

# Panik Bozukluğu

**Doç. Dr. Raşit TÜKEL**

## Özet

*Panik bozukluğunun en temel özelliği çoğu kez nerede ve ne zaman ortaya çıkacağı kestirilemeyen, tekrarlayıcı panik ataklarının görülmesidir. Panik nöbetleri sırasında yoğun anksiyete ve çarpıntı, terleme, soluk alma güçlüğü gibi pek çok fiziksel belirtilerin yanı sıra; kontrol kaybı, çıldırma, bayılma ve ölüm korkuları vardır. Mevcut bedensel belirtiler, panik bozukluğunun ayırıcı tanısını güçleştirmektedir. Bu yazıda panik bozukluğunun tanısını ve ayırıcı tanısı yanısıra hastalığın gidiş ve tedavisi ile ilgili pratisyen hekimlere yardımcı olabilecek bilgiler aktarılmıştır.*

PSİKİYATRİ DÜNYASI 1997;1:12-17

**K**linik açıdan anksiyete, yaygın anksiyete ve panik nöbetleri olarak ikiye ayrılabilir. Yaygın anksiyete, genel bir ruhsal gerginlik ve rahatsızlık hissiyle birlikte yavaş ve sinsi olarak başlarken, panik nöbetleri ani ve patlamalar tarzında bir başlangıç göstermektedir. Panik nöbetleri, başta panik bozukluğu olmak üzere bir çok psikiyatrik hastalıkta ortaya çıkabilmektedir. Panik bozukluğunda görülen panik nöbetleri tipik olarak yineleyici bir özellik gösterir ve beklenmedik bir anda ortaya çıkar. Sıklıkla başka nöbetlerin de olacağı kaygısı mevcuttur. Panik nöbetlerinin kontrolü kaybetme, kalp krizi geçirme, çıldırma gibi durumlarla sonuçlanabileceği beklentisi ve bununla ilgili olarak yaşanan yoğun sıkıntı, bu bozukluğun bir diğer özelliğini oluşturur.

Bu bozukluğun seyri sırasında, panik nöbetleri ve

yaygın anksiyete, birlikte de görülebilir. Panik bozukluğunun başlamasının çok öncesinde, bir çok hasta aylar süren gerginlik, stres ve yaygın anksiyete yaşamış olduğunu ifade etmektedir. Yine bir çok hastada, önceden bir yakınma olmasa da, panik nöbetlerinin başlamasıyla birlikte, yaygın anksiyete sık olarak gelişebilmektedir.

## Epidemiyoloji

Panik bozukluğu kapsamının agorafobiyi de içine alacak şekilde genişletilmesi ve önceden fobik bir bozukluk olarak değerlendirilen bir çok durumun yeni ölçütlere göre panik bozukluğu tanısı alması epidemiyolojik çalışmaların sonuçlarını da etkilemiştir. Bu konuda yapılan epidemiyolojik araştırmalarda, panik bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı, %0.7-2.0 olarak bulunmuştur.

Panik bozukluğu daha sıklıkla genç erişkinlik döneminde başlar. Başlangıç yaşı daha çok 20'li yaşlar

\* İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İSTANBUL

olmakla birlikte, yaşamın herhangi döneminde de başlayabilir.

Panik bozukluğu kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat sıklıkta görülmektedir.

#### Etiyoloji

##### A) Psikanalitik Görüş

Günümüzde kullanılan anlamda panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu ölçütlerini karşılayan bir sendrom, ilk kez Freud tarafından "anksiyete nevrozu" adı altında tanımlanmıştır. Freud'a göre anksiyete, anksiyete nevrozlarının önde gelen belirtisidir ve diğer belirtiler açısından merkezi bir konuma sahiptir. Psikanalitik görüş açısından anksiyete, yaygın anksiyete bozukluğu bölümü içinde anlatılmıştır.

