

Uyku Panik Atağı: Farklı Bir Alt Tip mi?

Özlem Girit Çetinkaya¹,
Kürşat Altınbaş¹, Derya İpekçioğlu¹,
Sezgin Erdiman¹, Şeref Özer¹

¹Psikiyatrist, Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul - Türkiye

ÖZET

Uyku panik atağı: Farklı bir alt tip mi?

Amaç: Bu çalışmanın amacı, uyku panik atağının (UPA) farklı bir yapıya sahip olup olmadığının ve ayrı bir alt tip olarak kabul edilip edilemeyeceğinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışmaya alınan vakalara, bu çalışma için geliştirilen sosyodemografik soru formu, SCID-I, SCID-II, Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ) ve davranış değişikliklerini değerlendirmek amacıyla Bakırköy Panik Bozukluğu Davranış Değişikliği Formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmaya dahil edilen 98 panik bozukluğu hastasının 5'inde, çalışma kriterlerine göre uyku panik atağı saptanmıştır.

Bulgular: Yaptığımız çalışmada, panik bozukluğu hastalarının %47.9'unun uyku panik atağı geçirdiği bulunmuştur. Çalışmamızda, uyku panik atağı olgularında en sık görülen belirtiler; boğulma hissi, uyusukluk, çarpıntı, denge kaybı, ölüm korkusu ve korkuya kapılma olarak bulunmuştur. UPA olan panik bozukluğu olgularında, hastalığın daha şiddetli seyrettiği, depresyon birikteliğinin sık olduğu bulunmuştur. Ayrıca, bu hastalarda uyku bozukluklarının eşlik ettiği, uykuya dalma ve sürdürmekte zorluk yaşandığı, sabah yorgun kalkmanın sık görüldüğü bulunmuştur. Ek olarak, uyku ile ilgili kaçınmalar ve davranış değişiklikleri saptanmıştır. Uyku panik atağı olan panik bozukluğu olgularının, uyumaktan ve yalnız yatmaktan kaçınma davranışı sergilediği bulunmuştur.

Sonuç: Uyku panik atağı olan panik bozukluk grubunda semptomların daha şiddetli yaşanması, uyku panik atağının ayrı bir alt grup olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: Uyku panik atağı, alt tip, panik bozukluğu

ABSTRACT

Nocturnal panic attack: is it an another subtype?

Objective: The aim of this study is to investigate if the nocturnal panic attack has different features and might be considered as a subtype or not.

Methods: Sociodemographic data form, SCID-I, SCID-II, Panic and Agoraphobia Scale (PAS), Hamilton Depression Scale (HAM-D), Beck Anxiety Scale, and Bakırköy Panic Disorder Behavioral Changes Form are applied to the participants. 51 of the 98 patients were suffering from Nocturnal Panic Attacks according to the inclusion/exclusion criteria.

Results: It was revealed that 47.9% of the panic disorder patients were suffering from nocturnal panic attacks. The most frequent symptoms in nocturnal panic disorder cases were experiences of feelings like drowning, lethargy, palpitation, vertigo, fear of death, and anxiety. The existence of nocturnal panic attacks is found to be related with severity of the disorder and comorbid depression. Moreover, comorbid sleep disturbances characterized with troubles in falling asleep, difficulty in sustaining sleep, feeling tired in the morning, were observed. There were sleep related avoidances and behavioral changes. Panic disorder patients with nocturnal panic attacks were found to avoid sleeping, or going to bed alone.

Conclusions: Panic disorder cases with nocturnal panic attacks had more severe symptoms. From here, it can be concluded that it might be a subtype of panic disorder.

Key words: Nocturnal panic attack, subtype, panic disorder

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Psikiyatrist Özlem Girit Çetinkaya,
Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 4. Psikiyatri Servisi
İstanbul - Türkiye

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

Faks / Fax: +90-212-660-5441

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

Geliş tarihi / Date of receipt:
18 Ocak 2011 / January 18, 2011

Kabul tarihi / Date of acceptance:
03 Nisan 2011 / April 03, 2011

GİRİŞ

Panik bozukluk (PB); kendiliğinden ortaya çıkan, tekrarlayıcı, beklenmedik panik ataklarının olması ile kendisini gösteren, ataklar arasında yeni atakların olacağına ilişkin kaygının eşlik ettiği (beklenti anksiyetesi) bir anksiyete bozukluğudur (1). Panik atak (PA), başta panik

bozukluğu olmak üzere, anksiyete bozuklukları başlığı altındaki diğer psikiyatrik bozukluklarda da (sosyal fobi, travma sonrası stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, ayrılma anksiyetesi bozukluğu) görülebilen, yoğun bir anksiyete nöbetidir (2). Panik bozukluğu ile ilgili literatürdeki son çalışmalarda, panik bozukluğu hastalarının değişik belirti kümelerinde

toplandığı ve bu belirti kümelerine göre de farklı özellikler gösterdikleri bildirilmiştir (3). Panik bozukluğunun tek tip bir bozukluk değil, birçok alt tipten oluşan heterojen bir topluluk olduğu anlaşılmıştır. Her alt tipin klinik görünüm, davranış değişikliği ve sosyodemografik özellikler yönünden farklı olacağı düşünülmüştür (4). Panik bozukluğu alt tiplerinin belirlenmesi ve özelliklerinin tespit edilmesi; hastalık şiddeti, psikiyatrik ve fiziksel hastalık komorbiditesi ve değişik tedavi biçimlerine yanıt ve prognoz gibi unsurların değerlendirilmesinde önem taşımaktadır (5,6). Panik bozukluğu alt tiplerinden ilk olarak, “maskeli anksiyete” ya da “aleksitimik panik” tanımlanmıştır (7,8). Sonraki yıllarda, korku bağlantılı kognisyonların bulunmadığı “nonkognitif” panikler (8,9) ve “uyku panik atakları” tanımlanmıştır (10). Uyku panik atağı ile ilgili çalışmalar, 1989’da Mellman, Craske ve Barlow ile başlamış ve çok değerli araştırmacıların katkıları ile devam etmiştir (11-14).

