



ANKSİYETE BOZUKLUKLARINA GENEL BİR BAKIŞ

Prof. Dr. Neşe Kocabaşoğlu

Anksiyete birçok farklı sebebi ve klinik belirtisi olan non-spesifik bir semptomdur. Fizyolojik olarak çarpıntı, terleme gibi duyumlar, korku ve endişenin farkedilmesi başlıca iki bileşendir. Anksiyete, periferik motor ve organlarla ilgili belirtilerin (tablo 1) yanısıra konfüzyon, algının bozulması, dikkat yoğunlaştırmada azalma, hatırlamanın güçleşmesi, durumlar arasında ilişki kurmada güçlük sonucu öğrenme yeteneğinin bozulması gibi sonuçlar da doğurur.

Anksiyetenin periferik belirtileri

İshal
Baş dönmesi, sersemleme hali
Terleme
Reflekslerde artma
Hipertansiyon
Çarpıntı
Pupiller genişleme
Huzursuzluk
Senkop
Taşikardi
Kol ve bacaklarda yanma, acıma hissi
Titreme
Midede rahatsızlık (Kelebekler uçuşuyormuş hissi)
Sık idrara çıkma

Otonom sinir sisteminin uyarılması, anksiyetenin periferik belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olur. Anksiyete bozukluğu olan hastalarda sempatik tonus artmıştır, orta şiddette bir uyarana aşırı cevap verirler .

Noradrenerjik sistem hücre gövdeleri rostral pontaki locus ceruleus'ta bulunur. Bu bölgede korku cevabı oluşur. Anksiyete bozukluğu olan hastalarda, bu sistemin devreye girmesinin denetimi zayıftır.

Serotonerjik ilaçların hayvanlarda anksiyeteyi gösteren davranışlara yol açmasına rağmen insanlarda böyle bir etki kanıtlanmamıştır. Yine de serotonin ile anksiyete bozuklukları arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle triptofan ve dolayısıyla da serotonin panik bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu gibi hastalıklarda sinaptik düzeyde artırılmalıdır.

GABA A reseptörleri üzerinden etki eden benzodiazepinler anksiyete bozukluklarında belirgin olarak etkilidir. Benzodiazepin antagonisti olan flumazenil panik ataklarını artırır. Yine azalmış benzodiazepin reseptörü sayısı anksiyete bozukluklarına yatkınlığı artırır. Bu sistem özellikle yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğun ortaya çıkması ve tedavisinde önemlidir.

Epidemiyoloji

	Panik Bozukluk	Fobi	Obsesif-Kompulsif Bozukluk	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Post Travmatik Stres Bozukluğu
Yaşamboyu yaygınlık Erkek/kadın oranı	%1.5-4 1/1(agorafobisiz) 1/2(agorafobili)	%3-5 1/2	%2-3 1/1	%3-8 1/2	%1-3 1/2
Başlangıç yaşı	Geç 20'li yaşlar	Geç çocukluk	Ergenlik ve erken erişkinlik	Değişebilir; erken erişkinlik	Çocukluk dahil herhangi bir yaşta
Aile öyküsü	Agorafobik hastaların birinci derece akrabalarının %20'si	Özellikle kan, yaralanma, enjeksiyon tipinde ailesel geçiş	Birinci derece akrabalarda %35	Birinci derece akrabalarda %25	-
İkiz çalışmaları	tek yumurta ikizlerinde daha sık	-	Tek yumurta ikizlerinde daha sık	Tek yumurta ikizlerinde daha sık	-

Tanı

DSM (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders) ilk defa 1954 yılında yayımlanmıştır. II. Dünya Savaşından sonra psikiyatrik hastalıkların değerlendirilmesinde belirgin görüş değişiklikleri olmuştur. Psikanalitik yaklaşım askerlerde ortaya çıkan travmatik nevrozun psikotik bir bozukluk olmadığına dikkat çekmiştir. Bugüne kadar dört kere değiştirilmiş, halen de beşincisinin hazırlıkları devam etmektedir.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Uzun tartışmalardan sonra yaygın anksiyete bozukluğunun depresyonun bir şekli olmadığına, ayrı, özgül bir hastalık olduğuna karar verilmiştir. Birinci basamakta en sık görölen psikiyatrik hastalıklardan biridir (%10). Yüksek prevalansına karşılık, genel tıp pratiğinde tanı konma oranı düşüktür. Doğru tanı konulamadığı için işlevsellik ciddi olarak bozulur; semptomların ciddiyeti nedeniyle prognoz beklenildiği kadar iyi olmayabilir ve hekime başvurma sıklığı artar.

