

Panik bozukluğunda özkıyım düşünceleri¹

Figen ÇULHA ATEŞCİ,² FİLİZ KARADAĞ,² Tarkan AMUK,³
Osman ÖZDEL,⁴ Nalan K. OĞUZHANOĞLU⁵

ÖZET

Amaç: Panik bozukluğu, sıklıkla yeti yitimine neden olan ve özkıyım düşünceleri riskini artıran yaygın bir bozukluktur. Çalışmamızda panik bozukluğu olan hastalarda özkıyım düşünceleri ve depresif belirtiler araştırılmıştır. **Yöntem:** Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran ve DSM-IV tanı kriterlerine göre panik bozukluk tanısı alan 85 hasta çalışma grubunu oluşturdu. Özkıyım düşüncelerinin varlığı ile sosyodemografik değişkenlerin, depresif belirtilerin, agorafobinin ve stres etmenlerinin ilişkisi incelendi. **Bulgular:** Panik bozukluğu olan hastaların çoğunluğunun kadın (%62.4), evli (%80) ve ilkokul mezunu (%36.5) olduğu saptandı. Hastaların %16.5'nde agorofobi ile birlikte panik bozukluk, %17.6'sında özkıyım düşünceleri mevcuttu, %24.7'sine depresif belirtiler eşlik etmekteydi. Özkıyım düşünceleri ile depresif belirtiler ve agorafobili panik bozukluğu ilişkili bulundu. Depresif belirtileri olan hastalarda stres etmenleri anlamlı oranda daha fazlaydı. **Tartışma:** Çalışmamızda panik bozukluğunda özkıyım düşüncelerinin sık görüldüğü ve bu hastaların önemli kısmında depresif belirtilerin bulunduğu saptandı. Panik bozukluğu hastalarında eşlik eden depresif belirtiler ve agorafobi özkıyım riskini yükselten bir etken olarak dikkati çekmektedir. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4:81-86*)

Anahtar sözcükler: Panik bozukluk, özkıyım düşüncesi, depresyon, agorafobi

Suicidal ideations in panic disorder

ABSTRACT

Objective: Panic disorder is a common, frequently disabling illness that has recently been shown to be associated with an increasing risk for suicidal ideation. In this study, we aimed to investigate suicidal ideations and associated depressive symptoms in the patient with panic disorder. **Method:** Our study group was consisted of eighty-five patients who were admitted to psychiatric outpatient clinic of the Pamukkale University Medical School, with the diagnosis of panic disorder according to the DSM-IV criteria. The relationship between suicidal ideations and sociodemographic data, associated depressive symptoms, agoraphobia and psychosocial stress factors were examined. **Result:** It was found that the majority of the patients with panic disorder was women (62.4%), married (80%) and primary school graduate (36.5%). It was observed that, 16.5% of the patients had panic disorder with agoraphobia, 17.6 % had suicidal ideations and 24.7% had overlapping depressive symptoms. Suicidal ideations were related associated depressive symptoms and panic disorder with agoraphobia. Stress factors were significantly frequent in the patients with depressive symptoms. **Discussion:** In our study, it was found that suicidal ideations is frequently observed in the patient with panic disorder, and most of the patients had associated depressive symptoms. Panic disorder with agoraphobia and associated depressive symptoms could be a possibility which gives rises to suicidal ideations of these patients. (*Anatolian Journal of Psychiatry 2003; 4:81-86*)

Key words: Panic disorder, suicidal ideation, depression, agoraphobia

¹ 7. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi'nde sunulmuştur.

² Yrd.Doç.Dr., ³ Öğr.Gör.Dr., ⁴ Arş.Gör.Dr., ⁵ Doç.Dr., Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Denizli Dr. Figen ÇULHA ATEŞCİ, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri ABD, Doktorlar Cad. DENİZLİ
Tel: 0258 2410034/612 e-posta: fatesci@yahoo.com

