

Ana Bileşenler Analizi ile Panik Bozukluğu Alt Tiplerinin Değerlendirilmesi

Ramazan Konkan¹,
Ömer Şenormancı², Oya Güçlü¹,
Erkan Aydın¹, Murat Erkıran³

¹Psikiyatrist, ²Doç. Dr., Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, İstanbul - Türkiye
²Yard. Doç. Dr., Bülent Ecevit Üniversitesi,
Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı,
Zonguldak - Türkiye

ÖZET

Ana bileşenler analizi ile panik bozukluğu alt tiplerinin değerlendirilmesi

Amaç: Panik bozukluğunun (PB) değişik alt tiplerinin olduğu ve farklı alt tiplerin belirlenmesinin tanı, tedavi ve sonlanım açısından önemli olduğu ileri sürülmektedir. PB'nin psikopatolojisinin kantitatif değerlendirilmesi konusundaki çalışmalar azdır. Çalışmamızda, panik atak belirtilerinin faktör analizine dayanan alt tiplerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamız, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ikinci basamak polikliniklerine başvuran ve çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan 159 hasta üzerinde gerçekleştirildi. Çalışmada, araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgi formu, DSM-IV Eksen I Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I), Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanıldı. DSM IV-TR panik atak tanı ölçütlerinde bulunan 13 maddeye, "felç olma korkusu" ile "kaçma isteği, yerinde duramama hali"nin eklenmesiyle toplam 15 maddeden oluşan değişkenlere, katılımcıların son panik ataklarında yaşadıklarını bildirdikleri belirtilere göre Ana Bileşenler Analizi uygulandı.

Bulgular: Ana Bileşenler Analizinde toplam varyansın %56'sını açıklayan 6 ayrı faktör kümesi elde edildi. Birinci küme otonomik aktivasyon kümesi, ikinci küme vestibüler belirtiler, üçüncü küme kardiyovasküler belirtiler, dördüncü küme psödonörolojik belirtiler, beşinci küme solunum sistemi belirtileri ve altıncı küme ölüm korkusu kümesi olarak adlandırıldı.

Sonuç: Çalışmamızda elde edilen belirti profilleri DSM-IV-TR tanı ölçütlerini desteklemektedir. Ana Bileşenler Analizinde, varyansın önemli bir kısmını açıklayan anlamlı alt tipler oluşmuştur.

Anahtar kelimeler: Ana bileşenler analizi ile alt tipler, panik atak semptomları, panik bozukluğu



ABSTRACT

Evaluating the subtypes of panic disorder by using principal component analysis

Objective: Panic disorder is put forward to have a heterogeneous structure and multiple subtypes. Evaluating the different subtypes is important for diagnosis, treatment and prognosis. Studies about the quantitative psychopathology assessment are so rare. We aim to determine the subtypes with principal component analysis of panic attack symptoms.

Method: 159 outpatients with panic disorder who had referred to the anxiety disorder outpatient unit in Bakırköy Research and Training Hospital for Psychiatry, Neurology and Neurosurgery were included in the study. A sociodemographic questionnaire that was prepared by the investigators, The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Panic and Agoraphobia Scale (PAS), Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Beck Anxiety Inventory (BAI) were used in the study. Variables with 15 items were created adding 'Fear of stroke' and 'desire to escape, restlessness'. Principal Component Analysis was applied according to the panic symptoms that the patients declared.

Results: Six loading factors were obtained explaining 56% of total variance in Principal Component Analysis. The first set was named autonomic activation, the second was vestibular symptoms, the third was cardiovascular symptoms, the fourth was pseudoneurologic symptoms, the fifth was respiratory system symptoms and the sixth was fear of death.

Conclusion: Symptom profiles in our study were compatible with DSM-IV-TR diagnostic criteria. Significant panic disorder subtypes were found in principal component analysis.