Her zaman olmasa da, komorbidite sık görölmeleri nedeniyle yaygın anksiyete bozukluğu anksiyete-somatik-depresif semptomların tamamı göz önüne alınarak değerlendirilmelidir. Bu hastalarda komorbid olarak major depresyon ve panik bozukluk, kronik ağrı ve uyku bozuklukları sık görölmektedir. Diğer anksiyete bozukluklarından ise ayırıcı tanısı aşağıda göröldüğu gibidir.

Bozukluk	Özellik
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Aşırı endişelilik ve beklenti anksiyetesi, çeşitli somatik yakınmalar vardır, fobik kaçınma davranışı, depresif duygudurum, anhedoni ve sık panik hecmeler yoktur/
Panik Bozukluk	Beklenmedik ve tekrarlayan anksiyete hecmeleri vardır.
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	Panik hecmelerin de eşlik edebildiği sosyal ya da performans gereken durumlardan korkma ve kaçınma vardır.
Agorafobi	Kalabalık ortamlarda yalnız kalma korkusu ve panik hecme sırasında çıkmanın kolay olmayacağı yerlerden kaçınma vardır.
Çekingen Kişilik Bozukluğu	Reddedilme ve olumsuz değerlendirilmeye karşı aşırı duyarlılık, yetersizlik hisleri vardır.

Sosyal Anksiyete Bozukluğu

Sosyal Anksiyete bozukluğu (aynı zamanda sosyal fobi olarak da adlandırılır) genellikle çocuklukta başlar ve süregen bir seyri vardır. Sık görölür ve başka psikiyatrik hastalıkların eşlik etme olasılığı yüksektir; fakat klinikte yeterince tanı alamaz. Sosyal anksiyete bozukluğu diğer anksiyete bozuklukları, depresyon ve madde kötüye kullanımını ortaya çıkma riskini artırır. Bu tanıları alan hastalar, mutlaka sosyal fobi için de değerlendirilmelidir. İşlevsellikte bozulma, sosyal izolasyon ve intihar fikirleri oldukça sıktır. Kişiler, ekonomik engeller, yardım için nereye gideceğini bilememek ve başkalarının ne düşüneceği ve söyleyeceğinden çekindiklerinden tedaviye başvurmaktan kaçınabilirler.

Post Travmatik Stres Bozukluğu (PTSB)

PTSB genellikle tanı almayan ve tedavi edilmeyen bir anksiyete bozukluğudur. Bu karmaşık hastalığın biyolojik temelleri keşfedilmektedir ve tedavide yeni gelişmeler olmaktadır. İlk basamak hekimleri tarafından erkenden fark edilmesi ve tedavinin çabuk başlanması bu bozuklukla başa çıkılmasında önemlidir.

Travmatik stresör hayatı, kişisel güvenliği ve fiziksel bütünlüğü tehdit eden bir olay olarak tanımlanmaktadır. PTSB’de üç ana semptom grubu travmatik bir stressörden sonra ortaya çıkan bu semptomlar travmatik olayın yeniden yaşantılanması, travmayı hatırlatan kişi, ortam ve nesnelere kaçınma ve kronik aşırı uyarılma belirtileridir.

Erkeklerin %60.7’si, kadınların ise %51.2’si hayatları boyunca herhangi bir travmatik stressöre maruz kalırlar; ama bu kişilerde erkeklerden sadece %8 kadınların ise %20’sinde PTSB gelişir.

Bazı travmatik stresör örnekleri şunlardır: Saldırıya uğramak, ciddi bir yaralanma veya ölüme şahit olmak (düşman da dahil olmak üzere), işkence, fiziksel, cinsel tacize, çocukluk çağında temaruza maruz kalmak, yangın, sel, fırtına, deprem, kasırga, hortum gibi doğal afetler, terörist saldırılar, bombalama, teknolojik felaketler, bir çatışma ya da afetten sonra insan cesetleriyle ilgilenmek, sayılan olaylardan herhangi birine şahit olmak (ikincil travma). Bu olaylara maruz kalmış hastalar patolojik anksiyete açısından sorgulanmalıdır .