GİRİŞ

Panik bozukluğu, etiolojisi iyi bilinmeyen, nedensiz ve aniden ortaya çıkan şiddetli, tekrarlayıcı panik atakları ile karakterize bir durumdur. Panik ataklarına eşlik eden beklenti anksiyetesi ve/veya agorafobi hastaların yaşam kalitesini ve işlevselliklerini önemli derecede bozmaktadır. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, panik bozukluğunun yaşam boyu prevalansının %1.5-3.8 arasında değiştiği, başlangıç yaşının 15-30 arasında olduğu, kadınlarda daha fazla görüldüğü ve hastaların %30'unda agorafobinin tabloya eşlik ettiği bildirilmektedir.^{1,2,3}

Yapılan çalışmalarda, panik bozukluğunun özkıyım düşünceleri ve girişimleri için risk oluşturabildiği, özellikle majör depresyon ve alkolizmin eşlik etmesiyle bu eğilimin arttığı ileri sürülmektedir.^{4,5} Lepine ve arkadaşları⁶ düzenli olarak takip ettikleri 100 panik bozukluk olgusundan 42'sinin yaşamlarının bir döneminde özkıyım girişiminde bulunmayı düşündüklerini bildirmişlerdir. Depresyonun eşlik ettiği hastalar panik bozukluğun tek başına bulunduğu hastalara göre daha yüksek özkıyım riski altındadırlar.^{7,8} Panik bozukluğu olgularında özkıyım girişimi oranı %5-7 arasındayken, depresyonun eşlik ettiği durumlarda %20'lere kadar yükselebilmektedir.⁹ Ancak duygudurum bozuklukları, kişilik bozuklukları ve madde kullanımı gibi diğer risk faktörleri olmadığında panik bozukluk tek başına özkıyım riski taşımamaktadır.^{9,10}

Depresif belirtilerin eklenmesinin hastanın yaşam kalitesini bozarak, sağlıkla ilgili ciddi kaygılara, mesleki ve toplumsal işlevsellikte bozulmaya ve ümitsizliğe yol açarak özkıyım riskini artırabildiği belirtilmektedir.^{2,11,12} Eşlik eden depresyon, hastalığın seyrini olumsuz etkilemekte ve hastalık süresini de uzatmaktadır.⁷ Çalışmamızda polikliniğimizde panik bozukluğu tanısı konan hastalarda özkıyım düşüncelerinin varlığı araştırılmıştır. Ayrıca, özkıyım düşünceleriyle eşlik eden depresif belirtiler ve klinik özellikler arasındaki ilişki incelenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine Ocak 1997-Haziran 2000 tarihleri arasında başvuran hastaların dosya kayıtları geriye dönük olarak taranarak DSM-IV'e¹³ göre agorafobi

olmadan panik bozukluğu ve agorafobi ile birlikte panik bozukluğu tanısı konan 85 hastanın verileri değerlendirildi. Polikliniğimizde kayıtlar için yapılandırılmış formlar kullanılmakta, tanılar DSM-IV tanı kriterleri kullanılarak, bir araştırma görevlisi ve psikiyatri uzmanı ile gözden geçirilerek konulmaktadır. Poliklinik formlarına sosyodemografik özellikler, ruhsal durum muayenesine ilişkin ayrıntılı bilgiler ve psikososyal stres etmenleri kaydedilmektedir.

Çalışmamızda panik bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri, özkıyım düşünceleri, eşlik eden depresif belirtiler ve stres etmenleri incelendi. Poliklinik formlarında ruhsal durum muayenesi bölümünde depresif duygudurum veya ilgi-istek azalması ile birlikte en az beş depresif belirtiyeye ait bilgi kaydedilen hastalar depresif belirtili grup olarak incelendi. Bu belirtiler DSM-IV'e göre anhedoni, uyku ve iştah bozukluğu, psikomotor retardasyon veya ajitasyon, enerji azalması, dikkati yoğunlaştırma güçlüğü, benlik saygısında azalma, ölüm düşünceleri olarak belirlendi. Özkıyım düşüncesi poliklinik formlarında yer alan, düşünce içeriği bölümündeki kayıtlar esas alınarak incelendi. Psikososyal stresler DSM-IV çok eksenli değerlendirme sistemine göre ilgili oldukları yaşam olaylarına bakılarak sınıflandırıldı.

Özkıyım düşünceleri olan ve olmayan hastalar, sosyodemografik özellikleri, depresif belirtilerinin varlığı ve stres etmenleri açısından karşılaştırıldı. İstatistiksel değerlendirmeler SPSS 9.0 programı ile ki-kare ve Mann-Whitney U testi kullanılarak yapıldı.