Key words: Subtypes by symptoms principal component analysis, panic attack symptoms, panic disorder

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Psikiyatrist Ramazan Konkan
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve
Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
9. Psikiyatri Ünitesi, İstanbul - Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-543-6565

Elektronik posta adresi / E-mail address:
ramazankonkan@gmail.com.tr

Geliş tarihi / Date of receipt:
20 Temmuz 2012 / July 20, 2012

Kabul tarihi / Date of acceptance:
31 Ekim 2012 / October 31, 2012

GİRİŞ

Panik bozukluğunun (PB) Amerika Birleşik Devletleri'nde bir yıllık prevalansı %2.1, yaşam boyu prevalansı ise %5.1 bulunmuştur. Agorofobinin ise bir yıllık prevalansı %0.6, yaşam boyu prevalansı %1.1'dir (1). Panik atak, DSM-IV-TR'de listelenen 13 semptomdan 4 ya da daha fazlasının birden başlaması ve yoğun korku veya rahatsızlık duyulan bir dönemin bulunması olarak tanımlanır (2). PB, panik atakta görülen bedensel, fizyolojik ve bilişsel belirtiler açısından değişken bir bozukluktur. Birbirinden çok farklı belirti kümeleri ile oluşan panik atakların varlığı nedeniyle, bu bozukluğun alt tiplerinin olabileceği ve bu alt tiplendirmenin yapılmamasının da kuramsal, yöntemsel ve tedaviye dair yanılgılara neden olabileceği ileri sürülmüştür (3). Bu nedenlerden dolayı, panik ataklar sırasında yaşanan belirtilere göre ve faktör analizine dayanan alt tiplendirme çalışmaları yapılmıştır (4-8).

PB'nin alt tiplerinin belirlenmesi için birçok özellik dikkate alınmıştır. Agorofobi olması (9), gece panik ataklarının olması (10), panik ataklarda baskın belirtiler (11,12), panik atakların oluşma saatleri (13,14), hastalığın biyolojik özellikleri (15), genetik yatkınlık göstermesi (16) bu özelliklerden bazılarıdır.

Baskın panik atak belirtilerine göre yapılan alt tiplerin belirlenmesi çalışmalarına göre kalp ve solunum belirtilerinin (17), vestibüler belirtilerin (18), gastrointestinal belirtilerin (19), depersonalizasyon/derealizasyonun baskın olduğu (20) ya da subjektif korku hissini olmadığı (21) PB gibi değişik alt tip değerlendirilmeleri yapılmıştır.

Starcevic ve arkadaşları (9) panik atak belirtilerini daha önemliler (first rank) ve ikinci derecede önemli belirtiler (second rank) olarak ikiye ayırmışlardır. Birinci sıra belirtileri; çarpıntı, taşikardi, dispne, baş dönmesi ya da düşecek gibi olma ile titreme olarak belirlemişlerdir. İkinci sıra belirtileri ise boğulma, nefes kesilmesi, göğüs ağrısı, uyuşmalar, sıcak basması, depersonalizasyon/derealizasyon ve bulantı olarak belirlemişlerdir. Bu alanda yapılan çalışmalarda varyansın en geniş parçası, kardiyorespiratuar ve vestibüler faktörlerle açıklanmıştır (8,22-24).

Literatürde faktör analizleri sonucu saptanan diğer

gruplar; bilişsel belirtiler, depersonalizasyon, uyuşma ve uyuşmalar ile otonomik aktivasyondur. Bu klinik heterojenitenin hastalığın etiyojisi, seyri ve tedavisinde önemli sonuçları olabileceği düşünülmektedir (3).

Literatürde PB psikopatolojisini kantitatif değerlendirme çalışmaları, diğer psikiyatrik bozukluklara oranla görece azdır. Segui ve arkadaşlarının (5) PB fenomenolojisini faktör analizi ile değerlendirdikleri çalışmalarında, panik atak belirtilerini kardiyorespiratuar, vestibüler, karışık semptomlar ve genel uyarılma şeklinde 4 faktör olarak saptamışlardır. Ayrıca faktör analizinin alt tiplendirme için çok değerli bir yöntem olduğunu ve bu konuda yeni çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu bildirmişlerdir.

Çalışmamızda, faktör analizi temelinde ülkemizde PB'nin alt tiplerini belirlemeyi amaçladık.

YÖNTEM

Örneklem

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ikinci basamak ayaktan tedavi birimine başvuran, çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ardışık 159 hasta çalışmaya dahil edildi. Otuz iki hasta çalışmaya katılmayı kabul etmedi. On yedi hasta, dahil edilme ölçütlerine uymadığı için çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmaya katılım için; son bir ay içerisinde mutlaka en az bir panik atak yaşama, 18-64 yaş arasında olma, DSM IV-TR tanı ölçütlerine (2) göre PB tanısı olması ve çalışmadaki öz bildirim testlerini dolduracak düzeyde zihinsel yetilerinin olması koşulları arandı. DSM IV-TR tanı ölçütlerine göre genel tıbbi duruma veya alkol-madde kullanımının doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı PB tanısı olanlar çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmayla ilgisi olmayan psikiyatristler tarafından PB tanısı konulan katılımcılara, DSM IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I) uygulanarak, araştırmacılar tarafından PB tanısı doğrulandı ve başta agorafobi olmak üzere diğer eş tanılar değerlendirildi. Test bataryasına testler randomize sırayla yerleştirildi ve tek seansta çalışmaya katılan kişilerin doldurmaları istendi. Çalışma öncesinde, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir

Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurulundan onay alındı. Çalışmanın sosyodemografik verileri “Panik Bozukluğu ve Komorbid Tanılar” çalışmasında da kullanılmıştır (25).

Ölçekler

Sosyodemografik Bilgi Formu: Form, çalışmacılar tarafından SCID-I görüşme kılavuzundaki sosyodemografik veri formu esas alınarak, PB’yi etiyoloji ve gidiş açısından etkileyebileceği düşünülen faktörlerin eklenmesi suretiyle genişletilerek hazırlandı. Ayrıca, DSM-IV-TR panik atak tanı ölçütlerine ek olarak, klinik pratiğimizde hastalar tarafından sıklıkla bildirilen ve panik atağın klinik özelliklerinden olduğu düşünülen “felç olma korkusu” (5) ile Cox ve arkadaşlarının (26) DSM tanı ölçütlerine eklenmesini önerdiği “kaçma isteği, yerinde duramama hali” eklenerek, oluşturulan sorulama listesi ile hastaların en son panik atakları sırasında yaşadıkları belirtiler belirlendi.

DSM-IV Eksen I Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I): First ve arkadaşları (27) tarafından geliştirilen Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmedir. SCID-I, Türkçeye Çorapçıoğlu ve arkadaşları (28) tarafından uyarlanmıştır. SCID-I, birinci eksen tanısının herhangi bir zamandaki varlığını saptar.

Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ): Bandelow ve arkadaşları (29) tarafından geliştirilmiştir. Klinik gözlemci ve hasta öz bildirim formları vardır. Agorafobili ya da agorafobisiz ayrımı yapılmaksızın PB’si olan hastalara uygulanır. Beş alt birimi vardır.

- A-Panik atak özellikleri: Derecelendirme yapılan üç ve derecelendirilmeyen bir soru,
- B-Agorafobi ve kaçınma davranışı: Üç soru,
- C-Beklenti anksiyetesi: İki soru,
- D-Yeti yitimi: Üç soru,
- E-Sağlık konusunda endişe: İki soru.

Her alt bölüm bileşen puanını, tüm bileşenlerin toplamı ise toplam şiddet puanını belirler. Türkçe uyarlaması Tural ve arkadaşları (30) tarafından yapılmıştır.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D): Williams ve arkadaşları (31) tarafından geliştirilen, depresyon düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılan 17 maddelik bir ölçektir. Türkçe uyarlaması Akdemir ve arkadaşları (32) tarafından yapılmıştır.

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Beck ve arkadaşları (33) tarafından geliştirilen, kişinin yaşadığı anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçmek amacıyla kullanılan 17 maddelik bir ölçektir. Testten alınan puan artması kaygı seviyesinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Ulusoy ve arkadaşları (34) tarafından yapılmıştır.

İstatistiksel Analiz

DSM IV-TR panik atak tanı ölçütlerindeki mevcut 13 maddeye 2 madde daha eklenerek oluşturulan ve 15 maddeden oluşan değişkenlere, katılımcıların son panik ataklarındaki belirti bildirimlerine göre “Ana Bileşenler Analizi” (Principal Component Analysis) uygulandı. Ortaya çıkan ana bileşenlerle, ortogonal faktör modeli ile ortak faktörler (common factors) hesaplandı. Daha sonra Varimax dönüştürmesi uygulanarak, faktör yükleri ve her değişkenin faktör üzerindeki yükü (ağırlık) hesaplandı. Hesaplanan faktörlerden özdeğeri (eigenvalue) 1’in üzerinde olanlar değerlendirmeye alındı. Pearson ki-kare testi ile yapılan kategorik değişkenler arası karşılaştırma işleminde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ idi. İstatistik analizler, SPSS for Windows 11.0 versiyonu ile yapıldı.