Psikososyal işlevsellik bozular. Madde kötüye kullanımı, major depresyon, distimi, panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi diğer anksiyete bozuklukları ve borderline kişilik bozukluğu birlikte sıkça görülür.

Panik Bozukluk

Panik bozukluk tekrarlayan, beklenmedik panik hecmelerin ciddi sıkıntı ve işlevsellik kaybına yol açtığı bir hastalıktır. Özellikle agorafobi ile komplike olduğu zaman hayat kalitesi de düşer.

Hastalığın etyolojisinde, hem genetik/ailevi hem kişiye özel çevresel faktörler hem de bilişsel ve davranışsal özellikler yer alır.

Panik bozukluk Akut Miyokart İnfarktüsü ile sıkça karışır. Pratisyen hekimler panik bozukluğun tanınması ve tedavisinde en önemli rolü üstlenirler.

DSM-IV-TR’ye göre Panik Nöbet Ölçütleri

A. Aşağıdaki belirtilerden dördünün (veya daha fazlasının) birden başladığı ve 10 dk. içinde en yüksek düzeyine ulaştığı ayrı bir korku veya rahatsızlık duyma döneminin olması:

1. Çarpıntı, kalp atımlarını hissetme veya kalp hızında artma olması
2. Terleme
3. Titreme veya sarsılma

4. Nefesin kesilmesi veya boğulma hissi
5. Sesin kesilmesi hissi
6. Göğüste ağrı veya sıkıntı hissi
7. Bulantı veya karında rahatsızlık hissi
8. Sersemlik hissi, yerinde duramama, baş dönmesi ve fenalaşma hissi
9. Derealizasyon (gerçek dışılık hissi) veya depersonalizasyon (kendinden ayrılmış olma hissi)
10. Denetimi yitirme veya çıldırma korkusu
11. Ölüm korkusu
12. Paresteziler
13. Sıcak basması veya üşüme hissi

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

OKB en ciddi ruhsal hastalıklardan biridir. Hastalar utanç duymaları ve saklamaları nedeniyle çoğunlukla geç tanı ve tedavi alırlar. Her yaştta ortaya çıkabilir; fakat en sık ergenlikte başlar.

OKB hastaları tekrar eden obsesyonlar ve/veya kompulsiyonlardan yakınırlar. Bunlar kişide belirgin sıkıntı yaratır; iş, okul, kişiler arası ilişkiler ve günlük aktivitelerini bozar.

Obsesyonlar bir kişinin sürekli aklına gelen istenmeyen görüntü, düşünce, fikir, zorunluluk ya da dürtülerdir. Genellikle anlamsız, sevimsiz hatta çirkindirler. OKB’de sık görülen obsesyonlar şunlardır: kontaminasyon, temizlik, saldırganlık, cinsellikle ilgili, biriktirme, saklama, doğüstü düşünce, somatik, vücut şekliyle ilgili, dini, belirli şeyleri bilmek ve hatırlamak, doğru şeyi söylemek, istenmeyen görüntü, ses, kelime, müzik, sayılar, batıl itikatlar.

Kompulsiyonlar genellikle bir obsesyonun ortaya çıkardığı sıkıntıyı azaltmak için yapılır. Fakat kompulsif davranış aşırıdır ve genellikle belirli bir şekilde, hatta özellikle kişinin kendi belirlediği kurallarla yapılmalıdır. Kompulsiyonlar bırakılmaz; çünkü obsesyonlarla ilişkili olan sıkıntı, suçluluk, depresyon, huzursuzluk ve gerginliği azaltırlar. Birçok hasta kompulsiyonlarının aşırı olduğunun farkındadır. OKB’de sık görülen kompulsiyonlar şunlardır: yıkama, temizleme, kontrol etme, tekrarlama, sayma, düzenleme, biriktirme, saklama, batıl davranışlar, onay arama, zihinsel törenler, söyleme, sorma, itiraf etme gereksinimi, aşırı liste yapma, önlem alma.

