

Panik Bozukluğu Hastalarında Sosyodemografik Özellikler ve Komorbidite

Sefa Saygılı¹,
Oğuz Karamustafalıoğlu²

¹Prof. Dr., Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği;

²Doç. Dr., Şişli Etfal Hastanesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

ÖZET

Panik bozukluğu hastalarında sosyodemografik özellikler ve komorbidite

Amaç: Bu çalışmanın amacı, panik bozukluğu (PB) hastalarında sosyodemografik özellikleri ve eşlik eden Eksen I tanılarının sıklığını araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya, Vakıf Gureba Eğitim Araştırma Hastanesi ve Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniklerine başvuran ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre panik bozukluğu tanısı alan 77 hasta dahil edilmiştir. Eşlik eden psikiyatrik tanılar SCID-I (DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme) ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların 56'sı (%72.7) kadın, 21'i (%27.3) erkekti. Ortalama yaş 35.53±12.25 idi. Hastaların %37.7'sinin aile öyküsünde Eksen I psikiyatrik bozukluk tanısı olduğu görüldü. Hastaların %93'ünde panik bozukluğun yanında, psikiyatrik bir eştani saptandı. En sık saptanan eştani ise majör depresyon (%47.2) idi.

Tartışma: Literatürdeki diğer çalışmalarla kıyaslandığında, kadın hasta sayısının fazla olmakla birlikte, kadın/erkek oranının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Majör depresyon eştani oranı literatürle uyumlu iken, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) eştani oranlarının düşük olduğu saptanmıştır. Agorafobisi bulunan PB hastalarındaki SAB birlikteliği, agorafobisi bulunmayan PB grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: PB hastalarının yaklaşık yarısında majör depresyon görülürken, agorafobinin eşlik ettiği hastalarda eştani sıklığının, özellikle de SAB sıklığının arttığı saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Panik bozukluğu, agorafobi, komorbidite

ABSTRACT

Sociodemographic characteristics and comorbidity in panic disorder patients

Aim: The aim of the present study is to investigate the sociodemographic characteristics and the frequency of comorbid Axis I diagnosis in panic disorder (PD) patients.

Method: 77 patients who referred to the psychiatry outpatient clinic of Vakıf Gureba Training and Research Hospital and Şişli Etfal Training and Research Hospital and who were diagnosed with panic disorder according to DSM-IV diagnostic criteria were included in the study. Comorbid psychiatric diagnoses were evaluated by SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders).

Results: Fifty six of the patients (72.7%) were female, and 21 (27.3%) were male. Mean age was 35.53±12.25. Among patients, 37.7% had Axis I psychiatric disorder diagnosis in their family histories. In 93% of the patients, a psychiatric comorbidity was diagnosed along with panic disorder. The most common Axis I comorbidity was major depression (47.2%).

Discussion: Although the number of female patients was higher when compared to other studies, female/male ratio was determined to be lower. The rate of major depression was compatible with the literature, while comorbidity rates for generalized anxiety disorder and social anxiety disorder (SAD) were found to be lower than the groups in similar literature. SAD comorbidity rate in PD patients with agoraphobia was found to be significantly higher than the PD group without agoraphobia.

Conclusion: Nearly half of the PD patients had major depression, while in patients with comorbid agoraphobia, prevalence of comorbid disorders, particularly of SAD, was shown to increase.

Key words: Panic disorder, agoraphobia, comorbidity

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Prof. Dr. Sefa Saygılı, Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği,
İstanbul - Türkiye

Telefon / Phone: +90-532-233-6860

Elektronik posta adresi / E-mail address:
sefasaygili@hotmail.com

Kabul tarihi / Date of acceptance:
20 Mart 2010 / March 20, 2010

GİRİŞ ve AMAÇ

Panik bozukluğu (PB); tekrarlayan ve beklenmedik anlarda ortaya çıkan panik ataklarıyla seyreden, hastanın sonraki ataklarla ilgili beklenti endişesi yaşayarak kaçınma davranışı sergileyebildiği bir bozukluktur.

