

Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları

Önsöz

Pek çok makale ve kitapta anksiyete, gündelik hayatımızın normal ve kaçınılmaz bir parçası olarak tanımlanır. Bu bir yönüyle doğru bir tanımlamadır ancak çoğu insan için anksiyete gündelik hayatımızın normal olmayan, patolojik ve kaçınılabılır bir parçasıdır. Eğer psikiyatrist değilseniz, hekim olarak klinikte karşılaştığınız vakalara bir de anksiyete ve anksiyete bozuklukları penceresinden bakın, çoğu vakanın kliniğinin anksiyete bozuklukları tablolarına uyduğunu göreceksiniz. Eğer psikiyatristseniz veya psikiyatrist olacaksınız zaten anksiyetenin ve anksiyete bozukluklarının ne kadar yaygın olduğunu biliyorsunuzdur. Psikiyatri pratiği içerisinde görülen hastaların en az %50'sinin, birinci basamakta görülen tüm hastaların en az %25'inin anksiyete bozukluğu grubu içerisinde yer alan tanılardan bir veya birkaçına sahip olduğu gerçeği bu klinik tabloların önemini yeterince vurguluyor ve daha fazla sözü uzatmamı gereksiz kılıyor.

Prof.Dr. Oğuz E. Berksun

BÖLÜM-1

- 1- Giriş
- 2- Anksiyete Kavramı ve Tarihçesi
- 3- Anksiyete Ne Zaman Sorun Olarak Ele Alınmalıdır
- 4-Tanısal Değerlendirme ve Tedavide Yaşanan Güçlüklerin Nedenleri
- 5- Anksiyete Bozukluklarının Sınıflaması
- 6- Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi
- 7- Anksiyete Bozukluklarının Nedenleri ve Risk Faktörleri
 - a) Biyolojik Açıklamalar
 - b) Psikolojik Açıklamalar
 - c) Sosyal Açıklamalar

BÖLÜM-2

- 1-Anksiyete Bozukluklarının Tanısal Değerlendirmesi
- 2-İntihar Riskinin Değerlendirilmesi
- 3-Ayırıcı Tanıda Dikkate Alınması Gereken Bozukluklar
 - a)Madde Kullanım Bozuklukları
 - b)Depresif Bozukluklar
 - c)Psikotik ve Sanrısız Bozukluklar
 - d)Yeme Bozuklukları
 - e)Kişilik Bozuklukları
 - f)Somatizasyon Bozuklukları
 - g)İmpuls Kontrol Bozuklukları
 - h)Hipokondriazis
 - i)Vucut Dismorfik Bozukluğu

- 4-Anksiyeteye Sebep Olan Tıbbi Durum ve İlaçlar

BÖLÜM-3

- 1-Yaygın Anksiyete Bozukluğu
 - a)Yaygın Anksiyete Bozukluğu Kavramı ve Tarihçe
 - b)Yaygın Anksiyete Bozukluğu Kliniği
 - c)Yaygın Anksiyete Bozukluğu Etiyolojisi
 - d)Yaygın Anksiyete Bozukluğu Epidemiyolojisi
 - e)Ayırıcı Tanı
 - f)Tedavi
- 2- Obsesif-Kompulsif Bozukluk

- a) Obsesif-Kompulsif Bozukluk Kavramı ve Tarihçe
- b) Obsesif-Kompulsif Bozukluk Kliniği
- c) Obsesif-Kompulsif Bozukluk Etiyolojisi
- d) Obsesif-Kompulsif Bozukluk Epidemiyolojisi
- e) Ayırıcı Tanı
- f) Tedavi

3-Panik Bozukluk

- a) Panik Bozukluk Kavramı ve Tarihçe
- b) Panik Bozukluk Kliniği
- c) Panik Bozukluk Etiyolojisi
- d) Panik Bozukluk Epidemiyolojisi
- e) Ayırıcı Tanı
- f) Tedavi

4-Travma Sonrası Stres Bozukluğu

- a) Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kavramı ve Tarihçe
- b) Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kliniği
- c) Travma Sonrası Stres Bozukluğu Etiyolojisi
- d) Travma Sonrası Stres Bozukluğu Epidemiyolojisi
- e) Ayırıcı Tanı
- f) Tedavi

5-Fobik Bozukluk

- a) Fobik Bozukluk Kavramı ve Tarihçe
- b) Fobik Bozukluk Kliniği
- c) Fobik Bozukluk Etiyolojisi
- d) Fobik Bozukluk Epidemiyolojisi
- e) Ayırıcı Tanı
- f) Tedavi

6-Sosyal Fobi

- a) Sosyal Fobi Kavramı ve Tarihçe
- b) Sosyal Fobi Kliniği
- c) Sosyal Fobi Etiyolojisi
- d) Sosyal Fobi Epidemiyolojisi
- e) Ayırıcı Tanı
- f) Tedavi