BULGULAR

Katılımcıların 120’si kadın (%75.5), 39’u erkek (%24.5) idi. Katılımcıların ortalama yaşları 39.16 ± 11.24 idi. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de, uygulanan ölçek puanları Tablo 2’de özetlenmiştir. Katılımcıların en son yaşadıkları panik atak belirtileri Tablo 3’te gösterilmiştir. Ana Bileşenler Analizi ile 15 değişken kullanılarak faktör analizi yapıldığında, özdeğeri > 1.00 olan ve toplam varyansı açıklama oranı (kümülatif) %55.94 olan 6 faktör saptandı (Tablo 4).

Tablo 1: Sosyodemografik özellikler

	n (%)
Cinsiyet	
Kadın	120 (75.5)
Erkek	39 (24.5)
Medeni durum	
Evli	118 (74.2)
Bekar	25 (15.7)
Dul/boşanmış	16 (10.1)
Eğitim	
İlkokul	93 (58.4)
Orta-lise	55 (34.5)
Üniversite	11 (6.9)
Meslek	
İşsiz	6 (3.8)
Memur/serbest	150 (94.3)
Öğrenci	3 (1.8)
PB'ye eşlik eden tıbbi hastalık	35 (22.0)
Agorafobisi olanlar	108 (67.9)
	Ort±SS
Yaş (yıl)	39.16±11.24
PB başlama yaşı (yıl)	33.30±10.81
PB süresi (yıl)	5.96±6.05
PB tanısı konana kadar geçen süre (yıl)	1.67±4.00
Psikiyatrik tedaviye başvuru süresi (yıl)	4.47±4.62
PB tedavisi görme süresi (yıl)	4.40±4.63

PB: Panik Bozukluk

Tablo 2: Hastaların uygulanan ölçeklerden aldıkları puanlar

	Ort±SS
Ham D	6.01±4.64
BAÖ	17.67±12.50
PAÖ toplam	13.04±9.68
PAÖ-A	2.80±3.08
PAÖ-B	3.47±3.71
PAÖ-C	3.68±2.06
PAÖ-D	2.04±2.61
PAÖ-E	1.06±1.37

Ham D: Hamilton Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, PAÖ: Panik Agorafobi Ölçeği

Birinci faktör (varyans=%15) üşüme, ürperme ya da ateş basması, terleme, kontrol kaybı ve sınırda değerlerle 1., 5. ve 6. faktörlere dağılan bulantı ya da karın ağrısı belirtileri kümesinden oluştu. İkinci faktör (varyans=%9.38) baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecek ya da bayılacak gibi olma, titreme ya da sarsılma, depersonalizasyon/derealizasyon belirtileri kümesinden oluştu.

Tablo 3: Panik atak belirtileri profili (n=159)

Belirtiler	Toplam (%)
Çarpıntı, taşikardi, kalp atımı duyumsama	91.2
Ölüm korkusu	87.4
Uyuşma/karınalanma	76.7
Nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma	76.7
Baş dönmesi, bayılacak gibi olma	75.5
Titreme, sarsılma	74.2
Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi	73.6
Üşüme, ürperme ya da ateş basması	73.6
Soluğun kesilmesi	69.1
Terleme	67.3
Kontrol kaybı ya da çıldıracağı korkusu	66.0
Bulantı, karın ağrısı	49.1
Depersonalizasyon ya da derealizasyon	31.4
Felç olma korkusu	42.8
Kaçma isteği, yerinde duramama	71.1

Üçüncü faktör (varyans=%8.89) çarpıntı, taşikardi ya da kalp atımlarını duyumsama, göğüs ağrısı ya da sıkıntı hissi belirtileri kümesinden oluştu. Dördüncü faktör (varyans=%7.95) uyuşma/karınalanma, felç olma korkusu ve asıl ağırlıklı faktör olarak 5. faktörde olan nefes darlığı ya da boğulacak gibi olma belirtileri kümesinden oluştu. Beşinci faktör (varyans=%7.5) nefes darlığı ya da boğulma hissi, soluğun kesilmesi, asıl faktör olarak 1. faktörde bulunan kontrol kaybı ya da çıldıracağı korkusu ve 3 faktöre dağılan bulantı ya da karın ağrısı belirtileri kümesinden oluştu. Altıncı faktör (varyans=%7.1) ölüm korkusu, kaçma isteği, yerinde duramama ile bulantı ya da karın ağrısı belirtileri kümesinden oluştu (Tablo 4).