DSM-IV (1) ve DSM-IV-TR'de (2) panik atağın tanımı yapılmış ve agorafobili ya da agorafobisiz PB olarak kodlanmıştır. Agorafobi, panik atak veya benzeri belirtilerin ortaya çıkması durumunda, kaçınmanın zor olacağı, yardımın ulaşabilir olmayacağı bir yer veya durumda bulunmakla ilgili duyulan anksiyetedir ve korkulan yer

ya da durumlardan belirgin kaçınma davranışı sergilenmesine yol açar (1). Panik atak, beklenmedik bir anda ve kendiliğinden ortaya çıkan yoğun anksiyete ile buna eşlik eden somatik ve bilişsel belirtilerle kendini gösterir. Özellikle beklenti anksiyetesi ve kaçınma davranışları sebebiyle, hastaların işlevselliklerinde belirgin derecede bozulma görülebilir.

Geçmiş yıllarda, anksiyete bozuklukları yelpazesinde YAB'ın (Yaygın anksiyete bozukluğu) kronik bir anksiyete bozukluğu olduğu, PB'nin ise bunun bir tipi olduğu düşünülüyordu. Daha sonraları sodyum laktat infüzyonuyla panik ataklarının ortaya çıkartılabileceği, PB olan hastalarda ailesel bir yatkınlığın görülmesi, yine bu hastalarda agorafobinin gelişebilir olması, trisiklik antidepressanlarla tedaviye yanıt alınabilmesi gibi bulgular, PB'nin başlı başına ayrı bir hastalık olduğunu düşündürmüştür.

PB, toplumda sık görülen bir psikiyatrik bozukluktur ve yaşam boyu yaygınlık oranı %1.5-3 olarak bilinmektedir. Ortalama başlangıç yaşı 26.6 olup, kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre 2-3 kat daha fazladır (3). Bazı çalışmalarda, boşanmış ya da ayrı yaşayan kişilerde daha fazla izlendiği söylenmekteyse de, ülkemizde hastaların çoğunluğunun (%80) evli olduğu saptanmıştır (4). PB hastalarının %91'i, agorafobisi olanların ise %84'ü psikiyatrik eştanı almaktadır. Eşlik eden psikiyatrik bozukluklara bakıldığında, en sık majör depresyonla (%50-65) birlikteliği görülmektedir (5,6). Majör depresyon ve PB'nin birlikte görüldüğü olguların üçte ikisinde, PB majör depresyondan önce başlamaktadır (7). YAB, sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) ve özgül fobi (ÖF) gibi diğer anksiyete bozuklukları da, PB hastalarında, genel popülasyona göre daha sık birlikte görülebilmektedir. Çalışmalarda YAB için eştanı oranı %71, SAB için ise %58 olarak saptanmıştır (8,9).

PB hastalarının %50-65'inde agorafobi eşlik etmektedir (10). Agorafobili PB olan hastalarda daha erken başlangıç yaşı, daha düşük remisyon oranları ve daha şiddetli hastalık belirtileri tespit edilmiştir (11). Ayrıca agorafobinin eşlik ettiği PB hastalarında, psikiyatrik eştanıların daha sık olduğu saptanmıştır (8,12). Agorafobili PB hastalarında eşlik eden psikiyatrik durumların araştırıldığı çalışmalardan farklı sonuçlar alınmıştır. Bu has-

talarda eşlik eden psikiyatrik bozukluklar sıklık sırasına göre YAB (%80), majör depresyon (%70), obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (%17), ÖF (%8) ve SAB (%5) olarak bildirilmiştir (13). Crino ve Andrews ise, agorafobili PB hastalarına yaşam boyu en yüksek oranda SAB'ın (%58) eşlik ettiğini, bunu majör depresyon (%49), OKB (%22), YAB (%33) ve distiminin (%14) izlediğini bildirmişlerdir (14).