Uyku panik atağı (UPA); uyku sırasında nedensiz olarak başlayan, hastayı uykudan uyandıran ve dehşet içinde bırakan yineleyici panik ataklarından oluşan, panik bozukluğu alt tipidir. Çalışmalar, yineleyici uyku panik ataklarının, panik bozukluğu hastalarının %18-33’ünde görüldüğünü bildirmiştir (8). UPA olgularında en sık görülen semptomlar, dispne, sıcak basması ve bunu izleyen çarpıntıdır (3,15). Birçok farklı araştırmacı, klasik panik olgularına kıyasla, uyku panik bozukluğu olgularında kliniğin daha ciddi, daha ağır, gün boyu atak sıklığının daha fazla ve somatik duyuların daha yoğun olduğunu bildirmişlerdir (15-17). Norton ve arkadaşları (3) ise, uyku panik atağı olgularında daha fazla belirti yaşandığını ve özellikle göğüs ağrısının fazla olduğunu; ölüm korkusu, nefes darlığı ya da nefesin kesilmesi açısından fark olmadığını bildirmiştir. Ağargün ve Kara (4) ise, UPA olan panik bozukluğu olgularında, majör depresyon birlikteliğinin sık olduğunu ve tabloyu şiddetlendirdiğini, ayrıca bu olgularda özkıym riskinin arttığını bildirmişlerdir. Melman ve Uhde (10), panik atak tetikleyicileri yönünden klasik panik bozukluğu ile yaptıkları karşılaştırmada, gevşeme ve uyku yoksunluğunun, olguların uyku panik ataklarında, klasik panik ataklarına göre daha fazla rol oynadığını saptamıştır.

Bu bilgiler ışığında, bu çalışmada UPA olan olguların davranış değişikliklerinin saptanması, sınıflandırılması

ve saptanan davranış değişikliğinin klinik görünüm, hastalık başlama yaşı, hastalığın şiddeti, süresi, kaçınma davranışları ve sosyodemografik özellikler gibi değişkenlerle ilişkisinin belirlenmesi ve UPA olmayan klasik panik bozukluğu hastaları ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM ve GEREÇLER

Örneklem

Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran, poliklinik görüşmeleri sırasında bir psikiyatri uzmanı tarafından panik bozukluğu tanısı konmuş, 18-65 yaş arası, en az ilkokul mezunu olan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 98 hasta çalışmaya alınmıştır. Uyku PB grubundaki olgular için, en az 6 ay öncesinden UPA ve son ayda en az 2 defa UPA yaşamış olma ya da en azından, son 2 ayda 2 atak ile ılımlı derecede UPA’nın tekrarlayacağı endişesi olması kriterleri belirlenmiştir (13,14). DSM-IV tanı ölçütlerine göre, genel tıbbi duruma veya alkol-madde kullanımının doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı panik bozukluğu, ciddi nörolojik hastalıkları ve elektroensefalografi patolojileri olanlar ile fiziksel hastalığı bulunanlar çalışma dışı bırakılmıştır.

Yöntem

Tüm panik bozukluğu hastalarına, I. Eksen tanılarını doğrulamak ve komorbid tanıları saptamak amacıyla, SCID-I (DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme) uygulanmış ve ek psikiyatrik tanısı olan vakalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Çalışmaya dahil edilen 98 panik bozukluğu hastasının 51’inde, örneklem bölümünde belirtilen kriterlere göre UPA saptandı. Çalışmaya alınan vakalara, bu çalışma için geliştirilen sosyodemografik soru formu uygulanarak kişisel, ailevi ve klinik özellik bilgileri belirlendi. Psikiyatrik görüşmede, DSM-IV uyumlu SCID-I Klinik Versiyon kullanılarak, panik bozukluğu tanısı doğrulandı ve olası eş tanıları belirlendi. Psikiyatrik görüşmede, DSM-IV uyumlu SCID-II Klinik Versiyon kullanılarak, kişilik bozukluğu olup olmadığı, varsa hastalık ve davranış değişikliklerine etkisi araştırıldı. Ayrıca, hastalara

beklenti anksiyetesi, agorafobik kaçınma, ailevi, sosyal, mesleki açıdan işlevsellik ve bedensel hastalık düşüncesinin değerlendirilmesi amacıyla Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ) ve davranış değişikliklerini değerlendirmek amacıyla Bakırköy Panik Bozukluğu Davranış Değişikliği Formu uygulandı.

Çalışmaya katılan hastalardaki depresif belirtilerin ve anksiyetenin şiddetini tespit etmek, grupların depresif belirtilerinin derecesini ve anksiyete oranlarını karşılaştırmak, aynı grup hastalar arasında, depresif belirtilerin ve anksiyetenin şiddetiyle, hastaların, varsa davranış değişikliği göstermeleri arasında ilişki olup olmadığını incelemek amacı ile, her iki hastalık grubuna Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği uygulandı.

Gereçler

1. Sosyodemografik Veri Formu: Araştırmacılar tarafından çalışmaya katılan olguların çeşitli sosyodemografik bilgilerini ve klinik özelliklerini değerlendirmek için hazırlanmış 28 soruluk bir formdur.

2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılanmış Klinik Görüşme (SCID-I): DSM-IV tanı ölçütlerinin taranması, belirtilerin sistematik olarak araştırılması için kullanılmıştır (18,19).

3. DSM-IV Eksen II Bozuklukları İçin Yapılanmış Klinik Görüşme (SCID-II): SCID-II ise, kişilik bozukluğu tanımlarını koymayı sağlayan yapılandırılmış görüşmedir (20).

4. Panik Bozukluğu Davranış Değişikliği Soru Formu (ek 1): Ülkemizde panik bozukluğu hastalarının davranış değişikliklerini saptamak için, Özer tarafından geliştirilmiş bir soru formudur. Soru formu oluşturulurken klinik gözlemlerden, hasta bildirimlerinden ve Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği Tural ve arkadaşları (21) tarafından ortaya konmuş, "Yaşamboyu Panik Agorafobi Spektrum Ölçeği"nden yararlanılmıştır. Davranış değişiklikleri; kaçınma davranışı, önlem alma davranışı ve güvence arayışı davranışı olmak üzere 3 başlığa ayrılmıştır. Soru formu, 88 soru ve her soru için 4 şık içerir. Davranış değişiklikleri, panik bozukluğu başlamadan önce ve başladıktan sonra hiçbir zaman mevcut değilse, 'a' şikkında; panik bozukluğu başlamadan önce de

zaten var ve panik bozukluğu başladıktan sonra da hiçbir farklılık olmadan aynı şekilde devam ediyor ise, 'b' şikkında; panik bozukluğu başlamadan önce de var olmakla birlikte, panik bozukluğu başladıktan sonra daha şiddetlenerek devam ediyor ise, 'c' şikkında; panik bozukluğundan önce kesinlikle yokken, panik bozukluğu başladıktan sonra ortaya çıkmış ise, 'd' şikkında belirtilmiştir.

5. Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ): Agorafobili ya da agorafobisiz panik bozukluğu olan hastalara uygulanır. Beş alt birimi vardır:

a-Panik atağı özellikleri: 3 derecelendirme yapılan ve derecelendirilmeyen bir soru

b-Agorafobi / kaçınma davranışı: 3 soru

c-Beklenti anksiyetesi: 2 soru

d-Yeti yitimi: 3 soru

e-Sağlık konusunda endişe: 2 soru

Her alt bölüm bileşen puanını, tüm bileşenlerin toplamı ise toplam şiddet puanını belirler. Türkçe uyarlaması Tural ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (21-23).

6. Beck Anksiyete Ölçeği: Kişideki anksiyetenin derecelendirilmesi için kullanılan bir ölçektir. Toplam 21 somatik ve kognitif anksiyete yakınması içerir (23).

7. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ): Hastalardaki depresyonun düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılan bir ölçektir (23).

İstatistiksel Değerlendirme

İstatistiksel işlemler sırasında, SPSS Windows için paket programı kullanılmıştır. Kategorik veriler için ki kare testi, kategorik olmayan, normal dağılıma uyan verilerin karşılaştırılması için iki yönlü t testi ve normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılması için Mann-Whitney-U testi kullanılmıştır. Tüm testler için anlamlılık düzeyi <0.05 olarak belirlendi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 98 panik bozukluğu hastasının 51'inde (%52.1) UPA saptandı. Her iki grupta da, kadınlar daha fazla (UPA %84.3 ve UPA olmayan: %70.2), hastaların büyük çoğunluğu evli (UPA: %86.3 ve UPA olmayan: %63.8) ve ortalama yaş UPA grubunda

40.6±8.4 ve UPA olmayan grupta 37.7±9.5 olarak bulundu. Gruplar arasında cinsiyet ($\chi^2=2.79$, $p=0.09$), yaş ($t=1.62$, $p=0.10$) ve medeni durum ($\chi^2=6.76$, $p=0.08$) açısından istatistiksel bir farklılık saptanmadı. Ancak UPA olan ve olmayan gruplar arasında eğitim düzeyi ($\chi^2=8.26$, $p=0.041$) ve çalışma yaşantısı ($\chi^2=8.41$, $p=0.004$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. UPA grubunun %70.6'sı ilköğretim mezunu iken UPA olmayan grubun %42.6'sı ilköğretim, %14.9'u ortaokul ve %31.9'u lise mezunuydu. UPA olanlarda, eğitim düzeylerinin daha düşük ve çalışmayan hastaların sayısının daha fazla olduğu saptandı.

Ortalama hastalık süresi, UPA grubunda 104±98.3 ay iken, UPA olmayan grupta 99.4±92.9 aydı. Bu fark istatistiksel anlamlılık düzeyinde değildi ($Z=-0.06$, $p=0.94$). Gruplar ilk atak sürelerine göre kıyaslandıklarında, UPA grubunda ortalama atak süresi 34.9±27.3 dakika ve UPA olmayan grupta ise 36.2±33.5 dakika olarak saptandı ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı değildi ($Z=-0.02$, $p=0.85$).

Özgeçmiş ve Soygeçmiş İlişkin Klinik Özellikler: UPA olan ve olmayan gruplar arasında, anne-baba kaybı ($\chi^2=0.00$, $p=0.99$), anne-baba ayrılığı ($\chi^2=0.37$, $p=0.53$), okul fobisi ($\chi^2=3.60$, $p=0.05$), ayrılık anksiyetesi ($\chi^2=0.50$, $p=0.47$), özkıyım girişimi ($\chi^2=1.13$, $p=0.28$) ve son bir yılda stres etkeni ($\chi^2=0.07$, $p=0.77$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak UPA olan grup, olmayan gruba oranla son 1 ayda daha fazla stres etkeni yaşadığını bildirmiştir ($\chi^2=3.93$, $p=0.04$).

Alkol ve Psikoaktif Madde (PAM) Kullanımı: UPA olan ve olmayanlar arasında, alkol kullanımı ($\chi^2=0.89$, $p=0.34$), PAM kullanımı ($\chi^2=0.93$, $p=0.33$), soygeçmişte panik bozukluğu ($\chi^2=0.10$, $p=0.74$) ve genel tıbbi hastalık öyküsü ($\chi^2=0.02$, $p=0.86$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak soygeçmiş öyküsünde psikiyatrik diğer hastalık öyküsü açısından anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=5.40$, $p=0.02$).

Uyku Bozuklukları: UPA olan ve olmayan gruplar arasında, uykuya dalmakta güçlük ($\chi^2=39.5$, $p<0.001$), uykuyu sürdürme güçlüğü ($\chi^2=50.4$, $p<0.001$) ve sabah yorgun kalkma ($\chi^2=56.1$, $p<0.001$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. UPA olan grubun, olmayan gruba oranla uykuya dalmakta ve uykuyu sür-

dürmekte daha fazla güçlük yaşadığı, daha fazla sabah yorgun kalktığı ($p<0.001$) ve aynı zamanda, uyumaktan ($\chi^2=33.8$, $p<0.001$) ve yalnız yatmaktan ($\chi^2=39.9$, $p<0.001$) daha fazla kaçındığı saptanmıştır.

Uykuda panik atağı geçiren grubun, atağı geçirme saati incelendiğinde, atakların en çok saat 03.00'de (%28), ikinci sıklıkta 02.00'de (%10), üçüncü sıklıkta da saat 04.00'de (%5) meydana geldiği saptanmıştır.

İlk Panik Atak Özellikleri: UPA olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında, ilk panik atağın geçirildiği yer ($\chi^2=8.8$, $p=0.11$), ilk panik atağın ne yaparken geçirildiği ($\chi^2=11.9$, $p=0.06$), ilk panik atağı sırasında nasıl davranıldığı ($\chi^2=2.2$, $p=0.82$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Her iki grupta da ilk panik atağın evde (UPA: %68.6, UPA olmayan: %44.7), dinlenirken (UPA: %45.1, UPA olmayan: %55.3) deneyimlendiği ve acil hastaneye gidildiği (UPA: %56.9, UPA olmayan: %57.4) saptanmıştır.

Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ) ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) Puanları: UPA olan ve olmayan gruplar arasında, PAÖ ($t=3.2$, $p<0.001$) ve HDDÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($t=4.3$, $p<0.01$). UPA olanlar, her iki uygulanan ölçekte de daha fazla puan almıştır.

Anksiyete Semptomları İle Beck Anksiyete Ölçeği İlişkisi: UPA olan grupta, olmayanlara kıyasla, uyuşma ($t=2.17$, $p=0.03$), kötü şeyler olacak hissi ($t=2.6$, $p=0.01$), kalp çarpıntısı ($t=3.2$, $p=0.002$), denge kaybı ($t=2.1$, $p=0.04$), titreklilik ($t=2.05$, $p=0.04$), ölüm korkusu ($t=2.3$, $p=0.02$), korkuya kapılma ($t=3.07$, $p<0.01$), boğulma hissini ($t=3.3$, $p<0.01$) daha fazla görüldüğü saptanmışken; ateş basması, bacaklarda halsizlik, gevşeyememe, baş dönmesi, dehşete kapılma, sinirlilik, ellerde titreme, kontrolü kaybetme, nefes almada güçlük, baygınlık, yüzün kızarması ve terleme hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Beck Anksiyete ölçeği toplam puanları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 1).

Kaçınma-Önlem Alma Davranışı: UPA olan ve olmayan hastalar, PB davranış değişiklikleri soru formunun önlem alma davranışı bölümünde yer alan 32 soruya verdikleri yanıtlar açısından karşılaştırıldıklarında; UPA hastalarının, yalnız kalamamak ve çoğu zaman birisinin

Tablo 1: Anksiyete Semptomları- Beck Anksiyete Ölçeği Puanları

	UPA	n	Ortalama	S.S.	t	p
Beck Anksiyete Toplam	UPA Var	51	34.75	2.44	0.43	0.67
	UPA Yok	47	31.21	5.47		
Uyuşma	UPA Var	51	1.53	1.16	2.17	0.03
	UPA Yok	47	1.04	1.06		
Ateş Basması	UPA Var	51	1.71	1.24	1.59	0.12
	UPA Yok	47	1.32	1.16		
Bacaklarda halsizlik	UPA Var	51	1.73	1.15	1.70	0.09
	UPA Yok	47	1.32	1.22		
Gevşeyememe	UPA Var	51	1.57	1.27	1.10	0.27
	UPA Yok	47	1.30	1.16		
Kötü şeyler olacak korkusu	UPA Var	51	1.82	1.18	2.64	<0.01
	UPA Yok	47	1.17	1.27		
Baş dönmesi	UPA Var	51	1.61	1.22	1.96	0.05
	UPA Yok	47	1.15	1.05		
Kalp çarpıntısı	UPA Var	51	2.33	1.05	3.25	<0.01
	UPA Yok	47	1.62	1.13		
Denge kaybı hissi	UPA Var	51	1.47	1.36	2.10	0.04
	UPA Yok	47	0.94	1.13		
Dehşete kapılma	UPA Var	51	1.49	1.27	1.24	0.22
	UPA Yok	47	1.17	1.27		
Sinirlilik	UPA Var	51	1.63	1.25	1.01	0.31
	UPA Yok	47	1.38	1.13		
Boğulma hissi	UPA Var	51	2.10	1.22	3.32	<0.01
	UPA Yok	47	1.26	1.29		
Ellerde titreme	UPA Var	51	1.33	1.23	1.33	0.19
	UPA Yok	47	1.02	1.09		
Titrelik	UPA Var	51	1.57	3.13	2.05	0.04
	UPA Yok	47	0.60	0.95		
Kontrolü kaybetme	UPA Var	51	1.10	1.17	0.99	0.32
	UPA Yok	47	0.87	1.08		
Nefes alma güçlüğü	UPA Var	51	1.98	1.29	1.34	0.18
	UPA Yok	47	1.55	1.84		
Ölüm korkusu	UPA Var	51	2.59	2.89	2.33	0.02
	UPA Yok	47	1.51	1.36		
Korkuya kapılma	UPA Var	51	2.18	1.14	3.07	<0.01
	UPA Yok	47	1.45	1.21		
Midede rahatsızlık	UPA Var	51	1.43	1.31	1.79	0.08
	UPA Yok	47	0.98	1.19		
Baygınlık	UPA Var	51	0.49	0.93	1.11	0.27
	UPA Yok	47	0.30	0.78		
Yüz kızarması	UPA Var	51	0.78	1.06	1.04	0.30
	UPA Yok	47	0.57	0.93		
Terleme	UPA Var	51	1.51	1.28	0.43	0.67
	UPA Yok	47	1.40	1.16		

t: Student t test, UPA: Uyku panik atağı, S.S.: Standart sapma

bulunmasını istemek; ev dışına çıkarken, yanlarında (çanta, cep, cüzdan ya da arabalarında) daima bazı ilaçları bulundurmak; evlerinin ya da eşlerinin adresini ya da telefon numarasını bulundurmak; uyurken mutlaka yanlarında başkasının bulunmasını istemek; sinema, tiyatro gibi yerlerde kapıya yakın oturmaya dikkat

etmek gibi önlem alma davranışlarını daha fazla yaptıkları saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 2).

Güvence Arama Davranışı: UPA olan ve olmayan hastalar, panik bozukluğu davranış değişiklikleri soru formunun güvence arayışı davranışı bölümünde yer alan 18 soruya verdikleri yanıtlar açısından karşılaştırıldıklarında;