##### B) Biyolojik Etkenler

###### a) Biyokimyasal Mekanizmalar

*Merkezi Noradrenerjik Sistem:* Bu konudaki çalışmalar, panik nöbetleriyle "locus ceruleus" taki noradrenalin içeren nöronların aşırı uyarılması ya da inhibitör mekanizmaların yetersiz olması arasındaki ilişkinin araştırılması üzerinde odaklanmıştır. Önde gelen inhibitör mekanizmalarından olan presinaptik alfa-2 otoresptörlerinin panik nöbetleri olan hastalarda yetersiz işlev gördüğü ileri sürülmektedir. Çeşitli araştırmalardan, merkezi noradrenerjik sistemin işlev bozukluğunun panik nöbetlerinin ortaya çıkışından sorumlu olduğunu destekleyen sonuçlar alınmıştır.

*Merkezi Serotonerjik Sistem:* Panik nöbetlerinin tedavisinde, serotonerjik geri alım inhibisyonu yapan antidepressan ilaçların etkili bulunması, merkezi serotonerjik sistemin işlevindeki bozukluğun, nöbetlerinin ortaya çıkışıyla ilişkili olabileceğini gündeme getirmiştir. Bu konu üzerine olan araştırmalarda, serotonin sentezindeki bozukluk nedeniyle sinaptik aralıktaki serotonin miktarında azalma ve buna bağlı olarak da postsinaptik reseptör duyarlılığında artış olduğu ileri sürülmüştür. Araştırmacılar, panik bozukluğunun psikopatolojisinde, aşırı duyarlı serotonin reseptörlerinin muhtemel rolüne dikkati çekmektedir.

b) Hiperventilasyonun panik nöbetlerindeki benzer belirtiler ortaya çıkarttığı bilinmektedir. DSM-IV'te yer alan panik bozukluğu belirtileri ile 1954'te Lewis tarafından tanımlanan hiperventilasyon belirtilerinin

karşılaştırılması, bu benzerliği açık olarak ortaya koymaktadır. Çeşitli araştırmalarda, bazı hastalarda panik nöbetleri sırasında hiperventilasyon görüldüğü, ancak bunun tüm hastalar için geçerli olmadığı bildirilmiştir. Hiperventilasyonun bir kısım hastada panik nöbetlerinin oluşumuna katkıda bulunmasına karşın temel nedenin bu olmadığını söyleyebilir.

##### c) Panik Nöbetlerinin Sodyum Laktat ve Karbondioksit ile Deneysel Olarak Oluşturulması

Panik bozukluğu hastalarında, diğer anksiyete bozukluklarından farklı olarak, panik nöbetlerinin sodyum laktat infüzyonu ve karbondioksit solunması ile deneysel olarak diğer anksiyete biçimlerinden farklı olduğu varsayımının ortaya atılmasına neden olmuştur. Çeşitli araştırmalardan elde edilen sonuçlar bu tür bir varsayımı tam olarak desteklememektedir. Önemli oranda panik bozukluğu hastasında her iki provakosyona karşı anlamlı bir yanıt alınamamıştır. Panik bozukluğu hastalarının tümü için, sodyum laktat ve karbondioksitin bu bozukluk üzerinde özgül bir etkisinin olduğundan söz etmek zor görünmektedir.

##### d) Kalıtımın Rolü

Panik bozukluğunun birinci derece akrabalar arasında, normal popülasyona göre 4-7 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. İkiz çalışmaları da panik bozukluğunun gelişmesinde genetik etkenlerin rolünü desteklemektedir. Ancak olgu sayısının az olması, bu konuda kesin bir sonuca varılmasını engellemektedir. Aile ve ikiz çalışmalarından, panik nöbetleriyle giden şiddetli anksiyete bozukluklarında, hafif olanlara göre daha büyük bir oranda genetik yüklenme olduğu yönünde bulgular elde edilmiştir.

##### c) Bilişsel Model

Bu modelde, panik nöbetlerinin bazı bedensel duyumların abartılı olarak yanlış yorumlanmasından kaynaklandığı varsayılmaktadır. Yanlış yorumlanan duyumlar esas olarak, normal anksiyete durumlarında ortaya esas olarak, normal anksiyete durumlarında ortaya çıkan baş dönmesi, çarpıntı, nefes alma güçlüğü gibi bedensel belirtileri içermektedir. Katastrofik (felaketleştirme biçimindeki) yanlış yorumlama, çarpıntılarının olması muhtemel bir kalp krizinin, soluk alma güçlüğüne soluksuz kalıp ölmenin bir habercisi olarak görmek gibi, bedensel

duyumların gerçekte olduğundan daha tehlikeli olarak algılanması şeklinde ifade edilmektedir. Bu görüşe göre, duyumların ortaya çıkışından her zaman anksiyete sorumlu olmamakta, örneğin çok kahve içilmesi ya da basitçe heyecanlanma gibi durumlarda da, kişi, kendi fizyolojik uyarılmasını yanlış olarak içsel bir tehlikenin işareti biçiminde yorumlayarak panik nöbeti yaşayabilmektedir.