PB ya da Agorafobili PB hastalarına eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıkları araştırmak, altta yatan psikopatolojik mekanizmaları ve ilişkileri anlamamızı sağlayabilir (15,16). Bizim çalışmamızda, polikliniğe başvuran PB hastalarının sosyodemografik özellikleri ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukların belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Ocak-Ağustos 2007 tarihleri arasında, Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniklerine başvuran, yapılan klinik görüşmelerle DSM-IV tanı kriterlerine göre PB tanısı alan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 77 hasta ele alınmıştır. Hastalar, aydınlatılmış onam alındıktan sonra çalışmaya dahil edilmiştir ve hastaların çalışmaya alınabilmesi için en az 18 yaşında, okuryazar ve testleri anlayacak mental kapasitede olmaları şartları aranmıştır.

Hastalara, Sosyodemografik Form ve SCID-I (DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme) uygulanmıştır.

SCID-I: Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 1994 yılında majör DSM-IV Eksen-I tanıları için geliştirilmiş, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir (17). SCID-I'in Türkçe'ye uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçioğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (18).

İstatistiksel işlem

Veriler SPSS 11.5 for Windows programı ile değerlendirilmiştir. Sosyodemografik değişkenler için frekans ve oran kullanılmıştır. Agorafobili ve agorafobisiz PB hastalarında eşlik eden psikiyatrik hastalık oranlarının karşılaştırılmasında Ki-Kare testi ve gerekli durumlarda Fisher's exact test kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmaya katılan toplam hasta sayısı 77 idi ve bu hastalardan 56'sı (%72.7) kadın, 21'i (%27.3) erkek-

Tablo 1: Hastaların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	N	%
Cinsiyet		
Kadın	56	72.7
Erkek	21	27.3
Medeni Durum		
Bekar	25	32.5
Evli	45	58.4
Boşanmış	5	6.5
Dul	2	2.6
Meslek		
İşsiz	12	15.6
Ev Kadını	29	37.7
Memur	5	6.5
İşçi	9	11.7
Serbest meslek	15	19.5
Öğrenci	2	2.6
Emekli	5	6.5
Gelir düzeyi		
Alt	30	39.0
Orta	43	55.8
Üst	4	5.2
Ailede ruhsal hastalık		
Yok	48	62.3
Var	29	37.7

Tablo 2: Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar

Eksen I Tanıları	N	%
Majör depresyon	51	47.2
Bipolar bozukluk	8	10.4
Yaygın anksiyete bozukluğu	30	39.0
Obsesif kompulsif bozukluk	12	15.6
Agorafobi	55	71.4
Sosyal anksiyete bozukluğu	11	14.3
Post travmatik stres bozukluğu	3	3.9
Distimi	12	15.6
Somatoform bozukluk	17	22.1

Tablo 3: Agorafobili panik bozukluk ve panik bozukluk hasta gruplarında SCID-I Ek tanı dağılımlarının karşılaştırılması

SCID-I Tanıları	Agorafobili Panik Bozukluk (N=55)		Panik Bozukluk (N=22)		χ^2	p
	n	(%)	n	(%)		
Majör depresyon	28	50.9	9	40.9	0.630	>0.05
Yaygın anksiyete bozukluğu	21	38.2	9	40.9	0.049	>0.05
Sosyal anksiyete bozukluğu*	11	20	0	0		<0.05
Post travmatik stres bozukluğu	3	5.5	0	0		>0.05
Obsesif kompulsif bozukluk*	11	20	1	4.5		>0.05
Distimi*	10	18.2	2	9.1		>0.05
Somatoform bozukluk	11	20	6	27.3	0.483	>0.05
Bipolar bozukluk*	3	9.1	1	4.5		>0.05

χ^2 : Ki Kare Test, *Fisher's Exact Test kullanıldı

ti. Ortalama yaş 35.5 ± 12.3 olarak saptandı. Medeni durumlar incelendiğinde, evli hasta oranının daha fazla olduğu görüldü. Hastaların %37.7'sinin aile öyküsünde, Eksen I psikiyatrik bozukluk tanısı mevcuttu. Meslek dağılımlarına bakıldığında %37.7'sinin ev kadını, %15.6'sının ise işsiz olduğu görüldü (Tablo 1).

