile Çalışmaları	11
2.1.4.2. Biyolojik Yaklaşımlar.....	12
2.1.4.3. Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal Sistem	15
2.1.4.4. Psikopatolojik Yaklaşımlar.....	15
2.1.4.4.1. Psikoanalitik Yaklaşım	15
2.1.4.4.2. Stress - Diyatez Modeli.....	16
2.1.4.4.3. Bilişsel – Davranışçı Yaklaşım.....	16
2.1.4.4.4. Bağlanma ve Panik Bozukluğu.....	17
2.1.5. Ayırıcı Tanı.....	19
2.1.6. Komorbid Durumlar	21
2.1.7. Tanıda Elektrofizyoloji ve Görüntüleme (MRI, PET, SPECT) Bulguları....	23
2.1.8. Tedavi	24
2.2. Uyku.....	25
2.2.1. Tarihçe	25
2.2.2. Sağlıklı Uyku Tanımı.....	26
2.2.3. Anksiyete Bozukluklarında Uyku.....	27
2.2.3.1. Panik Bozukluk ve Uyku	28
2.2.3.2. Noktürnal Panik Ataklar ve Uyku	29
2.2.4. Depresyon ve Uyku	30
3. GEREÇ ve YÖNTEM	32
3.1. Olgular	32
3.2. Yöntem.....	32
4. BULGULAR.....	36
4.1. Ölçek Puanları.....	38
4.2. Ölçek Korelasyonları	43
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	49
7. KAYNAKLAR	51

8. EKLER.....	60
Ek 1. Uyku Bozuklukları Genel Değerlendirme Anketi.....	60
Ek 2. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi.....	66
Ek 3. Beck Anksiyete Ölçeği.....	67
Ek 4. Beck Depresyon Ölçeği.....	68
Ek 5. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi	71
Ek 6. Panik Agorafobi Ölçeği.....	74
Ek 7. Epworth Skalası.....	76
9. ÖZGEÇMİŞ	77

TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Panik atak alt tipleri	7
Tablo 2. Çalışmaya dahil edilen kişilerin sosyodemografik özellikleri	37
Tablo 3. Çalışmaya dahil edilen hastaların klinik özellikleri	38
Tablo 4 Hasta gruplarının klinik parametrelerinin karşılaştırılması	39
Tablo 5. Hastalık süresi 1 aydan az olan PB ve PB+MD hastalarının klinik ve subjektif uyku parametrelerinin karşılaştırılması	40
Tablo 6. Bir ay ve daha fazla süre hastalık süresi olan hasta gruplarının klinik ve subjektif uyku parametrelerinin karşılaştırılması	40
Tablo 7. PB grubunda ilk ay ile bir aydan eski hastalık süresi olanların klinik ve subjektif uyku parametrelerinin karşılaştırılması	41
Tablo 8. PB+MD grubunda 1 aydan az ve 1 ay ve daha fazla hastalık süresi olanların klinik ve subjektif uyku parametrelerinin karşılaştırılması	41
Tablo 9. Haftalık panik atak sıklığı ile klinik ve subjektif uyku parametrelerinin karşılaştırılması	42
Tablo 10. BAÖ, BDÖ, EUÖ, PAÖ, PUKİ, UŞİ ölçekleri ve yaş arasındaki korelasyonlar	43

EKLER LİSTESİ

<u>Ek No</u>	<u>Sayfa No</u>
Ek 1. Uyku Bozuklukları Genel Değerlendirme Anketi.....	59
Ek 2. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi.....	65
Ek 3. Beck Anksiyete Ölçeği.....	66
Ek 4. Beck Depresyon Ölçeği.....	67
Ek 5. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi	70
Ek 6. Panik Agorafobi Ölçeği.....	73
Ek 7. Epworth Skalası.....	75

KISALTMALAR LİSTESİ

BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BBT	: Bilgisayarlı Beyin Tomografisi
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
CO₂	: Karbondioksit
CRF	: Kortikotropin Salınım Faktörü
DSM	: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders
EEG	: Elektroensefalografi
EKG	: Elektrokardiyografi
EUÖ	: Epworth Gündüz Uykululuk Ölçeği
GABA	: Gama Amino Bütirik Asit
HPA	: Hipotalamo-Pituitar-Adrenal
ICD	: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
MD	: Major Depresyon
MHPG	: 3-metoksi-4 hidroksi fenil glikol
NA	: Noradrenalin
NREM	: Non-Rapid Eye Movement
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
paCO₂	: Parsiyal Karbondioksit
PAÖ	: Panik Agorafobi Ölçeği
PB	: Panik Bozukluk
PTSB	: Post Travmatik Stres Bozukluğu
PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi
REM	: Rapid Eye Movement
T3	: Triiodotironin
T4	: Tiroksin
TSH	: Tiroid Stümilan Hormon
UŞİ	: Uykusuzluk Şiddeti İndeksi

ÖZET

Panik Bozuklukta Uyku Kalitesi

Amaç: bu çalışmanın amacı panik bozukluk hastalarında sağlıklı kontrollere göre daha yüksek oranda uyku sorunun varlığını saptamaktır. Yine panik bozukluğa en sık eşlik eden psikiyatrik tanı olan majör depresyonu uyku sorunlarını hangi düzeyde etkilediğini belirlemektir.

Gereç ve yöntem: çalışmaya Çukurova üniversitesi tıp fakültesi psikiyatri anabilim dalına ayaktan başvuran 18-65 yaş arası 100 panik bozukluk (50 saf panik bozukluk ve 50 panik bozukluk + majör depresyon) hastası alınmıştır. Çalışmaya alınan hastalarla psikiyatrik görüşme yapıp, sosyo-demografik verileri kaydedildi. Beck depresyon ölçeği, Beck anksiyete ölçeği, Pittsburgh uyku kalitesi indeksi, uykusuzluk şiddeti indeksi, epsworth gündüz uykuluk ölçeği verilmiştir.

Bulgular: Çalışmayadahil edilen hastaların % 66'sı kadındı. Yaş ortalaması 37 idi. Çalışmaya alınan 3 grup arasında öğrenim durumu, sosyo-ekonomik düzey, çalışma durumu ve alkol kullanımları açısından anlamlı farklılık saptandı. Hastaların % 61'inde insonmi yakınması mevcuttu. Hastaların hastalık süresi değerlendirildiğinde panik bozukluk hastalarının % 46'sının 12 aydan uzun zamandır hasta olduğu, majör depresyonun etki ettiği grupta ise hastalık süresi % 48'inde bir aydan kısa idi. Her iki grup arasında hastalık süresi açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptandı. Panik bozukluk ve panik bozukluk+majör depresyon hasta gruplarında uyku latansı sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak farklı idi. Hastalık süresi 1 aydan kısa olan hastalar arasında sadece PUKİ ortalamaları arasında anlamlı fark saptandı. Hastalık süresi 1 ay ve daha fazla olan panik bozukluk ve panik bozukluk + majör depresyon hasta grupları arasında Beck depresyon ölçeği, Epsworth gündüz uykuluk ölçeği ve ortalama uyku süreleri arasında anlamlı fark saptandı. Beck depresyon ölçeği ve Beck anksiyete ölçeği ile Pittsburgh uyku kalitesi indeksi, uykusuzluk şiddeti indeksi, panik agorofobi ölçeği arasında her biri ile ayrı ayrı istatistiksel olarak yüksek düzeyde pozitif korelasyon belirlenmiştir.

Sonuç: Bu çalışma da panik bozukluk hastası olan bireylerde hastalık şiddeti ile hastalık süresi ile uyku latansının uyku süresinin gündüz uykuluk oranının belirgin olarak sağlıklı kontrollere göre olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. Panik bozukluğa majör depresyon eşlik eden grupta ise yine uyku latansı, uyku süresi, gündüz uykuluk süresi anlamlı olarak yüksek bulundu. Bu çalışmanın daha geniş hasta grubunda ve polisomnografik verilerle desteklenmesi konunun daha iyi irdelenmesini sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: Agorofobi, Depresyon, İnsomnia, Panik Bozukluk, Uyku.

ABSTRACT

Sleep Quality In Panic Disorder

Aim: The aim of this study was to find out the existence of higher rates of sleep problems in patients with panic disorder compared to healthy controls. Moreover, it was also aimed to determine at what level the major depression which is the most common comorbid diagnosis of panic disorder affects the sleep problems.

Materials and methods: The study included 100 patients with panic disorder (50 pure panic disorder and 50 panic disorder + major depression) who consulted Çukurova University Faculty of Medicine Psychiatry Department in ambulatory conditions and their ages ranged between 18 and 65. Psychiatric interviews were made with the patients who were included in the study and their socio-demographic data was recorded. Beck depression scale, Beck anxiety scale, Pittsburgh index of sleep quality, sleeplessness severity scale and Epworth daytime sleepiness scale were applied.

Findings: 66 % of the patients who were included in the study were female. Their mean age was 37. A significant difference was found between the three groups which were included in the study in terms of educational status, socio-economic level, working status and alcohol usage. 61 % of the patients complained about insomnia. When the patients' duration of illnesses were analyzed, it was observed that 46 % of the patients with panic disorder had been ill for more than 12 months and 48 % of the patients which was affected by major depression had been ill for shorter than a month. A statistically significant difference was found between the two groups in terms of duration of illness. The sleep latency in the patients of panic disorder and panic disorder + major depression was found as different statistically and significantly compared to the healthy controls. A statistically significant difference was revealed between the patients who had been ill for shorter than a month in terms of PUKI mean scores. A statistically significant difference was defined between the patients who had been ill for a month or longer in terms of Beck depression scale, Epworth daytime sleepiness scales and mean sleeping time. A statistically high positive correlation was found between separately with each of Beck depression scale and Beck anxiety scale and Pittsburgh index of sleep quality, insomnia severity index and panic agoraphobia.

Result: In this study, it was concluded that the severity and the duration of illness affected the sleep latency, sleep time and the rate of daytime sleepiness more significantly compared to the patients in the healthy group. The sleep latency, sleep time and daytime sleepiness time were also found significantly high in the group of patients with panic disorder and major depression. A more detailed investigation of this issue will be provided if the study is carried out with a larger patient population and if it is supported by polysomnographic data.

Key Words: Agoraphobia, depression, insomnia, panic disorder, sleep.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Panik bozukluk (PB) özgül fobi, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, agorafobi, ayrılık anksiyetesi, obsesif kompulsif bozukluk ve post travmatik stres bozukluğunu da içeren anksiyete bozukluklarından biridir.¹ PB yüksek yaşam boyu prevalansı, ciddi sosyal ve mesleki işlev bozukluğu ile ilgilidir.¹⁻³ DSM IV 'te yoğun korkuya eşlik eden psikolojik veya kognitif semptomların eşlik ettiği panik nöbetlerin varlığı aranır. Ancak bu nöbetler başka bir anksiyete bozukluğu sırasında meydana gelmemeli ve başka bir tıbbi durum, ilaç etkisinde ortaya çıkmamalıdır.

Agorafobi, büyük oranda panik bozukluk hastalarında kaçınma davranışının yansıması olarak karşımıza çıkar.⁴ Ancak tek başına bağımsız bir antite olarak karşımıza çıkabilmektedir.⁴ DSM III R ve IV sınıflandırmasında agorafobi kriterlerinin karşılanıp karşılanmamasına bağlı olarak agorafobili ve agorafobisiz PB olarak alt başlıklarda toplanır. Buna karşın Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD) panik bozukluk agorafobili ve agorafobisiz ve tek başına agorafobiyi ayrı tanılar olarak kodlar (Dünya Sağlık Örgütü, 1992).

PB'un etyolojisi ve klinik görünümleri üzerinde birçok çalışma yapılmıştır. Genetik, erken yaşam olayları, biyolojik kuram, bilişsel kuram ve davranışsal kuramla açıklamaya çalışılmıştır.⁵

Uyku, fizyolojik bir süreçtir. Anksiyete bozukluklarında uykunun mimarisinin uykunun farklı evrelerinde etkilendiği bilinmektedir.⁶⁻¹⁰ Uyku bozuklukları, özellikle imsomnia PB'ta önde gelen semptomdur.¹⁰⁻¹⁴ Uyku, yaşam kalitesi, duygudurum düzeni, kognitif işlevler için esastır.^{6,9,10,14} PB'a sıklıkla duygudurum bozukluklarının da eşlik ettiği bilinmektedir. Duygudurum bozukluklarından en sık eşlik eden major depresyondur (MD).^{2,11,14-18} PB'un klinik seyri sırasında eşlik eden MD'da uyku kalitesini etkilemektedir.^{12,16,17,19,20}

Bu çalışmanın amacı, uyku kalitesini bozduğu bilinen PB ile MD'un eşlik ettiği PB grubu hastaların sağlıklı kontrollerle arasında fark olup olmadığını, MD'un uyku kalitesi üzerindeki etkinin varlığını saptamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Panik Bozukluk

2.1.1. Tarihçe

Yunan mitolojisinde yarı keçi yarı insan olan attığı çığlıklarla insanların korkmasına neden olan Tanrı Pan'ın isminden panik sözcüğü türemiştir. Pan, vücudunun üst kısmı insan, alt kısmı keçi biçiminde olan çobanlar tanrısıdır. Ürkütücü çığlığı ve korkunç görünümü ile sürülerin, orman ve su perilerinin korku içinde kaçışmalarına yol açar.²¹

1871 yılında Da Costa askerler arasında göğüs ağrısı, palpitasyon, baş dönmesi ile seyreden irritabl kalp sendromunu tanımlamış, bunu aşırı efor sonucu oluşan fonksiyonel kardiyak bozukluk olduğunu düşünmüştür.

Da Costa'nın çalışmasını yayımladığı tarih olan 1871'de, Westpal, açık alanlarda şiddetli korku yaşayan ve bu nedenle evlerine gitmek üzere tanımadıkları kimselerden yardım isteyen üç erkek hastasını bildirdiği “Die Agoraphobie” isimli çalışmasında agorafobi sendromunu tanımlamıştır.²² Agorafobi terimi Yunan literatüründen ‘Pazar yeri korkusu’ olarak çevrilir.²³ Freud, panik atak ile agorafobi arasındaki ilişkiyi gösteren ilk bilim adamıdır. “Agorafobi” tanımı 1871'de kalabalık insanların bulunduğu ortamlarda bulunmaktan korkan hastalar için kullanılmış bir terimdir.

Freud 1894'te panik bozukluğunu karşılayan anksiyete tablosunu nevrasteni grubundan ayırmış ve ‘anksiyete nevrozu’ olarak tanımlamıştır. Krapelin 1909'da yayınladığı kitabında ‘korku nevrozu’ adıyla anksiyetenin fizik, otonomik ve davranışsal görünümünden söz etmiştir. Francis Henkel 1917'de yayınladığı kitabında DSM tanı ölçütlerine oldukça benzeyen ‘paroksizmal anksiyete atağını’ tanımlamıştır.²⁴ Anksiyete nevrozunun kronik bir biçim alabileceğine ya da ani şiddetli anksiyete atakları olarak kendini gösterebileceğini vurgulamıştır. Yani, günümüzün yaygın anksiyete bozukluğu ile panik bozukluğunu tek bir hastalığın gösterimleri olarak kavramlaştırmıştır.²⁵

Dünya Savaşı sırasında Da Costa Sendromunun “kalbin bozulmuş aksiyonu” adı altında tekrar ortaya çıktığı görülmektedir. Böylece, anksiyetenin kardiyak görünümleri bir kez daha ilgi odağı haline gelmiştir. 1918'de Lewis, bu durum için “efor sendromu” adını öne sürmüştür. Oppenheim ise, kardiyak belirtiler ve bitkinlik durumunun sıkça

bir arada olduğu bu tabloda, daha iyi tanımladığı gerekçesiyle “nörosirkülatuar asteni” terimini kullanmıştır.²² Literatürde ilk kez, anksiyete atakları olarak tanımlanan durumlar için panik atağı terimini Klein kullanmış ve 1962 yılında İmipramini panik bozukluğu tedavisinde denemiştir. Klein, daha sonra “farmakolojik diseksiyon” adını verdiği bir yaklaşımla, imipramine yanıt veren panik ataklarını, yanıt vermede başarısız kalan yaygın anksiyeteden ayırmıştır. Bu ayırmadan yola çıkarak panik bozukluğunu farklı bir anksiyete bozukluğu olarak tanımlamıştır. 1980 yılında Klein’in yoğun çabaları sonucunda panik bozukluğu DSM- III tanı sisteminde ayrı bir tablo olarak yer almıştır. Daha sonra geliştirdiği yeni anksiyete bozukluğu kavramında ise, beklenti anksiyetesinin panik ataklarının ardılı olduğunu, panik atakları ve beklenti anksiyetesini takiben agorafobinin geliştiğini ortaya koymuştur. Panik atakları ve agorafobiyi tek bir tanı kategorisi içinde ele almıştır. Klein’in ‘yineleyen beklenmedik panik atakları’, ‘beklenti anksiyetesini’ ve ‘agorafobi’ şeklindeki tanımlaması günümüzde halen en geçerli panik bozukluğu modelidir.²²

PB gerçek tanımlanması DSM-III ile ortaya çıkmıştır. 1980 yılında Amerika Psikiyatri Birliği’nin hazırladığı DSM-III’de panik bozukluk, anksiyete bozuklukları içinde ayrı bir tanı olarak ele alınmıştır. Ayrıca bu sınıflamada agorafobiye de anksiyete bozuklukları içinde tek başına veya panik bozukluk ile birlikte yer verilmiştir. DSM III-R’de panik bozukluğa, agorafobiden çok daha fazla yer verilmiş ve agorafobi olmaksızın panik bozukluk sınıflaması da eklenmiştir.²⁶ DSM-IV’de ise agorafobili ve agorafobisiz panik bozukluk tanıları yer almaktadır.²⁷ Dünya Sağlık Örgütü Ruh Sağlığı sınıflaması olan International Classification of Mental Disorders (ICD-9)’da panik bozukluk tanı kategorisi bulunmazken, ICD-10’da bir ay içerisinde bir kaç kez ağır otonomik bunalıtı nöbeti geçiren hastalar için ‘panik bozukluk veya paroksizmal bunalıtı nöbetleri’ tanısı kullanılmıştır.²⁸

2.1.2. Panik Bozukluk Tanımı ve Tanı Ölçütleri

Panik bozukluğu, kendiliğinden gelişen ve beklenmedik panik atak oluşumu ile karakterizedir. 1980 yılında DSM –III sınıflandırma sisteminde ayrı bir bozukluk olarak yer almıştır. DSM-II’de yer alan anksiyete nevrozu, DSM-III’te panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu olmak üzere iki ayrı kategoride ele alınmıştır. 1994 yılında yayımlanan DSM-IV’te klinik tanı ölçütleri belirlenmiştir. DSM-III-R’de PB tanısı için,

fobik bir uyaran olmaksızın dört hafta içinde en az dört atak olmalı veya bir ataktan sonra en az bir ay süren yeni bir atak olacak şekilde beklenti anksiyetesi bulunmalıdır. DSM-IV’de ise belirli bir zaman diliminde belirli sayıda atak geçirme ölçütü kaldırılmış, tek bir nöbet geçirilse bile olası bir atak beklentisi ölçütü yeterli bulunmuştur.²⁹

DSM-IV’e göre ‘Agorafobisiz PB’ tanı ölçütleri:

A-Aşağıdakilerin hem (1) hem de (2) vardır:

1.Yineleyen beklenmedik panik atakları,

2.Atalardan en az birini, 1 ay süreyle (ya da daha uzun bir süre) aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) izler:

a.Başka atakların da olacağına ilişkin sürekli bir kaygı,

b. Atağın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla (ör. Kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, çıldırma) ilgili olarak sıkıntı duyma,

c. Ataklarla ilgili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme.

B- Agorafobinin olmaması

C-Panik atakları bir maddenin (ör. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, sağaltım için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (ör. Hipertiroidizm) dorudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D-Panik atakları, sosyal fobi, özgül fobi, obsesif kompulsif bozukluk, post travmatik stres bozukluğu ya da ayrılma anksiyete bozukluğu gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.1.2.1. Panik Atak Tanım ve Tanı Ölçütleri

Panik ataklar, çarpıntı, takipne, baş dönmesi gibi bedensel belirtilerin eşlik ettiği, kısa süreli, diğer anksiyete bozukluklarında da görülebilen, akut olarak beklenmedik şekilde ortaya çıkan yoğun anksiyete nöbetidir. Tipik belirtiler takipne, nefes almakta güçlük, taşikardi, titreme, baş dönmesi, sıcak veya soğuk basması, derealizasyon ve depersonalizasyon ile ölüm korkusudur. Bu belirtilerle beraber düşünme, plan yapma, usa vurma gibi yetiler geçici olarak kaybedilir ve bulunulan ortamdan kaçmak ya da uzaklaşmak için yoğun bir istek duyulması panik atağın diğer özellikleridir.

Panik ataklar aniden gelişmeye, 10 dakika içinde pik yapmaya, 5-20 dakika içinde bitmeye eğilimlidir. Ataklar sırasında hastalar hiperventilasyon yapar, soluk, terli

korkmuş görünürler. Bazen atakların saatler günler içinde sonlandığı söylenmekle beraber bunlar uzamış anksiyete semptomlarıdır.²³ Atak sırasında çok sayıda ve şiddetli bedensel ya da bilişsel belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle en sık acil servislere, kardiyoloji, dahiliye ve nöroloji uzmanına başvurulur.²¹⁻²³

DSM IV'e göre panik atak diyebilmek için bedensel ve bilişsel belirtilerin olduğu toplam 13 belirtinin 4'ünü karşılamalı ve korku duygusu ya da rahatsızlık duygusu eşlik etmelidir. Eğer atak sırasında 4'ten az belirti ortaya çıkıyorsa 'sınırlı belirtili panik atağı',³⁰ tanımlaması yapılabilir. Korku bağlantılı kognisyonların olmadığı 'non-kognitif panikler',³¹ küçük ölçekli çalışma ve olgu sunumlarında dayansa da 'aleksitimik panik bozukluğu', veya 'maskeli anksiyete',³² 'korkusuz panik bozukluğu'³³ kavram ve alt tipleri literatürde yerini almıştır.

DSM IV'e göre Panik Atak tanı ölçütleri:

Aşağıdaki belirtilerden en az dördünün (ya da daha fazlasının) ani olarak başladığı ve 10 dakika içinde en yüksek düzeyine ulaştığı, yoğun bir korku ya da rahatsızlık döneminin olması:

- Çarpıntı, kalp atımlarının hissedilmesi, kalp atım hızında artma olması,
- Terleme,
- Titreme ya da sarsılma,
- Nefes darlığı ya da boğulma hissi,
- Soluk kesilmesi,
- Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi,
- Bulantı ya da karın ağrısı,
- Baş dönmesi, dengesizlik, sersemlik hissi ya da bayılacakmış gibi olma,
- Derealizasyon ya da depersonalizasyon,
- Kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu,
- Ölüm korkusu,
- Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma hissi),
- Üşüme ya da ateş basmaları gibi belirtilerdir

Panik Atak için ayrı bir tanı kriteri grubunun olmamasının nedeni, panik atakların panik bozukluk dışında diğer mental bozukluklarda, özellikle özgül fobi, sosyal fobi ve posttravmatik stres bozukluğunda da görülebmesidir.⁶

Panik atak geçiren hastada, sosyal fobiler (topluluk içinde yemek yeme, bir gruba karşı konuşma, yabancılarla konuşma gibi) olabildiği gibi, panik atakların tekrarlanabileceği durumlara karşı da hastanın fobileri (asansör, toplu taşıma araçları, köprü ve otobanlarda araba kullanma, camiler vb) olabilir.

Panik Atak Alt Tipleri:

Literatürde panik atakla ilgili 5 potensiyel alt tip varlığından bahsedilebilir. Tablo 1’de bu alt tipler ve bunu destekleyen bulgular yer almaktadır.

Solunumsal alt tip: İlk olarak Ley ve Klein tarafından tanımlanmıştır. Panik atak sırasında beş kriterden şu dört belirtinin varlığı söz konusuysa respiratuar alt tipten bahsedilebilir: Nefesin kısılması, göğüs ağrısı ya da rahatsızlığı, uyuşma veya karıncalanma duyuları ve ölüm korkusu. Çeşitli kültürlerde yapılan çalışmalarda % 30-65 oranında bu alt tipin kriterlerini karşıladığı belirlenmiştir. CO₂ inhalasyonu ile tetiklenen panik ataklar bu alt tipe sahip hastalarda görülmektedir.