Tablo 2: Kaçınma-Önlem Alma Davranışı

		UPA olan		UPA olmayan		χ^2	SD	p
		n	%	n	%			
Bedensel bir hastalığın kendisinde var olduğu konusunda ciddi endişe taşıma	a	14	27.5	16	34.0	4.99	3	0.17
	b	1	2.0	0	0			
	c	4	7.8	0	0			
	d	32	62.7	31	66.0			
Yalnız kalamama ve çoğu zaman yanında birisinin bulunmasını isteme	a	15	29.4	28	59.6	10.04	3	0.02
	b	2	3.9	1	2.1			
	c	2	3.9	0	0			
	d	32	62.7	18	38.3			
Ev dışına çıkarken, yanında (çanta, cep, cüzdan ya da arabanızda) daima bazı ilaçları bulundurma	a	18	35.3	31	66.0	9.73	3	0.02
	b	2	3.9	2	4.3			
	c	2	3.9	1	2.1			
	d	29	56.9	13	27.7			
Yanında daima uğurlu saydığı bir eşya bulundurma	a	41	80.4	41	37.2	2.76	3	0.43
	b	0	0	1	2.1			
	c	1	2.0	1	2.1			
	d	9	17.6	4	8.5			
Ev adresini ya da eşinin adresini ya da telefon numarasını bulundurma	a	29	56.9	33	70.2	9.37	3	0.03
	b	1	2.0	5	10.6			
	c	1	2.0	2	4.3			
	d	20	39.2	7	14.9			
Uyurken yatak odasının ışığını açık bırakma	a	28	54.9	26	55.3	1.67	3	0.64
	b	3	5.9	5	10.6			
	c	1	2.0	0	0			
	d	19	37.3	16	34.0			
Uyurken yatak odasının kapısını açık bırakma	a	23	45.1	23	48.9	2.94	3	0.40
	b	6	11.8	2	4.3			
	c	1	2.0	3	6.4			
	d	21	41.2	19	40.4			
Uyurken mutlaka yanında başkasının bulunmasını isteme	a	13	25.5	28	59.6	12.21	3	<0.01
	b	1	2.0	0	0			
	c	3	5.9	2	4.3			
	d	34	66.7	17	36.2			
Sinema, tiyatro gibi yerlerde kapıya yakın yerlerde oturmaya dikkat etmek	a	24	47.1	34	72.3	6.47	2	0.04
	b	0	0	0	0			
	c	2	3.9	1	2.1			
	d	25	49.0	12	25.5			
Evden çıkarken daima bir şeyler yeme	a	37	72.5	39	83.0	2.21	3	0.53
	b	1	2.0	1	2.1			
	c	1	2.0	0	0			
	d	12	23.5	7	14.9			
Bayılma ve kendinden geçme endişesi nedeniyle bu durumdayken çalınmaması için değerli takılar takmama	a	41	80.4	38	80.9	2.49	3	0.48
	b	0	0	1	2.1			
	c	0	0	1	2.1			
	d	10	19.6	7	14.9			

χ^2 : Ki kare test, UPA: Uykü panik atağı, S.D.: Serbestlik derecesi

UPA hastalarının, arkadaşları ve aileleri tarafından “onlara bir şey olmayacağı” konusunda rahatlatılma ve güvence verilmesine daha sık ihtiyaç duydukları ($\chi^2=9.9$, $p=0.02$),

ev dışında bir yere gittiklerinde yakınlarda doktor, hasta-ne ya da eczane olup olmadığını öğrenmeye daha sık çalıştıkları ($\chi^2=9.7$, $p=0.02$) saptanmıştır.

TARTIŞMA

Uyku panik atağı, panik bozukluğu hastaları arasında sık rastlanan bir klinik durumdur; ne var ki bu durumun anlamı ve önemi pek anlaşılammıştır. Bazı çalışmalar, uyku panik bozukluğunun daha şiddetli hastalık seyrine işaret ettiğini bildirmektedir. Uyku panik atağının ayrı bir sendrom ya da bozukluk çeşidi olduğu ve özgün eti-yolojik, psikopatolojik ve biyolojik yollara sahip olabileceği düşünülmektedir (24). Norton ve arkadaşları (3), uyku panik atağı olanlarla ve olmayanların karşılaştırıl-masında, yaş ve hastalık başlama yaşı bakımından her-hangi bir farklılığın görülmediğini bulmuşlardır. Bu bul-gular, bizim çalışmamızla da benzerlik göstermektedir.

Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, panik bozuk-luğa kadınlarda, erkeklere oranla daha sık rastlanmaktadır (2). Çalışmamızda da, hem UPA grubunda (%84.3) hem de UPA olmayan grupta (%70.2) kadın hastalar çoğunluk-taydı. Bu açıdan çalışmamızda saptadığımız kadın/erkek oranı, Briggs ve arkadaşlarının (25) çalışmalarında saptadıkları oranla (%62/%38) tutarlılık göstermektedir. Bin yüz altmış sekiz hastayı kapsayan çok uluslu panik bozukluğu araştırmalarında, hastaların %62'sini kadınların, %38'ini erkeklerin oluşturduğunu bildirilmişlerdir (25). Çalışma-mızda, uyku panik atağı olan ve olmayan gruplar arasında, eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Uyku panik atağı olan panik bozukluğu has-talarının daha eğitimsiz oldukları saptanmıştır. 2007 ve 2008 de yapılan iki çalışmada da, eğitim düzeyi açısından anlamlı fark saptanmamıştır (11,13).

UPA olan grupta, çalışmayan hastaların sayısının daha fazla olduğu saptanmıştır. Bunun yanında, araştır-mamıza dahil edilen hastaların çoğunluğu ev kadını idi ve düşük sosyoekonomik düzeyli gruptan gelmekteydi. Hastanemizin, daha çok sosyoekonomik açıdan düşük düzeyde insanlara hizmet veriyor olmasının sonuca kat-kıda bulunmuş olabileceği düşünülmektedir. Düşük sosyoekonomik düzeyin panik bozukluğa yatkınlık yarattığı ve panik bozukluğu etiolojisinde rol oynadığı düşünülen stresli yaşam olaylarına düşük sosyoekono-mik gruptan kişilerin maruz kalma ihtimalinin daha faz-la olduğu bildirilmektedir (26). Bizim çalışmamızdaki sosyodemografik bilgiler, panik bozukluğuna toplu-mun düşük sosyoekonomik gruplarında daha sık rast-

landığı tezini desteklemektedir. Ancak bunun için daha geniş kapsamlı bir çalışmaya ihtiyaç vardır.

UPA'nın görülme sıklığına ilişkin yapılan birçok çalış-madan elde edilen veriler, %18-69 gibi geniş bir aralıkta dağılım gösterdiğini işaret etmektedir (5,27-30). Araştır-mamız sonucunda saptadığımız %47.9 oranı da diğer çalışmalarda saptanan geniş aralıkta yer almaktadır.