Hastalarımızın 55'i (%71.4) agorafobili PB tanısı almıştı. Çalışmamızda, PB hastalarından oluşan örneklem grubumuzda %93 oranında eşitlik varlığı saptandı. Eşlik eden bozukluklar sırasıyla; majör depresyon %47.2, YAB %39, Distimi %15.6, OKB %15.6, SAB %14.3, somatoform bozukluk %22.1, bipolar bozukluk %10.4 ve posttravmatik stres bozukluğu (PTSB) %3.9 idi (Tablo 2).

Eşlik eden psikiyatrik bozukluğu olan PB hastalarının çoğunun agorafobili PB olduğu görülmüştür. Agorafobili PB hastalarında eşlik eden psikiyatrik durumlar; 28 hastada (%50.9) majör depresyon, 21 hastada (%38.2) YAB, 11 hastada (%20) SAB, 3 hastada (%5.5) PTSB, 11 hastada (%20) OKB, 10 hastada (%18.2) distimi, 11 hastada (%20) somatoform bozukluk, 3 hastada (%5.4) bipolar bozukluk olarak görülmüştür. Agorafobisiz PB hastalarında ise bu oranlar; 9 hastada (%40.9) majör depresyon, 9 hastada (%40.9) YAB, 1 hastada (%4.5) OKB, 2 hastada (%9.1) distimi, 6 hastada (%27.3) somatoform bozukluk ve 1 hastada (%4.5) bipolar bozukluk olarak saptanmıştır. Bu grupta SAB ve PTSD eş tanıları görülmemiştir. Agorafobili PB hastalarındaki SAB birlikteliği, agorafobisiz PB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek ($p=0.028$) bulunmuştur (Tablo 3).

TARTIŞMA

PB, genç erişkinlikte başlayan ve yaşlandıkça sıklığı azalan bir bozukluktur. Kadınlarda, erkeklere göre yaklaşık 2-3 kat fazla görüldüğü bildirilmektedir (3,19,20). ABD'de yapılmış olan Epidemiyolojik Alan Tarama Çalışmasında (ECA), kadınlarda yaygınlık oranı %0.7, erkeklerde ise %0.3 olarak saptanmıştır (21). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında ise, kadınlarda son 12 ayda yaygınlık %0.5, erkeklerde ise %0.3 olarak belirlenmiştir (22). Çalışmamızda da bildirilen bu oranların literatüre uyumluluğu görülmüş, kadın hastaların oranının (%72.7) erkek hastalardan (%27.3) çok daha fazla olduğu saptanmıştır.

PB epidemiyolojisinde, anlamlı sosyoekonomik ve etnik risk faktörleri tam olarak belirlenmemiştir. PB tüm sosyodemografik grupları etkilemektedir. Birçok çalışmada boşanma, ayrılık ve kaybın PB ile ilişkisi kurulabilmektedir. PB olanlar arasında boşanmış/dul hasta oranı, ülkemizdeki bir araştırmada %4, yurt dışında yapılan başka bir çalışmada ise %28 olarak bulunmuştur (23,24). Yakın zamanda yapılan epidemiyolojik bir çalışmada ise, önceden evlenmiş olan kişilerde panik bozukluk ihtimalinin artmış olduğu belirtilmiştir (12). Bizim çalışmamızda ise, boşanmış ve dul hastaların oranı %9.1 bulunmuştur ve hastaların büyük bir kısmının evli olduğu (%58.4) görülmüştür.