Noktürnal alt tip: Gündüz panik ataklarına benzer şekilde fizyolojik ve kognitif semptomların, uykudan beklenmedik şekilde kaldıran subjektif korku ya da huzursuzluğun olduğu alt tiptir. Gündüz panik atakları tipik olarak noktürnal panik ataklarla beraberdir ancak çok küçük bir grup sadece noktürnal panik atakla seyreder. Ataklar NREM uykunun dışında başlar ve iki ile sekiz dakikada sonlanır. Uyku mimarisinin herhangi anormalliği ile ilişkili bulunmamıştır ve uyku bozukluklarından ayrılması gerekmektedir.

Korkusuz Alt Tip: Genel olarak ‘kontrolünü kaybetme ya da delirme’ ya da ‘ölüm korkusu’ semptom kriteridir. Yerine huzursuzluğun eşlik etmesi gerekir. Yaklaşık % 20-40 oranında sadece bu kognisyonlarla seyretmektedir. Özellikle kardioloji polikliniklerine başvuran tıbbi hastalığı olanlarda bu alt tip daha yaygındır. Tipik panik atakların aksine bu grup daha az psikiyatrik yardım almaktadır.

Kognitif Alt Tip: Kognitif teorisyenlerin çalışmasına temel olarak tanımlanmıştır. Genellikle ölçülebilir ya da artmış somatik ya da fizyolojik cevabın olmadığı panik ataktır. Ancak yapılan çalışmalarda bu alt tipi geniş olarak tanımlayacak net kriter bulunmamıştır. Semptom olarak ele alındığında korkusuz panik ataklara benzeşmektedir. Yine panik bozukluğun fiziksel semptomların ön planda olması diğer anksiyete bozukluklarından ayrılmasını sağladığı düşünülürse bu alt tip çıkartılabilir.

Vestibüler Alt Tip: Net bir tanımı olmamakla beraber baş dönmesinin panik ataklara eşlik etmesi ve vestibüler ya da denge fonksiyonlarında olası anormalliklerin varlığı ile karakterizedir. % 50-85 oranında panik bozukluk hastası panik atak sırasında baş dönmesini yaşar. Baş dönmesi, bulantı, titreme, terleme, sıcak basmalarını içeren ‘karışık somatik’ panik semptomatolojisi vestibüler semptom faktörü olarak kabul edilebilir.²³

Tablo 1. Panik atak alt tipleri²³

TİP	KANIT TİPİ	KANIT
RESPIRATUAR	Aile öyküsü	Daha fazla PB öyküsü
		Daha fazla psikiyatrik hastalık öyküsü
	Kororbidite	Yüksek oranda solunumsal sorunlar
		Yüksek oranda tek uçlu bozukluk
	Klinik özellikler	Erken başlangıçlı PB
		Uzun süreli PB
		Hastalık şiddeti ile pozitif ilişki
	Tedavi yanıtı	İlaca daha hızlı yanıt
NOKTURNAL	Aile Öyküsü	Daha fazla Eksen I tanı öyküsü
	Kororbidite	Depresif semptomlarla pozitif ilişki
		Anksiyete semptomları ile pozitif ilişki
	Klinik özellikler	Uzun süreli PB
		Düşük oranda agorafobi
		Solunumsal semptomlarla pozitif ilişki
KORKUSUZ	Kororbidite	Düşük oranda agorafobi
		Düşük oranda özgül fobi
		Düşük oranda yaygın anksiyete bozukluğu
		Düşük oranda major depresyon
	Klinik özellikler	Daha az fiziksel semptomlu panik ataklar
		Düşük oranda korku ve/ veya anksiyete
	Tedavi yanıtı	Daha az psikiyatrik danışma ya da tedavi
KOGNİTİF	Kororbidite	Yüksek oranda Eksen 1 tanı (erken başlangıç)
	Klinik özellikler	PB daha az semptomu
VESTİBULAR	Kororbidite	Depresif semptomlarla pozitif ilişki
		Vestibuler bozukluklarla pozitif ilişki
	Klinik özellikler	Bildirilen anksiyete oranı ile pozitif ilişki
		Semptom şiddeti ile pozitif ilişki
		Agorafobik davranışla pozitif ilişki
		Bozulma veya karışma ile pozitif ilişki

2.1.2.2. Agorafobi Tanımı ve Tanı Kriterleri

Agorafobi, panik bozukluğun devre dışı bırakan bir komplikasyonudur. Nadiren tek başına var olmaktadır. Kişi atak sırasında durumdan ya da olduğu yerden uzaklaşmayı beceremeyeceğinden korkar. Bu korkunun sonucu olarak kişi bunun olabileceği yer ya da durumlardan kaçır. Agorafobik hastalar sıklıkla kamuya açık yerlerde atak geçirmekten korkar, bu yüzden kendilerinden ve atağına sahip olmaktan utanırlar. Alış veriş merkezi, sinema, pazar yeri gibi kalabalık alanlarda ve medikal olarak yardım alamayacağı veya uzak olacakları yerlerde bulunmaktan korkarlar. Birçoğı araba kullanma (ör. Atak geçirdiğı sırada yardımdan uzak kalacağı korkusu), köprüyü geçme ya da tünelde arabayı sürme sırasında güçlük yaşarlar. Birçok hasta başka türlü kaçacakları yere güvendikleri kişilerle giderler. En ağır tabloda ise kişi evden dışarı çıkamaz.¹⁷

Yapılan çalışmalarda ilk panik atağın evde gerçekleşmesi durumunda yine de agorafobi gelişebildiğini, PB şiddeti ile ilişkisi olmadığını ortaya koymuştur. Yine aynı çalışmada içinde bulunulan durumlara göre belirti kümesinin ağırlığının değiştiğı örneğın göğüs ağrısının okul ve evde panik atak geçirenlerde, baş dönmesinin araç kullanırken ve kalabalıkta yürürken, evde ilk panik atağını yaşayanlarda daha sıklıkla ‘korku ya da ölüm’ semptomlarına sahip olduğunu öne sürmüştür.³³

Agorafobik kaçınma çok sayıda yer ve durumu içermektedir. Bunun içinde toplu taşıma araçları (otobüs, metro, tren, uçak vs.), kalabalık ortamlar (süpermarketler, pazaryerleri, konser salonları, sinemalar, stadyum, cami vs), kapalı yerler(tünel, asansör gibi) ,araba kullanmak, evden uzağına gitmek, evde tek başına kalmak, yüksek yerler, köprülerden geçmek, kuyrukta beklemek sayılabilir. Genellikle hastalarda birden çok fobik kaçınma saptanır. Kadınlarda daha sıklıdır.^{21,34}

Agorafobi ile ilgili yapılan aile çalışmalarında akrabalarında agorafobi varlığı yüksek morbidite oranı ile ilişkili bulunmuştur. Genetik faktörler yaklaşık olarak % 30 oranında depresyon ile agorafobi komorbiditesini açıklamaktadır. Akrabalarında tek başına panik bozukluğu olanlara göre akrabalarında agorafobisi olanlarda yüksek oranda alkol bağımlılığı bulunmuştur. Yine ailesinde agorafobi olup da kendisi de agorafobik olan hastaların görece olarak kadın akrabaların, alkol bağımlılığı ile beraber agorafobi olduğunda ise erkek akrabaların ağırlıkta olduğu saptanmıştır.⁴

Agorafobi için DSM-IV tanı ölçütleri:²⁷

A-Beklenmedik bir biçimde ortaya çıkabilecek ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir panik atağın ya da panik benzeri belirtilerin çıkması durumunda yardım sağlanamayabileceği ya da kaçınmanın zor olabileceği (ya da sıkıntı doğurabileceği) yerlerde ya da durumlarda bulunmaktan anksiyete duyma. Agorafobik korkular arasında özel birtakım durumlar vardır ki, bunlar arasında tek başına evin dışında olma, kalabalık bir ortamda olma ya da sırada bekleme, köprü üzerinde olma ve otobüs, tren ya da otomobille geziye çıkma sayılabilir. Bu durumlardan kaçınılır ya da panik atağı ya da panik benzeri belirtiler olacak anksiyetesiyle ya da yoğun bir sıkıntıyla bu durumlara katlanılır ya da eşlik eden birinin varlığına gereksinim duyulur.

B- Bu anksiyete ya da fobik kaçınma, sosyal fobi (ör. Utanacak olma korkusuyla giden toplumsal durumlarla sınırlı kaçınma), özgül fobi (ör. Asansör gibi tek durumlarla sınırlı kaçınma), Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (ör. Bulaşma ile obseyonu olan birinin kir ve pislikten kaçınması), Post Travmatik Stres Bozukluğu (PTSB) (ör. Ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılardan kaçınma) ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu (ör. Evden ya da akrabalarından ayrılmaktan kaçınma) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.1.2.3.Beklenti Anksiyetesi

Panik atak geçiren bireylerde birkaç şiddetli ataktan sonra ‘beklenti anksiyetesi’ gelişir. Beklenti anksiyetesi yeni bir panik atağı geçirme korkusudur. Aşağıdaki öğeleri içerir:

- Bir panik atak geçirmeyle ilişkili olan huzursuz edici ve endişeli, yoğun düşünce uğraşlar.
- Yine bir panik atağı olacağı ve bunun tehlike yaratacağı beklentisi,
- Süre giden bir korku eğilimi ya da korkuyla oluşan bedensel duyumlardan korkmak

Beklenti anksiyetesi içindeki hastalar ne zaman panik atak yaşayacaklarını kestirmek amacıyla çevresel ve bedensel ipuçlarını değerlendirmeye çalışmaktadırlar. Belirgin uyarılmışlık hali mevcuttur. Birçok yanlış çıkarsama ve inanca yol açar ve durumsal panik ataklarının ve agorafobik kaçınmanın çekirdeğini oluşturmaya başlar. Hastalar ciddi bedensel hastalığı olabileceği endişesiyle bedenlerine odaklaşır ve hipokondriak tutum ya da davranışlar göstermeye başlarlar. Hekime başvuruları artar ve

hastalar sürekli tansiyon ölçüp nabız sayar hale gelir. Panik atağı sırasında yaşadığı kalp çarpıntısını kalp krizi geçirebileceğinin kanıtı olarak gören hasta, nabız artışına yol açabilecek etkinliklerden (spor yapma, cinsel ilişkide bulunma, kafeinli içecekler alma vs) kaçınmaya çalışır. Yalnızca bu anksiyeteli bekleyiş bile kişinin gündelik yaşamını sekteye uğratacak boyuta varabilir, gündelik yaşam ve sosyal ilişkiler giderek kısıtlanır, çoğu fobiler gelişmeye başlar.³⁴

2.1.3.Epidemiyoloji

Panik bozukluk, beklenmeyen tekrarlayıcı panik ataklarla karakterize bir psikiyatrik sendromdur. Toplumda her on kişiden biri yaşamının bir döneminde, en az bir panik atağı yaşamaktadır. Ancak yineleyici panik atakların sıklığı % 7 civarındadır. PB genel nüfusta yaygınlık oranı % 1-2 olarak bildirilmiştir.²⁶ Amerika’da yapılan çalışmalarda 12 aylık izlem çalışmalarında DSM IV kriterlerine göre % 2,1 iken yaşam boyu % 5,1 bulunmuştur. Ancak benzer şekilde DSM III kriterleri esas alındığında bu oran 1 yıl içinde agorafobi varlığında % 0,5-% 1,4 arasında, yaşam boyu ise % 1,2-% 2,2 arasında belirlenmiştir. Bu oranlardaki farklılık tanısal kriterlerdeki panik atak sıklığı ile ilişkilendirilmiştir.³⁰ Almanya’da yapılan çalışmada erkeklerin % 2, kadınların % 3 PB, erkeklerin % 1, kadınların % 3 agorafobi kriterlerini karşıladığı belirlenmiştir.³² Epidemiyolojik çalışmalara göre bütün agorafobi vakalarının en az yarısı PB yokluğunda oluşmaktadır ki bu oran DSM IV-TR’deki agorafobi ve PB arasındaki sıkı bağlantı ile uyumsuzdur. Ülkemizde 1992 yılında İstanbul’da yapılan bir çalışmada PB yaygınlığı % 1,2 iken, 1995 yılında Sivas’ta yapılan bir çalışmada ise % 4,3 oranında bulunmuştur.^{27,35} Başka bir çalışmada panik bozukluğunun (agorafobi ile birlikte veya agorafobi olmaksızın) yaşam boyu prevalansı % 1,5-3,5 arasında, bir yıllık prevalans hızı % 1-2 arasındadır. Panik ataklarının yaşam boyu prevalansı ise % 4 civarındadır.²⁶⁻²⁸

Panik bozukluğu tipik olarak geç ergenlik ve genç erişkinlik döneminde başlamaktadır, buna rağmen çocukluk ve geç erişkinlik dönemi başlangıçlı olan vakalar da vardır.^{26,36} Kadınlarda bozukluğun erkeklerden 3-3,5 kat fazla görüldüğü bildirilmektedir. Aile çalışmalarında da erkeklere kıyasla kadınlarda PB riskinin arttığı izlenir.³⁷⁻³⁹ Aile çalışmaları, panik atakların ve panik bozukluğun eğitim, etnik ve sosyal

durumla bağlantılı olmadığını ancak boşanma veya ayrılığın panik atakları ve PB riskini artırdığını göstermektedir.^{26,27,36}

Agorafobinin eşlik edip etmemesine göre de panik bozukluğunun başlangıç yaşının değişiklik gösterdiği; agorafobi ile birlikte panik bozukluğunun daha sık olarak yirmili yaşların başında başladığı, agorafobisiz panik bozukluğunun ise daha fazla sıklıkla yirmili yaşların sonlarında başladığı bildirilmiştir.³²

2.1.4. Etyoloji

PB'nun nedenleri karmaşıktır, çoğu olguda sorunun ortaya çıkmasından sorumlu tek bir etken yoktur. Dahası, herhangi bir kişide, söz konusu bozukluğun özgül nedenini tam olarak bilmek olanaksızdır.³¹ PB'nun oluşumunda rolü olan düzenekler şöyle özetlenebilir:

- Diğer nevrotik bozuklukların oluşmasında rol oynayan hastalığa özgü genetik bir yatkınlık (Örn. Nörotisizm),
- Agorafobiye özgü genetik bir etkenin varlığı,
- Hastalıkla ilgili özel biyolojik süreçler (örn. Nörotransmitter değişiklikleri gibi),
- İntroseptif algılama ve yaşananlara hatalı ya da katastrofik anlamlar verme gibi özel psikolojik ve bilişsel süreçler,
- Stres yaratan etkenler gibi çevresel etkenlerin de bu bozukluğun ortaya çıkmasında çeşitli düzeylerde rolü bulunmaktadır.⁴⁰

2.1.4.1. İkiz ve Aile Çalışmaları

Anksiyete bozukluklarının ailesel geçişinde genetik faktörlerin önemli bir rol oynadığını gösterilmiştir. Yine de net sonuçlar bulunmamaktadır. PB'da ailesel risk % 3,4 ile % 17 arasındadır. PB'un 20 yaşında veya daha erken başladığı hastaların akrabalarında PB gelişme riski daha fazladır. Hastaların ailesindeki kadınlar arasında erkeklerden daha sık görülmektedir. Tek yumurta ikizlerinde PB veya agorafobi, çift yumurta ikizlerine göre daha sık izlenmektedir. Bu veriler PB'nin gelişiminde genetik etmenlerin katkısını desteklemektedir.^{39,41} Karbondioksit aşırı duyarlılığının, panik hastalarının birinci derece yakınlarında, sağlıklı kontrollerden daha yüksek oranda saptanması, bu duyarlılığın da kalıtılabilir nitelikte olduğunu göstermektedir.⁴²

2.1.4.2. Biyolojik Yaklaşımlar

Tehdit algısı organizmanın bütünlüğüne zarar gelebilecek herhangi bir durumda oluşan algıdır.^{43,44} Tehdit algısı durumunda vücutta çok yönlü değişimler izlenir. Tehdit algısına karşı aşırı uyarılmanın ileriki dönemdeki panik atakları tetikleyen sempatik sistem aktivasyonuna neden olduğunu belirtilmektedir.⁴⁵ Vücutta genel bir alarm durumu oluşur. Organizmada sempatik aktivasyon sonrası kan basıncı artar, kalp hızlanır, kaslara giden kan artar, solunum hacmi artar, solunum hızlanır, beyinde ve vücutta adrenerjik hormonlar artar. Tüm bunlar daha uyanık ve aktif bir organizma için savaş yada kaç taktiğini uygulamasına zemin hazırlar. Bu aktivasyon devreye giren parasempatik sistem ile dengelenir. PB olgularına kabul gören hipotez yetersiz parasempatik sistem olduğudur. Tehdit algısı ile uyarılan beyinde sempatik aktivasyon olmakta ancak parasempatik aktivasyonda sorun olduğu düşünülmektedir.⁴⁶⁻⁴⁸ PB’da adrenerjik beta reseptörlerde izlenen düşüş NA seviyesinde artış olduğunu ve sempatik sistemin aktive olduğunu düşündürmektedir. PB’da presinaptik NA reseptörlerinde sorun olduğu kabul edilmektedir. Bilindiği gibi presinaptik NA reseptörleri otoreseptör doğasında olan alfa 2 reseptörleridir. Stres ile alfa 2 reseptörleri arasındaki ilişki alfa 2 antagonisti verildiğinde panik atağı semptomları çıkmasıyla kanıtlanmaktadır. PB’nda benzodiazepin antagonistleri ile panik atağı ortaya çıkabilmektedir.^{46,47,49}

Sodyum laktat provokasyonu: Bazı kimyasal maddelerin panik bozukluğu olan hastalarda panik atağını uyardıkları saptanmıştır. Bu maddeler içinde sodyum laktat ve karbondioksitin özel bir önemi vardır. 1951 yılında Cohen ve White, panik bozukluğu hastalarının karbondioksite aşırı duyarlı olduklarını ve fiziksel egzersiz sırasında kanda biriken laktatın kontrollere göre daha yüksek düzeylere ulaştığını göstermişlerdir.⁵⁰ Sodyum laktat infüzyonuyla ilişkili ilk kontrollü çalışmayı Pitts ve McClure (1967), yapmışlardır. Laktat verilmesinden sonra kontrol grubundaki 10 kişinin sadece 2’sinde bu belirtiler gözlenirken, 14 hastanın 13’ünde panik atağın belirtileri gözlenmiştir. Tüm hastalar deneysel ortamda yaşadıkları anksiyetenin, gerçek hayatta yaşadıkları atağa çok benzediğini belirtmişlerdir.⁴⁹ Laktat infüzyonu sonucu panik bozukluğu olan hastaların % 50-70’inde, kontrol deneklerinin ise % 10’undan daha azında panik atağı oluşurken sosyal fobik ve obsesif-kompulsif bozukluk tanılı hastalarda ise panik atak gelişmemesi, laktat infüzyonu sonucunda panik atak oluşmasının panik bozukluğu tanısı için biyolojik bir belirteç olabildiği söylenebilir.²¹ Sodyum laktatın merkezi sinir sisteminde

karbondioksite metabolize olarak hiperkapni oluşturduğu, aşırı duyarlı kemoreseptörleri uyarak panik atağına yol açtığı öne sürülmüştür. Hiperventilasyon, hipokapni oluşturarak beyin kan damarlarını daraltmakta ve kan akımında azalmaya yol açmakta böylece nöron içerisinde oluşan anaerobik glikolizle laktat düzeyi artmaktadır. Bu şekilde, hastaların kanda yükselen karbondioksit düzeylerini düşürmek için başvurdukları hiperventilasyon biyokimyasal düzeyde kısır döngü oluşumuna neden olmaktadır.⁵⁰

Maddock ve ark. 21 PB (13 remisyonunda, 8 semptomatik) ve 12 sağlıklı kontrol alınarak laktat ve glutamin infüzyonu sonrası vizüel sitüasyona manyetik rezonans spektroskopi ile incelemiştir. Visüel kortekste glutaminle ilişkili aktivite artışı anlamlı olarak sağlıklı kontrollerden daha düşük bulunmuş, laktatla ilişkili aktivite artışı her iki grupta benzer bulunmuştur. Bu açıdan beyin pH sınır dinamik durumuna bağlı aktivitedeki bozuklukların klinik remisyonunda bir etkisi olabileceği hipotezini öne sürmüşlerdir.⁵¹

CO2 ve Hiperventilasyon:Yüksek derişimlerde (% 5-35) CO2 inhalasyonunun anksiyeteyi arttırdığı ve panik bozukluğunda panik atakları tetiklediği gösterilmiştir.⁵²⁻⁵⁴ Obsesif kompulsif bozuklukta ve majör depresyonda ise CO2 kışkırtması ile panik atağı oluşturulamamıştır. Perna ve arkadaşları panik bozukluğu olan hastaların birinci dereceden akrabalarına da % 35 CO2 provokasyon testi uygulamışlar ve hastalık öyküsü olmayan 23 kişilik grupta 22 kişinin provokasyon testinden sonra panik atak geçirdiklerini saptamışlardır.⁵⁰ Eldeki verilere göre laktat infüzyonu ya da CO2 inhalasyonu periferik ve santral parsiyel CO2 basıncını artırmakta (hiperkarbi) ve bu da solunumu uyarak hiperventilasyona neden olmaktadır. Beyinde CO2 düzeyi artışı doğrudan ventral meduller kemoreseptörleri uyardığı gibi locus seruleus için de güçlü bir uyarıcı olmaktadır. Arteriyel parsiyel CO2 (paCO2) artışları, yaklaşmakta olan asfiksini habercisi olarak paCO2'ye duyarlı beyin sapı nöronlarını aktive ederek belirgin bir noradrenerjik uyarılmaya ya da "arousal"a yol açmaktadır. Böylece panik atağı başlamaktadır. Hiperventilasyon ise paCO2 basıncını azaltmaya yarayan bir düzenektir. Hiperventilasyon kompensatuar amaçla ortaya çıktıysa da, serebral vazokonstriksiyona ve respiratuar alkalozu neden olarak baş dönmesi, sersemlik hissi ve derealizasyon gibi ek panik atağı belirtilerini oluşturmaktadır.²⁵

Provokasyon testinin, hastaların akrabalarındaki kalıtsal panik yatkınlığını ortaya koyduğu sonucuna varılmıştır. CO₂ iyi ve güvenilir bir panikojeniktir. CO₂ duyarlılığının panik bozukluğu için “özgü” olduğu ve “ailesel-genetik yatkınlıkla” ilişkili durumsal bir belirteç olabileceği belirtilmektedir.^{55,56}

Merkezi Noradrenerjik Sistem: Locus ceruleustan salgılanan noradrenalin otonom sinir sistemini uyararak solunumsal, kardiyolojik ve davranışsal anksiyete belirtilerinin oluşumuna neden olmaktadır. Panik bozukluğu hastalarında ortostatik zorlanma sonrasında noradrenalin düzeyleri kontrollerden yüksek çıkmaktadır.⁵⁷ Panik bozukluğu hastalarına alfa-2 otoreseptör antagonisti olan yohimbin verildiğinde, sinapslarda noradrenalin artmakta ve artmış bir otonomik yanıt gözlenmektedir. Yohimbinin panik bozukluğu hastalarında kontrol deneklerine göre daha fazla panik atağı oluşmasına neden olduğu bildirilmiştir. Sonuçta panik bozukluğunda noradrenerjik disregülasyon mevcuttur.⁵⁸

Alfa-2 adrenerjik otoreseptörleri uyaran klonidin panik bozukluğu hastalarında anksiyeteyi, MHPG düzeyini ve noradrenalinin devrini azaltır. Klonidin plazma MHPG düzeylerini panik bozukluğu hastalarında kontrollere göre daha fazla düşürür. Bu bulgular panik bozukluğunda presinaptik alfa-2 reseptörlerinin duyarlılık artışı olduğu sonucuna götürmüştür.⁵⁹

Merkezi Serotonerjik Sistem: Serotoninin korku ve savunma yanıtlarının düzenlenişinde rolü olduğu bilinmektedir. Serotonerjik geri alım inhibisyonu yapan antidepresan ilaçların panik nöbetlerinin tedavisinde etkili bulunması, merkezi serotonerjik sistemin işlevindeki bozukluğun, nöbetlerin ortaya çıkışıyla ilişkili olabileceğini gündeme getirmiştir.³⁰ 5HT-1 ve 5HT-2 reseptörlerinde agonist etkili olan m-klorofenilpiperazin (m-CPP) ve 5-HT salınımını artıran fenfluramin, panik bozukluğu hastalarında anksiyete artışı ve panik atakları ortaya çıkarırlar.⁵⁰ Bu konu üzerine olan araştırmalarda, serotonin sentezindeki bozukluk nedeniyle sinaptik aralıktaki serotonin miktarında azalma ve buna bağlı olarak da postsinaptik reseptör duyarlılığında artış olduğu ileri sürülmüştür. Araştırmacılar, panik bozukluğunun psikopatolojisinde, aşırı duyarlı serotonin reseptörlerinin olası rolüne dikkati çekmektedir.³⁰

GABA’erjik Sistem: Beklenti anksiyetesinden limbik sistemin, özellikle singulat ve parahipokampal korteksin, sorumlu olduğuna dair kanıtlar vardır. Bu beyin bölgesi

kökenli beklenti anksiyetesinin oluşumunda GABA-benzodiazepin reseptör kompleksinin de rolü olabileceği öne sürülmektedir. Benzodiazepinler, GABA’erjik işlevi artırmak suretiyle anksiyeteyi azaltırlar. GABA agonistlerinin sistemik uygulaması sonucu olasılıkla Raphe nucleuslarındaki nöronların aktivitelerinin inhibe olması ile serotonin sentezi ve serotonerjik işlev azalır. Sonuç olarak, benzodiazepinler merkezi sinir sisteminde serotonerjik işlevi dolaylı olarak azaltmak suretiyle anksiyolitik etkilerini göstermektedir.²¹

2.1.4.3. Hipotalamo-Pituiter-Adrenal Sistem

Kortikotropin salınım faktörü (CRF) anksiyetenin oluşumunda rol oynamaktadır. Stres altındayken CRF’nin düzeyi artmakta ve hipotalamo-pituiter-adrenal (HPA) sistemini aktive ederek kortizol ve dehidroepiandrosteronu artırmaktadır. PB olanlarda bu aksta sorunlar olduğu, hipofiz bezi hacminde azalma olduğu gösterilmiştir.⁶⁰

2.1.4.4. Psikopatolojik Yaklaşımlar

2.1.4.4.1. Psikoanalitik Yaklaşım

Psikoanalitik kurama göre ego bir bütün olarak algı, savunma, biliş, anksiyete ve duygudurumun düzenlenmesinde temel bir rol üstlenir. Sinyal-anksiyete intrapsişik mekanizma içerisinde yer alır ve egonun uyarılması için az miktarda anksiyete oluşturur, psikolojik açıdan anlam taşıyan tehlikelere karşı savunmayı harekete geçirir. Bu durum travmatik anksiyetenin oluşmasına engel olur. Freud, travmatik anksiyetede egonun iç veya dış kaynaklardan baş edemediği miktarda yüksek anksiyetenin ortaya çıktığını ifade etmiştir. Bu travmatik anksiyete günümüzde panik epizodu ile karşılık bulmaktadır.