BULGULAR

Çalışma grubunu oluşturan panik bozukluğu olan hastaların %62.4'ü (s=53) kadın, %37.9'u (s=32) erkek hastalardan oluşmaktaydı. Tüm grubun yaş ortalaması 36.92±12.7 olarak bulundu. Kadın ve erkek hastaların yaş ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmadı, ancak kadınlar daha genç yaşta idi (K: 35.72±11.7, E: 38.91±14.3). Çoğunluğunun evli (%80) ve %36.5'inin ilkökul mezunu olduğu belirlendi. Hastaların büyük kısmının (%69.4) kendi isteğiyle polikliniğine başvurduğu, %21.2'sinin ise konsültasyon talebi ile geldiği görüldü. En fazla konsültasyon dahiliye bölümü (%11.8) tarafından istenmiş olup bunu nöroloji (%10.6) bölümü izlemekteydi.

Hastaların %61.9'unun hastalık başlamadan önceki bir yıllık süre içinde bir stres etmeni tarif ettiği belirlendi. Stres etmenleri içinde ilk sırada birincil destek grubuyla olan sorunlar (%28.6) saptandı. Bu grup içinde aileden birinin ölümü ve ailedeki sağlık sorunları en sık belirtilen (%52.6) stres etmenleriydi. Toplumsal çevre ile ilişkili sorunları %23.8, mesleki ve eğitimle ilgili sorunlar %3.5 ve diğer psikososyal sorunlar %6 oranlarında bulundu. Çalışma grubundaki hastalarda özkıyım düşüncesi

15 hastada (%17.6) vardı. Kayıtlarda özkıyım girişimine ait bir bilgi saptanmadı. Özkıyım düşüncesi olan ve olmayan hastalar arasında yaş, cinsiyet ve eğitim gibi sosyodemografik özellikler açısından istatistiksel farklılık bulunmadı. Depresif belirtili hastalar, tüm hasta grubunun %24.7'sini oluşturmaktaydı. Depresif belirtilerin gözlenmediği hasta grubuyla, sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırıldığında benzer olup istatistiksel açıdan anlamlı farklılık yoktu.

Tablo 1. Depresif belirtileri olan hastalarda özkıyım düşüncesi ve stres etmenleri

	Depresif belirtileri			
	olanlar		olmayanlar	
	Sayı	%	Sayı	%
Özkıyım düşüncesi				
Var**	13	46.7	8	53.3
Yok	7	18.6	57	81.4
Stres etmeni				
Var*	17	85.0	29	44.6
Yok	3	15.0	36	55.4

*: $\chi^2=10.04$, $p<0.002$

** : $\chi^2=5.42$, $p<0.02$ (Fisher'in kesin ki-kare testi)

Tablo 2. Agorafobili panik bozukluğu olanlarda depresif belirtiler ve özkıyım düşüncesi

	Agorafobili panik bozukluğu		Agorafobisiz panik bozukluğu	
	Sayı	%	Sayı	%
Özkıyım düşüncesi				
Var*	5	33.3	10	12.9
Yok	9	66.7	61	87.1
Depresif belirtiler				
Var**	6	42.9	14	19.7
Yok	8	57.1	57	80.3

*: $\chi^2=3.76$, $p<0.05$

** : $\chi^2=3.48$, $p<0.05$

Özkıyım düşüncesi olanlarda depresif belirtileri olan hastalar (s=13, %46.7) olmayanlara göre (s=7, %18.6) anlamlı derecede daha yüksekti. Depresif belirtilerin eşlik ettiği hastalar, diğer hastalara göre stres etmenleri ile daha fazla oranda karşılaşmışlardı (Tablo 1). Özkıyım düşüncesi olan hastaların %66.7'si (s=10) stres etmeni tanımlarken, olmayanlarda bu oran %51.4 (s=36) olarak bulundu; iki grup arasında istatistiksel farklılık yoktu.