Pek çok yazar agorafobinin yalnızca PB'nin değil, birçok bozukluğun değişebilen bir özelliği olduğunu düşünmektedir. Agorafobik hastaların birçoğu beklenmedik panik atak geçirdiklerini bildirirler, ancak %10'luk bir kısımda ise panik atak ortaya çıkmamaktadır (25). Yeterli olmamakla birlikte, eldeki kanıtlar iki bozukluğun beraber sınıflandırılmasından yanadır (26). Agorafobinin ayrı bir tablo olmayıp panik bozukluğun daha ağır bir formu olduğunu ve dolayısıyla agorafobi varlığında eşanı sıklığının daha fazla ve prognozun daha kötü olacağını ileri süren çalışmalar da vardır (3,27,28). Noyes ve arkadaşları agorafobik hastaları PB olan hastalarla karşılaştırdıklarında, agorafobik hastalarda başlangıç yaşının daha küçük, tedaviye yanıtın daha düşük olduğunu saptamışlardır (29). Aynı çalışmada, yine agorafobili hastalarda genel olarak belirti şiddetinin de daha ağır olduğunu saptamışlardır.

PB'de genel olarak remisyon olasılığı yüksektir. Ancak agorafobinin eşlik ettiği panik ataklarda tıbbi tedavilere yanıt daha geç olmakta ve daha yüksek ilaç tedavisi gerekmektedir (27,30,31). Bu sebeplerle eşlik eden agorafobi, tanı ve tedavi yaklaşımını etkileyeceğinden belirlenmesi özellikle önem taşımaktadır.

PB olan hastaların %91'inde ve agorafobili hastaların %84'ünde başka psikiyatrik bozukluklar olduğu bildirilmektedir (32). Eştanılar genellikle, depresyon ve diğer anksiyete bozukluklarıdır. Alkol ve madde kullanımı ile ilgili eştanı, göreceli olarak daha nadirdir (33). Özellikle PB olan erkek hastalarda, alkol kullanımının daha yüksek olduğuna dair bulgular mevcuttur (34,35). Bir çalışmada, PB'nin duygudurum bozukluklarının; agorafobi, somatoform bozukluklar ve madde kullanımı ile bağlantılı olduğu ve sıklıkla eştanıların görüldüğü bildirilmiştir (36).

Çalışmamızda, daha önceki çalışmalarını destekler şekilde, PB olan hastaların çoğunluğunun en az bir psikiyatrik eştanı aldığı bulunmuştur (30,37). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak en yaygın eştanı, majör depresyon olarak izlenmiştir (38,39). Majör depresyon, agorafobili PB'de %50,9 olarak saptanmış olup, bu sonuç literatürle uyumludur (8). Agorafobili PB hastalarında majör depresyon, OKB, distimi ve SAB eştanıları, agorafobisiz PB olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak agorafobili ve agorafobisiz hastalar arasında, sadece SAB oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Çalışmamızın bazı önemli kısıtlılıkları bulunmaktadır. Klinik bir popülasyonda yapılan çalışmamızda hastalık süresi, eşlik eden genel tıbbi durumlar, tedavi süreleri ve biçimleri, alkol ve/veya madde kullanımı, cinsiyet farklılıkları gibi özellikler değerlendirmeye alınmamıştır. Eksen I bozukluklarının PB ile komorbiditesi gibi kişilik bozukluklarının PB ile komorbiditesi de yüksek oranlarda saptanmakta ve PB'nin seyrini olumsuz etkilemektedir (34). Dolayısı ile çalışmamızda, PB'ye eşlik edebilecek Eksen II kişilik bozukluklarının değerlendirilmemiş olması diğer bir kısıtlılıktır. Son olarak, sadece tedavi arayışında olan PB hastalarının değerlendirilmeye alınmış olması, komorbid Eksen I bozukluk tanı oranlarının yüksek saptanmasına neden olmuş olabilir. Yani çalışmamızda saptanan komorbidite oranları,

tedavi arayışında olmayan PB hastalarındaki komorbidite oranlarını yansıtmamaktadır.