Freud nevrotik anksiyeteyi başlıca üç farklı grupta incelemektedir:

- Genel bir endişe veya beklenti anksiyetesi.
- Fobik bozukluklarda görüldüğü gibi, bazı obje ve durumlara bağlı anksiyete.
- Herhangi bir içsel veya dışsal tehdit edici faktörle bağlantısı olmayan anksiyete.

PB’nda izlenen anksiyete üçüncü gruba girmektedir. Atak sırasında hastanın yaşadığı nefes darlığı ve çarpıntı gibi fizyolojik belirtiler hastanın aklına ölüm korkusunu getirir. Buna ek olarak çoğu hasta, kendi düşünce ve duyguları üzerindeki kontrolünü yitirerek çıldıracağı ya da aklını kaçıracağı şeklindeki düşüncelerdir. Kohut,

Freud'un anksiyete türlerine iki yeni tür daha ilave etmiştir. Parçalanma ve yok olma anksiyetelerinin ilkinde bireyin kendiliğinde bir parçalanma ya da dağılma, diğerinde ise kendiliğin yitimi veya daha kesin olarak varlık duygusunun kaybı söz konusudur. Anksiyetenin bu formları ile panik atak sırasında hastanın yaşadığı delirme ve ölüm korkuları arasında yakın bir benzerlik vardır.

Agorafobik hastalarda görülen panik atakların temelinde ayrılık anksiyetesinin olduğu ileri sürülmektedir. Agorafobik erişkinlerin öyküleri dikkatle incelendiğinde, çocukluklarında ayrılık anksiyetesi bozukluğu geçirdikleri gözlenmektedir.⁶¹⁻⁶³ PB olan hastalar anne babalarını öfkeli, tehdit edici, eleştirel veya kontrol edici, kendilerini de korkulu ve utangaç olarak tanımlamaktadırlar. Anne babanın çocuk üzerindeki korkutucu, eleştirel ve aşırı kontrol edici davranışları, yabancı durumlara karşı gelişen korkuyu daha da arttırmaktadır. Bu korku nesne ilişkilerinde (PB'li hastalarda zayıf bir kendilik temsili ile güçlü nesne temsilleri söz konusudur) bozulma ve bağımlılık-bağımsızlık arasındaki çatışmanın sürüp gitmesi ile sonuçlanmaktadır.⁶³

2.1.4.4.2. Stress - Diyatez Modeli

PB olan hastalarda, ilk panik ataktan önce olumsuz yaşam olaylarının sıklığının yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Retrospektif çalışmalarda, panik bozukluğu olan hastaların % 80'inde tanıdan önceki bir yıl içinde önemli yaşam stresörleri rapor edilmiştir ve hastaların büyük kısmı bu olayların PB'un başlaması ile ilişkisi olduğuna inanmaktadır. PB oluşumu "stress-diyatez" modeli ile açıklanacak olursa, bu bireylerin olumsuz yaşam olaylarının oluşturduğu strese karşı duyarlı oldukları belirtilmektedir. Bu duyarlılık biyolojik faktörlere, sosyal desteklerin azlığına ve bilişsel süreçlerdeki değişikliklere bağlı olabilir.^{61,64}

2.1.4.4.3. Bilişsel – Davranışçı Yaklaşım

Bilişsel davranışçı kuramcılara göre PB modelinin temel elemanları şunlardır;

- **Klasik koşullanma:** Agorafobik hastalar korktukları ortamlarla sistematik bir şekilde yüzleştirildiklerinde kaçınma davranışı ile panik atakların sıklığı ve şiddeti azalmaktadır. İlk evrede nötral uyaran ile birlikte rahatsız edici bir olay sonucu ortaya çıkan korkunun edinilmesi önemlidir. İkinci evrede ise zararsız bir durumun oluşturduğu korku tepkisi (koşullu tepki) kaçma ya da kaçınma davranışı ile öğrenilmiş

olmaktadır. Ancak hastaların büyük bir bölümünde fobik kaçınmaya yol açan herhangi bir çevresel etmen ayırt edilememektedir.

- **Korkudan korkma ve interoseptif koşullanma:** Panik bozukluğu olan hastalar özgül dış uyaranlardan çok, içsel süreçlerden (panik atakları) korkmaktadır. Panik ataklar Pavloviyan interoseptif koşullanmanın sonucudur. Hafif bir baş dönmesi şeklindeki oldukça zararsız bir bedensel yakınma, öğrenilmiş çağrışımlar aracılığıyla kısa bir süre sonra ortaya çıkacak bir panik atağının ön belirtisi olarak değerlendirilir. Sonuçta bu koşullu uyaranı oluşturan içsel olaylar bir süre sonra panik atak şeklindeki koşullu tepkinin ortaya çıkmasına yol açacaktır.

- **Katastrofik yanlış yorumlama:** PB'li hastalar atak sırasındaki belirtilerini yanlış bir biçimde yorumlama eğilimindedirler. Örneğin; göğüs ağrısı hasta tarafından kalp krizi geçirmekte olduğu biçiminde değerlendirilmektedir. Benzer şekilde depersonalizasyon veya derealizasyon duyumlarını, davranışları üzerindeki denetimini kaybetmekte ya da delirmekte olduğu biçimde algılayabilirler.

- **Anksiyeteye duyarlılık:** PB'li hastaların anksiyete duyarlılıkları artmış olduğu için stres oluşturan durumlar karşısında zararsız bedensel duyumlar gelişebilir ve bunlar yanlış bir şekilde yorumlanabilir. Ayrıca bu hastalar tekrar bir panik atak geçirebilecekleri yolunda otomatik düşünceler geliştirirler. Bu ve benzeri otomatik düşünceler kendi savunmalarını küçümsemelerine, güven duygularının yıkılmasına ve hastanın tam anlamıyla anksiyete durumuna girmesine yol açar. Buradan yola çıkarak panik bozukluk otomatik düşünce ve imgelerin gelişmesi ile açıklanmaktadır. Bu düşünce ve imgeler bireyin fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik halini tehdit eden temalar ile belirlidir.⁶²

2.1.4.4.4. Bağlanma ve Panik Bozukluğu

Bağlanma sorunları olan kişiler erişkinlikte psikiyatrik bozukluk geliştirebildiği daha önce yapılan bazı çalışmalarda gösterilmiştir. Bowlby, erken yaşlarda sıcak, destekleyici ve ulaşılabilir ebeveynlerle karşılaşmayanların bağlanma sorunları yaşadığını belirtmiştir. Kişinin yaşamında önemli fiziksel veya duygusal önemi bulunan bir figürün kaybı da bağlanma sorunlarına yol açabilir. Kayıp nesnesine ilişkin bu durum çocukluk çağında yaşanan kayıp deneyimleri ile yakından bağlantılıdır. Bu açıdan bağlanma biçiminin etkileri çerçevesinde PB gelişimi değerlendirilebilir.⁶⁵⁻⁶⁷

Panik bozukluğunun erken ebeveyn ayrılığı ile ilişkisi ortaya konmuş ve ebeveyn ayrılığı ya da ölümünün panik bozukluğu gelişiminde önemine işaret edilmiştir. Psikoanalitik kuram anksiyetenin bir uyarıcı rolü üstlendiğini ancak bireyin bu uyarımla baş edebilecek savunma geliştiremeyerek bu anksiyetenin düzeyini daha da arttırdığını öne sürmektedir.⁶⁸

Bebek ve çocuk için anneden ayrılma veya ayrı kalma tehditi anksiyete kaynağıdır. Ayrılma anksiyetesi yaşayan bebek ve çocuklar erişkinlikte PB gelişimi açısından risk altındadır. Bireyden beklentiler ve rol değişimi gibi etkilerle hastanın yüklendiği sorumluluklarda bir artış olması ya da hastanın ruhsal yapılanmasında önem taşıyan bir figürün kaybı da panik bozukluğunu tetikleyebilmektedir.⁶³

İleriye dönük bir çalışmada, kaygılı bağlanma biçimine sahip küçük çocukların çocukluk çağı ve ergenlik dönemi boyunca anksiyete bozukluğu geliştirme açısından yüksek risk altında oldukları gösterilmiştir.⁶⁹ PB gelişiminde bağlanma boyutlarının önemli olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. PB olan bireylerin anneleri sevecen, girişken, kontrolcü olarak, babaları ise soğuk, katı ve pasif olarak nitelendirilmektedir. Annelerine olan bağlılık dolayısıyla bu çocuklar annelerinden ayrılmayı tolere edemezler. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğunun temel özelliği evden ya da evde bağlandığı kişiden ayrılmaya bağlı aşırı anksiyetenin yaşanmasıdır. Bu bozukluğu olan bireyler her evden ya da bağlandıkları kişilerden ayrıldığında yineleyici bir biçimde aşırı sıkıntı ve kaygı yaşarlar. Bağlandıkları bakımverenlerinden özellikle annelerinden ayrıldıklarında bu kişilerin nerede olduklarını bilmek ve onlarla ilişki içinde olmak isterler. Ayrılık anksiyetesinin agorafobik hastalarda görülen panik atakların temelinde olduğu ileri sürülmektedir.^{61-64,68}

PB, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve kronik ağrı bozukluğunun güvensiz bağlanma biçimiyle ilişkileri çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir.^{65-67,69} Bir başka açıklama ile de daha ileri yaş grubunda görülen ayrılık kaygısı, anksiyöz/ikircikli bağlanmanın klinik anlamlılık eşiğini aşmış bir formu gibidir. Bu bağlanma biçimini geliştirmiş olan, ayrılınca kaygılı ve huzursuz, birleştğinde de kolay yatışmayan ve anneye yapışıp kalan bu çocuklar, okul zamanı zorunlu ayrılık durumunda ayrılık anksiyetesi geliştirmeye yatkındırlar.⁷⁰ Yapılan çalışmalarda PB ile bağlanma tipleri eşleştirememiştir. Kaygılı ve kaçınan bağlanma gösterenlerde PB gelişimi rapor edilmiştir. Kaygılı ve kaçınan bağlanma sonucu PB gelişiyor yoksa PB

sonrası mı kaygılı ve kaçınan bağlanma oluşuyor sorusunun yanıtı çok açık değildir. Ağır basan görüş, yüksek kaygılı ve kaçınma bağlanma gösterenlerin yaşadıkları olayları yanlış yorumlayarak PB geliştirdikleridir. Başka bir görüşe göre de yaşanan olayları yanlış yorumlamak ve güvensiz bağlanma beraber şekillenmekte ve psikopatolojiyi oluşturmaktadır.

2.1.5.Ayırıcı Tanı

PB gerek ruhsal, gerekse bedensel hastalıklarla birlikte görülebilir; ayırıcı tanı yönünden de birçok hastalıkla karışabilir. Ayırıcı tanı yapılması, eşlik eden hastalıkların tanınması ve tedavisi psikiyatri hekimleri kadar diğer hekimler için de önem taşımaktadır.⁷¹

Hastanın klinik tablosu fonksiyonel PB ile açıklanabildiği takdirde özellikle hastalardan gelen tıbbi inceleme isteklerine yardımcı olunmaması daha uygundur. Ancak bu hastalar oldukça yoğun bedensel yakınmalar sergiledikleri için bunu sağlamak oldukça güç olacaktır. Klinisyen için PB seklinde görünüm veren herhangi bir tıbbi durumu dışlamak oldukça önemlidir. Hastalık öyküsünün ayrıntılı bir şekilde alınması ve dikkatli fizik muayene klinisyenin fiziksel hastalığı atlamasını önler. Bu tür hastalarda uygulanması gereken incelenmelerin başlıcaları tam kan sayımı, elektrolit düzeyleri, açlık kan şekeri, üre, kreatinin ve kalsiyum düzeyleri ölçümü, karaciğer ve tiroid fonksiyon (serbest T3 ve T4, TSH düzeyleri) testleri, idrar ve EKG incelemeleridir. Bu testler sonucu tiroid hastalıkları, hipoparatiroidi, hipoglisemi ve bazı kardiyak hastalıklar dışlanabilir. Klinik tablo yalnız organik etiyolojiyi düşündürdüğü takdirde daha ileri testler uygulanmalıdır. Göğüs ağrısı bulunan, kalp veya akciğer hastalığı için risk etmenleri taşıyan hastalarda eforlu EKG, akciğer grafiği ve kardiyak enzim düzeylerinin belirlenmesi gerekir. Nabız düzensizliği bulunan ya da ileri derecede taşikardik hastalarda 24 saatlik EKG incelemesi uygun olacaktır. Bedensel bulgulara hiperventilasyon eşlik ettiği takdirde akciğer grafisi ve solunum fonksiyon testleri istenmelidir. Güçsüzlük, bilinç yitimi, yönelim bozukluğu, koku varsanıları gibi kuşku nörolojik belirtiler, temporal lob epilepsisi, yer kaplayan oluşum veya multipl sklerozu düşündüren diğer bulgular karşısında dikkatli bir nörolojik veya otonörolojik muayene uygulanmalı; EEG, Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BBT) veya MRI gibi incelemeler yapılmalıdır.^{41,61,72}

Hem PB'un, hem de başka bir anksiyete ya da duygudurum bozukluğunun tanı ölçütleri karşılanıyorsa her iki tanı birlikte konulmalıdır. Ancak başka bir bozukluk (majör depresif bozukluk ya da yaygın anksiyete bozukluğu) kapsamında beklenmedik panik atakları ortaya çıkıyorsa, bir ay ya da daha uzun süreli olarak başka ataklar olacağı korkusu eslik etmiyorsa, kişinin eslik eden kaygıları yoksa ya da söz konusu kişide davranış dengesizliği görülmiyorsa ek bir PB tanısı konulmaz.⁶¹ Panik ataklarının genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik sonucu olduğu yargısına varılırsa PB tanısı konulmaz. Bu durumda “Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı Anksiyete bozukluğu” tanısı konur. Panik atakları bir maddenin (tedavi için veya kötüye kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik bir sonucu olduğu yargısına varılırsa PB tanısı konmaz; bu durumda ‘Madde Kullanımının Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu’ tanısı konur.²⁶

Ayrıncı tanıda dikkat edilmesi gereken organik durumlar su şekilde özetlenebilir;^{41,71-73}

- i. Kafeinizm
- ii. İlaç - madde bağımlılığı ve kesilmesi
- iii. Endokrin hastalıklar
 - Hipertiroidi
 - Hipoglisemi
 - Feokromasitoma
 - Cushing sendromu
- iv. Kardiyak hastalıklar
 - Paroksizmal supraventriküler tasikardi
 - Anjina pektoris
 - Mitral valv prolapsusu (MVP)
- v. Solunum sistemi hastalıkları
 - Bronsial astım
 - Pulmoner emboli
- vi. Parsiyel kompleks nöbet
- vii. Menopoz
- viii. Anemi
- ix. Stereoid tedavisi
- x. Vestibüler işlev bozuklukları

xi. Delirium

Organik hastalıklar içinde en çok MVP olan hastalarda panik ataklara benzer sıkıntılı durumlar görülebilmektedir. Son yıllarda MVP ile PB arasındaki bağlantı büyük bir ilgi toplamıştır. PB'lu 20 hastayı kapsayan bir çalışmada; PB'nun tedavisinden sonra MVP'nun düzeldiği ve bu etkinin normal deneklerine göre anlamlı olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak PB ile MVP arasında bir bağlantı bulunduğu, ancak bunun doğasının tam olarak bilinemediği söylenmelidir.^{41,61,71}

Ayrıca şizofreninin başlangıç dönemi, fobik bozukluklar, yaygın bunaltı, homoseksüel ve paranoid panik ataklarda da benzer ataklar görülebilmektedir. Diğer anksiyete bozukluklarında karşılaşılan panik atakları genellikle duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen ataklar seklindedir. Sözelimi sosyal fobide sosyal durumların etkisiyle; obsesif kompulsif bozuklukta obsesyon ile ilgili nesneye maruz kalınca; travma sonrası stres bozukluğunda ise stres kaynağını anımsatan uyanların etkisiyle fobik ataklar ortaya çıkar.⁷¹

2.1.6. Komorbid Durumlar

PB'lu hastaların çoğul tanı alma şansları yüksektir. Hastaların % 57'sinde herhangi bir DSM IV birinci eksen bozukluğu, % 42'sinde de en az bir ikinci eksenbozukluğu bulunmaktadır. Komorbid eksen I ve II tanıları tedaviyi olumsuz etkilemekte ve rölaps riskini arttırmaktadır.^{27,41}

PB'un en sık birlikte görüldüğü psikiyatrik rahatsızlık agorafobidir ve bu iki bozukluk özgül bir tanı grubunu oluşturmaktadır. Agorafobili PB, daha inatçı bir form olarak kabul edilmektedir. Bazı araştırmalara göre agorafobili PB grubu, diğer psikopatolojilerle agorafobisiz gruba göre daha yüksek oranda birliktelik göstermektedir.^{74,75}

Ülkemizde yapılan bir çalışmada PB'u olan hastaların % 36,8'inde majör depresyon, % 26,3'ünde ise distimi saptanmış ve geçirilmiş depresyonların % 72'sinin PB'a ikincil olarak geliştiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada PB'u olan hastalarda obsesif kompulsif bozukluk % 21, alkol kötüye kullanımı ise % 15,8 olarak bulunmuştur. Benzer çalışmalarda PB'lu hastalarda % 40-65 oranında majör depresyon bulunmuştur.^{74,75} PB ve depresyon birlikteliği olan hasta grubunun erken yasta hastalandıkları, anksiyete ve depresyon puanlarının, intihar riskinin, alkol bağımlılığının

yüksek, kliniğin daha ağır seyrettiği gözlenmiştir.^{76,77} PB'un uzun seyri sırasında % 20 oranında yaygınlaşmış anksiyete bozukluğu ile birlikteliği görülmekte ve bunun % 60'ında yaygınlaşmış anksiyete bozukluğu daha önce başlamaktadır. Agorafobinin varlığı yaygınlaşmış anksiyete bozukluğu görülme riskini arttırmaktadır.⁷⁴ PB'lu olanlarda % 15-20 oranında sosyal fobi görülebilmekte ve agorafobinin varlığı ile korelasyon göstermektedir. Sosyal fobi birlikteliği hastalığın seyrini olumsuz etkilemekte ve majör depresyon gelişimine yatkınlığı arttırmaktadır. Genellikle sosyal fobi daha erken başlamakta, bu hastalarda kişiyi tedavi arayışına iten etken panik belirtileri olmaktadır.^{74,78,79} PB'unda hipokondriyazisin sıklığı % 25 olarak bildirilmiştir. Bu agorafobi sayılmazsa depresyondan sonraki en sık ikinci eşlik eden tanıdır. PB ve hipokondriyazis benzer özellikler taşımakta; epidemiyolojik ve fenomenolojik olarak bu iki bozukluğun ortak oluşumu, birbiriyle binişme olasılığı yüksektir. PB'lu hastalar organik bir hastalıktan korkarlar ve bilişsel çarpıtmalar arttıkça hipokondriyazis gelişme riski artmaktadır. Hipokondriyazis, PB'un başarılı tedavisini engelleyebilmektedir.^{80,81}

PB'lu hastalarda % 10-20 oranında obsesif kompulsif bozukluk görülmektedir. Obsesif kompulsif bozukluğun eşlik ettiği hastalar erken başlangıç yası, farmakoterapi dâhil tüm tedavilere daha düşük oranda cevap vermekte ve yüksek depresyon riski göstermektedirler.^{64,74,80} Somatizasyon bozukluğu kadınlarda % 23, erkeklerde % 5 es tanı oranı ile cinsiyet farklılığının en büyük olduğu grubu oluşturmaktadır.⁸²

Bipolar bozukluğa eşlik eden PB tanısının yaşamboyu sıklığına bakılan İtalyan BP-I hastalarında % 14,3, BP-II hastalarının % 31,4'ünde olduğu belirlenmiştir.¹⁵ Ulusal Komorbidite Çalışması'nda BP hastalarında yaşam boyu PB sıklığı % 14,4 olarak verilmiştir.¹

PB'unda tüm madde kullanım bozuklukları % 32 olarak bildirilmişse de, alkol kullanım bozukluğu tek başına % 19-23 oranında görülmektedir. Daha önceden alkol ve madde bağımlılığı olan hastalarda PB'un başlangıcı daha erken, eşlik eden depresif bozukluk ve intihar girişimleri daha sık görülmektedir.^{1,74,83,84}

Her kişilik yapısındaki insanda PB gelişebilmekte, ancak bazı kişilik yapılarında daha sık görülebilmektedir. Birçok kişilik örüntüsü iç içe bunabilmektedir. PB'lu hastalarda kişilik bozuklukları oranları kullanılan araştırma metotlarına göre farklılık göstermekte; % 27-58 arasında oranlar bildirilmektedir.^{85,86} Çoğunlukla bağımlı, çekingen, obsesif, kompulsif, pasif agresif kişilik bozukluklarını içeren C kümesi ve

histrionik, borderline kişilik bozuklukları görülmektedir.⁴¹ Son zamanlarda kişilik özelliklerinin belirlenmesinde standart ölçeklerin kullanılmasıyla PB’unda en yaygın olarak C kümesi kişilik bozuklukları görüldüğü görüsü değişmeye başlamıştır.^{87,88} Kişilik bozuklukları hastaların tedavi işbirliğini ve seyrini olumsuz etkilemektedir. Tedaviye en az yanıtın çekingen ve histrionik kişilik bozukluklarının eşlik ettiği grupta olduğu ileri sürülmektedir.⁸⁹