Öte yandan, çocukluk döneminde oluşan ayrılık ank-siyetesinin, yaşanan gerçek kayıp ve ayrılıkların eti-yolojide yerinin olabileceği ileri sürülmüştür. Tweed ve arka-daşları (31) çalışmalarında, 10 yaşın altında annesini kay-beden ya da ailesinden ayrılan kişilerde panik bozukluğu riskinin arttığını göstermişlerdir. Farklı araştırmacılar, ölüm ya da başka nedenlerle anne ya da babadan ayrılı-ğın, hastalığın kötü gidişiyile önemli ölçüde bağlantılı olduğunu bildirmişlerdir (32). Ancak bizim çalışmamız-da, gruplar arasında, anne-baba kaybı, anne-baba ayrılığı, okul korkusu, ayrılık anksiyetesi, özkıyım girişimi açı-sından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ayrıca bazı çalışmalarda, uyku panik atağı hikayesi olan hastaların çocuklukta daha fazla anksiyete zorlukları yaşadıkları ve sadece gündüz panik atağı olan kişilerden, genel olarak daha sağlıklı oldukları bulunmuştur (33). Ancak bu çalışmada aynı sonuca varılamaması, çocukluk çağına dair bilgilerin kişilerin beyanına dayanarak elde edilmesi ve kişilerin hatırlama zorluklarına bağlı olabilir. Ayrıca araştırmacıların, katılımcıların tedavisini sürdüren hekimler olmaması nedeniyle, kişiler, çocukluk çağına ait zorlantılarını paylaşmamış olabilirler. Bu konuda daha net sonuçlara ulaşmak için takip çalışmaları yapılmalıdır.

Panik bozukluğunun sıklıkla kayıp ve stres sonrasında ortaya çıktığı ve bu yaşam olaylarının hastalığın baş-langıcını tetikleyebileceği ileri sürülmüştür (34). Ayrıca, PB hastalarının %64'ünün, bozukluk başlamadan önceki bir yıl içerisinde olumsuz olaylar yaşadığı, kontrol gru-bunda bu oranın %35 olduğu bildirilmiştir. Düşük sos-yoekonomik düzey gruptan insanların, daha fazla, daha ağır derecede ve daha uzun dönemlerle strese maruz kal-dıkları ileri sürülmüştür (35,36). Bizim çalışmamızda saptanan, son bir yıl içerisinde yaşanan stres olayları açısından gruplar arasında farklılık bulunmaması litera-türle uyumlu değildir. Ancak UPA hastalarının, yalnızca son bir ay içerisinde yaşadığı stres olaylarının daha fazla olduğunun saptanması literatürü desteklemektedir.

UPA geçiren grubun, atağı geçirme saati incelendiğinde, atakların en çok saat 03.00'de (%28), ikinci sıklıkta 02.00'de (%10), üçüncü sıklıkta da saat 04.00'de (%5) olduğu saptanmıştır. Buradan hareketle, uykuda panik atağının gecenin ilk saatlerinde daha sık görüldüğü söylenebilir. Nitekim, literatürde bildirilen panik atakların %18'inin 01.30 ile 03.30 saatleri arasındaki uyku halinde meydana geldiği bulgusu (37) çalışmamızın bulguları ile uyumludur. Craske ve arkadaşları (38), çalışmalarında düzenli uyku panik atakları olan PB hastalarının, yelpazenin daha şiddetli uç noktasını temsil ettiklerini ve uyku panik atağı olmayan hastalara göre, bu hastalarda uyku rahatsızlıklarının daha sık görüldüğünü göstermiştir. Bu çalışmada da, benzer şekilde, uyku panik atağı olan grubun, olmayan gruba oranla uykuya dalmakta ve uykuyu sürdürmekte daha fazla güçlüğü olduğu, daha fazla sabah yorgun kalkma şikayeti olduğu saptanmıştır. Ayrıca UPA olan grubun, olmayan gruba oranla, uyumaktan ve yalnız yatmaktan daha fazla kaçındığı saptanmıştır. Uyku kalitesindeki bozulma ise klinik belirtiler üzerine olumsuz etki gösterebilmektedir (38-40). Nitekim, nasıl gündüz panik atağı olan hastalarda agorafobi oluşuyorsa, aynı şekilde, UPA olan kişilerde de ikincil erken anksiyete ve kaçınma davranışı oluşabileceği ileri sürülmüştür (41). Bir kişi UPA geçirdikten sonra, o kişide uykusuzluğa yol açacak koşullu bir uyuma korkusu oluşacağı, bunun da, korku ve kaçınma davranışlarını yoğunlaştıracak olan gündüz ve uyku panik ataklarını şiddetlendireceği öne sürülmüştür (41). Bunun yanı sıra, hastaların, düşük uyku yeterliliği, düşük toplam uyku süresi, yüksek orta ve geç uykusuzluk ve zayıf öznel uyku ve uyanma kalitesi sergiledikleri bildirilmiştir (42). Ülkemizde yapılmış bir çalışmada da, tekrarlayan UPA'nın, PB hastalarında uykusuzluğa yol açabileceği ifade edilmiştir (4). Bu bulgular, çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Aynı araştırmacılar, uyku panik atağı olmayanlarla karşılaştırıldığında, UPA geçiren PB hastalarında majör depresyon sıklığının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır ve UPA'nın, hastalık şiddetini değiştirerek yüksek intihar riskine katkıda bulunabileceğini ileri sürmüşlerdir (4). Bu durum, UPA olmayan hastalarla karşılaştırıldığında, UPA olan kişilerde daha şiddetli bir hastalık seyrinin olduğunu kaydeden diğer araştırmacıların bulgularıyla tutarlıdır (4,5,13,14). Bizim çalışmamızda ise, UPA olanların, UPA

olmayanlara oranla, PAÖ ve HDDÖ'den daha fazla puan aldığı saptanmıştır. Literatürde de, benzer sonuçlara ulaşılan çok sayıda çalışma vardır (4,5,13,14.) Bunun yanında, Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanları açısından anlamlı fark saptanmamışken, anksiyete semptomları ayrı ayrı değerlendirildiğinde, yalnızca uyuşma, kötü şeyler olacak hissi, kalp çarpıntısı, denge kaybı, titreklik, ölüm korkusu, korkuya kapılma ve boğulma hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. UPA olan grupta, bu semptomların daha şiddetli yaşandığı bulunmuştur. Benzer bulgular, Craske ve Barlow'un (15) çalışmasında da bildirilmiştir. Craske ve Barlow, UPA hikayesi olan kişilerin, olmayan kişilerden iki kat daha fazla diurnal atak bildirdiklerini ve atakların, özellikle göğüs ağrısı veya sıkıntısı ve mide bulantısı semptomlarının seviyeleri bakımından, daha şiddetli olduğunu bulmuştur. Ayrıca, UPA olan kişilerin daha büyük bir bölümü tıkanma veya boğulma hissi bildirmiştir. UPA grubunun daha büyük bir bölümünün çarpıntı, nabız sekmesi, nabız kaybı, göğüste basınç/daralma ve gaz/gaz çıkarma belirtileri yaşadığı kaydedilmiştir. Norton ve arkadaşları da (3), UPA hikayesi olan kişilerde semptomların sayısının, olmayan grupla kıyaslandığında, daha fazla olduğunu ve UPA hikayesi olanların, gündüz panik atağı esnasında daha fazla göğüs ağrısı geçirdiklerini bulmuşlardır.