Bu kısıtlılıklara rağmen, çalışmamızda, PB'ye eşlik eden diğer hastalık oranları yüksek olarak bulunmuştur. Özellikle, agorafobi varlığına eşlik eden psikiyatrik eştanı sıklığının çok daha yüksek olduğu saptanmıştır. PB, genel olarak uzun hastalık ataklarıyla seyreden, belirtilerinde çoğunlukla tam ve sürekli düzelme izlenemeyen, sık nüks ve kronik gidişle kendini gösteren bir hastalıktır. Diğer psikiyatrik bozuklukların eşlik etmesi çok sık görülmektedir ve hastaların yaklaşık yarısında majör depresif bozukluk gelişmektedir. Çalışmamız,

özellikle agorafobinin eşlik ettiği PB hastalarında, depresyon ve SAB başta olmak üzere diğer psikiyatrik hastalıkların akla gelmesi gerektiğinin altını çizmektedir. PB hastalarında eşlik eden Eksen I ya da Eksen II tanılarının şiddeti, türü ve sayısı ne olursa olsun tedaviye yanıtı olumsuz etkilemektedir. Etkili bir tedavi için eştanı durumlarının ele alınması zorunluluktur (6,40). PB eştanılı psikiyatrik bozuklukların belirlenmesi uygun bir tedavi yaklaşımının sağlanması açısından önemlidir ve hastalık seyrini etkileyeceği için dikkatle ele alınmalıdır. Konuyla ilgili, olgu sayısının artırılarak prospektif nitelikte daha ileri çalışmalar yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth ed. (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association, 1994.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth ed. Text revision (DSM-IV-TR). Washington: American Psychiatric Association, 2000.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Oakley-Browne MA, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen HU, Yeh EK. The cross-national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:305-309.
- Ateşçi Ç, Karadağ F, Amuk T, Özdel O, Oğuzhanoglu NK. Panik bozukluğunda özkıyım düşünceleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4:81-86.
- Noyes R Jr, Hoehn-Saric R (editors). Panic disorder and agoraphobia. In: *The Anxiety Disorders*. Cambridge, England: Cambridge University Press, 1998, 86-157.
- Onur E, Alkin T, Monkul ES, Fidaner H. Panic-agoraphobic spectrum. *Türk Psikiyatri Derg* 2004; 15:215-223.
- Yates WR. Phenomenology and epidemiology of panic disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2009; 21:95-102.
- Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Baldwin DS, den Boer JA, Kasper S, Shear MK. Consensus statement on panic disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl.8):47-54.
- Angst J, Wicky W. The epidemiology of frequent and less frequent panic attacks: In Montgomery SA (editor). *Psychopharmacology of Panic*. New York: Oxford Medical Publications, 1993,7-24.
- Starcevic V, Kellner R, Uhlenhuth EH, Pathak D. Panic disorder and hypochondriacal fears and beliefs. *J Affect Disord*. 1992; 24:73-85.
- Tsygankov DB, Malygin VL, Agasarian EG, Tsygankov BD. Psychological defenses in patients with alcoholism and panic disorders. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova* 2008; 108:96-97.
- Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:415-424.
- Chambless DL. The relationship of severity of agoraphobia to associated psychopathology. *Behav Res Ther* 1985; 23:305-310.
- Crino RD, Andrews G. Personality disorder in obsessive compulsive disorder: a controlled study. *J Psychiatr Res* 1996; 30:29-38.
- Clark LA. Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *J Abnorm Psychol* 2005; 114:505-521.
- Gregory AM, Caspi A, Moffitt TE, Koenen K, Eley TC, Poulton R. Juvenile mental health histories of adults with anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 2007; 164:301-308.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I). Clinical Version. Washington DC: American Psychiatric Press Inc., 1997.
- Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Köroğlu E. "DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme". Klinik Versiyon. Hekimler Yayın Birliği, Ankara,1999.
- Breier A, Charney DS, Heninger GR. Major depression in patients with agoraphobia and panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41:1129-1135.
- Gorman JM. Anxiety disorders: Introduction and overview: In Sadock B, Sadock V (editors). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Seventh Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, 1441.
- Sheikh JI, Leskin GA, Klein DF. Gender differences in panic disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 2002; 159:55-58.
- Tükel R. Panik Bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası* 1997; 1:12-17.
- Köroğlu E. Anksiyete Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
- Eaton WW, Dryman A, Weismann MM. Panic and phobia in psychiatric disorders in America: The epidemiologic catchment area study: In Robins LN, Regier DA (editors). *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study*. New York: Free Press, 1991,155-179.
- Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili -Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1998, 77-98.