2.1.7. Tanıda Elektrofizyoloji ve Görüntüleme (MRI, PET, SPECT) Bulguları

Panik bozukluğu olan hastalarla kontrol grubu karşılaştırıldığında, Magnetik Rezonans (MRI) ile yapılan görüntüleme çalışmalarında medial temporal lob anomalilerinin daha fazla olduğu bulunmuştur. MRI bulgularının sık panik atak geçiren ve uzun süredir hastalığı devam edenlerde daha fazla olduğu bildirilmiştir.⁹⁰ PET ve SPECT çalışmalarında çelişkili sonuçlar bulunmuştur. Bazı PET çalışmalarında laktat infüzyonu ile panik atak oluşturulan panik bozukluğu hastalarında temporofrontal ve parahipokampal bölgelerin kontrol grubuna ve atak oluşmayanlara göre kan akımında anlamlı olarak artış bulunmuştur.^{90,91} Bazı çalışmalarda da inferior parietal lobda kan akımında artış belirlenmiştir.⁹² İstirahat halindeyken panik bozukluğu hastalarında hipokampus ve inferior frontal kortekste anlamlı bulgular saptanmıştır.^{91,93}

Panik bozukluğundaki en önemli bağlantı parahipokampal bölge ile amigdala arasındadır. Ayrıca temporopolar korteks ve locus ceruleus’ta panik atak ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır.⁹⁴ Panik atak sırasında gözlenen davranışların düzenlendiği yer parahipokampal bölgedir. Bu bölge, hipokampusu gelen ve hipokampustan çıkan uyarıların toplandığı merkezdir. Duyusal merkezlerle sıkı bağlantısı bulunmaktadır. Hipokampus gibi anksiyete nörobiyolojisi ile yakından ilgili bir bölgenin input ve outputlarını kontrol etmektedir. Bu nedenle panik atağının ortaya çıkmasında parahipokampal bölgedeki hipoaktivitenin önemli rol aldığı düşünülmektedir.⁹⁵

21 PB ve 17 PB’a eşlik eden major depresyonu olan hastalarda yapılan MRI incelemesinde posterior singulat korteksi içeren bölgelerde artmış gri cevher hacmi, klinik şiddet ve artmış gri cevher ile pozitif korelasyon ve tüm beyaz cevherde artmış iletkenlik eşlik eden major depresyonla ilişkili bulunmuştur.¹⁸

Panik bozukluğunda EEG, beyin sapı uyarılma potansiyeli (BSUP) ve olaya bağlı geç uyarılma potansiyeli (OBGUP) çalışmaları yapılmıştır. Şimdiye kadar yapılan elektrofizyolojik çalışmalar, panik bozukluğun oluşumunda beyin sapı ve limbik bölge yapılarının katkılarının bulunduğunu desteklemektedir.⁹⁶ Panik bozukluğu olan hastalarda panik atakları arası dönemde sağlıklılara göre EEG’de daha fazla yavaş dalga etkinliği sergiledikleri ve bu durumun hiperventilasyonla ilişkili olabileceği bildirilmiştir.⁷⁰

2.1.8.Tedavi

Genel olarak anksiyete bozuklukları ve özellikle panik bozukluk, uzun süreli tedaviyi gerektirir. Uzun bir tedavi sürecinden sonra bile hastalık belirtileri ısrarla sürebilmektedir.⁹⁷

Tedaviye başlamadan önce; hastadan ayrıntılı hikâye alınmalı, hasta hekim arasında ortak bir terminoloji oluşumu sağlanmalı, hastalık hakkında bilgi verilmeli, farmakolojik tedavi uygulanacaksa yan etkileri konusunda bilgilendirilmeli, tedavi başlangıcında yirmi dört saat boyunca hekime ulaşılma olanağı verilmelidir.⁹⁸ Başka bir psikiyatrik bozukluğa eslik eden panik ataklarda öncelik primer bozukluk tedavisine verilmelidir.^{61,97} Anksiyeteyi uyaran; çay, kahve, kola gibi kafeinli içecekler diyetten çıkarılmalıdır. Ayrıca teofilin, fenilpropilamin içeren diyet ilaçları ve dekonjestanların kullanılmamasına özen gösterilmelidir.⁹⁹

Bugüne kadar yapılan araştırma verileri ve klinisyenlerin deneyimlerinden yararlanarak, duygulanım bozukluklarının tedavi evrelerine benzer bir biçimde panik bozukluğun psikofarmakolojik tedavi evreleri belirlenebilir. Buna göre;

Akut tedavi evresi: Panik atakların ortadan kaldırılması, anksiyetenin ve fobik yakınmaların belirgin biçimde azaltılması ve hastanın ulaşılabilir en üst iyilik durumuna gelmesi amaçlanmaktadır.⁶¹ Bu amaca ulaşmak için farmakoterapinin yanında davranışçı tedavi yöntemleri de uygulanmaktadır.⁹⁹

Akut tedavi evresinde;

- oluşmuş panik atağı sonlandırmak,
- panik atağın tekrarlamasını önlemek şeklinde iki temel yaklaşım vardır.

Hastaya panik ataklarının başlangıcı sırasında oluşan katastrofik yaşantıları baskılaması ve atak başlar başlamaz gevşeme tekniği ile anksiyetesini azaltması

öğretilir.^{97,98} Panik atağın tekrarlamasını engellemek için daha çok trisiklik, monoamino oksidaz inhibitörü (MAOI), selektif serotonin reuptake inhibitörü (SSRI) gibi antidepresanlar ve benzodiazepinler kullanılmaktadır.^{97,99}

Stabilizasyon evresi: Ortalama 2-6 ay sürer. Temel amaç hastanın panik atak oluşturabilecek ortam ve durumlardan kaçınma davranışını engellemektir. Sonuç olarak kişiyi hastalık öncesi sağlıklı yaşantısına kavuşturmak amaçlanmaktadır.

İdame evresi: Hasta akut tedaviye yanıt verdiği takdirde, tedavinin birkaç ay daha sürdürülmesi son derece önemlidir. Buna “idame tedavisi” denir. Bu tedavi akut tedavi sırasında elde edilen kazançların pekiştirilmesini, hastanın sosyal izolasyonunun veya kaçınma davranışının üstesinden gelmesini sağlar. Bugüne kadar yapılmış olan kontrollü çalışma verilerine dayanılarak, panik bozukluk tanılı hastalara en az 6-12 ay idame tedavisine devam edilmesi önerilmektedir.¹⁰⁹

2.2. Uyku

2.2.1.Tarihçe

Hipokrat, vücudun iç organlarını sıcak tutmak amacıyla, kanın bu bölgelerde birikerek beyinden uzaklaştığını ve uykunun bu vasküler reorganizasyon sonucu ortaya çıktığını ileri sürmüştür. 10.yy’ın ortalarında İbn-i Sina, hala geçerli sayılan, uyku hijyenine yönelik önerileri içeren kitabı yazmış, uykunun düzeni, uyku uyumak için en doğru zaman, diyetler üzerinde durmuştur.

Jean Jaques d’Ortous de Marian 1729 yılında bitkilerden yola çıkarak aydınlık karanlık döngüsünün varlığına dikkat çekerek 24 saatlik ritim üzerinde çalışmıştır. İskoç fizyolog Richard Caton 1875 yılında tavşan beyninden kaydettiği elektriksel ritimlerle yaşayan canlılarda biyoelektrik aktivitenin varlığını göstermiştir. 1907 yılında Fransız fizyologlar Legendre ve Pieron, uykudan yoksun kalmış köpeklerin serumlarını normal köpeklerle verdiklerinde, uyku yoksunluğu olmayan bu köpeklerin uykuya daldıklarını bulmuşlardır. Bu çalışmanın sonucunda özgül mekanizmalarla aktif uykuyu başlatan endojen uyku faktörü (hypnotoxin) düşüncesini ortaya atmıştır. 1920’lerde Nathaniel Kleitman, temel olarak uyku yoksunluğu, uyku derinliği ve uykuda sıklık fenomenler üzerinde çalışmış, çalışmalarını 1939 yılında ‘Uyku ve Uyanıklık’ adlı kitabında yayımlamıştır. 1930’lardan sonra uyku çalışmaları ivme kazanmış 1937 yılında Loomis uykuda EEG kayıtlarıyla beyin dalgalarının sürekli ölçülebileceğini göstermiştir.

Moruzzi ve Magoun 1949'da uyanıklığın sağlanması için gerekli en önemli girdinin somatosensoriyel nitelikli olan değil, beyin sapı retiküler formasyonun oluşturduğu uyarılma sistemi olduğunu ortaya koymuşlardır. 1957'de Dement ve Kleitman yetişkinlerde EEG uykusunu, normal uyku referans alınarak patolojik uykunun niteliksel ve niceliksel basamaklarını tanımlamıştır.¹⁰¹

2.2.2. Sağlıklı Uyku Tanımı

Uyku uyanıklıktan bağımsız, MSS'de ortaya çıkan bir dizi değişme ile oluşan, kendi içinde sınırları açık bir şekilde tanımlanabilen beş dönemden oluştuğunu ortaya koymuştur. Dönemlerden biri REM (Rapid Eye Movement) diğer dördü ise Non-REM (NREM) olarak bilinmektedir. NREM uykusu da kendi içinde 1., 2., 3., ve 4. dönemleri içermektedir.

Bir uyku döngüsü 90-120 dakika olup, REM ve NREM dönemlerinden oluşur. Sağlıklı bireylerde genellikle bir gece boyunca 4-6 döngü gerçekleşir. Uykunun başlamasında 90-120 dakika sonra ilk REM ortaya çıkar. İlk saatlerde delta uykusu fazla, REM dönemi azdır. Gecenin ilerleyen dönemlerinde yavaş dalga uykusu azalır, REM dönemi artar.

REM evresi, düşük amplitüdlü, karışık frekanslı EEG aktivitesi yanında, zaman zaman ortaya çıkan hızlı göz hareketleri ve iskelet kaslarında atoni karakterizedir.

NREM uyku, toplam uykunun % 75-80'ni oluşturur. Uykunun yaklaşık % 3-5'ni oluşturan 1.dönem, uyanıklıktan uykuya geçiştir. EEG'de alfa dalgalarının azalması, düşük amplitüdlü karışık frekanslı dalgaların artışı ön plana çıkmaktadır. EOG'de de yavaş göz hareketleri (Slow Eye Movement) (SEM) gözlenebilir. 1.dönemin sonuna doğru, 2. dönemde de rastlanan verteks keskin dalgaları görülebilir.

2. dönem, uykunun % 45-60 gibi büyük kısmını kapsar, uyku içcikleri (0-1,5 saniye süreli 12-14 Hz dalgalar) ve K kompleksler (0,5 saniyeden uzun, yüksek amplitüdlü bifazik dalga) ile karakterizedir. EMG' de kas tonusu azalmıştır. EOG'de göz hareketleri ortadan kalkmaktadır. Bu değişmeler, uykunun derinleşmeye başlayacağını göstergeleri olup sonraki zaman diliminde 3. ve 4. dönem uykuya başlamaktadır.

3. dönemde, düşük frekanslı senkronize dalgalar (delta dalgalar < 4 Hz) ortaya çıkmaktadır. Bu dönemde delta dalgaları bir evrenin % 20-50'sini oluşturmaktadır.

4. dönemde ise bir evrede delta dalgaları % 50'den fazla oranda görülmektedir. 3. ve 4. dönemler, uykunun en derin dönemleri olup, derin uyku, yavaş dalga ve delta uykusu gibi adlar da verilmektedir.¹⁰¹

2.2.3. Anksiyete Bozukluklarında Uyku

Anksiyete bozuklukları, psikiyatrik hastalıklardan en sık meydana gelen gruptur. Major depresyon ile anksiyete bozukluğu arasında yüksek oranda komorbidite olduğu bilinmektedir.³⁴ Uyku sorunları, uyku kalitesinin azalması, anormal kısa ya da uzun uyku süresi ya da gecenin herhangi bir döneminde uykuya geri dönme zorluğu olarak karakterizedir.¹⁷ Populasyon çalışmalarında anksiyete bozukluğu olanların % 24-% 36 oranında insomni ve % 27-% 42 oranında hipersomnia yakınması olduğu belirlenmiştir.¹⁰

Uyku sorunları, major depresyon, distimik bozukluk, ayrılık anksiyetesi, yaygın anksiyete bozukluğu, post travmatik stres bozukluğu için tanı kriteridir. Ancak panik bozukluk için tanısal anlamı yoktur.^{11,102}

Yaygın anksiyete bozukluğu ve posttravmatik stres bozukluğunda polisomnografik çalışmalarda objektif bozulmayı destekleyecek bulgular mevcut iken panik bozukluğunda net bir bulgu yoktur. Bazı polisomnografik çalışmalarda kontrol grubuna göre panik bozukluk hastalarında uyku etkinliğinde ve süresinde azalma olduğu belirlenmiştir.^{10,12,14,34,102}

İnsomnia bir çeşit aşırı uyarılma bozukluğu olarak kabul edilmiştir. İnsomnianın psikobiyolojik modeline göre insomnia şartlı aşırı uyarılmışlıktan ziyade uyanıklığı engellemede başarısızlık olarak tanımlanmıştır. Bu model uykuyu başlatma ve sürdürmedeki tüm güçlükleri karşılayabilir.¹⁰¹

İnsomnia en sık rastlanan uyku sorunudur. Major depresyon, anksiyete bozuklukları ve madde bağımlılığı sendromlarını içeren çeşitli psikopatolojilerle yüksek oranda komorbiditesi mevcuttur.^{34,103} İnsomnia % 18 oranında anksiyeteden önce, % 38 oranında aynı zamanda ortaya çıkabilirken % 34 oranında anksiyete bozukluğunun başlamasından sonra ortaya çıkmaktadır.^{9,104}

Uyku deprivasyonunun anksiyete bozukluklarının gelişimine zemin oluşturduğu gösterilmiştir. Çocukluk ve ergenlikteki uyku sorunları gelecekte anksiyete semptomlarının ortaya çıkması ile ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Panik spektrum

sorunlarda uyku deprivasyonu ve panik gelişimi en az iki yolla ortaya çıkabileceği hipotezi ortaya atılmıştır. İlki, uyku deprivasyonu bazal anksiyete düzeyini ve beden arousalu artırır. İkincisi, uyku yoksunluğu nedeni ile artan basal anksiyete panik atakları için potansiyel oluşturur, bir panik atağın meydana gelmesini böyle bir anksiyete güçlü bir şekilde predikte eder. Bu teoriler beden duyularına odaklanmanın panik bozukluğun gelişimiyle ilişkisini açıklamaktadır.¹⁰³

Nörotisizm, karasızlık, gerginlik ve endişe hisleri ile ilişkili kötü sağlık sonuçları oluşturabilen kişilik yapısında görece istikrarsızlıktır. Ruminasyon, sıkıntıya verilen bir cevaptır, tekrarlayıcı (ve pasif) olarak sıkıntının semptomlarına, olası neden ve sonuçlarına odaklanır. Nörotisizm ve ruminatif tarz hem artmış depresyon, anksiyete ve uykusuzluk riskiyle ilişkilidir hem de bu hastalıklara yanıt düzeyini belirler.¹⁷

Anksiyete duyarlılığı, kişinin anksiyete ilişkili duyularına dayanan bunların zarar verici olacağı inancıyla ilişkili aşırı korkudur. Özellikle kişinin içsel duyuları ve anksiyete belirtilerine verilen korkulu yanıtları kaynak alır. Yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozuklukta, beklendiği gibi, yüksek düzeyde anksiyete duyarlılığının varlığı bilinmektedir. Bu yüzden bu grup hastalarda uykuya dalmak güçleşmektedir. Başlangıç uyku latansini artırır ve uykuya geri dönmeyi zorlaştırır.¹⁰²

2.2.3.1. Panik Bozukluk ve Uyku

PB hastalarında bozulmuş uykuyla ilgili başka önerilen bir neden artmış kortizol düzeyidir. Artmış kortizol düzeyinin insomniaya neden olduğu ima edilmiştir. Bir çalışmada PB hastalarında nokturnal üriner kortizol düzeylerinin arttığı, ancak bu düzeylerin klinik olarak insomniya tanısı almış düzeylere yakın olmadığı belirlenmiştir.¹⁰²

PB hastaları anksiyetesi olmayan kontrollere göre özellikle daha büyük vücut hareketleri olmak üzere uyku boyunca daha fazla hareket göstermektedir.¹⁰⁵

PB sıklıkla agorafobi ile birlikte seyrederek ve agorafobisi olan panik hastaları olmayan hastalara göre daha kötü prognoza sahiptir. Agorafobili PB ile agorafobisiz PB arasında insomniya prevalansında farklılık olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Kişilik bozuklukları PB hastalarında karıştığı gösterilmiştir. PB hastalarının çoğunda kişilik bozukluğu vardır ve hastalığın seyrini etkiler. PB hastalarında kişilik bozukluklarının

imsomnia üzerindeki prevalans ve etkisi araştırılmış ancak net bir bulgu elde edilememiştir.¹³

PB’da uyku çalışmalarında uyku latensinde uzama, uyku etkinliğinde azalma, uyanıklık sayısında artış olduğu görülmüştür. Ayrıca uykuda hareket zamanında azalma ve dönem 2 uykusu sırasında beden hareketlerinde artış, saptanan diğer bulgulardır. Bulgular genel artmış uyarılmışlığın uykudaki görüntüsü olarak değerlendirilmekle beraber, uykunun devamlılığının beklendiği kadar bozulmadığı da bildirilmiştir.^{10,106}

PB tedavisi sırasında kullanılan selektif serotonin geri alım inhibitörü (SSRI lar), trisiklik antidepresanlar (TAD lar), benzodiazepinler (BZD ler) ve monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI ler) uyku bozukluğu ile ilişkili olabilir. Bazı hastalar antidepresan ilaçlara yanıt olarak artmış bir başlangıç anksiyetesi ya da imsomniaya sahip olabilir. Bir BZD aynı zamanda anksiyeteyi azaltır ve tedavinin erken fazında uykuya yardım eder.¹⁰ Benzodiazepin ve antidepresanların PB hastalarında subjektif ve objektif uyku kalitesi parametreleri üzerinde anlamlı etkisi belirlenmemiştir. Uyku yapısında yapılan objektif ölçümlerde özellikle kısa Evre 1 uyku ve uzun Evre 4 uyku istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.¹⁰⁷

PB hastalarında mevcut antidepresan tedavisinin uyku üzerindeki etkileri incelendiğinde genç hasta grubunda ilaç tedavisine meksidol eklendiğinde klinik ve polisomnografik olarak otonomik bozuklukluk ve imsomniayı azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı gösterilmiştir.¹⁰⁸

2.2.3.2.Noktürnal Panik Ataklar ve Uyku

Noktürnal panik ataklar panik bozukluk hastalarının % 28-% 71 oranında bildirilmiştir. Ambulatuvar yaklaşımlarla 24 saat monitörize edilen PB hastalarında gece 01:30-03:30 arasında % 15 oranında major spontan ataklar saptanmıştır. Noktürnal panik atak varlığı hem yüksek oranda depresyon riski hem de beraberinde artmış intihar davranışı ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür.¹⁰⁹ Uyku terörü noktürnal panik ataklardan çoğunlukla Evre 4 uykuda (Evre 2-3’e karşın) meydana gelmesi ve olayı hatırlamadan uykuya hızlı dönüş olması ile ayrılır. Uyku apnesi NP ‘den sıklıkla Evre1,2 ve REM uykuda meydana gelmesi ve NP gecede bir kez olmasına karşın gece boyunca sıklıkla tekrarlaması ile ayrılır. Apnesi olan bir alt grup NP kriterlerini karşılayabilir. Apne bu hastalarda NP’yi tetikliyor olabilir veya apneik epizodlarla NP bağımsız ortaya

çıkmaktadır. EEG anomalisinin olmaması ile noktürnal nöbetlerden ayrılır. Uyku paralizisinin aksine NP hastalarında isteğe bağlı hareket edememe yoktur. Kabus ile NP arasındaki major fark meydana geldikleri uyku evresindedir. NP bir NREM olayıdır. NP ve rüyaların tetiklediği anksiyetenin her ikisi de otonomik aktivasyon ile ilişkili olmasına karşın, hassas ayırım EEG bulgularına dayanarak yapılır.¹⁰⁵

Yapılan çalışmalarda noktürnal panik atağı olan hastaların bir kısmında ataklar genellikle NREM uykunun evre 2’de evre 3’e geçişe yakın olduğu dönemde başladığını göstermiştir. Klasik panik atakları olan PB hastaları aynı zamanda noktürnal uyku panik atakları yaşayabilirler ve bu ataklardan sonra rüya içeriklerini hatırlamayabilirler. Ayrıca noktürnal panik atağı olan hastalar klasik gece terörü olan bireylerin aksine her zaman yaşadıkları olayı hatırlarlar.¹¹⁰

Panik bozukluk hastalarının noktürnal panik ataklarının varlığı hastalığın şiddetini arttırabildiği gibi etkisi olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur.^{13,14,103,111,112} Noktürnal panik ataklar uyku sorunlarını indükler çünkü uykuyu bozan doğaları vardır ama aynı zamanda beklenti anksiyetesi, uykuya dalma konusunda fobik anksiyete uykudan kaçınma ve sonuç olarak uyku deprivasyonu anksiyeteyi alevlendirebilir.^{13,14,19,113}

2.2.4. Depresyon ve Uyku

Gelişen ülkelerde beklenen depresyon oranı % 12,6 iken PB ile bu oran % 1,1 oranında katkı sağlamaktadır. Uyku depresyondaki hastalarda bozulmuştur, günlük insomniya ya da hipersomniadan şikayetçi olurlar. Depresyon hastalarının yaklaşık üçte ikisi insomniden, % 15 oranında hipersomniden şikayet eder.⁹ Kadınlar erkeklerden daha fazla insomniya yaşarlar. İnsomnia sendromları depresif atakların başlaması için risk faktörüdür. Rekürren depresyonu olanlarda hastalığın seyrini kötüleştirir ve geç başlangıçlı depresyon için risk faktörüdür.¹⁷ Yine uyku sorunları depresyonu olan hastalarda intihar düşünceleri ve girişimlerini, madde kötüye kullanımını arttırmaktadır.¹¹⁴

Yapılan kantitatif EEG çalışmalarına göre depresyon ve anksiyetenin spesifik semptom karakteristikleri beynin farklı bölgesel aktivitelerinden kaynaklanmaktadır.¹⁸

Polisomnografik anormallikler depresyon tanılı ayaktan hastalarda % 40 ile % 60 oranında ve % 90 oranında yatan hastalarda görülebilir. Genç olgularda uyku latansında

uzama, aralıklı uyanıklıkta artış, sabah erken uyanmayla uyku sürekliliği bozulur. Kısa-dalga uyku (SWS) artar (Evre 3'ten 4'e geçiş yüzdesinde azalma) ve delta aktivitesi artar. Kantitatif EEG çalışmaları NREM periyodun birinci ve ikinci periyotları arasında delta uyku oranında değişiklik, ilk NREM periyodunda yavaş dalga aktivitesi amplitüdünde, interhemisferik beta ve teta ve intrahemisferik beta ve delta ritimlerinde azalma gösterebilir.⁹ REM latensindeki kısalma ve REM miktarında artış depresyon için uykudaki biyolojik belirleyici değişkenlerdir.¹⁰⁶

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Olgular

Bu çalışmaya Mart 2012- Mayıs 2013 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiatri Anabilimdalına başvuran, 18-65 yaş arası panik bozukluk, 50 panik bozukluğa eşlik eden major depresyon hastaları ve 50 sağlıklı birey ardışık olarak alındı. Yapılan güç analizinde alfa değeri 0,05, beta değeri 0,95 ve orta derecede etki düzeyi alınarak her grupta ortalama 45 hasta alınması planlanmış, çalışma her grupta 50 olmak üzere toplam 100 hasta ve 50 sağlıklı gönüllü ile tamamlanmıştır. Klinik örneklem için DSM IV tanı ölçütlerine göre panik bozukluk ve major depresyon tanısı olması, kontrol grubu için, DSM IV tanı ölçütlerine göre bilinen bir major psikiyatrik bozukluğun bulunamaması, okuryazar olmak, çalışmadaki öz bildirim ölçeklerini dolduracak düzeyde bilişsel yetilerin yeterli düzeyde olması, bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmaya onay vermiş olmaları koşulları aranmıştır.