Agorafobi ile birlikte panik bozukluk 14 olguda (%16.5) saptandı; bu hastalarda depresif belirti oranı (%42.9) agorafobisi olmayan hastalara (%19.7) göre daha yüksekti. Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olanlarda özkıyım düşünceleri (%64.3) olmayanlara göre (%14.1) anlamlı düzeyde daha fazlaydı (Tablo 2).

İki hastada (%2.4) alkol kullanımı bulunmaktaydı. Bu hastalar sosyal, mesleki işlevlerini ve fiziksel sağlıklarını etkileyecek düzeyde alkol aldıklarını bildirmişlerdi.

TARTIŞMA

Panik bozukluğunun yaşam boyu prevalansı %1.5 ile %3.8 arasında olup tüm sosyodemografik grupları etkilediği fakat daha çok 50 yaşın altında ve kadınlarda görüldüğü belirtilmektedir.^{1,2,3} Araştırma grubumuzda da yaş ortalaması 36.9 olup, %62.4'ü kadınlardan oluşmaktaydı.

Yeni araştırmaların bulgularına göre panik bozukluğu özkıyım düşünceleri ve girişimleri için risk oluşturmakta ve özkıyım düşünceleri gözden kaçırılabilir. ^{4,5,14-17} Değişik çalışmalarda panik bozukluğu hastalarında yaşam boyu özkıyım düşüncesi prevalansı %31-47 oranlarında bildirilmiştir.^{5,18} Çalışmamızda panik bozukluğu tanısı konan hastalarda ilk başvuru sırasındaki özkıyım düşünceleri incelenmiş ve yukarıda bildirilen oranlardan düşük (%17.6) bulunmuştur. Bu düşük oran, yaşam boyu olan özkıyım düşüncelerinin değil de, görüşme sırasında olan özkıyım düşüncelerin sorgulanmasına ve çalışmanın retrospektif olmasına bağlı olabilir. Panik bozukluğuna eklenen depresif duygudurum, geleceğe ait umutsuzluk, karamsarlık duygularını arttırmakta ve bireyi özkıyım girişimine yatkın kılabilir. ^{4,19} Vasile ve arkadaşlarının²⁰ çalışmasında panik bozukluğu olan hastalarda özkıyım girişimleri %6 iken, depresyonun eşlik ettiği

hastalarda %12 oranına çıkmaktadır. Çalışmamızda da özkıyım düşünceleri olan hastaların %46.7'sinde olmayanlara göre (%18.6) depresif belirtilerin var olduğu saptandı. Bu sonuç, hasta grubumuzdaki özkıyım düşüncelerinin daha çok depresyonla bağlantılı olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmalarda panik bozukluğu ve depresyonun %22-%28.5 gibi yüksek oranlarda bir arada bulunduğu belirtilir.²²⁻²⁶ Bizim hastalarımızda saptadığımız depresif belirti oranı (%24.7) bu değerlere oldukça yakın bulunmaktadır. Çalışmamızda sadece birkaç depresif belirtiyeye sahip hastalar değil, DSM-IV tanı sisteminin depresyon için önerdiği belirti kümesini gösteren hastalar depresif belirtili grup olarak ele alındığı için, bu hastaların en azından bir depresif sendroma sahip oldukları düşünülebilir. Panik bozukluğu ve depresyon birlikteliğinin nedenleri açık olmamakla birlikte, bu alanda yapılan çalışmalar, psikolojik, biyolojik ve genetik faktörlerin ortak yatkinliğe yol açabileceğini ileri sürmektedir.^{1,21,27} Ancak panik bozukluğu ile depresyonun benzer hastalıklar olup olmadığı ya da birinin diğerine yol açıp açmadığı tartışmalıdır. Wittchen'in²⁸ öne sürdüğü semptom ilerleme modeline göre, belirli biyolojik ve kognitif faktörler her iki rahatsızlığın birlikte gelişmesine neden olabilmektedir. Weissman ve arkadaşları²⁷ panik ve depresif bozuklukların önemli ölçüde bir arada bulunabilen, farklı hastalıklar olduğunu vurgulamaktadır. Bizim çalışmamızda geriye dönük çalışma deseni nedeniyle eşlik eden depresif bozukluklar hakkında yorum yapmak güç olmasına rağmen panik bozukluğa eklenen depresif belirtilerin yüksek oranda olması panik bozukluğun depresyona yatkinlik doğurabileceğini düşündürmektedir. Bu hastalar ile depresif belirtileri olmayan hastalar önceki çalışmalarda bildirildiği gibi cinsiyet, medeni durum, eğitim gibi sosyodemografik özellikler açısından benzer özellikler göstermekteydi.^{20,21}