BÖLÜM-1

GİRİŞ

Anksiyete, tehdit veya tehlike karşısında duygusal,davranışsal ve fiziksel alanlarda otomatik olarak ortaya çıkan birtakım değişiklikler ve bunların öznel yaşantılarını tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Anksiyete gündelik hayatımızın normal ve kaçınılmaz bir parçasıdır. Genelde anksiyete, korku ve stres ile birlikte ele alındığında insanın hayatta kalması ve soyunu sürdürmesi açısından doğal hatta vazgeçilmez bir tepki olarak değerlendirilebilir. Anksiyete, korku ve stres tepkileri insanın belli amaçlar doğrultusunda hareket edebilmesini ve kendini tehlikelere karşı korumasını sağlar. Bilindiği gibi stres tepkisi tüm canlılarda normalde tehdit ve/veya tehlike karşısında savunma ya da saldırı amaçlı bir davranışın ortaya konması için bir payanda (destek) olarak kullanılır. Anksiyete bir yaşantı olarak umut yaşantısının tam tersi bir kaliteye sahiptir. Umut gelecekte olumlu şeylerin beklendiği bir ruh hali ise anksiyete gelecekte olumsuz şeylerin beklendiği belirsizlikle derinleşen nahoş bir ruh halidir.

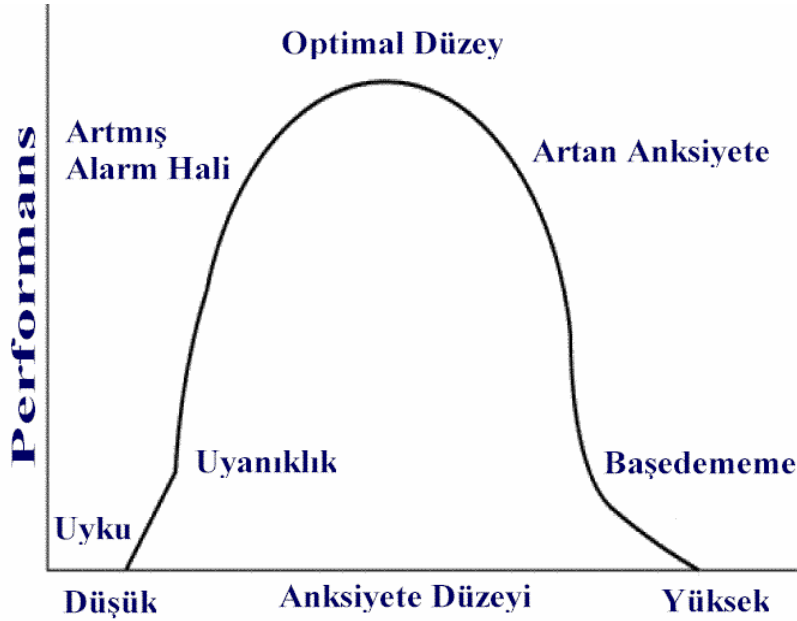
Anksiyete terimi yukarıda sözedildiği gibi, ruhsal ve fiziksel alanlarda ortaya çıkan birtakım değişiklikler, belirtiler için kullanılan geniş kapsamlı bir terim olma özelliğini taşır. Anksiyete yaşayan bir insan endişe, kaygı sinirlilik-gerginlik hissederek; tehlike yaratan durum veya nesne dışında herhangi başka birşey üzerine yoğunlaşamaz. Birtakım hormonların etkisiyle sempatik sinir sistemi uyarılır ve genellikle savaşıma-kaçma (fight-or-flight) olarak adlandırılan klasik stres tepkisi ortaya çıkar. Bu stres tepkisi, tehdit ve/veya tehlike oluşturan şeyle savaşıma veya ondan kaçma sırasında işimize yarayacak birtakım fizik değişimleri ve bedensel kaynakları harekete geçirir. Örneğin solunum ve kalp atım hızında artma ve kan basıncında yükselme, kanın kaslara yönlendirilmesi, karaciğerin kana şeker vermesi insana tehlikeden kurtulmak için yapacağı davranışlar için gereken enerjiyi sağlar. Bu değişikliklere ek olarak sindirim sistemine giden kan miktarında azalma ve sindirim sisteminin işleyişinde yavaşlama, tükrük salgısında azalma, sifinkterlerde kasılma meydana gelir. Bu sırada kanın pıhtılaşma yeteneğindeki artma, olası yaralanmalarda kan kaybının önlenmesi açısından son derece önemlidir. Bu saydığımız belirtiler ve değişimler, özellikle sempatik uyarılmaya bağlı ortaya çıkan bedensel belirtilerin öznel hissedilişi ile yaşanan heyecan ve korku veya yaşanan kaygı hali anksiyete teriminin kavramsal kapsamı içindedir. Anksiyete ile ilgili ruhsal ve bedensel belirtiler Tablo-1'de özetlenmiştir.