#### Başvuru Yakınmaları

Bu bozukluğun en temel özelliği tekrarlayan, ne zaman başlayacağı önceden kestirilemeyen panik nöbetlerinin görülmesidir. Panik nöbetleri tipik olarak, yoğun bir korku, endişe ve kötü bir şeyler olacağı beklentisi ile ani olarak başlar ve kısa sürede en yüksek düzeyine ulaşır. Panik nöbeti sırasında soluk alma güçlüğü, boğulma hissi, baş dönmesi, baygınlık hissi, çarpıntı, kalp atım sayısında artma, titreme, bulantı, karında rahatsızlık hissi, uyuşma karıncalanma hissi, sıcak basması, ürperme, göğüs ağrısı gibi bedensel belirtiler ortaya çıkar. Bedensel belirtilerin

#### Tablo 1. Cinsel Mitler Anketi

Aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katıldığınızı belirleyiniz

ö l ü m Tümüyle doğru: 1 Kısmen doğru: 2 Kısmen yanlış: 3 Tümüyle yanlış: 4

1- Erkek her zaman seks ister ve her zaman sekse hazırdır	11- Eşler birbirlerini sevdikleri takdirde sevişmekten nasıl zevk alacaklarını da bilirler
2- Cinsel ilişkiyi daima erkek başlatmalıdır	12- Cinsel ilişki içinde olan eşler içgüdüsel olarak diğerinin ne düşündüğünü ve ne istediğini bilirler
3- Sevişmeyi başlatan kadın ahlaksızdır	13- Mastürbasyon kirliliğe ve zararlıdır
4- Sevişme cinsel birleşmeye eşittir	14- Cinsel ilişki sırasında mastürbasyon yanlıştır
5- Erkeğin penisi sertleştiğinde en yakın zamanda boşalmalıdır	15- Erkeğin penisinde sertleşmenin kaybı eşini çekici bulmadığı anlamına gelir
6- Sevişme her zaman doğal ve kendiliğinden olmalıdır, sevişme hakkında konuşmak veya düşünmek onu bozar	16- Cinsel birleşme sırasında fantezi kurma yanlıştır
7- Tüm fiziksel temaslar cinsel birleşmeye gitmelidir	17- Erkek veya kadın sevişmeye hayır diyemez
8- Erkekler duygularını belirtmemelidir	18- Sevişmede neyin normal olduğuna ilişkin belirli ve kesin kurallar vardır
9- Her erkek her kadına nasıl zevk vereceğini bilmelidir	
10- Sevişme ancak iki tarafın birlikte orgazm olması ile güzeldir	

anksiyetinin yoğunluğuna bağlı olarak kişi, kendini ya da çevreseni değişmiş ve gerçek dışı olarak algılayabilir.

Panik nöbeti geçiren kişiler, bir felaket ile karşı karşıya olduğu duygusu içindedirler. Kalp atım

sayısında artma, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi yakınmaları nedeniyle sıklıkla kalp krizi geçirdiklerini, ölebileceklerini düşünürler.

Panik nöbetleri genellikle on-beş dakika içinde yatışmakla birlikte, bir kaç saate kadar da uzayabilmektedir. Panik nöbetinin yatışmasının ardından, sıklıkla yeni bir nöbet geçirme korkusu (beklenti anksiyetesi) gelişmektedir.

Hastaların bir kısmı, panik nöbeti geçirmesi halinde kaçmasının ya da yardım almasının zor olabileceği durumlardan uzak durmaya başlar. Kişinin, yeni bir nöbet geçirme korkusuyla, tek başına ev dışında olmaktan, kalabalıkta bulunmaktan, otobüsle, trenle, arabayla yolculuk etmekten kaçındığı bu durum "agorafobi" olarak adlandırılır (Agorafobi, Fobik bozukluklar bölümünde ayrıca anlatılmıştır).