Demans, psikotik bozukluk, mental retardasyon, alkol ve madde bağımlılığı, bipolar bozukluk (manik ve karma dönem), obsesif kompulsif bozukluk, diğer anksiyete bozuklukları, dürtü kontrol bozukluğu ve noktürnal panik atakları olan hastalar çalışma dışında bırakılmıştır.

3.2. Yöntem

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Hastalıkları polikliniğine başvuran, dahil edilme ölçütlerine uyan, çalışmaya gönüllü olarak katılan 50 panik bozukluk, 50 panik bozukluk ve major depresyon hastası ve bu hastalarla sosyodemografik olarak uyumlu 50 sağlıklı kontrol alınmıştır. Aşağıdaki veri formları ve ölçekler kullanılmıştır;

Sosyodemografik Veri Formu: Hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek amacıyla DSM-IV SCID-I klinik görüşme kılavuzu göz önüne alınarak hazırlanan bu form; yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, medeni durum, sosyoekonomik durum, hastalık süresi, tedavi görme durumu, klinik görünüm, komorbid genel tıbbi durum ve psikiyatrik bozukluk, madde kullanımı, aile öyküsü ve hastalığına ait bilgileri içermektedir.

DSM-IV Eksen I Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I): 1983 yılında Spitzer ve arkadaşları tarafından yapılandırılmış bir klinik tanı koyma aracı olarak geliştirilen SCID-I, karşılıklı görüşme ile DSM tanı ölçütlerine göre herhangi bir birinci eksen tanısının, geçmişte ve/veya son bir ay içinde olup olmadığının araştırılmasını sağlar. Çalışmamızda, formun First ve arkadaşları tarafından DSM-IV'e göre uyarlanmış, 1997 yılında yayınlanan versiyonunun, Çorapçıoğlu ve arkadaşlarınca geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan, 1999 yılında yayınlanan Türkçe formu kullanılacaktır.¹¹⁵

Beck Depresyon Envanteri (BDE): Depresyonun duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel belirtilerini ölçmeye yönelik olarak 21 maddeden oluşan Beck (1961) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların 31 toplanması ile elde edilir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur. Türkçe için geçerlik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanın 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir.¹¹⁶

Beck Anksiyete Ölçeği(BAÖ): Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını değerlendirmektedir. 21 maddeden oluşan 0-3 arası puanlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Hastaya sorulan sorularla sıkıntı hissinin onu son bir haftadır ne kadar rahatsız ettiği sorgulanır. Bu çalışmada test skorlarına göre hafif, orta ve ağır anksiyete şeklinde bir sınıflama yapılmamıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.¹¹⁷

Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ): Panik bozukluğu tanısı almış olan hastada panik ataklarını, fobik kaçınmayı, beklenti anksiyetesini, sosyal ilişkilerdeki kısıtlanmayı, bedensel hastalık inancını göz önüne alarak alt bölümler halinde şiddet derecelendirir. Her bir alt bölüme ait puanlar panik bozukluğun bileşen puanlarını, bu puanların toplamı ise şiddet puanını belirler. Gerek gözlemci, gerekse öz bildirim formlarından her biri beşer başlıkta toplam 14'er soru içermektedir. Başlıklar ve kapsadıkları soru sayısı sırayla:

Panik atağı özellikleri (3+1), agorafobi/kaçınma davranışı (3), beklenti anksiyetesi (2), yetiyitimi (3), sağlık konusunda endişe (2)'dir Beşli likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Türkiye'de yapılan çalışma sonucunda kesme noktası 11/12 puan arasında alındığında en yüksek özgüllük (% 92,94) ve duyarlılık (% 92,00) sağlanmaktadır. Ölçeğin

güvenilirlik çalışmasında Cronbach's alfa katsayısı gözlemci formu için 0,88, öz bildirim formu için ise 0,86 olarak hesaplanmıştır. Türkçe formu Tural ve arkadaşları tarafından 2000 yılında yapılmıştır.¹¹⁸

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi(PUKİ): Uyku bozukluğu olan kişileri, sağlıklı kişilerden ayırt etmeye, uyku sorunlarını saptamaya, uyku niteliğini belirlemeye yarayan bir değerlendirme aracıdır. Kendini değerlendirme ölçeğidir, ancak hasta yakınının değerlendirdiği sorularda bulunmaktadır. Ölçeğin içerdiği toplam 24 sorunun 19 tanesi öz bildirim sorusudur ve 5 soru ise eş veya oda arkadaşı tarafından yanıtlanmak üzere hazırlanmıştır. Sözü edilen son 5 soru yalnızca klinik bilgi için kullanılır ve puanlamaya katılmaz. Ölçeğin puanlanan toplam 18 sorusu 7 bileşenden oluşur: öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu. Bileşenlerin bazıları tek bir soru ile belirtilmekte, diğer bazıları ise birkaç sorunun gruplandırılmasıyla elde edilmektedir. Her bir bileşen 0-3 puan üzerinden değerlendirilir. 7 bileşenin toplam puanı ölçek toplam puanını verir ve toplam 0-21 arasında bir değere sahiptir. Ölçeğin toplam puanının 5'ten büyük olması kötü uyku kalitesini gösterir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ağargün ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmıştır.¹¹⁹ Ölçeğin genel Cronbach alfa katsayısı 0,804, bileşenler için Cronbach alfa katsayısı ise 0,35-0,92 arasında bulunmuştur. Bileşen toplam puan korelasyon katsayıları ise 0,22-0,77 arasında bulunmuştur. Test yeniden test güvenilirliği ise 0,93-0,98 arasında bulunmuştur.

Epsworth Uykululuk Ölçeği(EUÖ): Johns tarafından 1991 yılında geliştirilen EUÖ gündüz aşırı uyku eğilimini saptamak için uykunun niteliksel ve niceliksel olarak ölçülmesine yönelik öz-bildirim ölçeklerindendir. Diğer öz-bildirim ölçeklerinden farklı olarak uykululuğun günlük özel durumlar (8 farklı durum) ve özel zaman dilimleri içerisinde değerlendirilmesinden öte, gündüz uykululuğun genel düzeyini ölçülmesini hedef alır. Uygulama ve değerlendirmesi çok kolay ve tüm gün boyunca uykunun değerlendirilmesinde önemli bir yere sahip öz-bildirim aracıdır. EUÖ dördümlü likert tipte bir ölçektir. 0,1,2,3 şeklinde puanlanmakta ve yüksek puan uykululuğu göstermektedir. Toplam puan 10'dan büyükse aşırı gündüz uykululuğunun varlığından söz edilebilir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır.¹¹⁹ Ülkemizde uyku ve uyku bozuklukları ile ilgili yapılacak

Çalışmalarda genel uykululuk düzeyini ve farklı durumlardaki uykululuk düzeyini ölçmek amacıyla kullanılabilir.

Uykusuzluk Şiddeti İndeksi: İmsomnia belirtilerinin şiddetini değerlendirebilmek amacıyla geliştirilmiştir. Kendini değerlendirme leęidir. Her madde 0 ve 4 arasında puanlanan beşli Likert tipi ölçüm vermektedir. Ölçekte tersine puanlanan madde bulunmamaktadır. Yedi maddenin puanları toplanarak değerlendirme yapılmaktadır. lme aracının toplam puanlarına göre değerlendirme yapılmaktadır. Toplam puanlardaki artış imsomnia belirti şiddetindeki artışa işaret etmektedir. Türk rnekleminde bir kesme noktası hesaplanmamıştır. leęi geliştirenler 10 ve üzerinde puan alanlar için klinik olarak insomnia tanısının düşünülmesi gerektiğini, 15 ve üzerinde puan alanlar için klinik tanının konulabileceğini ifade etmektedir.

4. BULGULAR

Çalışmaya Mart 2012- Mart 2013 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran 140 hasta ile alındı. 20 hasta somatizasyon bozukluğu, 5 hasta noktürnal panik atakları, 1 hasta bipolar bozukluğu, 5 hasta OKB, 2 hasta dürtü kontrol bozukluğu ve 7 hasta özgül fobi ek tanıları olduğu için çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya 50 PB, 50 PB ve MD olan ve 50 sağlıklı kontrol hastası dahil edildi.

Çalışmaya alınan hastaların 66'sı kadın 34' ü erkekti; kadın/ erkek oranı 1,5 idi. Üç grupta cinsiyet açısından anlamlı fark bulunamadı ($p=0,088$). PB hasta grubunun yaş ortalaması $37,12\pm12,95$, PB+MD grubunun yaş ortalaması $37,44\pm11,56$ idi. Her üç grubun yaş ortalamaları arasında fark bulunamadı ($p=0,410$). Hastaların % 55'i evli idi. Hasta ve sağlıklı kontrol gruplarının medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,128$). Hastaların % 25'i ilköğretim düzeyinde eğitim görmüş iken % 75 oranında lise, lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip idi. Her üç grupta eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,003$). Hastaların % 83'ü orta sosyoekonomik düzeye sahip idi. Sağlıklı kontroller ve hasta grupları arasında anlamlı fark saptandı ($p=0,000$). Hastaların % 39'u düzenli olarak bir işte çalışıyordu. Üç grupta çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,000$). Alkol kullanımı açısından hastaların % 20'sinin alkol kullandığı, hasta grupları içinde değerlendirildiğinde PB hastalarında % 13, PB+MD hastalarında % 7 olduğu belirlenmiştir. Alkol kullanımı açısından sağlıklı kontrol, PB, PB+MD grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,002$). Hastaların % 61'inde sigara kullanımı yoktu. Çalışmaya dahil edilen kişilerin sosyodemografik verileri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Çalışmaya dahil edilen kişilerin sosyodemografik özellikleri

	PB N(%) veya ort±SS	PB+MD N(%) veya ort±SS	Kontrol N(%) veya ort±SS	p
CİNSİYET				
Kadın	28(56,0)	38(76)	30(60)	0,088
Erkek	22(44,0)	12(24)	20(40)	
Toplam	50(100)	50(100)	50(100)	
YAŞ ORT	37,12±12,95	37,44±11,56	34,66±10,55	0,410
MEDENİ DURUM **				
Evli	31(70,5)	24(75)	21(53,8)	0,128
Bekar	13(29,5)	8(25)	18(46,2)	
ÖĞRENİM DURUMU				
İlköğretim	8(16)	17(34)	7(14)	0,003
Lise	21(42)	13(26)	9(18)	
Yüksekokul	21(42)	20(40)	34(68)	
SOSYOEKONOMİK DÜZEY				
Alt	4(8,2)	5(10,2)	9(18,0)	0,000
Orta	40(81,6)	43(87,8)	26(52)	
Üst	58(10,2)	1(2)	15(30)	
ÇALIŞMA DURUMU***				
Evet	23(46)	16(32)	36(72)	0,000
Hayır	27(54)	34(68)	14(28)	
Alkol kullanımı				
Var	13(26)	7(14)	23(46)	0,002
Yok	37(74)	43(86)	27(54)	
Sigara kullanımı				
Var	19(38)	20(40)	30(60)	0,051
Yok	31(62)	30(60)	20(40)	

* p<0,005

** dul, ayrılmış ve boşanmış olanlar da bekar kategorisinde toplanmıştır.

*** emekli, öğrenci, ev hanımı olanlar çalışmayan kategorisinde toplanmıştır.

Çalışmaya dahil edilen hasta gruplarının genel klinik özellikleri Tablo 3'te gösterilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların hastalık süreleri değerlendirildiğinde PB hastalarının % 46'sının 12 aydan uzun zamandır hasta olduğu, major depresyonun eşlik ettiği grupta ise % 48'nin 0-1 ay arasında olduğu bulundu. Her iki grup arasında hastalık süresi açısından istatistiksel anlamlı bir fark saptandı (p=0,018). Hastalık grupları arasında ilaç kullanımı % 89 idi. Her iki grupta ilaç kullanımı ve ilaç kombinasyonu açısından anlamlı fark bulunamadı (p=0,102). Agorafobi hastaların % 40'ında mevcuttu. Gruplar arasında agorafobi varlığı açısından fark yoktu (p=0,683). Hastaların % 64'ünde beklenti anksiyetesi, % 61'inde insomni belirlendi. Beklenti anksiyetesi ve insomni varlığı açısından istatistiksel anlamlı fark yoktu.

Tablo 3. Çalışmaya dahil edilen hastaların klinik özellikleri

	PB		PB+MD		p
	n	%	n	%	
Hastalık süresi					
0-1 ay	14	28	24	48	0,018
1-12 ay	13	26	16	32	
12 aydan fazla	23	46	10	20	
İlaç kullanımı					
Yok	6	12	5	10	0,102
SSRI	30	60	25	50	
SNRI	4	8	1	2	
SSRI+BZD	8	16	18	36	
SNRI+BZD	2	4	0	-	
Diğer	0	-	1	2	
Agorafobi					
Var	19	38	21	42	0,683
Yok	31	62	29	58	
Beklenti Anksiyetesi					
Var	30	60	34	68	0,405
Yok	20	40	16	32	
İnsomni					
Var	27	54	34	68	0,151
Yok	23	46	16	32	

4.1. Ölçek Puanları

Tablo 4’de çalışmaya dahil edilen 3 grubun BDÖ, BAÖ, PAÖ, PUKİ, UŞİ ölçeklerinin ölçek puanları ve uyku latansı, uyku süresi, uyku etkinliği ortalama değerleri gösterilmiştir. BDÖ, PB grubunda $12,94 \pm 4,82$, PB+MD grubunda $27,72 \pm 6,37$, sağlıklı kontrollerde $7,40 \pm 7,02$ idi. Gruplar arasında BDÖ PB+MD hastalarında PB hastaları ve kontrollere göre anlamlı yüksek olduğu saptandı ($p=0,000$). PB grubunda BDÖ puanı sağlıklı kontrollerden yüksekti. BAÖ’nin BAÖ, PB grubunda $25,32 \pm 12,82$, PB+MD grubunda $35,76 \pm 11,73$, sağlıklı kontrollerde $10,58 \pm 11,59$ saptandı. PB+MD hastalarında PB hastaları ve kontrollere göre BAÖ puanları anlamlı yüksek olduğu saptandı ($p=0,000$). PAÖ ortalaması $15,4 \pm 8,56$, PB+MD grubunda $23,78 \pm 8,71$ ve sağlıklı kontrollerde $1,64 \pm 5,20$ idi. PB hastalarında PAÖ puanı sağlıklı kontrollerden yüksek idi. PB+MD hastalarında PB hastaları ve kontrollere PAÖ puanları göre anlamlı yüksek olduğu saptandı ($p=0,000$). PUKİ ortalaması PB’ta $9,74 \pm 3,81$, PB+MD grubunda $12,86 \pm 4,94$, sağlıklı grupta $9,80 \pm 4,43$ idi. PUKİ ortalamasının PB+MD grubunun PB ve sağlıklı kontrollerden yüksek olduğu ($p=0,000$) ancak PB ve sağlıklı kontroller arasında anlamlı fark olmadığı saptandı. UŞİ ortalamaları PB grubunda $9,24 \pm 5,19$, PB+MD grubunda $12,16 \pm 6,75$ ve sağlıklı grupta

8,06±5,41 idi. Gruplar arasında ortalamalar kıyaslandığında PB+MD grubu hem PB grubundan hem de sağlıklı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı yüksek ortalamaya sahip idi (p=0,002). PB ve sağlıklı kontroller arasında ise anlamlı fark yok idi. Gruplar arasında uyku süresi ve uyku etkinliği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Uyku latansı ortalamaları PB grubunda 34,30±38,30, PB+MD grubunda 80,28±17,51 ve sağlıklı kontrolde 87,22±12,24 idi. PB hem PB hem PB+MD grubunun uyku latansı sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak farklı idi (p=0,003).

Tablo 4 Hasta gruplarının klinik parametrelerinin karşılaştırılması

	PB	PB+MD	Sağlıklı	p	posthoc
BDÖ Ort	12.94±4.82	27.72±6.37	7.40±7.02	0.000	III < I < II
BAÖ Ort	25.32±12.82	35.76±11.73	10.58±11.59	0.000	III < I < II
PAÖ Ort	15.4±8.56	23.78±8.71	1.64±5.20	0.000	III < I < II
PUKİ Ort	9.74±3.81	12.86±4.94	9.80±4.43	0.000	II>I,II>III
EUÖ Ort	4.18±3.83	4.96±4.59	4.12±2.93	0.478	
UŞİ Ort	9.24±5.19	12.16±6.75	8.06±5.41	0.002	II>I,II>III
Uyku latansı	34.30±38.30	38.60±34.7	17.43±17.98	0.003	I>III,II>III
Uyku süresi	6.91±1.44	7.23±7.15	6.46±1.46	0.672	
Uyku etkinliği	83.22±12.42	80.28±17.51	87.22±12.24	0.056	

BAÖ: Beck anksiyete ölçeği,**BDÖ:** Beck depresyon ölçeği,**EUÖ:** Epsworth gündüz uykululuk ölçeği
PAÖ:Panik agorafobi ölçeği,**PUKİ:** Pittsburgh uyku kalite indeksi,**UŞİ:** Uykusuzluk şiddeti indeksi
 *p<0,05

Hastalık süresi 1 aydan az olan PB ve PB+MD hastalarının klinik ve subjektif uyku parametrelerinin karşılaştırılması tablo 5’de verilmiştir. Hastalık süresi 1 aydan az olan hastalar arasında sadece PUKİ ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır. PUKİ ortalaması PB grubunda 11.57±2.73, PB+MD grubunda 13.62±5.18 idi. Her iki grup ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0.029). Diğer parametreler arasında anlamlı fark yoktu.

Tablo 5. Hastalık süresi 1 aydan az olan PB ve PB+MD hastalarının klinik ve subjektif uyku parametrelerinin karşılaştırılması

	PB	PB+MD	p
BDÖ Ort	12,07±5,42	26,70±5,40	0,827
BAÖ Ort	25,42±11,27	38,79±9,85	0,610
PAÖ Ort	18,78±9,87	24,00±7,54	0,190
PUKİ Ort	11,57±2,73	13,62±5,18	0,029
EUÖ Ort	4,14±5,06	3,45±2,94	0,070
UŞİ Ort	10,64±5,35	12,33±7,17	0,258
Uyku latansı	33,21±29,19	39,17±30,63	0,764
Uyku süresi	6,50±1,49	6,08±1,82	0,448
Uyku etkinliği	80,64±12,54	77,75±18,83	0,106

BAÖ: Beck anksiyete ölçeği, **BDÖ:** Beck depresyon ölçeği, **EUÖ:** Epworth gündüz uykululuk ölçeği
PAÖ: Panik agorafobi ölçeği, **PUKİ:** Pittsburgh uyku kalite indeksi, **UŞİ:** Uykusuzluk şiddeti indeksi
 *p<0,05

Bir ay ve daha fazla süre hastalık süresi olan hasta gruplarının klinik ve subjektif uyku parametrelerinin karşılaştırılması Tablo 6’da gösterilmiştir. Hastalık süresi 1 ay ve daha fazla olan PB ve PB+MD hasta grupları karşılaştırıldığında ise BDÖ PB grubunda 13,27±4,60, PB+MD grubunda 28,65±7,13 idi. EUÖ ortalamaları PB 4,19±3,32, PB+MD grubunda 6,34±5,40 saptandı. Ortalama uyku süreleri PB grubunda 7,07±1,14, PB+MD grubunda 8,29±9,74 idi. PB+MD grubunda PB grubuna göre BDÖ (p=0,035), EUÖ (p=0,003) ve uyku süresi (p=0,046) ortalamaları anlamlı olarak yüksekti.

Tablo 6. Bir ay ve daha fazla süre hastalık süresi olan hasta gruplarının klinik ve subjektif uyku parametrelerinin karşılaştırılması

	PB	PB+MD	p
BDÖ Ort	13,27±4,60	28,65±7,13	0,035
BAÖ Ort	25,27±13,52	32,96± 12,78	0,427
PAÖ Ort	14,08±7,75	23,57±9,81	0,279
PUKİ Ort	9,02±3,96	12,15±4,71	0,458
EUÖ Ort	4,19±3,32	6,34±5,40	0,003
UŞİ Ort	8,69±5,10	12,00±6,47	0,403
Uyku latansı	34,72±41,67	38,08±38,68	0,870
Uyku süresi	7,07±1,14	8,29±9,74	0,046
Uyku etkinliği	84,22±12,40	82,61±16,21	0,224

BAÖ: Beck anksiyete ölçeği, **BDÖ:** Beck depresyon ölçeği, **EUÖ:** Epworth gündüz uykululuk ölçeği
PAÖ: Panik agorafobi ölçeği, **PUKİ:** Pittsburgh uyku kalite indeksi, **UŞİ:** Uykusuzluk şiddeti indeksi
 *p<0,05

Tablo 7’de PB grubunda 1 aydan az ve 1 ay ve daha fazla hastalık süresi olanların klinik ve subjektif uyku parametrelerinin karşılaştırılması verilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 7. PB grubunda ilk ay ile bir aydan eski hastalık süresi olanların klinik ve subjektif uyku parametrelerinin karşılaştırılması

	0-1 AY	1 AY	p
BDÖ Ort	12,07± 5,42	13,27± 4,60	0.447
BAÖ Ort	25,42 ±11,27	25,27±13,52	0.197
PAÖ Ort	18,78 ±9,87	14,08 ± 7,75	0.206
PUKİ Ort	11,57± 2,73	9,02± 3,96	0.055
EUÖ Ort	4,14± 5,06	4,19± 3,32	0.140
UŞİ Ort	10,64± 5,35	8,69 ±5,10	0.888
Uyku latansı	33,21± 29,19	34,72±41,67	0.671
Uyku süresi	6,50 ±1,49	7,07± 1,41	0.801
Uyku etkinliği	80,64 ±12,54	84,22± 12,40	0.690

BAÖ: Beck anksiyete ölçeği, **BDÖ:** Beck depresyon ölçeği, **EUÖ:** Epsworth gündüz uykululuk ölçeği
PAÖ: Panik agorafobi ölçeği, **PUKİ:** Pittsburgh uyku kalite indeksi, **UŞİ:** Uykusuzluk şiddeti indeksi
 *p<0,05

Tablo 8’de PB+MD grubunda 1 aydan az ve 1 ay ve daha fazla hastalık süresi olanların klinik ve subjektif uyku parametrelerinin karşılaştırılması verilmiştir. Hastalık süresi 1 aydan kısa olan grupta EUÖ ortalaması 3,45± 2,94, 1 ay ve daha uzun olan grupta 6,34± 5,40 idi. Her iki grup arasında EUÖ ortalamaları karşılaştırıldığında 1 aydan fazla hastalık süresi olan grubun ortalaması anlamlı yüksekti (p=0,002). Diğer parametreler arasında anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 8. PB+MD grubunda 1 aydan az ve 1 ay ve daha fazla hastalık süresi olanların klinik ve subjektif uyku parametrelerinin karşılaştırılması

	0-1 AY	≥ 1 AY	p
BDÖ Ort	26,70± 5,40	28,65 ±7,13	0.184
BAÖ Ort	38,79± 9,85	32,96 ±12,78	0.225
PAÖ Ort	24,00± 7,54	23,57 ±9,81	0.272
PUKİ Ort	13,62± 5,18	12,15± 4,71	0.694
EUÖ Ort	3,45± 2,94	6,34± 5,40	0.002
UŞİ Ort	12,33± 7,17	12,00 ±6,47	0.570

Tablo 8'in devamı

Uyku latansı	39,17± 30,63	38,08± 38,68	0.642
Uyku süresi	6,08± 1,82	8,29 ±9,74	0.132
Uyku etkinliği	77,75± 18,83	82,61 ±16,21	0.282

BAÖ: Beck anksiyete ölçeği, **BDÖ:** Beck depresyon ölçeği, **EUÖ:** Epsworth gündüz uykululuk ölçeği
PAÖ: Panik agorafobi ölçeği, **PUKİ:** Pittsburgh uyku kalite indeksi, **UŞİ:** Uykusuzluk şiddeti indeksi
 *p<0,05

Tablo 9 haftalık panik atak sıklığı ile klinik ve subjektif uyku parametrelerinin karşılaştırılması verilmiştir. Haftalık panik atak sayısı alt gruplarında hiç atak olmayan grubun BDÖ ortalaması 17,35±8,03, BAÖ ortalaması 22,10±10,48, PAÖ ortalaması 25,27±10,17 idi. Haftalık atak sıklığı 1-3 olan grubun BDÖ ortalaması 20,50±8,52, PAÖ ortalaması 22,42±7,37 idi. Haftalık atak sıklığı üçten fazla olan grupta BDÖ ortalaması 24,44±11,97, BAÖ ortalaması 37,55±11,49, PAÖ ortalaması 25,27±10,17 idi. Toplam 100 hastanın değerlendirilmesinde haftalık panik atak sıklığı ile BAÖ (p=0,039), BDÖ (p=0,000) ve PAÖ (p=0,000) arasında anlamlı fark saptandı. Haftalık panik atak sıklığı 3 ten fazla grubun 1 den az olan gruptan BDÖ puanları anlamlı şekilde yüksekti. BAÖ VE PAÖ ise hem haftalık panik atak sıklığı 1-3 hem de 3'den fazla olan grupta haftalık atak sıklığı 1'den az olan gruptan yüksekti.