Agorafobi, DSM-IV'te panik bozukluğuyla birlikte tanısal bir kavram olarak değerlendirilmektedir. Panik ataklarını önlemek amacıyla geliştirilen kaçınma davranışının agorafobiye, bunun da demoralizasyonla depresyona yol açabileceğine dair görüşler vardır.⁹ Klinik çalışmalarda panik bozukluğu olan hastaların yaklaşık %25'inde agorafobi olduğu ve depresyonun ortaya çıkışını anlamlı derecede yükselttiği ya da depresyonun habercisi olabileceği bildirilmektedir.^{9,11,19,24} Çalışmamızda

agorafobi ile birlikte panik bozukluk oranı %16.5 olup, bu hastalarımızda depresif belirtiler (%42.9) ve olasılıkla bununla ilişkili özkıyım düşünceleri de (%64.3) agorafobisi olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Panik bozukluğu, depresyon, özkıyım düşüncesi ve girişimi açısından olduğu kadar alkol ve madde kullanımı açısından da risk oluşturmaktadır. Panik bozukluğu olan hastaların %13-16'sının alkol kullandığı, agorafobili panik bozukluğunda bu oranının %1-21 gibi çok değişken olabildiği bildirilmektedir.²⁹ Çalışmamızda panik bozukluğu olan hastalarda alkol kullanımı %2.4 oranında saptandı. Önceki çalışmalarla^{10,16} karşılaştırıldığında çalışmamızdaki alkol kullanımı daha düşük orandadır. Toplumumuzda alkol kullanımına karşı olan olumsuz yargılar, daha az tüketilmesine ve bireylerin alkol kullandıklarını açıklamada daha çekingen davranmalarına yol açarak oranlarımızı etkilemiş olabilir.

Çalışmalarda panik bozukluğu başlamadan önce sıklıkla tehdit edici olarak algılanan stresli yaşam olayları bildirilmiş, özellikle kayıp ve ayrılık gibi

olayların panik bozukluğunda depresyon riskini artırdığı saptanmıştır.^{21,30,31} Roy-Byrne ve arkadaşları³² hastalık başlangıcından önceki bir yıl içinde yaşanan kayıp ve ayrılıkların, sekonder depresyon riskini arttırdığını bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda da panik hastalarında yüksek oranda stres etmenleri saptandı ve birincil destek grubuyla ilgili sorunlar ilk sırada yer aldı. Bunların içinde ailedeki sağlık sorunları ve kayıplar hastaların en sık yaşadığı stres etmeniydi. Yine depresif belirtileri olan grupta stres etmenleri anlamlı derecede fazlaydı. Buradan yola çıkarak stres etmenlerinin, bu hastalarda depresyonun ortaya çıkışını kolaylaştırdığı düşünülebilir.

Sonuç olarak panik bozukluğu olan hastalarda özkıyım düşüncesi önemli oranda görülmekte ve panik bozukluğuna eşlik eden depresyonun tanınması intihar riski taşıyan bireylerin belirlenmesinde önem kazanmaktadır. Ayrıca agorafobili panik bozukluğunun, depresif belirtilerin gelişmesine yatkınlık oluşturabilmesi, özkıyım riski açısından bu grubun da dikkatle ele alınması gerektiğini düşündürmektedir.