#### Tanı Ölçütleri

Panik Nöbeti, DSM-IV'te şu ölçütlerle tanımlanır:

Aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha

fazlasının) birden başladığı ve 10 dakika içinde en yüksek düzeyine ulaştığı, yoğun korku ya da rahatsızlık duyma döneminin olması:

1. Çarpıntı, kalp atımlarını duyumsama ya da kalp hızında artma olması

2. Terleme
3. Titreme ya da sarsılma
4. Nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma duyumları
5. Soluğunun kesilmesi
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi
7. Bulantı ya da karın ağrısı
8. Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma
9. Derealizasyon (gerçekdışılık duyguları) ya da depersonalizasyon (berliğinden ayrılmış olma)
10. Kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu
11. Ölüm korkusu
12. Pareztesiler (uyuşma ya da karıncalanma duyumları)
13. Üşütme, ürperme ya da ateş basmaları

Not: DSM-IV'e göre, panik Nöbeti ayrı bir bozukluk olarak tanı almaz. Ortaya çıktığı durumlarda tanı, özgül psikiyatrik bozukluk için belirlenen ölçütlere göre konur.

#### Panik Bozukluğu

DSM-IV'te Panik Bozukluğu, agorafobinin mevcut olup olmamasına göre iki farklı tanı olarak yer almıştır.

- 1) Agorafobi Olmadan Panik Bozukluğu
- 2) Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu

DSM-IV'te yer alan Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu ve agorafobi olmadan panik bozukluğu tanı ölçütleri şunlardır:

A) Aşağıdakilerden hem (1), hem de (2) vardır:

- (1) yineleyen beklenmedik panik nöbetleri
- (2) nöbetlerden en az birini, 1 ay süreyle ( ya da daha uzun bir süre) aşağıdakilerden biri ya da daha fazlası izler:
  - (a) başka nöbetlerin de olacağına ilişkin sürekli kaygı
  - (b) atağın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla (örn. kontrol kaybetme, kalp krizi geçirme, çıldırma) ilgili olarak üzüntü duyma
  - (c) ataklarla ilişkili olarak belirgin bir davranış

değişikliği göstermek

B) Agorafobinin mevcut olması ya da olmaması (diğer ölçütlerin karşılanması durumunda, agorafobi mevcutsa Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu, mevcut değilse agorafobi olmadan panik bozukluğu tanısı konulur).

C) Panik nöbetleri bir maddenin (örn. tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D) Panik nöbetleri, Sosyal Fobi (örn. korkulan toplumsal durumlarla karşılaşma), özgül fobi (örn. özgül fobik bir durumla karşılaşması) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

#### Ayrırcı Tanı

a) Yaygın anksiyete bozukluğu: "Yaygın anksiyete bozukluğu" bölümünde tartışılmıştır.

b) Fobik bozukluklar: Özgül fobi ya da sosyal fobilerde, anksiyete karakteristik olarak fobik obje ya da duruma bağlıdır. Kişi, ancak fobik uyarılarla karşılaştığında panik nöbetleri geçirmektedir. Panik bozukluğunda ise, özgül ve sosyal fobilerde görülen farklı olarak, kesin olarak nerede ve ne zaman başlayacağından emin olunamayan, beklenmedik tipte panik nöbetleri görülür.

c) Major depresyon: Bu hastalığın seyri sırasında tekrarlayıcı beklenmedik panik nöbetleri görülebilmektedir. Ayrıca, panik bozukluğu hastalarının yaklaşık üçte birinde, ikincil olarak major depresyon geliştiği bildirilmektedir. Panik bozukluğu ve major depresyon ölçütleri aynı anda karşılanıyorsa, her iki tanı birlikte konulur.

d) Hipokondriyazis: Panik bozukluğunda fiziksel hastalık olduğu inancı ve bedensel uğraşlar, daha sık olarak nöbetlerin olduğu dönemle sınırlıdır. Bu özelliği ile, ciddi bir hastalığı olduğu korkusunun ve bu yöndeki inancını tıbbi olarak onaylatma eğiliminin sürekli olduğu hipokondriyazis durumundan ayrılır.