Tablo 9. Haftalık panik atak sıklığı ile klinik ve subjektif uyku parametrelerinin karşılaştırılması

	<1	1-3	>3	p	posthoc
BDÖ Ort	17,35±8,03	20,50±8,52	24,44±11,97	0.039	I<III
BAÖ Ort	22,10±10,48	32,57±13,18	37,55±11,49	0.000	I<II,I<III
PAÖ Ort	10,46±6,33	22,42±7,37	25,27±10,17	0.000	I<II,I<III
PUKİ Ort	9,50±4,07	11,94±4,43	12,16±5,62	0.053	
EUÖ Ort	4,92± 4,37	4,66 ±4,03	3,72±4,68	0.626	
UŞİ Ort	9,28 ±5,40	11,29±6,60	11,11±5,91	0.362	
Uyku latansı	44,29± 48,79	35,65± 31,24	26,67 ±26,40	0.272	
Uyku süresi	6,73 ±1,56	6,47± 1,61	9,39 ±11,61	0.104	
Uyku etkinliği	87,46 ±7,87	79,35 ±15,70	80,05 ±19,98	0.061	

BAÖ: Beck anksiyete ölçeği, **BDÖ:** Beck depresyon ölçeği, **EUÖ:** Epsworth gündüz uykululuk ölçeği
PAÖ: Panik agorafobi ölçeği, **PUKİ:** Pittsburgh uyku kalite indeksi, **UŞİ:** Uykusuzluk şiddeti indeksi
 *p<0,05

4.2. Ölçek Korelasyonları

Tablo 10 da BAÖ, BDÖ, EUÖ, PAÖ, PUKİ, UŞİ ölçekleri ve yaş arasındaki korelasyonlar verilmiştir. BAÖ ile BDÖ, PAÖ, PUKİ, UŞİ arasında; BDÖ ile BAÖ, PAÖ, PUKİ, UŞİ; arasında PAÖ İLE BAÖ, BDÖ, PUKİ, UŞİ arasında; PUKİ İLE BAÖ, BDÖ, PAÖ, UŞİ arasında; UŞİ İLE BAÖ, BDÖ, PAÖ, PUKİ arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon belirlenmiştir. EUÖ ve yaşın diğer parametrelerle anlamlı bir korelasyonu yoktu.

Tablo 10. BAÖ, BDÖ, EUÖ, PAÖ, PUKİ, UŞİ ölçekleri ve yaş arasındaki korelasyonlar

	BAÖ	BDÖ	EUÖ	PAÖ	PUKİ	UŞİ	YAŞ
BAÖ	1	0,706*	0,152	0,747*	0,457*	0,451*	0,084
BDÖ	0,706*	1	0,121	0,667*	0,437*	0,396*	0,078
EUÖ	0,152	0,121	1	0,085	0,056	0,015	0,001
PAÖ	0,747*	0,667*	0,085	1	0,353*	0,337*	0,121
PUKİ	0,457*	0,437*	0,056	0,353*	1	0,651*	0,032
UŞİ	0,451*	0,396*	0,015	0,337*	0,651*	1	0,027
YAŞ	0,084	0,078	0,001	0,121	0,032	0,027	1

BAÖ: Beck anksiyete ölçeği, **BDÖ:** Beck depresyon ölçeği, **EUÖ:** Epworth gündüz uykululuk ölçeği
PAÖ: Panik agorafobi ölçeği, **PUKİ:** Pittsburgh uyku kalite indeksi, **UŞİ:** Uykusuzluk şiddeti indeksi
*p<0,05

5. TARTIŞMA

Panik bozukluk (PB) özgül fobi, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, agorafobi, ayrılık anksiyetesi, obsesif kompulsif bozukluk ve post travmatik stres bozukluğunu da içeren anksiyete bozukluklarından biridir.¹ PB yüksek yaşam boyu prevalansı, ciddi sosyal ve mesleki işlev bozukluğu ile ilgilidir.¹⁻³ PB'a sıklıkla duygudurum bozukluklarının da eşlik ettiği bilinmektedir. Duygudurum bozukluklarından en sık eşlik eden major depresyondur (MD).^{2,11,14-18} Agorafobi, panik bozukluğun devre dışı bırakan bir komplikasyonudur. Uyku sorunları, major depresyon, distimik bozukluk, ayrılık anksiyetesi, yaygın anksiyete bozukluğu, post travmatik stres bozukluğu için tanı kriteridir. Ancak panik bozukluk için tanısal anlamı yoktur.^{11,102} Populasyon çalışmalarında anksiyete bozukluğu olanların % 24 - % 36 oranında insomni ve % 27 - % 42 oranında hipersomnia yakınması olduğu belirlenmiştir.¹⁰

Bu çalışma PB hastalarının sağlıklı kontrollere göre daha sık uyku problemi yaşadığını göstermeyi amaçlamıştır. PB hastaları komorbid depresyon ve/veya nokturnal panik atakların varlığı ile saf PB hastalarından daha sık uyku problemi bildirmektedir. Yine saf PB hastalarının sağlıklı kontrollere göre daha yüksek uyku problemi prevalansına sahiptir. Görünüşe göre, komorbid depresyon PB hastalarındaki uyku sorunlarına katkıda bulunmaktadır. Ancak komorbid depresyonun varlığı hastalardaki uyku sorunlarını açıklamakta yeterli değildir.

Çalışmaya alınan hastaların 66'sı kadın 34'ü erkekti; kadın/erkek oranı 1,94 idi. Kadınların PB gelişimine daha duyarlı olduğu ve erkeklere göre iki kat fazla oranda görülür. Ulusal Komorbidite Çalışması (NCS)'e göre yaşamboyu PB prevalansı erkeklerde % 1,9 iken kadınlarda % 5,1 olduğu belirlenmiştir.¹ Almanya'da yapılan çalışmada erkeklerin % 2, kadınların % 3 PB, erkeklerin % 1, kadınların % 3 agorafobi kriterlerini karşıladığı belirlenmiştir.³² Bu cinsiyet dağılımının toplum ile uyumlu olduğu düşünülmüştür.

Bizim çalışmamızda yaş ortalaması her iki grupta yaklaşık 37 olarak saptanmıştır. Japonya'da genel populasyon tabanlı yapılan çalışmada PB yaş ortalaması 34,7 bulunmuştur.¹²⁰ Panik bozukluğu tipik olarak geç ergenlik ve genç erişkinlik döneminde başlamaktadır, buna rağmen çocukluk ve geç erişkinlik dönemi başlangıçlı olan vakalar da vardır.^{26,36} Agorafobinin eşlik edip etmemesine göre de panik

bozukluğunun başlangıç yaşının değişiklik gösterdiği; agorafobi ile birlikte panik bozukluğunun daha sık olarak yirmili yaşların başında başladığı, agorafobisiz panik bozukluğunun ise daha fazla sıklıkla yirmili yaşların sonlarında başladığı bildirilmiştir.³²

Hastaların %55'i evli idi.³⁹ Hastaların %83'ü orta sosyo ekonomik düzeye sahipti. Aile çalışmaları, panik atakların ve panik bozukluğun eğitim, etnik ve sosyal durumla bağlantılı olmadığını ancak boşanma veya ayrılığın panik atakları ve PB riskini artırdığını göstermektedir.^{26,27,36} Bizim çalışmamızda yapılan aile çalışmalarından farklı olarak eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzey ve medeni durum açısından anlamlı fark bulunmuştur.

Alkol kullanımı oranı hasta grubunda % 20 oranında bulunmuştur. Alkol kullanımı beraberliği gruplar arasında anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Gruplar tek tek ele alındığında PB hastalarının % 26'sı, PB+MD hastalarının % 14'ü alkol kullanımı öyküsüne sahiptir. PB'unda tüm madde kullanım bozuklukları % 32 olarak bildirilmişse de, alkol kullanım bozukluğu tek başına % 19-23 oranında görülmektedir.^{1,74,83,84} Çalışmamızda madde bağımlısı olanlar dışlandığı için alkol bağımlılığı açısından karşılaştırma yapılmamıştır. Bizim çalışmamızda da benzer oran bulunmuştur.

Sigara kullanımı oranı hasta grubunda % 39 oranında bulunmuştur. Ulusal Komorbidite Çalışması (NCS)'e göre sigara içme oranı % 35,9 belirlenmiştir.¹ Bulduğumuz sigara içme oranı benzerdir.

Agorafobi hastaların % 40'ında mevcuttu. PB ve PB+MD olan hastalar arasında agorafobi varlığı arasında anlamlı fark bulunmamıştır. PB'un en sık birlikte görüldüğü psikiyatrik rahatsızlık agorafobidir ve bu iki bozukluk özgül bir tanı grubunu oluşturmaktadır. Bazı araştırmalara göre agorafobili PB grubu, diğer psikopatolojilerle agorafobisiz gruba göre daha yüksek oranda birliktelik göstermektedir.^{74,75} Beklenti anksiyetesi oranlarına bakıldığında saf PB hasta grubunda % 60 oranı saptanmıştır. Japonya'da yapılan populasyon taramasında PB'a % 38,9 oranında agorafobinin eşlik ettiği, beklenti anksiyetesi oranı % 52 oranında bulunmuştur.¹²⁰ Bizim çalışmamızda bu çalışmaya benzer bulgular elde edilmiştir.

Hastaların % 61'inde insomni yakınması mevcuttu. Populasyon çalışmalarında anksiyete bozukluğu olanların % 24 - % 36 oranında insomni ve % 27 - % 42

oranında hipersomnia yakınması olduğu belirlenmiştir.¹⁰ PB hastalarında yapılan bir çalışmada % 70 oranında, PB+MD hastalarında yapılan başka bir çalışmada % 70,3 insomni saptanmıştır.^{14,19} Yine PB tanılı ve buna eşlik eden komorbid depresyon ve nokturnal panik atakların olmadığı 45 hasta grubunda yapılan çalışmada hastaların % 67'sinde insomni belirlenmiştir.¹¹⁰ İkinci hipotezimiz uyku sorunlarının depresyonun eşlik ettiği PB hastalarında uyku sorunlarının daha yüksek oranda bulunmasıydı. Yaptığımız çalışma hem PB hem de MD hastalarını kapsadığı için bu oran daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya dahil edilen hastaların hastalık süreleri değerlendirildiğinde PB hastalarının % 46'sının 12 aydan uzun zamandır hasta olduğu, major depresyonun eşlik ettiği grupta ise % 48'nin 0-1 ay arasında bulundu. Her iki grup arasında hastalık süresi açısından istatistiksel anlamlı bir fark saptandı.

Gruplar arasında BDÖ, BAÖ ve PAÖ'nin PB+MD hastalarında PB hastaları ve kontrollere göre anlamlı yüksek olduğu saptandı. Yine PB grubunda bu ölçek puanları sağlıklı kontrollerden yüksekti. PUKİ ve UŞİ ortalamaları değerlendirildiğinde ise PB+MD grubunun PB ve sağlıklı kontrollerden yüksek olduğu ancak PB ve sağlıklı kontroller arasında anlamlı fark olmadığı saptandı. Uyku kalitesini değerlendiren bu iki ölçek ortalamalarının anlamlı olarak PB+MD grubunda fazla olması MD'nin uyku sorunlarına olumsuz katkıda bulunacağı hipotezimizi doğrulamıştır.

Gruplar arasında uyku süresi ve uyku etkinliği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yok iken, hem PB hem PB+MD grubunun uyku latansı sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak farklı idi. PB'da uyku çalışmalarında uyku latansinde uzama, uyku etkinliğinde azalma, uyanıklık sayısında artış olduğu görülmüştür. Objektif ve subjektif uyku parametrelerinin bakıldığı çalışmalarda hastalık süresi arttıkça, depresyon ve anksiyete ölçek puanları arttıkça PUKİ değerlerinin arttığı belirlenmiştir.^{10,12,102,106,107} Ancak PB ve PB+MD olan hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada subjektif uyku parametrelerinin gündüz uykululuk, uykuyu sürdürme ve uykuyu başlatma süreleri arasında anlamlı fark bulmuştur.¹⁴ Bizim bulgularımızda sadece uyku latansı süresi hasta grubunda sağlıklı kontrollere göre uzamıştı. Bu bulgu PB'da uyku latansinin sağlıklı bireylere göre uzadığı bulgusunu desteklemekle beraber, çalışmamızda PB+MD hasta grubunda uyku süresi ve uyku etkinliği açısından fark bulunmaması uykuyu sürdürmede MD'nin olumsuz katkısı olduğu görüşünü desteklememektedir.

Hastalık süresi 1 aydan az olan hastalar arasında sadece PUKİ ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Bu anlamlı fark hem hastalık semptomlarının azalması hem de antidepresan kullanımı ile ilişkilendirilmiştir.^{8,14,109} Diğer parametreler arasında anlamlı fark yoktu.

Hastalık süresi 1 ay ve daha fazla olan PB VE PB+MD hasta grupları karşılaştırıldığında ise BDÖ, EUÖ ve ortalama uyku süreleri arasında anlamlı fark saptandı. BDÖ ve EUÖ ölçeği ve uyku süresi PB+MD grubunda PB grubuna göre yüksekti. Saf PB hastalarına göre PB+MD tanısı olan hastaların toplam uyku süresinin uzun olduğu bir çalışmada hastaların uyku süresi ≥ 9 saat bulunmuştur.¹⁹ Tedavisiz ve 8 hafta ilaç tedavisi sonrası bakılan BAÖ, BDÖ, EUÖ, uyku süresi, uyku latansı, uyku etkinliği parametrelerindeki değişimin bakıldığı bir çalışmada BAÖ ve BDÖ ortalamaları azalırken, uyku etkinliğinde anlamlı artış olduğu, EUÖ ölçeğinde anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.¹² Benzodiazepin tedavisi ile izlenen PB hastalarında yapılan polisomnografik çalışmada uyku latansının etkilenmediği, uyku süresi ve uyku etkinliğinin arttığı belirlenmiştir.⁸ Çalışmamızda gündüz uykululuk oranı diğer çalışmalara göre artmış olarak saptanmış olup bu mevcut olabilecek atipik depresyonun ve ilaç tedavisinin etkisi olarak değerlendirilmiştir.

Toplam 100 hastanın değerlendirilmesinde haftalık panik atak sıklığı ile BAÖ, BDÖ VE PAÖ arasında anlamlı fark saptandı. Haftalık panik atak sıklığı 3'ten fazla grubun 1'den az olan gruptan BDÖ puanları anlamlı şekilde yüksekti. BAÖ VE PAÖ ise hem haftalık panik atak sıklığı 1-3 hem de 3'den fazla olan grupta 1'den az olan gruptan yüksekti. Bu da hastalığın şiddeti ile doğru orantılı olarak artmış olması beklenen bir durumdu. Ancak hastaların uyku kalitesini saptamayı amaçlayan PUKİ, UŞİ, EUÖ ölçek puanlarında anlamlı fark olmaması ve subjektif uyku parametreleri üzerinde katkıda bulunması beklenirken bu yönde anlamlı sonuç olmaması dikkat çekiciydi. Benzer şekilde saf PB ve PB+MD hastalarının uyku sürelerinin ve uyku sorunlarının karşılaştırıldığı çalışmada da haftalık atak sıklığı ile uyku süresinin ilişkili olmadığı belirlenmiştir.¹⁹

BAÖ ile BDÖ, PAÖ, PUKİ, UŞİ arasında; BDÖ ile BAÖ, PAÖ, PUKİ, UŞİ arasında; PAÖ İLE BAÖ, BDÖ, PUKİ, UŞİ arasında; PUKİ İLE BAÖ, BDÖ, PAÖ, UŞİ; arasında UŞİ İLE BAÖ, BDÖ, PAÖ, PUKİ arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon belirlenmiştir. EUÖ ve yaşın

diğer parametrelerle anlamlı bir korelasyonu yoktu. Anksiyete duyarlılığı, yaş, mevcut major depresyon varlığı, panik semptom şiddetinin subjektif uyku parametreleri ve PUKI üzerindeki etkilerinin kıyaslandığı bir çalışmada sadece anksiyete duyarlılığının PUKI üzerinde anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır.¹⁰² Literatürde daha önce yapılan çalışmalarda bu parametreler arasında korelasyon bakılmadığı için çalışmamızla karşılaştırma yapılamamıştır.

Çalışmamızda kısıtlılıklarından biri hasta grubunun küçük olmasıdır. Hastalığa eşlik eden insomnia varlığının hastalık tanısından önce, eş zamanlı ve hastalık tanısından sonra ortaya çıkıp çıkmadığını belirlemek güç olduğundan böyle bir ayırım yapılamamıştır. Hastaların büyük bir kısmının ilaç tedavisi sürmekte olduğu için mevcut tedavinin uyku kalitesi üzerine olan etkileri konusunda karşılaştırma yapmak için tedavi olmayan grupla çalışılamamıştır. Bakılan uyku parametreleri (uyku latansı, uyku süresi, uyku etkinliği) hastaların subjektif bildirimlerine dayanmaktadır. Bu çalışmanın polisomnografi eşliğinde yapılması halinde sonuçların istatistiksel olarak daha anlamlı olacağı düşünülmüştür.

6.SONUÇLAR ve ÖNERİLER

1. Çalışmaya alınan hastaların kadın/erkek oranı (1,94) bulunmuştur. Panik bozukluğun toplumdaki cinsiyet dağılımını iyi yansıttığı düşünülmektedir.

2. Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması 37 bulunmuştur. Hastalığın toplumdaki yaş ortalamasına yakındır. Grupların yaş ortalamaları arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

3. Alkol kullanımı oranı hasta grubunda % 20, sigara kullanımı oranı hasta grubunda % 39 oranında bulunmuştur. Ulusal Komorbidite Çalışması (NCS) bulgularına yakın sonuçlar elde edilmiştir.

4. Çalışmaya alınan hastaların % 83'ü orta sosyoekonomik düzeye sahipti. üç grup arasında öğrenim durumu, sosyoekonomik düzey, çalışma durumu açısından anlamlı fark saptanmıştır.

5. Hastaların % 55'i evli idi. Grupların medeni durumu arasında anlamlı fark yoktu.

6. Çalışmaya dahil edilen hastaların hastalık süreleri değerlendirildiğinde PB hastalarının % 46'sının 12 aydan uzun zamandır hasta olduğu, major depresyonun eşlik ettiği grupta ise % 48'nin 0-1 ay arasında bulundu. Her iki grup arasında hastalık süresi açısından istatistiksel anlamlı bir fark saptandı.

7. Hastaların % 61'inde insomni yakınması mevcuttu. Bu bulgu daha önce yapılan çalışma sonuçlarına yakındı. Ancak insomnianın hastalık öncesi, eşzamanlı ve hastalığa sekonder gelişip gelişmediği net olarak saptanamıştır.

8. Agorafobi hastaların % 40'ında mevcuttu. Beklenti anksiyetesi oranlarına bakıldığında saf PB hasta grubunda % 60 oranı saptanmıştır. PB ve PB+MD olan hastalar arasında agorafobi varlığı ve beklenti anksiyetesi arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bulunan oranlar toplum çalışması ile uyumlu bulunmuştur.

9. PUKİ ve UŞİ ortalamaları değerlendirildiğinde ise PB+MD grubunun PB ve sağlıklı kontrollerden yüksek olduğu ancak PB ve sağlıklı kontroller arasında anlamlı fark olmadığı saptandı. Uyku kalitesini değerlendiren bu iki ölçek ortalamalarının anlamlı olarak PB+MD grubunda fazla olması MD'nin uyku sorunlarına olumsuz katkıda bulunacağı hipotezimizi doğrulamıştır.

10. Gruplar arasında uyku süresi ve uyku etkinliği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yok iken, hem PB hem PB+MD grubunun uyku latansı sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak farklı idi. Uyku latansı süresinin uzun olması önceki çalışma bulgularını desteklemektedir.

11. Hastalık süresi 1 aydan az olan hastalar arasında sadece PUKİ ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır.

12. Hastalık süresi 1 ay ve daha fazla olan PB VE PB+MD hasta grupları karşılaştırıldığında ise BDÖ, EUÖ ve ortalama uyku süreleri arasında anlamlı fark saptandı. BDÖ ve EUÖ ölçeği ve uyku süresi PB+MD grubunda PB grubuna göre yüksekti. EUÖ gündüz uykuluk eğilimini yansıtmaktadır. Aynı zamanda artmış uyku süresi ile paralellik göstermektedir. Daha önce yapılan çalışmalarda benzer şekilde uyku süresi uzun bulunmuş, bu hem PB'un atipik depresyona eşlik etmesi hem de ilaç tedavisinin etkisi olabileceği düşünülmüştür.

13. Haftalık panik atak sıklığı ile BAÖ, BDÖ VE PAÖ arasında anlamlı fark saptandı. Hastalığın şiddetini belirlemesi açısından beklenen bir sonuçtu.

14. Hastaların uyku kalitesini saptamayı amaçlayan PUKİ, UŞİ, EUÖ ölçek puanlarında anlamlı fark olmaması ve subjektif uyku parametreleri üzerinde panik atak sıklığının katkıda bulunması beklenirken bu yönde anlamlı sonuç olmaması dikkat çekiciydi.

15. BAÖ ile BDÖ, PAÖ, PUKİ, UŞİ ARASINDA; BDÖ ile BAÖ, PAÖ, PUKİ, UŞİ arasında; PAÖ İLE BAÖ, BDÖ, PUKİ, UŞİ arasında; PUKİ İLE BAÖ, BDÖ, PAÖ, UŞİ; arasında UŞİ İLE BAÖ, BDÖ, PAÖ, PUKİ arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon belirlenmiştir. EUÖ ve yaşı diğer parametrelerle anlamlı bir korelasyonu yoktu. Bu parametrelerle yapılmış çalışmalar olmadığı için panik bozukluk hastalarında uyku kalitesinin daha ayrıntılı değerlendirilmesi açısından yeni ve kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

16. Çalışmamızdaki hasta sayısının az olması, subjektif ölçeklerle yürütülmesi ve polisomnografi yapılamaması nedeni ile yeterli sonuçlar elde edilememiştir.