Tablo-1: Anksiyetenin ruhsal ve bedensel belirtileri

Ruhsal Belirtiler	Bedensel Belirtiler
Endişe, kaygı, tasa	Çarpıntı hissi veya kalp atım hızında artma
Konsantrasyonda bozulma	Terleme
Sinirlilik, huzursuzluk	Titreme veya sarsılma
Tahammülsüzlük	Ağız kuruluğu
Heyecan	Nefes almakta güçlük
Kötü bir haber alacağı beklentisi	Boğulma hissi veya hava açlığı
Çabuk irkilme	Göğüste ağrı veya rahatsızlık hissi
Kolay yorulma	Bulantı veya karın bölgesinde rahatsızlık
Derealizasyon (gerçekdışılık hissi, dış dünyaya yabancılık duygusu)	Yüzde kızarma
Depersonalizasyon (kişinin bedenine veya bedeninin bir parçasına yabancılık yaşaması, Örn. kolunu bir odun parçası gibi hissetmesi, kolunu kendine ait gibi hissetmemesi, elinin veya kafasının büyüdüğünü hissetmesi gibi)	Baş dönmesi
Kontrolünü yitirme hissi	Kulak çınlaması
Çıldırma hissi	Sıcak veya soğuk basması (titreme)
Ölüm korkusu	Yerinde duramama veya gevşeyememe
	Uyuşma ya da ürperme hissi
	Boğazda düğümlenme hissi veya yutma güçlüğü
	Uyku bozuklukları
	Kaslarda gerginlik ve ağrılar
	Kolay yorulma

Hafif-orta düzey bir anksiyetenin performansı artırıcı etkiye sahip olduğu 20. yüzyılın başından bu yana bilinmektedir. Adaptif olarak nitelenebilecek bu tür bir anksiyete, belli durumlar karşısında insanın daha becerikli ve işlevsel hale gelmesini sağlar (Şekil-1)

Şekil-1. Yerkes-Dodson'un anksiyete düzeyleri ve performans arasındaki ilişkiyi gösteren eğrisi.



Kaçma-savaşma tepkisi, kısa dönemde yararlı bir tepkidir. Bu tepki, özellikle tehdit veya tehlike bir motor davranışı gerektiriyorsa bu motor davranış için yukarıda söz ettiğimiz kaynakların harekete geçirilmesi açısından büyük önem taşır. Fakat günümüzde çoğu tehdit veya tehlike karşısında savaşmak veya kaçmak imkansız hale gelmiştir.

Çağdaş dünyada insanın yüz yüze kaldığı streslerin çoğu uzun sürelidir ve çözümlenmeleri bireyin gücünü aşmaktadır. Bu nedenle stres karşısında ortaya çıkan tepki, yani anksiyete çoğu zaman kronik özellik taşımaktadır. Kısa süreli olanlar ise bir randevuya zamanında yetişememek, trafikte takılıp kalmak gibi kaçma-savaşma cevabının hiç de işe yaramadığı türden durumlara bağlıdır. Stres kaynağı olarak yaptıkları etkiler kısa süreli gibi görünse de bu olayların sık tekrarları yaşanan strese yine de kronik bir özellik kazandırmaktadır. Kronik stres ve anksiyete ruhsal ve fizik sağlığımız açısından son derece olumsuz faktörlerdir.

Anksiyete, morbid bir durum olarak daha önce söz etmiş olduğum gibi stres cevabının uzamış, kronik veya tekrarlayan biçimiyle ya da anksiyete bozukluklarında rastladığımız şekilde (herhangi bir tehdit-tehlike veya stres olmadığında da) karşımıza çıkabilir. Anksiyetenin tehdit-

tehlike veya stres karşısında ortaya çıkan bir yaşantı olarak, korku ve stres tepkisi ile bağdaşık tanımlanışı oldukça anlaşılırdır. Buna karşın anksiyete bozukluklarında, gerçek bir tehdit, tehlike veya stres kaynağının olmayışı dikkate alındığında bu tanım yetersiz kalmaktadır. Bu noktada ruhsal işleyiş ve ruhsal mekanizmalara ilişkin ek açıklamalara ihtiyaç duyulur. Ağırlığını hissettirmeye başlayan biyolojik modeller bir yana bırakılırsa bugün için yaygın kabul gören açıklama, psikoanalitiktir ve tehdidin, tehlikenin dış dünyada değil iç dünyamızda, bilinç dışımızda şekillendiği iddiasını dayanak alır.

ANKSİYETE KAVRAMI VE TARİHÇESİ

Anksiyete (anxiety), Latince “tıkanma”, “boğulma” anlamına gelen “angere” kökünden türetilmiştir. Anksiyete ile birlikte sıkça anılan bir diğer terim ise korkudur. Korku (fear) Almandan gelen bir terimdir. Bu dilde, köken aldığı kelime beklemek, pusuda yatmak veya saldırmak anlamına gelmektedir.