Çalışmamızda saptanan diğer önemli bulgular, davranış değişiklikleri başlığı altında, kaçınma davranışı, güvence arama davranışı ve önlem alma davranışı alt başlıkları altında irdelenmiştir. Uyku panik atağı olan hastalar ev dışında çıkarken, yanlarında (çanta, cep, cüzdan ya da arabalarında) daima bazı ilaçları, evlerinin ya da eşlerinin adresini ya da telefon numarasını bulundurmak gibi önlem alma davranışlarında bulduklarını daha sık belirtmişlerdir.

Liteatürde, PB olgularının, beklenti anksiyetesiyle baş edebilmek için yanlarında "güvenlik nesnesi" taşımalarının, hastalar tarafından bir yakınma olarak gündeme getirilmediği bildirilmektedir (8). Hiç kullanılmadan sürekli olarak yanında taşınan ve hastada "güven" oluşturan bu nesnelerin sembolik anlamlarının olduğu düşünülmektedir. Bu durumun, bazı oyuncaklarını ya da battaniyelerini sürekli yanında taşıyan ve onlardan ayrıldıkları zaman çok huzursuz olan küçük çocukların durumuyla benzerliği dikkati çekicidir (8).

Araştırmamızda UPA hastaları, arkadaşları ve aileleri

tarafından “onlara bir şey olmayacağı” konusunda rahatlatılmaya ve güvence verilmesine ihtiyaç duyduklarını; ev dışında bir yere gittiklerinde, yakınlarda doktor, hastane ya da eczane olup olmadığını öğrenmeye gayret sarfettiklerini, UPA olmayan hastalara göre daha fazla belirtmişlerdir. Bu bulgu, literatürde bildirilen, PB hastalarının gereksinimleri olan güvenceyi alabilmek için hastalık belirtilerini dramatize etme, hileli davranışlar sergileme ve amaçlarına ulaşmak için rol yapma gibi yollara başvurabileceği bilgisiyle tutarlılık sergilemektedir (30). Hastaların sık acil servise başvurma, sık tıbbi tetkik yaptırma ve hatta hekimlerle “arkadaşlık ilişkisi” kurarak aradıkları güvenceyi sağlamaya çalıştıkları görülebilmektedir (30,43). Panik bozukluğu olan pek çok hasta, güvensizlik duyguları ile başa çıkabilmek için ailesinden, arkadaşlarından, komşularından ve doktorundan yardım istemektedir. UPA grubunda, UPA olmayan panik bozukluğu grubuna göre bu bulguların fazla olması daha şiddetli bir hastalık olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmanın en önemli kısıtlılıklarından bir tanesi, polisomnografi ile uykunun incelenememesi ve UPA'nın hasta beyanına göre değerlendirilmesidir. Geriye dönük sorgulamanın yapılması nedeniyle, abartma ve semptom hatırlanmasında olabilecek güçlüklerden kaçınılamaması,

ayrılık anksiyetesi, yaşam olayları ve tetikleyici stresör araştırmasında derinlemesine tartışma yapılamaması araştırmamızın diğer kısıtlılıkları arasında sayılabilir.

SONUÇ

Uyku panik atağı olan grup, olmayan gruba kıyasla, daha fazla uykuya dalma ve uykuyu sürdürme güçlüğü, daha fazla sabah yorgun kalkma şikayeti ve uyku kalitesinde bozulma deneyimlemekte, bu ise klinik belirtiler üzerinde olumsuz etki gösterebilmektedir. Bu nedenle, klinik pratikte, UPA olan hastaların tedavisinde bu özelliklerin göz önünde bulundurulması, tedavi seyri açısından oldukça önemlidir. Bunun yanı sıra, önlem alma davranışlarının da UPA hastalarında, gündüz panik bozukluğu hastalarına kıyasla daha fazla saptanması ve semptomların daha şiddetli yaşanması, panik bozukluğun ayrı bir alt grubu olabileceğini düşündürmektedir. Bu konuya odaklı, uzunlamasına izlem çalışmalarının yapılması, UPA hastalarının panik bozukluğun farklı bir alt tipi olup olmadığı konusuna açıklık getirilmesine yardımcı olacaktır.

Teşekkür: Araştırmanın istatistik değerlendirmesi konusunda yardımlarından dolayı Doç. Dr. Murat Erkiran'a teşekkürü bir borç biliriz.

KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4. Baskı (DSM-IV), Köroğlu E (Çeviri Ed.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1998, 517-596.
2. Bayraktar E. Panik bozukluğu ve agorafobi: İçinde Köroğlu E, Güleç C (editörler). Psikiyatri Temel Kitabı, 2. Baskı. Ankara: HYB Basım Yayın, 1997, 304-317.
3. Norton GR, Norton PJ, Walker JR, Cox BJ, Stein MB. A comparison of people with and without nocturnal panic attacks. J Behav Ther Exp Psychiatry 1999; 30:37-44.
4. Agargun MY, Kara H. Recurrent sleep panic, insomnia, and suicidal behavior in patients with panic disorder. Compr Psychiatry 1998; 39:149-151.
5. Lopes FL, Nardi AE, Nascimento I, Valenca AM, Zin WA. Nocturnal panic attacks. Arq Neuropsiquiatr 2002; 60:717-720.
6. Craske MG, Lang AJ, Tsao JC, Mystkowski JL, Rowe MK. Reactivity to interoceptive cues in nocturnal panic. J Behav Ther Exp Psychiatry 2001; 32:173-190.
7. Jones B.A. Panic attacks with masked by alexithymia. Psychosom Med 1984; 25:858-859.
8. Özer Ş. Panik bozukluğu. İstanbul: Okuyan Yayınları, 1999, 1-51.
9. Rachman S, Lopatka C, Levitt K. Experimental analyses of panic II: panic patients. Behav Res Ther 1988; 26:33-40.
10. Mellman TA, Uhde TW. Sleep panic attacks; new clinical findings and theoretical implications. Am J Psychiatry 1989; 146:1204-1207.
11. Freire RC, Valença AM, Nascimento I, Lopes FL, Mezzaselma MA, Zin WA, Nardi AE. Clinical features of respiratory and nocturnal panic disorder subtypes. Psychiatry Res 2007; 30:152:287-291.
12. Aikins DE, Craske MG. Sleep-based heart period variability in panic disorder with and without nocturnal panic attacks. J Anxiety Disord 2008; 22:453-463.
13. Sansoy G, Böke Ö, Arik AC, Şahin AR. Panic disorder with nocturnal panic attacks: symptoms and comorbidities. Eur Psychiatry 2008; 23:195-200.