TARTIŞMA

Turgeon ve arkadaşlarının (35) fobik kaçınmaları değerlendirdikleri çalışmalarında, kadın ve erkek arasında sadece fobik kaçınma bulgularında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, agorafobinin diğer bileşenlerinde cinsiyetler arasında fark bulunmamıştır. Çalışmamızda da agorafobi sıklığında cinsiyetler arasında fark saptanmasına karşın, bu farkın istatistiksel anlamı olmadığı bulundu.

Diğer psikiyatrik bozukluklarla karşılaştırıldığında, PB'nin belirti profiline göre faktör analizi ile alt tiplendirme çalışmaları seyrek. Segui ve arkadaşları (5)

Tablo 4: Ana Bileşenler Analizi Sonuçları (n=159)

Belirtiler	Otonomik %15	Vestibüler %9.38	Kardiyovasküler %8.89	Psödonörolojik %7.95	Solunum %7.5	Ölüm korkusu %7.1
Çarpıntı, taşikardi			0.547			
Ölüm korkusu						0.589
Uyuşma/karınçalanma				0.524		
Nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma				0.270	0.526	
Baş dönmesi, bayılacak gibi olma		0.496				
Titreme, sarsılma		0.434				
Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi			0.487			
Üşüme, ürperme ya da ateş basması	0.448					
Soluğun kesilmesi					0.563	
Terleme	0.428					
Kontrol kaybı ya da çıldıracağı korkusu	0.392				0.224	
Bulantı, karın ağrısı	0.207				0.244	0.249
Depersonalizasyon ya da derealizasyon		0.429				
Felç olma korkusu				0.413		
Kaçma isteği, yerinde duramama						0.561

DSM IV-TR panik atak tanı ölçütlerini kullanarak yaptıkları fenomenolojik araştırmalarında, toplam varyansın %57'sini izah eden 4 grup saptamışlardır. En büyük grup, toplam varyansın %26.1'ini oluşturan göğüs ağrısı, çarpıntı, uyuşmalar, dispne ve titreme, ürperme ve ölüm korkusu belirtilerinden oluşan kardiyorespiratuar belirtiler faktörü olarak bulunmuştur. İkinci faktör, toplam varyansın %15.1'ini oluşturan baş dönmesi, bayılma, baygınlık hissi ile kontrolünü yitirme ya da çıldıracağı korkusu belirtilerinden vestibüler belirtiler faktörü olarak bulunmuştur. Üçüncü faktör toplam varyansın %8.5'ini oluşturan terleme, depersonalizasyon/derealizasyon, boğulma hissi ve ateş basması gibi belirtilerden oluşan karışık belirtiler faktörü olarak bulunmuştur. Dördüncü ve son faktör ise, toplam varyansın %7.2'sini oluşturan gastrointestinal belirtiler (karın ağrısı, bulantı, kusma), titreme ürperme, ateş basması ve uyuşma belirtilerinden oluşan genel uyarılma belirtileri faktörü olarak bulunmuştur. Bu yüksek varyans oranlarıyla oluşan faktörler, PB'nin homojen bir grup olmadığını ve alt tiplerinin olabileceğini göstermiştir.

Benzer bir çalışma da, Briggs ve arkadaşlarının (7) Ana Bileşenler Analizi ile yaptıkları çalışmadır. Çalışmada 5 faktör, varyansın %49'unu açıklamıştır. Bu faktörlerin içinde solunum ile ilgili belirtilerin baskın olduğu faktör ve solunumla ilgili belirtilerin önemli bileşen olmadığı ilk 2 faktör anlamlı bulunmuştur. Bu iki

grup arasında belirgin sosyodemografik fark olmayıp, sadece belirtilerinin farklı olduğu saptanmıştır. Bu iki faktörün fenomenolojik ve tedavi açısından kıyaslanmasında ise, solunum yakınmalarının baskın olduğu grubun daha fazla spontan panik atağı yaşadığı ve imipramine daha çok yanıt verdiğini saptanmıştır. Solunum belirtilerinin belirgin olmadığı grubun ise daha çok durumsal panik ataklar yaşadığı ve alprazolama daha iyi yanıt verdiğini saptanmıştır. Yazarlar bu sonuçları, belirtilere dayanan alt tiplendirmenin farmakolojik tedaviye cevabı yordayabileceği şeklinde yorumlamışlardır.