Anksiyeteye ilişkin betimlemelere çok eski dönemlere ait metinlerde bile rastlanmaktadır. Hipokratın, psikiyatrik bozukluklarla ilgili eserlerinde korkudan ve “amaçsız anksiyete” (aimless anxiety) olarak adlandırdığı bir durumdan söz ettiği bilinir. Psikiyatrinin rüştünü ilan ettiği 18. yüzyıldan sonra da anksiyete, tıbbi metinlerde sıkça rastlanan kavramlardan biri olagelmıştır. 18. yüzyıldan sonra anksiyeteye ilişkin oldukça ciddi tanımlamalara ve açıklamalara rastlanmaktadır. Örneğin 1800’lü yılların ortalarında Heinrich Neumann’ın anksiyetenin özellikle cinsel dürtülerin doyurulmaması durumunda ortaya çıktığına ilişkin görüşü psikanalitik dönem açıklamalarını andırmaktadır. Bu görüşü, aynı dönemde, Karl Ideler de, doyurulmamış cinsel arzuların ruhsal rahatsızlıklara kaynak teşkil edeceğine olan inancı doğrultusunda tekrarlamıştır. 1800’lerin ortalarında, Otto Domrich, tıbbi psikoloji alanında ilk kez “anksiyete nöbetleri”nden söz etmiştir. Daha sonra bu kavram nörosirkülatuar nevrasteni, asker kalbi, hiperventilasyon sendromu gibi tanılarının yerine geçmiştir. Anksiyete nöbetleri tanısı büyük olasılıkla, o zaman, kardiyopulmoner belirtilerle seyreden savaş meydanlarındaki terörle tetiklenen tablolar için kullanılmıştır.

Anksiyete bozukluklarını kapsamlı bir biçimde ilk ele alan Sigmund Freud’dur. Freud yaklaşık 100 yıl evvel ilk kez anksiyete nevrozunu ayrı bir sendrom olarak tanımlamış ve 1894 yılında nevrasteniden ayırmıştır. Freud’un Anksiyete nevrozu kavramı oldukça kapsamlı bir kavramdır. Domrich’in tanımladığı “anksiyete nöbetleri” de bu kavram içinde yer almaktadır. Freud’un bu betimleyici çalışmaları anksiyete bozukluklarının sınıflamasının bugünkü temellerini oluşturmuştur. Freud’un bu alandaki rolü Kreapelin’in şizofreni ve sınıflamasındaki tarihsel rolüne benzetilebilir.

Freud'a göre anksiyete nevrozu 4 büyük sendromu içermektedir: Genel irritabilite, kronik anksiyöz beklenti, anksiyete nöbetleri ve sekonder fobik kaçınma. Freud anksiyöz beklentinin anksiyete nevrozunun çekirdek belirtisi olduğuna, sinirlilik, kaygı-endişe ve yüzer-gezer anksiyeteyi kapsadığına inanırdı. "Aşırı kaygı" durumu "anksiyöz beklenti" (anxious expectation) terimi altında ilk kez onun tarafından tanımlanmıştır. Freud, anksiyeteyi, kronik veya bazen yalnız bir halde bazen de aniden ölme korkusu ile birlikte birden bire bilinç düzeyine çıkan akut şekliyle, büyük olasılıkla Domrich'in tanımladığı biçimiyle ele almıştır.

Freud anksiyete belirtilerini, öncelikle somatik belirtiler olarak, ya yüzer-gezer anksiyeteye (free-floating anxiety) ya da ani anksiyete nöbetleri ile birlikte tarif eder. Her iki anksiyete durumunda da ortaya çıkabilen bedensel (somatik) belirtiler ürperme, aritmi, dispne, terleme, bulantı, midede ağırlık hissi, tremor, sık idrara çıkma, artmış iştah, ishal, baş dönmesi (vertigo), dengesizlik, paresteziler, uyku bozuklukları, kabuslar, ağrıya karşı aşırı duyarlılık, cinsel ilgide azalmadır. Freud kronik kaygı-endişenin basit fobiye, vertigo ve anksiyete nöbetlerinin ise agorafobiye yol açtığına inanmaktadır. Ayrıca Freud anksiyete nevrozunun sıklıkla diğer nevrozlarla bir arada oluşunu farketmiştir. Bu tablolara "karişik nevroz" (mixed neurosis) ismini vermiştir. Nevrasteni ve histeri belirtilerinin, ayrıca obsesyonların anksiyete nevrozuna en çok eşlik eden belirtiler olduğunu gözlemlemiştir. Freud yüzer-gezer anksiyeteyi ve kronik endişe halini anksiyete nöbetlerinden ayırmamıştır.

Günümüzde psikiyatri alanında iki büyük tanısıl sınıflama sistemi vardır. Bunlardan ilki Amerikan Psikiyatri Birliğine ait DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) diğeri ise Dünya Sağlık Örgütüne ait ICD (International Classification of Diseases) sistemleridir. Bugün her iki sistem birbirine hem tanı kategorileri hem de tanı ölçütleri açısından çok yakınlaşmışlardır. Ancak DSM'nin psikiyatrik hastalıkların sınıflamasında, özellikle araştırma alanında öncü ve ağırlıklı rolü hala sürmektedir. Anksiyete bozukluklarının bu iki tanısıl sınıflama sistemi içerisinde yer alış biçimleri son elli yıl içerisindeki anksiyete ve anksiyete bozuklukları kavramının gelişimine de ışık tutmaktadır.