14. Singareddy R, Uhde TW. Nocturnal sleep panic and depression: Relationship to subjective sleep in panic disorder. *J Affective Disord* 2009; 112:262-266.
15. Craske MG, Barlow DH. Nocturnal panic. *J Nerv Ment Dis* 1989; 177:160-167.
16. de Beurs E, Garssen B, Buikhuissen M, Lange A, van-Balkom A, Van Dyck R. Continuous monitoring of panic. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90:38-45.
17. Krystal JH, Woods SW, Hill CL, Charney DS. Characteristics of panic attack subtypes: assessment of spontaneous panic, situational panic, sleep panic, and limited symptom attacks. *Compr Psychiatry* 1991; 32:474-480.
18. First MB, Spitzer RL, Gibbon M. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinical Version. Washington D.C. and London: American Psychiatric Press Inc., 1997.
19. Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M. DSM IV Eksen I Bozuklukları (SCID I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinik Versiyon. Ankara: Hekimler Birliği Yayınevi, 1999.
20. Arkar H, Sorias O, Tunca Z, Safak C, Alkin T, Binnur Akdede B, Sahin S, Akvardar Y, Sari O, Ozerdem A, Cimilli C. Factorial structure, validity, and reliability of the Turkish temperament and character inventory. *Turk Psikiyatri Derg* 2005; 16:190-204.
21. Tural U, Fidaner H, Alkin T, Bandelow B. Assessing the severity of panic disorder and agoraphobia: validity, reliability and objectivity of the Turkish translation of the Panic and Agoraphobia Scale (P&A). *J Anxiety Disord* 2002; 16:331-340.
22. Tural Ü, Fidaner H, Alkin T, Bandelow B. Panik Agorafobi Ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliği. *Turk Psikiyatri Derg* 2000; 11:29-39.
23. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2006.
24. Merritt-Davis O, Balon R. Nocturnal Panic. Biology, psychopathology, and its contribution to the expression of panic disorder. *Depress Anxiety* 2003; 18:221-227.
25. Briggs AC, Stretch DD, Brandon S. Subtyping of panic disorder by symptom profile. *Br J Psychiatry* 1993; 163:201-209.
26. Friedman S, Paradis C. Panic disorder in African-Americans: symptomatology and isolated sleep paralysis. *Cult Med Psychiatry* 2002; 26:179-198.
27. Mellman TA, Uhde TW. Sleep panic attacks: new clinical findings and theoretical implications. *Am J Psychiatry* 1989; 146:1204-1207.
28. Krystal JH, Woods SW, Hill CL, Charney DS. Characteristics of panic attack subtypes: assessment of spontaneous panic, situational panic, sleep panic, and limited symptom attacks. *Compr Psychiatry* 1991; 32:474-480.
29. Mc Nally RJ. Panic disorder: A critical analysis. New York: Guilford Press, 1994, 25-37.
30. Shear MK, Cassano GB, Frank E, Rucci P, Rotondo A, Fagiolini A. The panic- agoraphobic spectrum: development, description, and clinical significance. *Psychiatr Clin North Am* 2002; 25:739-756.
31. Tweed JL, Schoenbach VJ, George LK, Blazer DG. The effects of childhood parental death and divorce on the six-month history of anxiety disorders. *Br J Psychiatry* 1989; 154:823-828.
32. Manfro GG, Otto MW, Mc Ardle ET, Worthington JJ 3rd, Rosenbaum JF, Pollack MH. Relationship of antecedent stressful life events to childhood and family history of anxiety and the course of panic disorder. *J Affect Disord* 1996; 25:41:135-139.
33. Labbate LA, Pollack MH, Otto MW, Langenauer S, Rosenbaum JF. Sleep panic attacks: an association with childhood anxiety and adult psychopathology. *Biol Psychiatry* 1994; 1:36:57-60.
34. Freidman S, Paradis C, Hatch M. African-American and white patients with panic disorder and agoraphobia. *Hosp Community Psychiatry* 1994; 45:798-803.
35. Neal AM, Turner SM. Anxiety disorders research with African-Americans: Current status. *Psychol Bull* 1991; 109:400-410.
36. Shapiro CM, Sloan EP. Nocturnal panic an underrecognized entity. *J Psychosom Res* 1998; 4:1:21-23.
37. Craske MG, Lang AJ, Rowe M, DeCola JP, Simmons J, Mann C, Yan-Go F, Bystritsky A. Presleep attributions about arousal during sleep: nocturnal panic. *J Abnorm Psychol* 2002; 111:53-62.
38. Craske MG, Lang AJ, Mystkowski JL, Zucker BG, Bystritsky A, Yan-Go F. Does nocturnal panic represent a more severe form of panic disorder? *J Nerv Ment Dis* 2002; 190:611-618.
39. Agargun MY, Kara H. Nocturnal panic in patients with panic disorder: the association with major depression. *Eur Psychiatry* 1997; 12:42-43.
40. Stein MB, Chartier M, Walker JR. Sleep in nondepressed patients with panic disorder: I. Systematic assessment of subjective sleep quality and sleep disturbance. *Sleep* 1993; 16:724-726.
41. Brown TM, Uhde TW. Sleep panic attacks: a micro-movement analysis. *Depress Anxiety* 2003; 18:214-220.
42. Saletu-Zyhlarz GM, Anderer P, Berger P, Gruber G, Oberndorfer S, Saletu B. Nonorganic insomnia in panic disorder: comparative sleep laboratory studies with normal controls and placebo-controlled trials with alprazolam. *Hum Psychopharmacol* 2000; 15:241-254.
43. Bossini L, Martinucci M, Paolini K, Castrogiovanni P. Panic-agoraphobic spectrum and light sensitivity in a general population sample in Italy. *Can J Psychiatry* 2005; 50:39-45.