Shioiri ve arkadaşları (36) 247 hasta üzerinde yaptıkları çalışmalarında, DSM III-R panik atak tanı ölçütlerindeki 13 maddeye "agorafobi" ve "beklenti anksiyetesi"ni eklemiş ve 15 değişken oluşturarak çalışma yapmışlardır. Çalışmada, panik atak ile kısıtlı semptom panik atakları, kümeleme (cluster) analizi ile karşılaştırmışlardır. Panik atak grubunda 3, kısıtlı belirti atak grubunda ise 4 küme oluşmuştur. İki grup arasında belirti dağılımı ve sıklığı açısından farklılıklar olduğu, dolayısıyla kısıtlı semptom atakların panik ataklardan farklı bir grup olduğu saptanmıştır.

Cox ve arkadaşları (26) 212 hasta üzerinde yaptıkları çalışmalarında, DSM III-R panik atak tanı ölçütlerindeki 13 maddeye "ümitsizlik" ve "kaçma isteği, yerinde duramama"yı ekleyerek 15 değişkenden oluşan bir çalışma yapmışlardır. Değişkenler, Ana Bileşenler Analizi ile

incelendiğinde 3 faktör saptanmıştır. Birinci faktörde baş dönmesi ile ilgili belirtilerin, ikinci faktörde kardiyorespiratuar belirtilerin, üçüncü faktörde ise bilişsel belirtilerin ağırlıklı olduğu görülmüştür. Yazarlar çalışmanın sonucu olarak, DSM tanı ölçütlerinde kısıtlılıklar olduğunu ve PB'nin heterojen bir bozukluk olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmamızda, DSM-IV-TR panik atak tanı ölçütlerine, klinik pratiğimizde hastalar tarafından sık olarak bildirilen ve panik atağın klinik özelliklerinden olduğu düşünülen “felç olma korkusu” (5) ile Cox ve arkadaşlarının (26) DSM tanı ölçütlerine eklenmesini önerdiği “kaçma isteği, yerinde duramama hali” eklenerek oluşturulan 15 değişkenle Ana Bileşenler Analizi yapıldı. Altı grubun, toplam varyansın %55.94'ünü açıkladığı görüldü. Bu faktörler içerdikleri belirtilerin ağırlığına göre; otonomik hiperaktivasyon, vestibüler, kardiovasküler, psödonörolojik, solunumla ilgili yakınmalar ve ölüm korkusu grubu olarak adlandırıldı.

Otonomik hiperaktivasyon olarak adlandırılan birinci grupta, ağırlıklı belirtiler üşüme, ürperme ya da ateş basması, terleme, kontrolünü kaybetme duygusu ve alt sınıra yakın olmak koşuluyla bulantı ya da karın ağrısının kümelenmesinden oluşuyordu. Vestibüler belirtiler grubu olarak adlandırılan faktörde ise ağırlıklı kümeleşen belirtiler baş dönmesi sersemlik, düşecek bayılacak gibi olma, titreme sarsılma ve depersonalizasyon/derealizasyondur. Üçüncü grup kardiyovasküler grup olarak adlandırıldı. Bu gruptaki ağırlıklı belirtiler çarpıntı, kalp atımlarını duyumsama ve göğüs ağrısı, göğüste rahatsızlık hissinden oluşuyordu. Dördüncü grup uyuşma/karınalanma, felç olma korkusu, nefes darlığı, boğulacak gibi olma gibi psödonörolojik belirtilerden oluşuyordu. Uyuşma belirtilerinin felç olma korkusunu tetiklediği ve böyle bir faktörü oluşturduğu düşünüldü. Beşinci grupta ise ağırlıklı belirtiler nefes darlığı, boğulacak gibi olma ile soluğun kesilmesi ve anlamlılığın alt sınırına yakın olarak, bulantı, karın ağrısı ve kontrolünü yitirme korkusuydu. Bu grup solunum sistemi ile ilgili belirtiler grubu olarak adlandırıldı. Altıncı ve son grupta ise ölüm korkusu, kaçma isteği, yerinde duramama ve alt sınıra yakın karın ağrısı ya da bulantı gibi ölüm korkusu belirtileri vardı. Bu faktörde ağırlık ölüm korkusunda olduğu için, ölüm korkusu grubu olarak adlandırıldı.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardır. PB'ye eşlik eden tıbbi bir hastalığı olmanın panik belirtileri açısından belirleyici yönleri olabilir. Çalışmamızda, genel tıbbi duruma bağlı PB dışlama ölçütlerinde yer almasına rağmen, PB'ye eşlik eden tıbbi tanılar ayrıca araştırılmamıştır. Çalışmamızda, eksen II komorbiditesi SCID-II kullanılarak araştırılmamıştır. Dolayısıyla hastalarda pür panik bozukluğu olup olmadığı değerlendirilememiştir. Çalışmamızda geriye dönük sorgulamanın yapılması nedeniyle, abartma ve semptom hatırlanmasında karşılaşılabilecek güçlükler diğer kısıtlılıklardır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre, panik atak belirtilerinde, Ana Bileşenler Analizi kullanılarak yapılan fenomenolojik alt tiplendirmeyle son derece anlamlı gruplar oluştuğu ve Ana Bileşenler Analizinin bu değerlendirmede çok önemli olduğu anlaşıldı. Ülkemizde oluşan alt tipler, çeşitli araştırmalarda öne sürülen alt tiplerle uyumlu gözükmektedir. Panik bozukluğunun alt tiplerinin belirlenmesi tedaviye cevabın değişkenliğinin, dirençli olgularda girişimlerin seçiminin ve tedavi sonucunun öngörülmesine yardımcı olabilecektir. Semptom yapısı değişkenliğinin araştırılması ile yapılan alt tiplendirmenin diğer anksiyete bozuklukları açısından da bir örnek oluşturabileceği düşünülmektedir.