7. KAYNAKLAR

1. **Schumacher J, Suhl KA, Wendland JR, Nöthen MM, Mors O, Francis MJ.**, The genetics of panic disorder, *J Med Genet* **2011**; 48; 361-368.
2. **Rodriguez BF, Bruce SE, Pagano ME, Keller MB.**, Relationships among psychosocial functioning, diagnostic comorbidity, and the recurrence of generalized anxiety disorder , panic disorder, and major depression,*Journal of Anxiety Disorders***2005**; 19; 752-766.
- 3.**Veturello S, Bargeza G, Maina GB.**, Premorbid Conditions and Precipitating Events in Early- Onset Panic Disorder Compherensive Pschiatry, Vol. 43, No.1 **2002**: 28-36.
4. **Tsuang M, Domschke K, Jerksey BA, Lyons MJ.**, Agoraphobic behavior and panic attack: a study of male twins *Anxiety Disorders* Vol 18,**2004**; 799-807.
5. **Kircanski K, Craske MG, Epstein AM, Wittchen HU.**, Subtypes of panic attacks: A critical review of the empirical literature *Depression and anxiety*Vol 26: **2009**; 878-887.
6. **Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P.** Kaplan and Sadock's Compherensive Textbook of Psychiarty, 8. baskı, Cilt 3, **2008**; 1718-1780.
7. **Umberto A, Giseppe M, Bergesio C, Bogetto F.**, Nocturnal Panic and Recent Life Events *Depression and Anxiety*, **2005**;22; 52-58.
8. **Saletu-Zyhlarz GM, Anderer P, Berger P, Gruber G, Oberndorfer S, Saletu B.**, Nonorganic Imsonnia in Panic Disorder: Comparative Sleep Laboratory Studies with Normal Controls and Placebo-Controlled Trials with Alprazolam, *Human Psychopharmacology Clin Exp* **2000**;15; 241-254.
9. **Abad VC, Guilleminault C.**, Sleep and Psychiatry, *Dialogues Clin Neurosci* **2005**: 7-291-303.
10. **Staner L.**, Sleep and anxiety disorders, *Dialogues Clin Neurosci***2003**;5; 249-258:
11. **Lauterbach D, Behnke C, Mc Sweeney LB.**, Sleep problems among persons with a lifetime history of posttraumatic stress disorder alone and in combination with a lifetime history of other psychiatric disorders: a replication and extension, *Comprehensive Psychiatry* **2011**;52;580-586.
12. **Cervena K, Matousek M, Prasko J, Brunovsky M, Paskova B.**, Sleep disturbances in patients treated for panic disorder, *Sleep Medicine* **2005**;6;149-153.
13. **Hae-Ran N, Eun-Ho K, Bum-Hee Y, Jong-Min W, Youl-Ri K.**, Relation between personality and insomnia in panic disorder patients, *Psychiatry Investig* **2011**;8(2): 102-106.

14. **Overbeek T, van DR, Schruers K, Kruizinga F, Griez E.**, Sleep Complaints in Panic Disorder Patients, *The Journal of Nervous and Mental Disease* **2005**; 193; 121.
15. **Mula M, Pini S, Monteleone P, Lazzetta P, Preve M, Tortorella A, Amato E, Di PL, Conversano C, Rucci P, Cassano GB., Maj M.**, Different temperament and character dimensions correlate with panic disorder comorbidity in bipolar disorder and unipolar depression, *Journal of Anxiety Disorders* **2008**; 22; 1421-1426.
16. **DeZee KJ, Jackson JL, Hatzigeorgiou C, Kristo D.**, The Epworth sleepiness scale: relationship to sleep and mental disorders in a sleep clinic, *Sleep Medicine* **2006**; 7; 327-332.
17. **Batterham PJ, Glozier N, Christensen H.**, Sleep disturbance, personality and the onset of depression and anxiety: Prospective cohort study, Australian & New Zealand *Journal of Psychiatry* **2011**; 46; 1089-1098.
18. **Kim B, Min-Kyoung K, Eunhye Y, Jun-Yeob L, Ah Young C.**, Comparison of panic disorder with and without comorbid major depression by using brain structural magnetic resonance imaging, *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* **2013**; 43; 188-196.
19. **Singareddy R, Uhde TW.**, Nocturnal sleep panic and depression: Relationship to subjective sleep in panic disorder, *Journal of Affective Disorders* **2009**; 112; 262-266.
20. **Stein MB, Chartier M, Walker JR.**, Sleep in nondepressed patients with panic disorder: I. Systematic assessment of subjective sleep quality and sleep disturbance, *Department of Psychiatry* **1993**; 16(8); 724-6.
21. **Güleç C, Köroğlu E.**, Temel Psikiyatri Kitabı, 1.Cilt, Ankara, **1997**.
22. **Tükel R.**, Panik Bozukluğu, *Klinik Psikiyatri Dergisi* **2002**; 5-13.
23. **Roberson-Nay R, Kendler KS.**, Panic disorder and its subtypes: a comprehensive analysis of panic symptom heterogeneity using epidemiological and treatment seeking samples, *Psychological Medicine* **2011**; 41; 2411-2421.
24. **Berrios GE.**, The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge University Pres. **1996**; 32-55.
25. **Topçuoğlu V, Karabekiroğlu A, Yazgan Ç.**, Panik Bozukluğu Provokasyon Çalışmaları ve Provokasyon Ajanlarının Farklılıkları, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* **2005**; 6; 38-62.
26. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Association **1987**.
27. **Köroğlu E.**, Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozukluklar Tanısal ve Sayımsal El Kitabı , Dördüncü Baskı (DSM-IV), Ankara Hekimler Yayın Birliği, **1994**.

28. **Öztürk MO, Uluğ B.**, Dünya Sağlık Örgütü: ICD-10, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayınları, **1993**.
29. **American Psychiatric Association**2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition, text revised). Washington DC, American Psychiatric Association **2000**.
30. **Tükel R.**, Panik Bozukluğu; *Psikiyatri Dünyası*1997:12-17.
31. **Köroğlu, E.**,Panik Bozukluğu, 1. Baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, **2006**.
32. **Faravelli C, Paionni A.**, Panic disorder: Clinical course, etiology and prognosis. Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management and Mechanisms, DJ Nett, JC Ballenger, JP Lepine (Ed), London, Martin Dunitz, **1999**.
33. **Pilecki B, Arenfort A, McKay D.**, An evidence-based causal model of panic disorder, *Journal of Anxiety Disorders*2011; 381-388.
34. **Angst J.**, Panic Disorder: History and epidemiology. *EurPsychiatry*1998:51-55.
35. **Lyons-Ruth K, Dutra L, Schuder MR.**, From infant attachment disorganization to adult dissociation: relational adaptations or traumatic experiences?,*Psychiatric Clinics of North America*2006;29(1): 63-68.
36. **Pine DS, McClure EB.**, Anksiyete bozuklukları: Klinik özellikleri. Aydın H, Bozkurt A, ed. 8. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi. **2007**.
37. **Repier DA, Narron WE, Rae DS.**,The Epidemiology of anxiety disorders: The Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *Journal of Psychiatric Research*1990:24: 3-14.
38. **Altınöz E.**, İstanbul’da bir gecekondu bölgesinde mizaç bozuklukları ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığı üzerine bir epidemiyolojik çalışma. İstanbul: Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi,1992.
39. **McMahon FJ, Kassem L.**,Anksiyete Bozuklukları: Genetik. Aydın H, Bozkurt A ed(s). 8.baskı. Ankara: Güneş Kitabevi.2007:1759-1762.
40. **Işık, E, Işık Y.**, Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları,1. Baskı, İstanbul, Golden Print Yay. **2006**.
41. **Abby JF, Salvatore M, Jeremy DC.** ,Anxiety Disorders in Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6th ed. Baltimore: Williams Wilkins **1995**:1191-1204.
42. **Black DW, Andreasen NC.**,Introductory Textbook of Psychiatry, 5th edition, American Psychiatric Pub. **2009**.

43. **Cüceloğlu D.**, İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları. 12. Baskı. İstanbul:Remzi Kitabevi. **2002**.
44. **Cüceloğlu D.**, İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları. 12. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi. **2002**.
45. **Van Emmichoven IA, van Ijzendoorn MH, de Ruiter C.**, Selective processing of threatening information: Effects of attachment representation and anxiety disorder on attention and memory. *Development and Psychopathology***2003**; 15: 219-237.
46. **McNally RJ.**, Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological Psychiatry*; **2002**;52(10):938-946.
47. **Kyrstal JH, Deutsch DN, Charney DS.**, The biological basis of panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry***1996**; 57(10): 23-31.
48. **Beek NV, Griez E.**, Anxiety sensitivity in first degree relatives of patients with panic disorder. *Behaviour Research and Therapy* **2003**;41:949-957.
49. **Yüksel N.**, Ruhsal Hastalıklar. 3. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi. **2006**.
50. **Sharples BA, Kevin MC, Chambles DL, Milrod BL, Khalsa SR, Barber JP.**, Isolated Sleep Paralysis and Fearful Isolated Sleep Paralysis in Outpatients With Panic Attacks, *Journal Of Clinical Psychology***2010**; 66(12) 1292-1306.
51. **Maddock RJ, Buonocore MH, Miller AR, Yoon JH, Soosman SK, Unruh AM.**, Abnormal Activity-Dependent Brain Lactate and Glutamate+Glutamine Responses in Panic Disorder, *Biol Psychiatry***2012**
52. **Biber B, Alkın T.**, Panic disorder subtypes: Differential responses to CO2 challenge. *Am J Psychiatry***1999**;1156:739-44.
53. **Freire RC, Lopes FL, Valenca MA.**, Panic disorder respiratory subtype: A comparison between responses to hyperventilation and CO2 challenge tests. *Psychiatry Research***2008**;157: 307-310.
54. **Valenca AM, Nardi AE, Nascimento I.**, Respiratory panic disorder subtype and sensitivity to the carbon dioxide challenge test. *Braz J Med Biol Res* **2002**; 783-788.
55. **Perna G, Cacchi S, Bertani A.**, 35% CO2 sensitivity in healthy first degree relatives of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry***1995**;152: 623-625.
56. **Bellodi L, Perna G, Caldirola D, Arancio C, Bertani A, Bella DD.**, CO2-induced panic attacks: A twin study. *Am J Psychiatry***1998**;155: 1184–1188.

57. **Stein MB, Uhde TW.**, Biology of anxiety disorders. Textbook of Psychiatry, Hales RE, Yudovsky SC, Talbott JA (eds.) 2.Baskı. Washington, DC: American psychiatric Press **1994**: 54-76.
58. **Charney DS, Woods SW, Krystal JH.**, Noradrenergic neuronal dysregulation in panic disorder: the effects of intravenous yohimbine and clonidine in panic disorder. *Acta Psychiatrica Scan***1992**;86: 273-282.
59. **Kent JM, Sullivan GM, Rauch SL.**, The neurobiology of fear: relevance to panic disorder and posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Ann***2000**;30: 733-742.
60. **Kartalci S, Dogan M, Unal S.** Pituitary volume in patients with panic disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacol & Biological Psychiatry***2011**;35:203-207.
61. **Atalay DN, Bayraktar E.**, Panik Bozukluk. İzmir: Ege Üniversitesi Yayınları. **1992**.
62. **Abby JF, Salvatore M, Jeremy DC.**, Anxiety Disorders in Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6th ed. Baltimore: Williams Wilkins.**1995**:1191-1204.
63. **Shear KM, Kooper AM, Klerman GL.**,A psychodynamic model of panic disorder. *The American Journal of Psychiatry***1993**;150: 859-866.
64. **Breier A, Charney DS, Heninger GR.**, Agoraphobia with panic attacks. Development Diagnostic Stability and Course of Illness. *Arch Gen Psychiatry***1986**;43: 1029-36.
65. **Howes C, Ritchie S.** ,Changes in Child–Teacher Relationships in a Therapeutic Preschool Program. *Early Education & Development***1998**;9(4): 411-422.
66. **Matsuoka N, Uji M, Hiramura H.**, Adolescents attachment style and early experiences: A gender difference. *Archives of Womens Mental Health***2006**;9: 23-29.
67. **Warren SL, Huston L, Egeland B.**, Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry***1997**;36: 637-644.
68. **Fenichel O.**, Nevrozların Psikoanalitik Teorisi. İzmir: Ege üniversitesi Tıp Fakültesi Kitaplar Serisi. **1974**.
69. **Miller L, Kramer R, Wamer V.**, Intergenerational transmission of parental bonding among women. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry***1997**;36: 1134-1139.
70. **Dratcu L, Bond A.**, Panic patients in the non-panic state: physiological and cognitive dysfunction. *Eur psychiatry* **1998**;13: 18-25.
71. **Öztürk MO.**, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 6. Basım, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.**1995**:266-278.

72. **Barlow DH, Shear KM.,** Panic Disorder. in: Frances AJ, Hales RE (eds.). Review of Psychiatry. Washington DC: American Psychiatric Press.**1988**:10-88.
73. **Savino M, Perugi G, Simonini E.** ,Effective comorbidity in panic disorder: is there a bipolar connection ?*J Affect Disord***1993**;28: 155-163.
74. **Tükel MR.,** Panik bozukluğu ve eşlik eden psikopatolojiler. *Nöropsikiyatri Arşivi***1992**;29: 93-101.
75. **Noyes R, Crowe RR, Harris EL.,**Relationship between panic disorder and agoraphobia. *Arch Gen Psychiatry***1986**;43: 227-23.
76. **Klerman GL.,** Depression and panic, anxiety: The effect of depressive comorbidity on response to drug treatment of patients with panic disorder and agoraphobia. *J Psychiatry Res***1990**;24: 27-41.
77. **Leon G, Atul P, Morton B.** ,Clinical characteristics of patients with concurrent major depressive disorder and panic disorder. *Am J Psychiatry***1994**;151: 541-546.
78. **Reiter SR, Otto MW, Pollack MH.** ,Major depression in panic disorder patient with social phobia. *J Affect Disord***1991**;22: 171-177.
79. **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.
80. **Hoffart A, Thornes K, Hedley L.,** DSM III-R Axis 1 and II disorders in agoraphobic patients with and without panic disorder. *Acta Psychiatr Scand***1994**;89: 186-191.
81. **Barsky A, Barnett MC, Cleary PD.,** Hypochondriasis and panic disorder. *Arch Gen Psychiatry***1994**;51: 918-925.
82. **Battaglia M, Bernardeschi L, Politi E.,** Comorbidity of panic and somatization disorder. *Compr Psychiatry***1995**;36: 411-420.
83. **Krystal JH, Leaf PJ, Bruce ML.,** Effects of age and alcoholism on the prevalence of panic disorder. *Acta Psychiatr Scand***1992**;95: 77-82.
84. **Starcevic V, Uhlenhuth E, Keller R.,** Comorbidity in panic disorder: II Chronology of appearance and pathogenic comorbidity. *J Psychiatry Res***1993**;46: 285-293.
85. **Mavissakalian M, Hamann M.,** DSM III personality disorder and agoraphobia. *Compr Psychiatry*; **1986**;27: 471-479.
86. **Mark P, Michael O, Jerrold R.,** Personality disorder in patients with panic disorders. *Compr Psychiatry***1992**;33:78-83.

87. **Flick SN, Roy PP, Cowley DS.**,DSM-III R personality disorder in a mood and anxiety disorder clinic: prevalence, comorbidity and clinical correlates. *J Affect Disord***1993**;27: 71-79.
88. **Mauri M, Saurno VM, Rossi A.**, Personality disorders associated with generalized anxiety, panic and recurrent depressive disorders. *J Pers Disord***1992**;6:162-167.
89. **Mavissakalian M, Hamann MS, Jones B.**,A comparison of DSM-III personality disorder in panic/agoraphobia and obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry***1990**;31: 238-244.
90. **Ontiveros A, Fontaine R, Breton G, Ellie R, Fontaine S, Derry R.**,Correlation of severity of panic disorder and neuroanatomical changes in magnetic resonance imaging. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci***1989**;1: 404-408.
91. **De Cristofaro MT, Sessarego A, Pupi A, Biondi F.**, Brain perfusion abnormality in drug naive, lactate sensitive panic patients. *Biol Psychiatry***1993**;33: 505-512.
92. **Nordahl T, Sample W, Gross M.**, Cerebral glucose metabolic differences in patients with panic disorder. *Neuropsychopharmacology* **1990**;3: 261-272.
93. **Woods SW, Kaster K, Krystal JK.** ,Yohimbine alters regional cerebral blood flow in panic disorder. *Lancet***1988**;2: 678.
94. **Gorman JM, Liebowitz MR, Fyer AJ, Stein S.**, A neuroanatomical hypothesis for panic disorder. *Am J Psychiatry***1989**;146: 148-161.
95. **Grove G, Coplan JD, Hollender E.**,The neuroanatomy of 5-HT dysregulation and panic disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci***1997**;9: 198-207.
96. **Turan MT, Eşel E.**, Panik Bozukluğun Elektrofizyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni***2002**;12: 106-108.
97. **Atalay DN, Bayraktar E.**, Panik Atagı ve Panik Bozukluğu Anksiyete Monografıları. Ankara: Medikomat.**1995**:225-255.
98. **Fyer AJ, Sandberg D.**, Pharmacologic treatment of panic disorder. in Frances AJ, Hales RE. Review of Psychiatry Vol 7. Washington DC, *American Psychiatric Press***1988**:88-120.
99. **Bayraktar E, Atalay ND.**, Panik Bozukluğu ve Agorafobi. Güleç C, Köroğlu E' den Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.**1997**:46:1-479.
100. **Graeff FG, Garcia-Leal C, Del-Ben CM, Guimaraes FS.**, Does the panic attack activate the hypothalamic-pituitary-adrenal axis?, *An Acad Bras Cienc* Sep**2005**;77(3): 477-91.
101. **Hamdullah A.**, Uyku ve Bozuklukları; Hekimler Yayın Birliği.**2007**:13-23;141-142.

102. Hoge EA, Marques L, Wechler RS, Lasky AK, Delong HR., The role of anxiety sensitivity in sleep disturbance in panic disorder, *Journal of Anxiety Disorders*2011;25: 536-538.
103. Babson KA, Feldner MT, Trainor CD, Smith RC., An Experimental Investigation of the Effects of Acute Sleep Deprivation on Panic-Relevant Biological Challenge Responding, *Behavior Therapy*2009;40;239-250.
104. Papadimitriou GN, Linkowski P., International Review of Psychiatry, August 2005; 17(4): 229-236.
105. Craske MG, Tsao JCI., Assesment and treatment of nocturnal panic attacks,*Sleep Medicine Reviews*2005;9;173-184.
106. Korkmazhan H, Yetkin S, Sütçigil L, Özgen F, Aydın H., Panik Bozukluğu Hastalarında Polisomnografi Bulguları,*Gülhane Tıp Dergisi*2010;52: 237-240.
107. Todder D, Baune BT, Quality of sleep in escitalopram-treated female patients with panic disorder Hum. *Psychopharmacol Clin Exp*2010;25: 167-173.
108. Silove D, Marnane C., Overlap of symptom domains of seperation anxiety disorder in adulthood with panic disorder-agoraphobia,*Journal of Anxiety Disorders*2013;27; 92-97.
109. Sheikh JI, Woodward SH, Leskin GA., Sleep in posttravmatic stres disorder and panic: Convergence and Divergence, *Depression and Anxiety*2003;18:187-197.
110. Brown TM, Uhde TW.,Sleep Panic Attacks: A Micromovement Analysis Depression and Anxiety 2003;18:214-220.
111. Sarısoy G, Böke Ö, Arık AC, Şahin AR, Panic disorder with nocturnal panic attacks: Symptoms and comorbidites, *European Psychiatry*2008;23; 195-200.
112. DavisMO, Balon R., Nocturnal Panic: Biology, Psychopathology, And Its Contribution To The Expression of Panic Disorder, *Depression and Anxiety*2003;18: 221-227.
113. Sloan EP, Natarajan M, Baker B, Dorian P, Mironov D., Nocturnal and Daytime Panic Attacks- Comparision of Sleep Architecture, Heart Rate Variability, and Responser to Sodium Lactate Challenge, *Biol Psychiatry*1999;45:1313-1320.
114. Norra C, Richter N, Juckel G., Sleep disturbances and suicidality : a common association to look for in clinical practise and preventive care, *EPMA Journal*2011;2:295-307.
115. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E., DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.1999.

- 116. Aydemir Ö, Köroğlu E.,** Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Hekimler YayınBirliği.**2000;** 33-37.
- 117. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H.,** Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother***1998;**12: 163-72.
- 118. Tural Ü, Fidaner H, Alkın T, Bandelow B.** Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ) Türkçe Uyarlaması. *Türk Psikiyatri Dergisi***2000;**11:29-39.
- 119. Ağargün MY, Kara H, Anlar O.,** Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliği ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi***1996;**7:107-111.
- 120. Chen Junwen, Tsuchiya Masao, Kawakami Norito,** Non-fearful vs. fearful panic attacks :A general population study the National VComorbidity Survey **2009:** 273-278

8. EKLER

Ek 1. Uyku Bozuklukları Genel Değerlendirme Anketi

Anketi uygulayan:.....

Tarih:.....

Anketin uygulandığı yer:.....

Protokol No:.....

Lütfen 15-65 yaş arasındaki tüm bireylere aşağıdaki soruları sorunuz ve eksiksiz olarak tamamlayınız. Görüşülen kişinin verdiği yanıtlara en uygun şıkkın yanındaki kutuyu işaretleyiniz ya da daire içine alınız. Evde bulunmayan bireylerin durumu eşlerine sorulacaktır.

Adı Soyadı:...../.....

Tel:.....

Adres:.....

A. Genel Bilgiler:

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet: 1 () Erkek 2 () Kadın

3. Medeni Hal: 1 () Evli 2 () Bekar 3 () Ayrı ya da Boşanmış 4 () Dul

4. Çocuk sayısı:.....

5. Öğrenim Durumu:

1 () Okur-Yazar Değil 2 () Okur Yazar 3 () İlkokul
4 () Ortaokul 5 () Lise 6 () Yüksekokul ya da Üniversite

6. Sosyal güvence

1 () yok 2 () SSK 3 () Bağkur 4 () Emekli sandığı 5 () Diğer

7. Boy: cm

Kilo: kg

8. Halen devam eden tanı konulmamış bir hastalığınız var mı?

1 () hayır 2 () hayır

Evetse ne olduğunu tarif ediniz:

.....

9. Sürekli kullandığı ilaçlar var mı? 1 () yok 2 () var

Varsa neler:.....

Alışkanlıkları: (EVDE BULUNMAYANLAR İÇİN EŞLEYİ YA DA EBEVEYNLERİ YANIT VERECEKTİR) **Bilgilerin kimden alındığını belirtiniz**.....

1. Sigara () kullanmıyor () bir paketten az () bir paket/gün () bir paket üzeri
2. Alkol () kullanmıyor () nadiren () haftada bir-iki kez () her gün
3. Çay – kahve tüketimi miktarı (_____ bardak)

B. Uyku alışkanlıklarınız nasıldır:

1. Günde kaç saat uyumaya ihtiyaç duyarsınız (.....)
2. Gece saat kaçta yatarsınız (.....)
3. Yattıktan sonra uykuya dalmanız kaç dakika sürer (.....)
4. Sabahları saat kaçta kalkarsınız (.....)
5. Gece kaç kez uyanırsınız (.....)
6. Gece kaç kez uyanıp yataktan çıkarsınız (.....)
7. Uyuyabilmek için ilaç alır mısınız? Adı ve dozu nedir.....

8. Gündüz uyuma alışkanlığınız var mı?

1 () uyumam

2 () bazen uyurum

3 () hemen her gün uyurum

9. Çalışma saatleriniz uyku düzeninizi etkileyecek şekilde geceleri sürüyor mu?

0 = Hiçbir zaman

1 = Haftada bir kez

2 = Haftada 2-3 kez

3 = Haftada 4-5 kez

4 = Hergün

Hastanın işi uykusunu nasıl etkiliyor açıklayınız:

.....

10. Uyuduğu odada kaç kişi var 1 () 2 () 3 () () 4 ve üzeri

11. Uyuduğu yatağı başka birisiyle paylaşıyor mu? 1 () Evet 2 () Hayır

12. 13 ve 14. Sorular sadece kadınlar için sorulacak:

12. Menapoz döneminde iseniz uyku sorunları ortaya çıktı mı?

() Menapozda değilim

1 () Evet

2 () Hayır

13. Adet öncesi dönemde ruhsal sıkıntılar (kendini üzgün, çökkün hissetme, çabuk sinirli, kızgın hissetme, dikkat toplama güçlüğü, halsiz, yorgun hissetme gibi) var mı?

1 () Hayır

2 () Evet

14. Adet öncesi dönemde uykusuzluk ya da fazla uyuma sorunları var mı?

1 () Hayır

2 () Evet: tanımlayınız:.....