e) Fiziksel Hastalıklar: Hipoglisemi, hipertiroidi, hipopatiroidi, cushing hastalığı, feokromasitoma gibi fiziksel hastalıklarda panik bozukluğunda görülenlere benzer belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Panik bozukluğu tanısı, belirtiler organik bir etken tarafından başlatılmadığı ve sürdürülmediği durumlarda konulmalıdır.

f) Psikoaktif Bağlı Entoksikasyon ve Yoksunluk Durumları: Barbitürat gibi maddelerden yoksunluk, kafein, kokain ve amfetamin gibi maddelere bağlı entoksikasyon durumlarından panik nöbetleri görülebilir. Bu gibi durumlarda panik bozukluğu tanısı konulmamalıdır.

#### Hazırlayıcı Etkenler ve Hastalığın Gidişi

Panik bozukluğunun gelişiminin öncesinde stresli yaşam olayları görülebilmektedir. Bu konuda yapılan bir araştırmada, olguların yaklaşık 2/3ünde, hastalığın başlangıcından önceki 6 ay içinde stresli yaşam olaylarının mevcut olduğu saptanmıştır. Bu olaylar görülme sıklığı dikkate alınarak şu şekilde sıralanmıştır; sevilen bir kişiden ayrılma ya da ayrılma tehdidi yaşama, iş değiştirme, gebelik, evlilik, okuldan mezun olma, yakın bir kişinin ölümü, fiziksel hastalık.

Genelde süregelen bir hastalık olan panik bozukluğunun gidişi, kişiden kişiye değişiklikler gösterebilmektedir. Uzun süreli izleme sonuçları, belirtilen, hastaların %30-40'ında kaybolduğunu, yaklaşık yarısından yaşam üzerine önemli bir etki göstermeksizin sürdüğünü, %10-20'sinde ise belirgin olarak devam ettiğini ortaya koymuştur.

#### İlaç Tedavisi

Anti-panik etkinliğe sahip ilaç grupları şunlardır:

1) Trisiklik antidepressanlar: İçlerinde en iyi araştırılmış olanlar imipramin ve klomipramin olmasına karşın, bütün trisiklik antidepressanlar panik nöbetleri durumlarında etkilidir. Tedavi, düşük dozlara (25 mg/gün imipramin eşdeğer dozlarda) başlatılmalı, istenilen sonuç elde edilinceye kadar aşamalı olarak arttırılmalıdır. Kimi zaman düşük dozlar etkili olmakla birlikte, antipanik etkinin görüldüğü doz aralığı 150-200 mg/gün olarak kabul edilmektedir. Bu tür ilaçların en önemli sakıncalarından biri, düşük dozlarla bile antikolinergik yan etkilerin görülmesidir. Bu yan etkiler, anksiyetenin fiziksel belirtilerine benzedeğinden, özellikle de henüz yan etkilere toleransın gelişmediği ilk iki hafta içinde, tedavinin bırakılmasına neden olabilmektedir. Tedavi en az bir yıl sürdürülmelidir. 3-4 aylık bir belirtisiz dönemden sonra doz azaltılabilir. Tedavi kesildiğinde nüks görülebilmektedir.

2) Monoaminooksidaz inhibitörleri (MAOI): Panik nöbetlerinin tedavisinde, hidrazin grubu MAOI inhibitörlerinden fenelzin etkili bulunmuştur. Diyet uygulamaları gerektirmesi ve ciddi yan etkilerin

ortaya çıkma riski, bu grup ilaçların sakıncalı yönleridir.

3) Triazolobenzodiazepin (alprazolam): Başlangıç dozu günde üç kez 0.5 mg'dır. Günlük toplam doz iki günde bir 0.5 mg/gün hesabıyla arttırılabilir. Yeterli etki sağlandığında ya da uyku hali gibi belirgin yan etkiler ortaya çıktığında, doz arttırımına son verilir. Araştırmaların çoğunda, anti-panik etkinliğin sağlandığı ortalama doz 3-6 mg/gün olarak bildirilmiştir. Ancak, 3 mg/gün'den 10 mg/gün'e kadar geniş bir doz aralığı, etkili tedavi dozu olarak kabul edilmektedir. Antikonvülsan etkisi nedeniyle, alprazolam aniden kesildiğinde, epileptik nöbet ortaya çıkabilir. Ayrıca, uzun süreli kullanımından bağımlılık oluşturabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenlerle, ilaç tedavisinin sonlandırma aşamasında yavaş yavaş kesilmelidir.