Pratisyen hekimler OKB hastalarını depresyon ve anksiyeteleri nedeni ile görürler. Dermatolojistler yara olmuş elleri, egzema, trikotilomani, plastik cerrahlar görüntüleri ile ilgili endişe, onkologlar kanser olma korkusu, kadın-doğum uzmanları hamilelik sırasında ortaya çıkan OKB ve sürekli duş alma nedeniyle vajinal rahatsızlıklar, ürologlar AIDS olma korkusu, nörologlar OKB ile ilişkili Tourette Sendromu nedeniyle görürler.

Ayırıcı tanı

Anksiyetinin tıbbi ve nörolojik pek çok sebebi vardır (tablo 2).

ANKSİYETENİN TIBBİ ve NÖROLOJİK NEDENLERİ

Nörolojik Bozukluklar	Eksiklik Durumlar
Serebral neoplazmalar	B12 vitamin eksikliği
Serebral travma ve postkonfüzyonel sendromlar	Pellegra
Serebrovasküler hastalık	
Subaraknoid kanama	Çeşitli Durumlar
Migren	Hipoglisemi
Ensefalit	Karsinoid sendrom
Serebral sifiliz	Sistemik malign durumlar
Multipl skleroz	Premenstrüel durumlar
Wilson hastalığı	Ateşli hastalıklar
Huntington hastalığı	ve kronik hastalıklar
Epilepsi	Porfiri
	Enfeksiyöz mononükleoz
Sistemik durumlar	Posthepatit sendrom
Hipoksi	Üremi
Kalp damar hastalığı	
Akciğer yetmezliği	Toksik durumlar
Anemi	Alkol ve drog yoksunluğu
	Amfetaminler
Endokrin Bozukluklar	Sempatomimetik ajanlar
Hipofiz işlev bozukluğu	Vazopressör ajanlar
Tiroid işlev bozukluğu	Kafein ve kafein
Paratiroid işlev bozukluğu	yoksunluğu
Adrenal işlev bozukluğu	Penisilim
Feokromasitoma	Sulfonamidler
Kadınlarda virilizan bozukluklar	Esrar
	Civa
Enflamatuvar hastalıklar	Arsenik
Lupus eritematozus	Fosfor
Romatoid artrit	Organofosfatlar
Poliarteritis nodoza	Karbon disülfid
Temporal arterit	Benzen
	Aspirin intoleransı

Bunların yanısıra anksiyeteyi taklit eden tıbbi durumların da ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Akut miyokard enfarktüsü ve anjina elektrokardiyografi bulguları ve kardiyak enzimlerin yüksek olması ile ayırt edilebilir. Hiperventilasyon sendromunda hızlı ve derin solunum, ağız çevresi solukluğu ve karpopedal spazm vardır; keşkeğidi solumaya yanıt verir. Hipoglisemide açlık kan şekeri 50 mg/dl'nin altındadır. Hipertiroidizmde tiroksin yükselmiştir. Karsinoid sendromda ise anksiyeteye hipertansiyon eşlik eder ve idrar katekolaminleri yüksektir.

Tedavi

Anksiyete bozukluklarının ciddi düzeyde olanlarında bilişsel davranışçı terapi ve anti-depresanlar birlikte kullanılırken, daha hafif olanlarda sadece bilişsel davranışçı terapiye başvurulmasının prognozu daha iyi ve uzun sürelidir.

Tedavinin başarısı için en önemli kural doğru tanıyı koymaktır. Anksiyete bozukluklarının örneğın fiziksel hastalıklardan ayırıcı tanısı yapılmalıdır. İkinci önemli nokta, hastanın ilaç kullanımına olan tavrıdır. Bir ilaç başladıktan sonra hastaların %50'si ilk 3 ay içinde ilaç kullanmayı bırakır; az sayıda hasta ise yazılan reçeteyi hiçbir zaman almaz. Tedaviye uyum esastır ve hastanın bu konudaki tereddütleri açıkça konuşulmalıdır.