C. Uyku belirtileri baraj soruları: (EVDE BULUNMAYANLAR İÇİN EŞLERİ YA DA 1. DERECE YAKINI YANIT VERECEKTİR. GEREĞİNDE SORULAR ÖNCE HASTAYA SONRA YAKININA SORULACAKTIR).

1. Genel olarak uyku düzeninizden memnun musunuz? 1 () evet 2 () hayır

2. Son bir yıldır her zaman memnun muydunuz? 1 () evet 2 () hayır

3. Başkalarının gözlemine göre uykunuzda sorun var mı? 1 () evet 2 () hayır

C grubunda soruların bütünü (1) olarak kodlanmış ise yandaki kutuyu işaretleyiniz ☐

Kişi uyku sorunu olmayan kişi olarak kabul edilecek ve görüşme bitirilecektir.

Bir şıkkın (2) olarak işaretlenmesi durumunda görüşmeye devam edilecektir.

D. Uyku bozuklukları görüşme soruları:

Aşağıda sorulan belirtilerden sizi belirgin derecede rahatsız eden var mı? Varsa son bir ay, son bir yıl içinde ve geçmişte ne zaman yaşadığınızı belirtiniz (EVDE BULUNMAYANLAR İÇİN EŞLERİ YA DA 1. DERECE YAKINLARI YANIT VERECEKTİR).

Uyarı: her belirtiyi tek tek sorunuz eğer yoksa 0, varsa 1 kodunu daire içine alarak işaretleyiniz.	son bir ay içinde	son bir yıl içinde	Sıklık (haftada kaç kez)	Süre (kaç aydır sürüyor)
1. uykuya dalma güçlüğü	0 1	0 1		
2. uykuyu sürdürme güçlüğü (gece sık bölünmeler)	0 1	0 1		
3. sabah erken uyanma	0 1	0 1		
4. sabahları dinlenmemiş olarak kalkma	0 1	0 1		
5. uzun süre uyuma (> 10 saat)	0 1	0 1		
6. uykuda sürekli rahatsız edici horlama	0 1	0 1		
7. uykuda kısa nefes durmaları (tanıklı apne)	0 1	0 1		
8. uykuya dalarken bacakları hareket ettirme ya da kalkıp dolaşma ihtiyacı	0 1	0 1		

9. uykuda idrar kaçıрма	0	1	0	1		
10. uykuda yürüme	0	1	0	1		
11. uykuda konuşma, sayıklama	0	1	0	1		
12. uykuda kabus görme	0	1	0	1		
13. uykuda dış gıcırdatma	0	1	0	1		
14. uykuda korku, çılgınlık atma*	0	1	0	1		
Diğer.....	0	1	0	1		
15. Geç yatıp, geç kalkma	0	1	0	1		
(Ek soru beraber uyuduğu eşi ya da odayı paylaştığı kişiye sorunuz) size göre yukarıda sorulan belirtiler bu kişide var mı? Hangileri:	0	1	0	1		
(Eğer diğer kişilere ulaşılamazsa hastaya sorunuz): Başkaları sizde yukarıda belirtilen uyku sorunlarını gözlemlemiş mi? Hangileri	0	1	0	1		

Not: Gerek duyulduğunda yukarıdaki sorulara verilen yanıtların gerçek durumu ne kadar yansıttığını anlamak için evde yaşayan diğerlerine de o kişi ile ilgili sorular yöneltilebilir?

D2. Yukarıdaki yakınmalarınız süreklilik mi göstermekte yoksa mevsimler ya da aralıklarla mı oluşmaktadır?

- Süreklilik göstermektedir.
- Aralıklıdır (aralıklı seyrin tipini işaretleyiniz):
 - Günler içinde değişimler (bir gün iyi bir gün kötü)
 - Hafta da bir kez kötüleşme
 - İki hafta da bir kez kötüleşme
 - Ayda bir kez
 - 6 ayda bir kez
 - yılda bir
 - iki yılda bir kötüleşme
- Uykusuzluk ya da aşırı uyku dönemi şeklinde ortaya çıkna kötüleşme ortalama kaç gün sürer?(.....)
- Mevsimsel özellik gösterir mi? (kış aylarında yoğunlaşma gibi) (.....)

E. İmsomnia ya da hipersomniyanın değerlendirilmesi

1. Kaç gece peş peşe uyuyamazsanız (ya da kötü uyursanız) sonrasında rahat uyursunuz?

0- Böylece bir düzenlilik yok.

1 gece 2 gece 3 gece 4 gece 5 gece ve üzeri

2. Size göre uykusuzluğunuza yol açan bir neden var mı

0-bir nedeni yok 1-var

3. Son 6 ayı düşündüğünüzde uykusuzluğunuzun en önemli nedeni ne olabilir?

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 1. İş hayatı ile ilgili bir sorun | 1 () var | 2 () yok |
| 2. Eğitim ile ilgili bir sorun | 1 () var | 2 () yok |
| 3. Mali sorunlar | 1 () var | 2 () yok |
| 4. Kayıplar: Bir yakının-arkadaşın vefatı ile ilgili sıkıntılar | 1 () var | 2 () yok |
| 5. Duygusal arkadaşlık ve birlikte yaşama ile ilgili sorunlar | 1 () var | 2 () yok |
| 6. Yasal sorunlar | 1 () var | 2 () yok |
| 7. Evlilikte eşle ilgili sorunlar | 1 () var | 2 () yok |
| 8. Aile ve toplumsal ilişkilerde sorunlar | 1 () var | 2 () yok |
| 9. Göç ve taşınma ile ilgili sorunlar | 1 () var | 2 () yok |
| 10. Uyuduğu çevrede değişiklik | 1 () var | 2 () yok |
| 11. Uyuma düzeninde değişiklik (çalışma koşulları vb.) | 1 () var | 2 () yok |
| 12. Tıbbi hastalık | 1 () var | 2 () yok |
| 13. Ağrı (Tanımlayınız:.....) | 1 () var | 2 () yok |
| 14. Çocuk bakımı | 1 () var | 2 () yok |
| 15. Diğer | 1 () var | 2 () yok |

C. Dinlendirici olmayan uyku

Dinlendirici olmayan uyku yakınması haftada 3 ve üzeri kez var mı () Evet () Hayır
Uyku süresi normal sınırlarda mı () Evet () Hayır
Uyanınca dinlenmemiş hissetme ya da işlere başlamakta güçlük () Evet () Hayır
Dinlendirici olmayan uyku ne kadar süredir devam ediyor.....

D. Kısa uyku

Uyku süresinin çok kısa olduğu inancı var mı () Evet () Hayır

Şimdiki psikiyatrik öykü.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Geçmiş Psikiyatrik öykü:

.....
.....

Psikiyatrik olası tanı:

Geçirilmiş (remisyonda) yada halen süren

	Remisyonda	Halen aktif
Majör depresif bozukluk	_____	_____
Panik bozukluk	_____	_____
Yaygın anksiyete bozukluk	_____	_____
Somatoform bozukluk	_____	_____
Konversiyon	_____	_____
Somatizasyon	_____	_____
Hipokondriasis	_____	_____
Psikotik bozukluklar	_____	_____
Şizofreni	_____	_____
Kısa psikotik atak	_____	_____
Şizofreniform boz	_____	_____
Şizoaffektif boz	_____	_____
Bipolar bozukluklar	_____	_____
Bipolar I	_____	_____
Bipolar II	_____	_____

Hangi insomnia alt tipine uymaktadır:

- 1- Birincil - süregen
- 2- Birincil – süregen erken başlangıçlı
- 3- Birincil – süregen geç başlangıçlı
- 4- Birincil – kısa süreli
- 5- Birincil kısa süreli tekrarlayıcı
- 6- İkincil – ruhsal
7. İkincil – fiziksel

Ön değerlendirme: (anket görüşmesi sonunda oluşan kanaatinizi işaretleyiniz, gerekli ise açıklama yapabilirsiniz)

1. Ruhsal bozukluğa ya da stresli yaşam olayına bağlı uykusuzluk (depresyon, anksiyete, vd)
2. Fiziksel hastalığa bağlı uykusuzluk (Ağrı, vd)
3. Birincil uykusuzluk
4. Solunumla ilişkili uyku bozukluğu (uyku apnesi)
5. Hipersomni (toplam uyku süresi uzun), Narkolepsi (gün içinde uyku atakları varlığı)
6. Sirkadyen ritm bozuklukları (çalışma saatlerine bağlı uyku düzensizlikleri)
7. Parasomniler (uykuda konuşma, yürüme, kabuslar, vd)
8. Diğer:

Ek 2. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi

İsim: _____

Tarih: _____

1. Lütfen halen süren (son iki haftadır) uykusuzluk sorunu (ya da sorunlarınızın) ŞİDDETİNİ işaretleyiniz.

	Hiç yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli
Uykuya dalma güçlüğü	0	1	2	3	4
Uykuyu sürdürme güçlüğü	0	1	2	3	4
Sabahları her zamankinden erken uyanma	0	1	2	3	4

2. Halen süren uyku düzeninizden MEMNUN MUSUNUZ?

Memnunum	Hiç memnun değilim
0. 1 2 3 4	

3. Uyku sorununuzun günlük işlerinizi ne derece ENGELLEDİĞİNİ düşünüyorsunuz (Günlük ev ya da mesleki işlerinizi yürütme, dikkatini toplama ya da sürdürme, bellek, duygu durum vs)

Hiç engellemiyor	Biraz	Oldukça	Çok	Çok fazla engelliyor
0. 1 2 3 4				

4. Uyku sorununuzun yaşam kalitenizi bozucu etkisinin başkaları tarafından ne derece FARK EDİLDİĞİNİ düşünüyorsunuz?

Hiç fark edilmiyor	Nadiren	Bazen	Çok	Çok fazla fark ediliyor
0. 1 2 3 4				

5. Halen süren eden uyku sorununuz sizi ne derecede rahatsız ediyor ya da ENDİŞELENDİRİYOR?

Hiç değil	Biraz	Biraz çok	Çok	Çok fazla
0. 1 2 3 4				

Ek 3. Beck Anksiyete Ölçeği

Adınız – soyadını : _____
Test tarihi : _____

Aşağıda insanların kaygılı yada endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir haftadır sizi ne rahatsız ettiğini yanındaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam işaret sayısı () () () ()

Ek 4. Beck Depresyon Ölçeği

Adı – Soyadı :
Cinsiyeti :
Yaşı :
Tarih :

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler ve önünde sayılar yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. BUGÜN HADİL, SON İKİ HAFTA İÇİNDE kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçin ve yanındaki KUTUCUĞU işaretleyin. Seçiminizi yapmadan önce gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz ve yalnızca bir maddeyi işaretleyin.

- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 - 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 - 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 - 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 - 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 - 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 - 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 - 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 - 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 - 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 - 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 - 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 - 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 - 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 - 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 - 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 - 1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 - 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 - 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 0. Kendimden memnunum.
 - 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 - 2. Kendime çok kızıyorum.
 - 3. Kendimden nefret ediyorum.

- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
 1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
 1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
 1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
 1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
 1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
 - 1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 - 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 - 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 0. İştahım her zamanki gibi.
 - 1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
 - 2. İştahım çok azaldı.
 - 3. Artık hiç iştahım yok.
- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
 - 1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 - 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 - 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
 - 1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
 - 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 - 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
 - 1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 - 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 - 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

İşaretlerin Yanındaki Sayıları Toplayın

Genel Toplam Puan:.....

Ek 5. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi

İsim:

Yaş:

Tarih:

Açıklamalar

Aşağıdaki sorular, yalnızca geçen ayki mutad uyku alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?.....
2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?.....
3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?
4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne kadar sıklıkla yaşadınız?

5a. 30 dakika içinde uykuya dalamadınız.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

5b. Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

5c. Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

5d. Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

5e. Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

5f. Aşırı derecede üşüdünüz.

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az

3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

5g. Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz.

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az

3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

5h. Kötü rüyalar gördünüz.

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az

3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

5i. Ağrı duydunuz.

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az

3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

Diğer neden(ler). Lütfen belirtiniz: _____

5j. Geçen ay bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az

3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

6. Geçen ay, uyku kalitenizi tümüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

1. Çok iyi
2. Oldukça iyi
3. Oldukça kötü
4. Çok kötü

7. Geçen ay, uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az

3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

8. Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

1. Geçen ay boyunca hiç
2. Haftada birden az

3. Haftada bir veya iki kez
4. Haftada üç veya daha fazla

9. Geçen ay, bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. Hiç problem oluşturmadı | 3. Bir dereceye kadar problem oluşturdu |
| 2. Yalnızca çok az problem oluşturdu | 4. Çok büyük bir problem oluşturdu |

10. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

- | | |
|---|--|
| 1. Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok | 3. Partner aynı odada fakat aynı yatakta değil |
| 2. Diğer odada bir yatak partneri veya oda arkadaşı var | 4. Partner aynı yatakta |

Eğer bir oda arkadaşınız veya yatak partneriniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun

11. Gürültülü horlama.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

12. Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

13. Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

14. Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

15. Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız, lütfen belirtiniz.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

Ek 6. Panik Agorafobi Ölçeği

Hasta anketi

Hasta :

Tarih :

Vizit :

Bu anket panik atakları ve agorafobiden yakınan kişiler için hazırlanmıştır. Geçtiğimiz hafta içindeki belirtilerinizin şiddetini puanlayınız panik atakları aşağıdaki belirtilerin eşlik ettiği bunalıtı (sıkıntı) nöbetleri olarak tanımlanmaktadır.

Çarpıntılar ve ya kalp atımlarının güçlü olması veya hızlanması.
Terleme
Titreme, sarsılma
Ağız kuruluğu
Nefes almada güçlük
Boğulma duygusu
Göğüste ağrı, sıkışma hissi
Bulantı veya karın bölgesinde rahatsızlık hissi
(örneğin midenin alt üst olması)

Baş dönmesi, düşecek gibi olma, baygınlık ya da başta sersemlik hissi
Nesnelerin gerçek dışı olduğu (rüyadaymış gibi) veya benliğin yabancılaşması ya da tam olarak burada değilim duyguları.
Denetim kaybı
Ölüm korkusu
Ateş basma ya da türperme.
Uyuşma ya da karıncalanma duyguları

Panik atakları aniden başlar ve şiddeti on dakika içinde artar.

A.1. Ne sıklıkla panik atağı geçirdiniz ?

- | | |
|---|--------------------------|
| 0. Geçen hafta hiç panik atağı olmadı. | ☐ |
| 1. Geçen hafta içinde 1 panik atağı oldu. | ☐ |
| 2. Geçen hafta içinde 2-3 panik atağı oldu. | ☐ |
| 3. Geçen hafta içinde 4-6 panik atağı oldu. | ☐ |
| 4. Geçen hafta içinde 6'dan fazla panik atağı oldu. | ☐ |

A.2. Geçen hafta içinde panik ataklarınız ne şiddetteydi ?

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| 0. Panik atağı olmadı. | ☐ |
| 1. Ataklar çok az şiddetliydi. | ☐ |
| 2. Ataklar orta derece şiddetliydi. | ☐ |
| 3. Ataklar epeyce şiddetliydi. | ☐ |
| 4. Ataklar çok şiddetliydi. | ☐ |

A.3. Ne sıklıkla panik atağı geçirdiniz ?

- | | |
|---|--------------------------|
| 0. Panik atağı olmadı. | ☐ |
| 1. 1-10 dakika arası sürdü. | ☐ |
| 2. 10 dakikadan çok 1 saatten az sürdü. | ☐ |
| 3. 1 saatten çok 2 saatten az sürdü. | ☐ |
| 4. 2 saatten daha uzun sürdü. | ☐ |

U. Ataklardan çoğu beklenen atak mıydı (yani korkulan durumlarda ortaya çıkan) yoksa beklenmedik anda (kendiliğinden) mi ortaya çıkıyordu?

- | | |
|---|--------------------------|
| 0. Çoğunlukla beklenmedik. | ☐ |
| 1. Beklenmedikler beklenenlerden çok. | ☐ |
| 2. Bazısı beklenmedik bazısı beklenmedik. | ☐ |
| 3. Beklenenler beklenmediklerden çok. | ☐ |
| 4. Çoğunlukla beklenmedik. | ☐ |

B.1. Geçtiğimiz hafta panik atağı geçireceğiniz veya rahatsız olacağınızdan korkmanız nedeniyle belirli durumlardan kaçındınız mı ?

- | | |
|---|--------------------------|
| 0. Kaçınma yok.
(veya panik ataklarınızın nerede olacağı belli olmuyor.) | ☐ |
| 1. Oldukça nadir kaçındım. | ☐ |
| 2. Bazen kaçındım. | ☐ |
| 3. Sık sık kaçındım | ☐ |
| 4. Her zaman kaçındım. | ☐ |

B.2. Lütfen Kaçındığınız durumları ya da birisi yanında değilken panik atağı geçirdiğiniz veya rahatsız olduğunuz durumları işaretleyiniz.

- | | |
|--|--------------------------|
| 1 Uçaklar | ☐ |
| 2 Metro (yer altında) | ☐ |
| 3 Otobüsler, trenler | ☐ |
| 4 Gemiler | ☐ |
| 5 Tiyatrolar, sinemalar | ☐ |
| 6 Süpermarketler | ☐ |
| 7 Kuyrukta Beklemek | ☐ |
| 8 Konse salonları, statyumlar | ☐ |
| 9 Parti yada sosyal toplantılar | ☐ |
| 10 Kalabalıklar | ☐ |
| 11 Lokantalar | ☐ |
| 12 Mützeler | ☐ |
| 13 Asansörler | ☐ |
| 14 Kapalı yerler (Tünel gibi) | ☐ |
| 15 Sınıflar, Konferans salonları | ☐ |
| 16 Otomobile binmek ; sürmek (trafik sıkışırken) | ☐ |
| 17 Geniş salonlar Lobiler | ☐ |
| 18 Sokakta yürümek | ☐ |
| 19 Tarlalar, geniş caddeler, avlular | ☐ |
| 20 Yüksek yerler | ☐ |
| 21 Köprülerden geçmek | ☐ |
| 22 Evden uzaklara gitmek | ☐ |
| 23 Evde tek başına kalmak | ☐ |

Diğer Durumlar

24
25
26

B.3. Kaçındığınız bu durumlar sizce ne kadar önemliydi?

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| 0. Önemli değil (veya kaçınma yok) | ☐ |
| 1. Çok az önemli | ☐ |
| 2. Orta derecede önemli | ☐ |
| 3. Epeyce önemli | ☐ |
| 4. Çok önemli | ☐ |

C.1. Geçen hafta içinde panik atağı geçirmekten korkunuz oldu mu ?

- 0. Hiçbir zaman korkum olmadı. ☐
- 1. Oldukça nadiren korktum. ☐
- 2. Bazen korktum. ☐
- 3. Sık sık korktum. ☐
- 4. Her zaman korktum. ☐

C.2. Bu " korkudan korkmak " ne kadar şiddetliydi ?

- 0. Yok ☐
- 1. Çok az ☐
- 2. Orta derecede ☐
- 3. Epeyce ☐
- 4. Çok şiddetli ☐

D.1. Geçen hafta içinde panik ataklarınız yada agorafobiniz aile ilişkilerinizde (eş, çocuklar v.b.) kısıtlanmaya yada bozulmaya yol açtı mı ?

- 0. Bozulma yok ☐
- 1. Çok az bozulma oldu. ☐
- 2. Orta dercede bozulma oldu. ☐
- 3. Epeyce bozulma oldu. ☐
- 4. Çok şiddetli bozulma oldu. ☐

D.2. Geçen hafta içinde panik ataklarınız yada agorafobiniz toplumsal yaşamınız veya boş zamanlarınızı değerlendirmenizde kısıtlamaya yada bozulmaya (sinemaya veya bir arkadaş toplantısına gidememe gibi) yol açtı mı ?

- 0. Bozulma yok ☐
- 1. Çok az bozulma oldu. ☐
- 2. Orta dercede bozulma oldu. ☐
- 3. Epeyce bozulma oldu. ☐
- 4. Çok şiddetli bozulma oldu. ☐

B.2. Başlığı : Tüm korkulan durumlara ekleyin.
Korkulan durum yoksa = 0 puan
1 durum = 1 puan
2 - 3 durum = 2 puan
4 - 8 durum = 3 puan
8 durumdan çoksa = 4 puan

TOPLAM PUAN= U hariç bütün başlıklara ait puanları toplayın.

D.3. Geçen hafta içinde panik ataklarınız yada agorafobiniz iş veya evdeki sorumluluklarınızı yerine getirmenizde kısıtlama yada bozulmaya yol açtı mı ?

- 0. Bozulma yok. ☐
- 1. Çok az bozulma oldu. ☐
- 2. Orta derecede bozulma oldu. ☐
- 3. Epeyce bozulma oldu. ☐
- 4. Çok şiddetli bozulma oldu. ☐

E.1. Geçen hafta içinde bunalıtı belirtilerinizden dolayı zarar göreceğiniz (örneğin kalp krizi geçirmek, yığılıp kalmak ya da yaralanmak) endişesini yaşadınız mı ?

- 0. Yok ☐
- 1. Çok az ☐
- 2. Orta derecede ☐
- 3. Epeyce ☐
- 4. Çok şiddetli ☐

E.2. Doktorunuz sizin çarpıntı, baş dönmesi, karıncalanma, nefes tıkanması gibi belirtileriniz ruhsal nedenli olduğunu söylediğinde onun yanlış düşündüğüne inandığınız olur mu ? Gerçek nedenin henüz adı konmamış bedensel bir durum olduğunu düşünür müsünüz ?

- 0. Hiçbir zaman (Daha çok ruhsal bir hastalıktır) ☐
- 1. oldukça nadir. ☐
- 2. Bazen ☐
- 3. Sık sık ☐
- 4. Her zaman (Daha çok organik bir hastalıktır) ☐

Ek 7. Epworth Skalası

SORU: Aşağıdaki durumlarda hangi sıklıkla uyuklama eğilimindesiniz? (Lütfen kendinizi yorgun hissettiğiniz zamanları değil **uyuklama eğiliminde olduğunuz** zamanları işaretleyiniz.) Bu test son zamanlardaki durumunuzu yansıtmak üzere planlanmıştır. Aşağıdaki bazı durumlarla son zamanlarda karşılaşmadıysanız bile son karşılaştığınız zamanlarda nasıl olduğunuzu hatırlamaya çalışınız.

PUAN: 0 ---- Hiçbir zaman uyuklamam

1 ---- Nadiren uyuklarım

2 ---- Sıklıkla uyuklarım

3 ---- Her zaman uyuklarım

	SORU	Hiç	Nadiren	Sıklıkla	Her zaman
1	Oturur durumda gazete ve kitap okurken uyuklarmısınız?	0	1	2	3
2	Televizyon seyrederken uyuklarmısınız?	0	1	2	3
3	Pasif olarak toplum içinde otururken, sinemada yada tiyatroda uyuklarmısınız?	0	1	2	3
4	Ara vermeden en az 1 saatlik araba yolculuğunda uyuklarmısınız?	0	1	2	3
5	Öğleden sonra uzanınca uyuklarmısınız?	0	1	2	3
6	Birisi ile oturup konuşurken uyuklarmısınız?	0	1	2	3
7	Alkol almamış, öğle yemeğinden sonra sessiz ortamda otururken uyuklarmısınız?	0	1	2	3
8	Trafik birkaç dakika durduğunda, kırmızı ışıktaki arabada beklerken uyuklarmısınız?	0	1	2	3
TOPLAM					

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı-Soyadı : Ayşe VURAL
Doğum Tarihi ve Yeri : 20.07.1983 - İSTANBUL
Medeni Durumu : Bekar
Adres : Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri
Anabilim Dalı Sarıçam/ADANA
Telefon : 0322 338 60 60
Faks : -
E-Mail : draysevural@hotmail.com
Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi ADANA
Varsa Mezuniyet Derecesi : -
Görev Yerleri : Şanlıurfa Merkez Çamlıdere Sağlık Ocağı
Merkez/Şanlıurfa
Balcalı Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı
Sarıçam/ADANA
Dernek Üyelikleri : Türk Psikiyatri Derneği
Alınan Burslar : -
Yabancı Dil : İngilizce