Gerek 1952 yılında yayımlanan DSM-I ve gerekse 1968 yılında yayımlanan DSM-II, nevroz kavramını anksiyete bozukluklarının yapılandırılmasında organize edici temel kavram olarak ele almıştır. DSM-I ve DSM-II, psikiyatrik bozuklukların sınıflamasında psikoanalitik kuram ve pratiğinden oldukça etkilenmişlerdir. 1960 ve 1970'li yıllarda özellikle klinik araştırmalarla meşgul olan psikiyatristler DSM-I ve DSM-II nin sağladığı tanı sistematikliğinden giderek uzaklaşmaya ve bilimsel temeli olmadığını düşündükleri özellikle Freud'cu gelenekten etkilenerek üretilen tanıları kullanmamaya başlamışlardır. Bu tanıların yerine başlangıç yaşı, belirti patternleri gibi daha anlaşılır parametreleri içeren, ortak bir dil oluşturmaya daha elverişli, güvenilirlikleri yüksek, betimlemelere dayanan tanıları denemeye başlamışlardır. 1972 yılında "Psikiyatrik

Araştırmalarda Kullanım için Tanı Ölçütleri” başlığı ile yeni ufuklar aan makale yayınlanmıştır. Bu makalenin hemen ardından Araştırma Tanı Ölçütleri (Research Diagnostic Criteria-RDC) geliştirilmiştir.

1980 yılı, sınıflama sistemi üzerinde çalışan iki karşıt grup arasındaki büyük tartışmalar sonrası, DSM-III’ün yayınlandığı yıl olmuştur. DSM-III’de Viyana, yani Freud etkisini yitirmiş entellektüel anlamda Kreapelin’den esinlenen St. Louis grubu DSM’ye ağırlığını koymuştur. Anksiyete bozukluklarını içeren “nevrotik reaksiyonlar” kategorisi veya nevroz kavramını anımsatan son tortular nihayet DSM-IV’de tamamen ortadan kaldırılmıştır.

Diğer bir tanısalsınıflama sistemi olan Dünya Sağlık Örgütüne ait ICD’de anksiyete bozuklukları, nevroz kavramı ile tümleşik bir şekilde 8. Basımından (ICD-8) itibaren yer alan bir tanıdır ve bu kategori DSM sınıflamasında olandan çok da farklı bir temele dayanmamaktadır. Nevroz kavramı ile tümleşik bir biçimde yer alan bu tanı ICD-10’da da yerini “anksiyete bozuklukları” na bırakmıştır. Bugün için anksiyete bozuklukları kategorisinde Generalize Anksiyete Bozukluğu (Generalized Anxiety Disorder) veya daha Türkçeleştirilmiş adıyla Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluk, Fobik Bozukluklar (Özgöl Fobiler), Obsessif-Kompulsif Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Akut Stres Reaksiyonu yer almaktadır. Fobik bozukluklar içerisinde yer alan Sosyal Fobi son yıllarda kendine has bir bozukluk olarak ayrıca incelenmeye başlamıştır.

ANKSİYETE NE ZAMAN SORUN OLARAK ELE ALINMALIDIR

Anksiyete, bir tehlikenin veya tehdidin varlığında ortaya çıkmışsa, süresi ve şiddeti açısından duruma uygunluk gösteriyorsa patolojik kabul edilmez. Anksiyete gündelik yaşam içerisinde somut bir nedene (tehdit/tehlikeye) bağlı olarak ortaya çıkan biçimiyle ele alındığında - ki bu stres reaksiyonunun ta kendisi olabilir- patolojik oluşunu belirleyen üç ölçüt söz konusudur. Bu ölçütlerin birincisi şiddet, ikincisi süre üçüncüsü ise günlük hayatı etkilemeye başlaması ve işlevselliği bozmasıdır. Günlük hayatımızı etkileyiş, anksiyetenin şiddetine bağlı olabilir. Ancak şiddeti yoğun olmayan bir anksiyete de insanın yaşamını zaman içinde etkileyebilir. şiddeti ne olursa olsun uzun süren, kronik veya tekrarlayıcı anksiyete zaman içinde insanı yorgun dūřürür, konsantrasyonunu bozar, uykuya dalma ve uykuyu sürdürme güçlüğü yaratır, gergin, sinirli ve tahammülsüz hale getirir. Stres reaksiyonu biçimiyle yaşanan anksiyetenin patolojikliğini belirleyen bir diğer özellik bu tipe özgü denebilecek travmatik olaya geridönüşler (flashbacks) ve otonomik aşırı uyarılmışlık hali, kaçınma davranışlarıdır.