Çalışmanın kısıtlılığı, DSM-IV-TR tanı ölçütleri II. eksen tanılarının araştırılarak dışlanmaması nedeniyle, bu bozuklukların panik bozukluğu alt tiplerine olan etkilerinin araştırılmamasıdır. II. eksen tanıları incelenerek yapılacak yeni çalışmaların aydınlatıcı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmanın sonucu olarak, ülkemizdeki hastalardaki PB belirtilerinin DSM-IV-TR tanı ölçütlerini desteklediği, kantitatif yöntemlerle alt tiplendirmenin natürel araştırma ortamında PB'yi anlamlı alt gruplara ayırdığı saptandı. Panik atak DSM tanı sisteminde 13 semptom ile tanınmakta ve en az dördünün bir arada bulunmasının gerekliliği vurgulanmaktadır. Bu geniş yelpazede bulunan bedensel ve ruhsal belirtiler, hastaların çoğunda belirli bir ağırlıkta görülmekte ve birinin varlığı diğerinin varlığı için bir öngörücü gibi durmaktadır. Bu değişken gruplanmanın, tedaviye yanıtı da değişkenlik gösteren bu bozukluğun tedavisini, terapisini şekillendirirken araştırmacı ve klinisyene yol gösterici olabileceği düşünüldü.