KAYNAKLAR

1. Dick CL, Blant RC, Newman SC: Panic disorder. *Acta Psychiatry Scand* 1994; (suppl 376):45-53.
2. Katerndahl DA, Realini JP: Lifetime prevalence of panic states. *Am J Psychiatry* 1993; 150:246-249.
3. Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ: Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry* 1994; 151:413-420.
4. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL: Panic disorder, comorbidity and suicide attempts. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:805-808.
5. Weissman MM, Klerman GL, Markowitz JS, Queller R: Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *N Engl J Med* 1989; 321:1209-1214.
6. Lepine JP, Chignon JM, Teherani M: Suicide attempts in patients with panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:144-149.
7. Lecrubier Y, Ustun TB: Panic and depression: a worldwide primary care perspective. *Int Clin Psychopharmacol* 1998;13 (Suppl 4):7-11.
8. Johnson MR, Lydiard RB: Comorbidity of major depression and panic disorder. *J Clin Psychol* 1998; 54:201-210.
9. Baldwin J: Depression and panic: co-morbidity. *Eur Psychiatry* 1998; (suppl 2):65-70.
10. Warshaw MG, Dolan RT, Keller MB: Suicidal behavior in patients with current or past panic disorder: five years of prospective data from the Harvard/Brown Anxiety Research Program. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1876-1878.
11. Stein MB, Tancer ME, Uhde TW: Major depression in patients with panic disorder: factors associated with course and recurrence. *J Affect Disord* 1990; 19:287-296.
12. Albus M, Scheibe G: Outcome of panic disorder with or without concomitant depression: a 2-years prospective follow-up study. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1878-1880.
13. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV). E Köroğlu, çev. ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, Medikomat Basım Yayın, 1995.
14. Khan A, Leventhal RM, Khan S, Brown WA: Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *J Affect Disord* 2002; 68:183-190.

15. Schmidt NB, Woolaway-Bickel K, Bates M: Evaluating panic-specific factors in the relationship between suicide and panic disorder. *Behav Res Ther* 2001; 39:635-649.
16. Friedman S, Smith L, Fogel A: Suicidality in panic disorder: a comparison with schizophrenic, depressed, and other anxiety disorder outpatients. *Anxiety Disord* 1999; 13:447-61.
17. Noyes R: Suicide and panic disorder: a review. *J Affect Disord* 1991; 22:1-11.
18. Cox BJ, Dirmfeld DM, Swinson RP, Norton GR: Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and social phobia. *Am J Psychiatry* 1994; 151:882-887.
19. Katerndahl DA, Realini JP: Comorbid psychiatric disorders in subjects with panic attacks. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 669-674.
20. Vasile RG, Goldenberg I, Reich J, Goisman RM, Lavori PW, Keller MB: Panic disorder versus panic disorder with major depression: defining and understanding differences in psychiatric morbidity. *Depression and Anxiety* 1997; 5:12-20.
21. Servant D, Bailly D, Allard C, Parquet PJ: Major depression in panic disorder: role of recent life events. *J Affective Disord* 1991; 22:79-82.
22. Andrade L, Eaton WW, Chilcoat H: Lifetime comorbidity of panic attacks and major depression in a population-based study symptom profiles. *Br J Psychiatry* 1994; 165:363-369.
23. Boyd JH, Burke JD, Gruenberg E, Holzer CE 3rd, Rae DS, George LK ve ark: Exclusion criteria of DSM-III: a study of co-occurrence of hierarchy-free syndromes. *Arc Gen Psychiatry* 1984; 41:983-989.
24. Ball SG, Otto MW, Pollack MH, Rosenbaum JF: Predicting prospective episodes of depression in patients with panic disorder: longitudinal study. *J Conculst Clin Psychol* 1994; 62:359-65.
25. Savino M, Perigu G, Simonini E: Affective comorbidity in panic disorder. Is there are a bipolar connection? *J Affective Disord* 1993; 28:155-156.
26. Anderson DJ, Noyes JR, Crowe RR: A comparison of panik disorder and generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 572-575.
27. Weissman MM, Wickramaratne P, Adams PB, Lish JD, Horwath E, Charney D ve ark: The relationship between panic disorder and major depression. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:767-780.
28. Wittchen HU: Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. *Br J Psychiatry* 1996; (suppl 30):9-16.
29. Kocabaşoğlu N: Panik bozukluğu, agorafobi ve diğer komorbid durumlar. *Yeni Sempozyum* 2002; 40:668-675.
30. Farevalli C, Pallanti S. Recent life events and panic disorder. *Am J Psychiatry* 1989; 146:622-626.
31. Torgersen S. Hereditary differantiation of anxiety and affective neuroses. *Br J Psychiatry* 1985; 146:530-534.
32. Roy-Byrne PP, Geraci M, Uhde TW: Life events and course of illness in patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143:1033-1035.