Peki gerçekçi bir nedene, somut tehdit ve tehlikeye bağılı olarak ortaya çıkmıyorsa, anksiyeteyi, tümüyle patolojik olarak mı kabul edeceğiz? Zaman zaman insan belirli somut bir neden olmaksızın anksiyete yaşayamaz mı? Bu sorulara cevap vermeden önce anksiyeteyi yeniden tanımlamakta yarar var.

Anksiyeteyi, dış tehdit ve tehlikelerin varlığında ortaya çıkan stres reaksiyonu biçimiyle veya klasik tanımındaki somut bir neden olmaksızın içrel tehdit veya tehlikeler nedeniyle ortaya çıkan daha endojen biçimiyle, iki farklı kalitede yaşantılanan karmaşık nahoş bir duygudurum ve fizyolojik belirtiler kümesi olarak düşünebiliriz. Anksiyete ister reaktif ister yukarda “endojen” olarak tanımlanan biçimiyle olsun hayatımızın bir parçasıdır. Somut bir neden olmaksızın ortaya çıkan tipini de bu anlamda normal olarak tanımlamakta sakınca yoktur. Patolojik oluşu getiren şey genellikle anksiyetenin yaşanması değil anksiyetenin süresi ve şiddetiyle ilgili olarak ortaya çıkardığı işlev bozuklukları ve buna bağılı olarak gündelik hayatın akışını bozmasıdır. Belki işlev bozukluğunu yaratan süre ve şiddete ek olarak özellikle endojen olan biçimi için patolojikliği yaratan başka ölçütlere de yer vermekte yarar vardır. Bu ölçütler kaçınma davranışı, obsesyonlar, kompulsyonların olarak sıralanabilir.

Buradaki anksiyetenin stres reaksiyonu biçimi ve “endojen” biçimi şeklindeki sınıflama girişimim oldukça anlaşılır olmasına karşın anksiyetenin, homojen bir yaşantı olmayabileceğine bir vurgudan öte bir anlam taşımayabilir ancak ben inanıyorum ki eninde sonunda anksiyete dediğimiz, homojenmiş gibi düşünmeye alıştığımız bu yaşantının zaman içinde başka başka tanımları yapılacaktır.

TANISAL DEĞERLENDİRME VE TEDAVİDE YAŞANAN GÜÇLÜKLERİN NEDENLERİ

Anksiyete bozukluğu olan insanların her on iki günün biri alıştıkları rolleri ve görevleri layıkıyla yapamadıkları tahmin edilmektedir. Bu orandan da anlaşılacağı gibi anksiyete bozukluğu olan insanlarda hastalığa bağılı işgücü kaybı da oldukça büyük görünmektedir. Aslında anksiyete bozukluklarına bağılı olarak ortaya çıkan mutsuzluk, tahammülsüzlük, hoşgörü kaybı, sinirlilik ve insan ilişkilerinde doğan güçlükler dikkate alındığında kaybın, insani etkileşimler içerisinde çok daha büyük boyutlara ulaştığını söylemek yanlış olmayacaktır.

Yaygınlığa ilişkin verilen oranlara, yarattığı mutsuzluk ve işgücü kaybına baktığımızda hastaların hekime veya hastaneye başvuruları neden bu kadar düşük sayılarda gerçekleşmekte, anlamak oldukça güçtür. Neden anksiyete bozukluğu sebebiyle zorluk yaşayan hastalar yardım aramıyorlar veya aradıklarında da neden hemen teşhis edilemiyorlar?

Bu sorunun cevabını anksiyöz oluşun hatta zaman zaman aşırı anksiyöz oluşun insanlar tarafından normal karşılanışında arayabiliriz. Aşırı anksiyete plan yapma kapasitemizi bozmasına,

sağlıklı kararlar almamızı, yargılamamızı, beceri gerektiren işleri yürütmemizi ve işe yarar bilgiyi alıp işlememizi engellemesine karşın çoğu zaman hafif-orta düzey anksiyete normal bir yaşantı ve çok da güçlü motive edici bir faktör olarak görülür. Hafif ve orta düzey anksiyete baş etme becerilerimizi keskinleştirdiği gibi reaksiyon sürelerimizi kısaltır, anlamamızı artırır ve tepkilerimizi daha uygun kılar. Anksiyetenin kendilerini berbat ettiğini söyleyen hastaların, bu sorun üzerinde durmaları ve çözmeleri için bile bir miktar anksiyeteye gereksinim duyduklarını biliyoruz. Bu gereksinim anksiyetenin kesin tanısının konmasını güçleştiren normal/anormal, adaptif/maladaptif ayrımındaki güçlüğü işaret etmesi açısından önemlidir. Orta düzey anksiyetenin bu kolaylaştırıcı etkisi ve işlevsel anksiyete ile işlevsel olmayanı arasındaki sınırın çizilmesindeki zorluk hem tanısal bir güçlük yaratmakta hem de tedavide, serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörlerinin (SNRI), serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), benzodiazepinler, buspiron, trisiklik antidepresanlar gibi ilaçların yazımını zor hale getirmektedir. Başka bir deyişle hastayı yeterince sakin hale getiren ilaçların performansı düşürdüğü hatta yukardaki örnekte belirtildiği gibi yardım arama davranışını söndürdüğü bilinmesi tanı konsa dahi ilaç kullanımını sınırlamaktadır. Ayrıca benzodiazepinlerin bağımlılık yapma özellikleri de endike oldukları durumlarda dahi kullanım ve yazımlarında gönülsüzlük yaratmaktadır.