KAYNAKLAR

1. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Smith S, Huang B, Saha TD. The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:363-374.
2. Amerikan Psikiyatri Birliđi. Psikiyatrik hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı (DSM-IV-TR). Körođlu E (Çeviri Ed.), yeniden gözden geçirilmiş 4. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliđi, 2001.
3. Ley R. The many faces of PAN: psychological and physiological differences among three types of panic attacks. *Behav Res Ther* 1992; 30:347-357.
4. Seguí J, Salvador-Carulla L, García L, Canet J, Ortiz M, Farré JM. Subtyping panic disorders according to their symptoms. *Med Clin (Barc)* 1998; 110:524-528.
5. Seguí J, Salvador-Carulla L, García L, Canet J, Ortiz M, Farré JM. Semiology and subtyping of panic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 97:272-277.
6. Aronson TA, Logue JM. Phenomenology of panic attacks: a descriptive study of panic disorder patients' self reports. *J Clin Psychiatry* 1988; 49:8-13.
7. Briggs AC, Stretch DD, Brandon S. Subtyping of panic disorder by symptom profile. *Br J Psychiatry* 1993; 163:201-209.
8. Shioiri T, Someya T, Murashita J, Takahashi S. The symptom structure of panic disorder: a trial using factor and cluster analysis. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93:80-86.
9. Starcevic V, Kellner R, Uhlenhuth EH, Pathak D. The phenomenology of panic attacks in panic disorder with and without agoraphobia. *Comp Psychiatry* 1993; 34:36-41.
10. Sarısoy G, Böke Ö, Arık AC, Sahin AR. Panic disorder with nocturnal panic attacks: symptoms and comorbidities. *Eur Psychiatry* 2008; 23:195-200.
11. Meuret AE, White KS, Ritz T, Roth WT, Hofmann SG, Brown TA. Panic attack symptom dimensions and their relationship to illness characteristics in panic disorder. *J Psychiatr Res* 2006; 40:520-527.
12. Biber B, Alkın T. Panic disorder subtypes: differential responses to CO2 challenge. *Am J Psychiatry* 1999; 156:739-744.
13. Mellman TA, Uhde TW. Sleep panic attacks; new clinical findings and theoretical implications. *Am J Psychiatry* 1989; 146:1204-1207.
14. Labbate LA, Pollack MH, Otto MW, Langenauer S, Rosenbaum JF. Sleep panic attacks: an association with childhood anxiety and adult psychopathology. *Biol Psychiatry* 1994; 36:57-60.
15. Katon WJ. Panic disorder and somatization: review of 55 cases. *Am J Med* 1984; 77:101-106.
16. Garssen B, de Beurs E, Buikhuisen M, van Balkom A, Lange A, van Dyck R. On distinguishing types of panic. *J Anxiety Disord* 1996; 10:173-184.
17. Nardi AE, Nascimento I, Valença AM, Lopes FL, Mezzasalma MA, Zin WA, Versiani M. Respiratory panic disorder subtype: acute and long-term response to nortriptyline, a noradrenergic tricyclic antidepressant. *Psychiatry Res* 2003; 120:283-293.
18. Jacob RG, Møller MB, Turner SM, Wall C 3rd. Otoneurological examination in panic disorder and agoraphobia with panic attacks: a pilot study. *Am J Psychiatry* 1985; 142:715-720.
19. Lydiard RB, Greenwald S, Weissman MM, Johnson J, Drossman DA, Ballenger JC. Panic disorder and gastrointestinal symptoms: findings from the NIMH epidemiologic catchment Area Project. *Am J Psychiatry* 1994; 151:64-70.
20. Cassano GB, Petracca A, Perugi G, Toni C, Tundo A, Roth M. Derealization and panic attacks: a clinical evaluation of 150 patients with panic disorder/agoraphobia. *Compr Psychiatry* 1989; 30:5-12.
21. Boer JA. Defining panic: a diagnostic dilemma. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 1997; 12 (Suppl.1): 3-6.
22. Cox BJ, Hasey G, Swinson RP, Kuch K, Cooke R, Warsh J, Jorna T. The symptom structure of panic attacks in depressed and anxious patients. *Can J Psychiatry* 1993; 38:181-184.
23. de Beurs E, Garssen B, Buikhuisen M, Lange A, van Balkom A, Van Dyck R. Continuous monitoring of panic. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90:38-45.
24. Bandelow B, Amering M, Benkert O, Marks I, Nardi AE, Osterheider M, Tannock C, Tremper J, Versiani M. Cardio-respiratory and other symptom clusters in panic disorder. *Anxiety* 1996; 2:99-101.
25. Konkan R, Yaçınkaya S, Erkıran M, Erkmen H. Panik bozukluğu ve komorbid tanılar. *Düşünen Adam Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Dergisi*; 2003, 16:219-222.
26. Cox BJ, Endler NS, Norton GR. Levels of "nonclinical panic". *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1994; 25:35-40.
27. First MB, Spitzer RL, Gibbon M. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) Clinical Version, Washington DC: American Psychiatric Press Inc, 1997.
28. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Körođlu E. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon. Ankara. Hekimler Yayın Birliđi, 1999.

29. Bandelow B, Brunner E, Broocks A, Beinroth D, Hajak G, Pralle L, Rüther E. The use of the Panic and Agoraphobia Scale (PAS) in a Clinical Trial. *Psychiatry Res* 1998; 77:43-49.
30. Tural U, Fidaner H, Alkın T, Bandelow B. Panik agorafobi ölçeği (PAÖ) Türkçe uyarlaması. *Turk Psikiyatri Derg* 2000; 11:29-39.
31. Williams JB. A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatr* 1988; 45:742-747.
32. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İçcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji ve Psikofarmakoloji* 1996; 4:251-259.
33. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56:893-897.
34. Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. Turkish Version of The Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cognitive Psychotherapy: Int Quaterly* 1998; 12:28-35.
35. Turgeon L, Marchand A, Dupuis G. Clinical features in panic disorder with agoraphobia: a comparison of men and women. *J Anxiety Disord* 1998; 12:539-553.
36. Shioiri T, Someya T, Fujii K, Noguchi T, Takahashi S. Differences in symptom structure between panic attack and limited symptom panic attack: a study using cluster analysis. *Psychiatry Clin Neurosci* 1997; 51:47-51.