Öte yandan uygun tedavi yapılmazsa anksiyete bozukluğu olan hastalar sık sık hekime başvururlar. Özellikle panik bozukluğu olan hastalar aile hekimleri, kardioloji ve acil servise sık sık başvururlar. Bu aynı zamanda ekonomik olarak da zararlıdır. Bu nedenle başta ilk basamak hekimliğı ve acil servislerde panik bozukluk olmak üzere, tıbbi hizmetlerin her basamağında anksiyete bozuklukları iyi tanınmalı ve tedavi edilmelidir.

Antidepresan reçete edilmesinde önemli kurallar

SSRI (seçici serotonin geri alım inhibitörü) kullanımı planlanıyorsa yan etkileri en aza indirmek için ilk dört gün uygun dozun yarısı başlanmalıdır. İki haftadan sonra yan etkiler düzene girer, bu nedenle ilk iki haftaki ajitasyonu hafifletmek için bir anksiyolitik kullanımı faydalı olabilir.

Hastaların bazı konularda uyarılması gerekmektedir. İlacın asıl etkisi en az iki, muhtemelen dört hafta içinde başlar. Hastalara bu söylenmezse bir hafta sonra ilacın işe yaramadığını düşünüp keserler. Fayda görebilmek için her gün alınmalıdır. İyileşme dalgalanma gösterebilir, bu dönemlerde tedaviden umut kesilmemelidir. Semptomlar tamamen iyileştikten sonra da ilaca devam edilmelidir. Yan etki profili hakkında bilgi verilmeli ve genelde sınırlı kaldıkları ifade edilmelidir. Hamilelikle beraber kullanılmasının sakıncalı olabileceğı, herhangi bir endişeleri olduğunda ya da ilacı bırakmaya karar verdiklerinde önce danışmaları bildirilmelidir. İlk bir ay doz etkili olmazsa yarım doz kadar arttırılmalı ve iki hafta beklenmeli, bu şekilde gerekirse maksimum doza kadar çıkılıp her seferinde ikişer hafta beklenmelidir. Anksiyete bozuklukları için genellikle yüksek doz antidepresan kullanımı gerektiğı bildirilmiştir.

Antidepresan	Doz aralığı (mg)	Sınıfı	Sedasyon
Sitalopram	20-60	SSRI	Nadir
Essitalopram	10-20	SSRI	Nadir
Fluoksetin	20-60	SSRI	Bazen
Fluvoksamin	100-300	SSRI	Bazen
Paroksetin	20-40	SSRI	Nadir
Sertralin	50-200	SSRI	Bazen
Venlafaksin	75-225	SNRI	Bazen
Mirtazapin	30-40	Tetrasiklik, NaSSA	Genellikle düşük dozlarda
Reboksetin	8-10	SNRI	Nadir

Benzodiazepinlerin asıl kullanım yeri yaygın anksiyete bozukluğu panik bozukluk ve insomniadır. Bu hastalıklarda bile bağımlılık, geri çekilme semptomları ve komorbid depresif semptomlar nedeniyle kullanılması tercih edilmemektedir. Sedasyon, bellek bozukluğu, psikomotor yavaşlama ve trafik kazası riskinde artma, tolerans, kötüye kullanım, bağımlılık gelişmesi, çekilme ya da bırakma semptomları diğer istenmeyen yan etkileridir. Otoriteler genellikle kısa süreli (4 haftaya kadar) ve düşük dozda kullanılmasını önerirler. Aşağıda sıkça kullanılan anksiyolitiklerden oluşan bir tablo verilmiştir. Buspiron 5HT2 agonisti bir anksiyolitikdir; benzodiazepin değildir.

İlaç	Doz aralığı(mg/gün)	Yarı ömür (saat)
Alprazolam	0.5-4.5	9-20
Klonazepam	2-6	8-30
Diazepam	5-40	14-70
Lorazepam	1-10	8-24
Buspiron	20-30	1-11

Yaygın Anksiyete Bozukluğunun ilk seçenek tedavisi seçici serotonin geri alım inhibitörleridir (essitalopram, paroksetin, sertralin). Bir serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitörü olan venlafaksin de uygun bir alternatiftir. Uygun tedavi süresi hakkında çok az bilgi vardır, fakat paroksetinle yapılan relaps önleme çalışmaları en az 6 ay sürmesi gerektiğini bildirmektedir. İlk seçenek tedavilere cevap vermeyen hastalara ne yapılacağı tartışmalıdır; bazı hastalar trisiklik antidepresanlar, buspiron ve pregabalinden fayda görmüştür.