Anksiyete bozuklukları içerisinde yer alan bozukluklar örneğin obsesif kompulsif bozukluk, fobik bozukluklar her insanda rastlanabilen türden belirtilerle seyrederek. Titizlik, temizlik, kontrolcülük, eşiği sağ ayağı ile atlama veya herhangi bir hayvandan veya bir durumdan korkma o kadar hayatımızın içerisinde yer alan ve bir çok kimsede rastlanan türden özelliklerdir ki bunlar için bir hekime gidilmesi gerektiğini düşünmek insanlar için çok zor olabilir. Yukarda söz ettiğimiz gibi, saf anksiyete için yardım aramada ortaya çıkan ve tedavide yaşanan güçlükler anksiyete bozuklukları ile ilgili obsesyonlar, kompulsiyonlar, fobiler gibi diğer belirtiler için de geçerlidir. Hekim olarak bile çoğu zaman temizlik, titizlik ve kontrolcülüğün, herhangi bir nesne veya durumdan korkunun ne zaman patolojik kabul edileceğine ilişkin görüşümüzü tıbbi bilgilerimizden çok yaygın toplumsal kabuller belirlemektedir. Bu toplumsal düzeyde yaygın kabul bulan anlayışların yanısıra hekim olarak bizi etkileyen ve anksiyete bozukluklarının tanılmasında ve tedavisinde zorluğa düşüren diğer önemli etken anksiyete bozukluklarının bedensel belirtilerle seyretmesidir. Bedensel belirtilerin hastalar tarafından ruhsal olan belirtilerden daha önemli bulunması hekime doğrudan bedensel belirtilerin iletilmesine ve çarenin bu bedensel belirtiler üzerinden aranmasına neden olmaktadır. Bu yöndeki beklentiler hekimlerin de bu belirtiler üzerinde yoğunlaşmalarını zorunlu kılmaktadır. Bu durum hem tanı koyma sürecini uzatmakta hem de bu arada gereksiz tetkiklerin yapılmasına yol açmaktadır. Panik bozukluğu olan hastalar bu açıdan en şansız hasta grubudur. Çok sık olarak doktora başvurmalarına rağmen hastaların psikiyatriste ulaşmak için en az 6 hafta harcadıkları ve genellikle 3 ila 6 ay gibi uzun sürelerle psikiyatri dışında kalan uzmanlık alanlarında çare aradıkları bilinir. Bu süreler düşünüldüğünde zaman, emek ve ekonomik kaybın boyutları ortaya çıkmaktadır.

ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ SINIFLAMASI

Anksiyete bozuklukları belirtilerin şiddetine, sürekliliğine ve birtakım davranışsal karakteristiklere göre (örn. kompulsiyon, kaçınma davranışları gibi) *yaygın anksiyete bozukluğu*, *panik bozukluk*, *fobik bozukluk*, *obsesif kompulsif bozukluk*, *sosyal fobi travma sonrası stres bozukluğu*, *akut stres reaksiyonu*, *ayrılık anksiyete bozukluğu* şeklinde sınıflanabilir. Ayrılık anksiyete bozukluğunu çocukluk dönemi anksiyete bozukluğu olarak nitelemekte yarar vardır. Çünkü bu tanıyı alan vakaların neredeyse tamamı çocuktur. Sosyal fobi veya diğer adıyla sosyal anksiyete bozukluğu, fobiler içerisinde ayrı bir yere ve öneme sahip oluşu nedeniyle burada ayrı bir tanı olarak ele alınacaktır. Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve panik bozukluk anksiyete bozuklukları içerisinde en sık rastlanan bozukluklardır. Bu bozuklukların DSM-IV de yer alan tanı ölçütleri ilgili bölümlerde verilecektir.

ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ EPİDEMİYOLOJİSİ

Anksiyete bozuklukları sağlık hizmetlerine talebi önemli oranda artıran sağlık sorunlarından. Kliniklerdeki konsültasyon ve tetkiklerin çok önemli bir kısmı anksiyete bozukluklarına bağlı ortaya çıkan bedensel belirtiler nedeniyle yapılmaktadır. Özellikle depresif bozuklukla birlikte anksiyete bozukluklarının birinci basamak hastalarında çok yaygın olduğu, bu iki bozukluktan birine veya aynı anda ikisine sahip olma oranının birinci basamakta %25'e kadar çıktığı bildirilmektedir. Psikiyatriye başvuran hastaların ise yaklaşık %50'sinde anksiyete bozukluklarına rastlanmaktadır.