4) Benzodiazepin grubundan klonazepam, triazolopiridin grubundan trazodon ve tetrasiklik antidepressanlar grubundan mianserin gibi ilaçlar da panik nöbetleri üzerine etkilidir.

#### Psikoterapi

Panik Bozukluğunun tedavisinde iki farklı strateji uygulanmaktadır. Bunlardan ilki Panik nöbetleriyle, ikincisi agorafobik kaçınma davranışlarıyla başa çıkmanın öğretilmesidir.

Korkulan durumun üstüne gidilerek kaçınma davranışının ortadan kaldırılmasının hedeflendiği "gerçek yaşam koşullarında alıştırma"nın, agorafobinin tedavisinde en etkili yöntem olduğu kabul edilmektedir. Bu tedavi yöntemi "Fobik Bozuklukların Psikoterapisi" bölümünde anlatılmıştır.

Bilişsel-Davranışçı Terapi: Bu terapi yöntemi, panik nöbetlerinin bedensel duyuların katastrofik yorumlanmasından kaynaklandığını varsayan bilişsel model ve hiperventilasyonun nöbetlerin oluşumunda rol oynadığı görüşü birlikte ele alınarak geliştirilmiştir. Bilişsel yanlış yorumlamaların düzeltilmesi ve solunumun denetlenmesi esasına dayanan bu yöntemde, aşırı soluma egzersizleri yaptırılarak, hastada panik nöbetindekilere benzer belirtilerin ortaya çıkartılması ve ardından solunumun düzenlenmesi ile bu belirtilerin kaybolması sağlanır. Buna dayanılarak, panik nöbeti sırasında ortaya çıkan bedensel belirtilerin, kalp krizi geçirme gibi katastrofik durumlardan kaynaklandığını, deneysel ve hatta fizyolojik olarak da görüldüğü ve hiperventilasyonun bir sonucu olduğu yorumu üzerinde durulur. Burada yapılan, hastanın bedensel belirtilerini,

ilkinde olduğundan daha zararsız ve denetlenebilir bir duruma bilişsel olarak yeniden atfetmesini sağlamaktır. Bir sonraki adım ise panik nöbetlerinin başlayacağını hissedildiği anda kullanılmak üzere, bir başa çıkma tekniği olarak solunum denetiminin öğretilmesidir.

Hasta ve Aileye Bilgi ve Danışmanlık

Panik nöbetleri sırasında, yukarıda da belirtildiği gibi kalp atım sayısında artma, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi yakınmalar nedeniyle kalp krizi geçiriyor olma

korkusuna sıkça rastlanmaktadır. Bu tür hastalar, çarpıntılarının olması muhtemel bir kalp krizinin, soluk alma güçlüğüne soluksuz kalıp ölmenin bir habercisi olarak görmek gibi, bedensel duyumlarını gerçekte olduğundan daha tehlikeli olarak algılayabilmektedirler. Panik bozukluğu tanısı konulan hastalara panik nöbetlerinin ruhsal kaynaklı olduğu anlatılmalı ve psikiyatrik tedaviye uyumları sağlanmalıdır. Ailenin, tedaviye uyum açısından desteği ve tedavi sürecindeki işbirliği çok önemlidir.

### Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. Amerikan Psikiyatri Birliği. (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), Washinton DC, 1994, İngilizceden çeviren E Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
2. Atalay ND, Bayraktar E. (1992) Panik Bozukluk. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, İzmir.
3. Atalay ND, Bayraktar E. (1995) Panik Atağı ve Panik Bozukluğu. Anksiyete Monografileri Serisi 6. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
4. Başoğlu M. (1991) Panik ve Anksiyete Farklı Olgular mı? Panik Hastalığı ve Agorafobisi Olan Hastalarda Panik ve Anksiyetenin Fenomelojisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 3(3):163-170.
5. Charney DS, Heninger GR, Breier A. (1984) Noradrenergic Function in Panic Anxiety. Arch Gen Psychiatry, 41:751-762.
6. Charney Ds, Heninger GR. (1986) Abnormal Regulation of Noradrenergic Function in Panik Disorders. Arch Gen Psychiatry, 43: 1042-1054.
7. Clark DM: (1986) A Cognitive Approach to Panic. Behav Res Ther, 24: 461-470.
8. Crowe RR, Noyes R, Pauls DL ve ark. (1983) A family study of Panic Disorder. Arch Gen Psychiatry, 40: 1065-1069.
9. Dünya Sağlık Örgütü. (1993) Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzları (ICD-10), Cenevre 1992, İngilizce'den çevirenler F. Çuhadaroğlu, İ Kaplan, G Özgen, MO Öztürk, M Rezaki, B Uludağ, Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara.
10. Emmelkamp PMG, Bouman TK, Scholing A. (1994) Anksiyete Bozuklukları, Klinik Uygulama Klavuzu, İngilizce'den çevirenler B Ceyhun, N Oral, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
11. Freedman RR, Lanni P, Etedgui E ve ark. (1984) Psychophysiological Factorsin panik Disorder. Psychopathology, 17: 66-73.
12. Freud S. (1926) Inhibitions, Symptoms and Anxiety, The Standart Edition of the Complete Psychological Works of sigmund Freud, Volume 20. Hogarth Press and Institute of Psychoanalysis, London.
13. Gelder MG. (1986) Panic Attacks: New Approach to an Old Problem. Br J Psikiyatri, 149: 346-352.
14. Gelder M, Gath D, Mayou R. (1989) Oxford Texbook of Psychiatry, Second Edition. Oxford University Press, Oxford.
15. Gelder MG. (1989) The Classification of Anxiety Disorders. Br J Psychiatry, 154: 28-32.
16. Klein DF. (1981) Anxiety Reconceptualized. Anxiety. DF Klein, J Raskin, (Eds). New Research and Changing Concepts. Raven Press, New York.
17. Köknel Ö. (1989) Genel ve Klinik Psikiyatri. Nobel Tıp kitabevi, İstanbul.
18. Köroğlu E. (1995) Psikiyatri 2, Anksiyete Bozuklukları, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
19. Liebowitz MJ, Fyer AJ, Gorman JM ve ark. (1984) Lactate Provocation of Panic Attacks: Clinical and Behavioral Findings. Arch Gen Psychiatry, 41:764-770.
20. Margraf J, Taylor CB Ehlers A ve ark. (1987) Panic Attacks in the Naturel Environment. J Nerv Ment Dis, 175: 558-565.
21. Myers JK, Weissman MM, Tischer GL ve ark. (1984) Six-Month Prevalence of Psychiatric Disorders in Three Communities: 1980-1982. Arch Gen Psychiatry, 41: 956-967.
22. Öztürk O. (1990) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 3. Basım. Evrim, İstanbul,
23. Rainey JM, Frohman CE, Freedman RR ve ark. (1984) Specificity of Lactate Infusion as a Model of Anxiety. Psychopharmacol Bull, 20: 45-49.
24. Robins LN, Helzer JE, Weismann MM, ve ark. (1984) Life Time Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Three Sites Arch Gen Psychiatry, 41: 949-958.
25. Thyer BA, Parrish RT Crutis GC ve ark. (1985) Ages of Onset of DSM-III Anxiety Disorders. Comp Psychiatry, 26: 113-122.
26. Tükel MR. (1995) Anksiyete Bozuklukları. Psikiyatri, E. Adam, R. Tükel, O. Yazıcı (Ed), İstanbul Tıp Fakültesi Basımevi, İstanbul, s.97-114.
27. Uhde TW, Nemiah JC. (1989) Panic and Generalized Anxiety Disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry/V. HI Kaplan, BJ Sadock, (Eds). Williams and Wilkins. Baltimore.
28. Weissman MM, Merikanges KR. (1989) The epidemiology of Anxiety and Panic Disorders. J Clin Psychiatry, 47: 11-17.
29. Weissman MM- leaf PJ, Blazer DG ve ark. (1986) The Relationship Between Panic Disorder and Agoraphobia: An Epidemiologic Perspective. Psychopharmacol Bull, 22: 787791.