Post Travmatik Stres Bozukluğunda tamı konmuş hastalar farmakolojik ve psikolojik yaklaşımları içeren multidisipliner bir yaklaşımla tedavi edilebilir. Travmaya maruz kalımdan sonra ilaç kullanımına çok gerekli değilse başvurulmamalıdır. Travma odaklı bilişsel davranışçı terapi ile tedavi edilmelidir. EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) ve exposure tedavisi de birlikte kullanılabilir. İlaç kullanılması gerekliyse seçici serotonin geri alım inhibitörleri ilk seçenektir.

Obsesif Kompulsif Bozuklukta hafif ve orta derecedeki işlevsellik bozulmasında bilişsel davranışçı terapi ve exposure-cevap engelleme tedavisi ya da SSRI'ler, ciddi işlevsel bozuklukta ikisi birlikte kombine ya da bir trisiklik antidepresan olan klomipramin; tedaviye dirençli vakalarda ise antipsikotik eklenmesi ya da sitalopramla klomipraminin kombinne edilmesi doğru tedavi şeklidir.

Panik Bozukluk tedavisinde ise yine bilişsel davranışçı terapi ilk seçenektir; ilaç kullanımını düşünülüyorsa SSRI'ler tercih edilmelidir.

Kaynakça

1. 8(2):293-302. Epub 2004 Bobo WV, Warner CH, Warner CM. The management of posttraumatic stress disorder in the primary care setting. South Med J. 2007; 100(8): 797-802

2. Deacon B, et al. Medical utilization across the anxiety disorders. *J Anxiety Disord.* 2008; 22(2):344-350.
3. Ellen S. Depression and anxiety-Pharmacological treatment in general practice. *Aust Fam Physician.* 2007; 36(3): 222-227
4. Forbes D, Creamer MC, Phelps AJ, Couineau AL, Cooper JA, Bryant RA, McFarlane AC, Devilly GJ, Matthews LR, Raphael B. Treating adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder in general practice: a clinical update. *Med J Aust.* 2007;187(2):120-3.
5. Grob GN. Origins of DSM-I: A study in appearance and reality. *Am J Psychiatry,* 148:421-431, 1991
6. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 1048-1060.
7. Lader MH. Limitations on the use of benzodiazepines in anxiety and insomnia: are they justified?
8. *Eur Neuropsychopharmacol.* 1999 ; 9(Suppl 6): 399-405
9. Nutt D, Argyropoulos S, Hood S, Potokar J. Generalized anxiety disorder: A comorbid disease.
10. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2006;16 (Suppl 2):109-118.
11. Olfson M., Guardino M, Struening E, et al: Barriers to the treatment of social anxiety. *Am J Psychiatry.* 2000; 157:521-527
12. Rickels K, Rynn M. Overview and Clinical Presentation of Generalized Anxiety Disorder. : *Psychiatr Clin North Am.* 2001 Mar;24(1):1-17.
13. Schneier FR, Johnson J, Horning CD, et al: Social phobia: Comorbidity and morbidity in a epidemiological sample. *Arch Gen Psychiatry.*1992; 49:282-291
14. Stein DJ. Comorbidity in generalized anxiety disorder: impact and implications. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (suppl. 11): 29-34
15. Rodriguez BF, Weisberg RB, Pagano ME, et al. Mental health treatment received by primary care patients with posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:1230-1236
16. Tharwani HM, Davidson JR. Symptomatic and functional assessment of social anxiety disorder in adults. *Psychiatr Clin North Am.* 2001 Dec;24(4):643-59.
17. Koroğlu E. Anksiyete Bozuklukları. *Klinik Psikiyatri El Kitabı; Hekimler Yayın Birliği; 1995; (2): 119.*
18. KOCABAŞOĞLU N. Anksiyete Bozukluklarına Acil Yaklaşım, Takip ve Tedavi. *Türkiye Klinikleri. J Surg Med Sci.* 2007; 3(42): 24-31