26. Özbulut Ö. Panik bozukluğunda komorbidite. Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır, 2001.
27. Carpiniello B, Baita A, Carta MG, Sitzia R, Macciardi AM, Murgia S, Altamura AC. Clinical and psychosocial outcome of patients affected by panic disorder with or without agoraphobia: results from a naturalistic follow-up study. *Eur Psychiatry* 2002; 17:394-398.
28. Uhde TW, Boulenger JP, Roy-Byrne PP, Geraci MF, Vittone BJ, Post RM. Longitudinal course of panic disorder: clinical and biological considerations. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1985; 9:39-51.
29. Noyes R, Clancy J, Garvey MJ, Anderson DJ. Is agoraphobia a variant of panic disorder or a separate illness? *J Anx Dis* 1987; 1:3-13.
30. Kikuchi M, Komuro R, Oka H, Kidani T, Hanaoka A, Koshino Y. Panic disorder with and without agoraphobia: comorbidity within a half-year of the onset of panic disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59:639-643.
31. Mc Nally RJ. Panic disorder: a critical analysis. New York: Guilford Press, 1994.
32. Schneier FR, Martin LY, Ross D, Manuzza S, Liebowitz MR, Gorman JM, Klein DF. A comparison of phobic subtypes within panic disorder. *J Anx Dis* 1991; 5:65-75.
33. Barlow DH, Blanchard EB, Vermilyea JA, Vermilyea BB, DiNardo PA. Generalized anxiety and generalized anxiety disorder: description and reconceptualization. *Am J Psychiatry* 1986; 143:40-44.
34. Starcevic V, Latas M, Kolar D, Vucinic-Latas D, Bogojevic G, Milovanovic S. Co-occurrence of Axis I and Axis II disorders in female and male patients with panic disorder with agoraphobia. *Compr Psychiatry* 2008; 49:537-543.
35. Clayton AH, Stewart RS, Fayyad R, Clary CM. Sex differences in clinical presentation and response in panic disorder: pooled data from sertraline treatment studies. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9:151-157.
36. Merikangas KR, Angst J, Eaton W, Canino G, Rubio-Stipec M, Wacker H, Wittchen HU, Andrade L, Essau C, Whitaker A, Kraemer H, Robins LN, Kupfer DJ. Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: results of an international task force. *Br J Psychiatry* 1996; 168(Suppl.30):58-67.
37. Marshall JR. Comorbidity and its effects on panic disorder. *Bull Menninger Clin.* 1996; 60:39-53.
38. Roy-Byrne PP, Stang P, Wittchen HU, Ustun B, Walters EE, Kessler RC. Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. Association with symptoms, impairment, course and help-seeking. *Br J Psychiatry* 2000; 176:229-235.
39. Baldwin D. Depression and panic: Comorbidity. *Eur Psychiatry* 1998; 13 (Suppl.2):65-70.
40. Slaap BR, den Boer JA. The prediction of nonresponse to pharmacotherapy in panic disorder: a review. *Depress Anxiety* 2001; 14:112-122.