Bir yıllık zaman dilimi içinde yaklaşık sekiz kişiden biri emosyonel, davranışsal ve sosyal işlevlerini bozan dirençli bir anksiyete tablosu geliştirmektedirler. Anksiyete bozukluğu olan hastaların dörtte birinde belirtiler stres düzeyine göre dalgalanma göstermekte ve bozukluk kronik bir gidiş göstermektedir.

Anksiyete bozuklukları prevalansını araştıran en kapsamlı çalışmalardan biri Dünya Sağlık Örgütü'nün 1996 yılında sonuçlarını yayınladığı Sartorius ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmadır. 14 ülkede 15 merkezde yürütülen, 25000 erişkinin psikiyatrik bozukluklar açısından tarandığı çalışma sonucunda anksiyete bozuklukları prevalansı %10.5 bulunmuştur. En yüksek prevalans depresyona ait olup %11.7'dir. Hem anksiyete hem depresyonun birlikte olduğu karışık (mixed) tabloların prevalansı ise bu çalışmada %4.6 olarak belirlenmiştir. 117 pratisyen hekimin 4867 hastası ile Avustralyada yürütülen bir başka çalışmada da depresyon ve anksiyete için 1 yıllık prevalans %20.6 olarak verilmektedir. Birinci basamakta prevalansın bu kadar yüksek olması şaşırtıcı değildir çünkü büyük tarama çalışmalarında da bu rakamlara yakın rakamlar

bulunmaktadır. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülen bir komorbidite çalışmasında 1 yıllık depresyon prevalansı %12.3 anksiyete prevalansı ise %17.3 dür (Kessler ve ark 1994). Avustralya sağlık bakanlığının Avustralya İstatistik Bürosunun verilerine dayanarak 1998 yılında yayınlamış olduğu istatistiklerde nüfusun %9.7 sinin son bir yıl içinde anksiyete bozukluklarına ait belirtiler gösterdiği anlaşılmaktadır. Bu verilerden elde edilen ilginç bir diğer bulgu ise 18-55 yaşları arasında bu prevalans rakamlarının sabit kalması ve 55 yaşından sonra giderek düşmesidir (- 1998).

Amerika'da yapılan bir araştırmaya göre anksiyete bozukluğu olan bir kişinin topluma 1 yıllık maliyeti 1542 dolar civarındadır. Dolaylı ve dolaysız kayıplar birlikte hesaplandığında tüm hastaların topluma bir yıllık toplam maliyeti 1998 yılı itibariyle tahminen 63,1 milyar dolardır.

Anksiyete bozukluklarının çoğu kadınlarda daha sık görülür. Kanada'da yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluklarının bir yıllık prevalansı erkeklerde %9 kadınlarda ise %16 bulunmuştur. Yaşam boyu prevalans oranları Kuzey Amerika kaynaklı bir epidemiyolojik çalışmanın verilerine göre %10.4 ile %25.1 arasında değişmektedir.

Panik bozukluk için yaşam boyu prevalans %3.5 iken sosyal fobi için yaşam boyu prevalans %13.3 olarak bildirilmektedir. Anksiyete bozukluğuna sahip hastalar genellikle bir diğer anksiyete bozukluğu veya depresif mizaç bozuklukları (örn: major depresyon, veya distimik bozukluk) ile birlikte dirler. Diğer komorbid durumlar madde bağımlılığı ve kişilik bozukluklarıdır. Yaklaşık vakaların %50 sinde komorbid olarak depresif bozukluk olduğu bildirilmektedir. Anksiyete bozukluklarının herbirinin epidemiyolojisine, kendilerine ayrılan bölümlerde biraz daha ayrıntılı yer verilecektir.

ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ NEDENLERİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Anksiyete bozukluklarının ortaya çıkışında birden çok faktörün rol oynadığına inanılır. Genetik, ailesel geçmiş ve yetiştirme biçimi, şartlanma (conditioning), son dönem stresleri, kişisel inanç ve tutumlar, duygularını ifade edebilme yeteneği anksiyete bozukluklarının ortaya çıkışında önemli olan faktörlerdir. Bilimsel kanıtlar, aralarında bir ölçüye kadar farklılıklar olsa da tüm psikiyatrik bozuklukların ortak risk faktörlerine sahip olduklarına işaret etmektedir.

Ailede anksiyete ve depresyon hikayesi genetik bir yüklülüğe ve riske işaret eder. Cinsiyet anksiyete bozukluklarında önemli bir diğer risk faktörüdür. Anksiyete bozukluklarının kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre yaklaşık iki kat fazladır. Özellikle Yaygın Anksiyete Bozukluğu, fobik bozukluk ve panik bozukluğu kadınlarda daha siktir. Obsesif kompulsif bozukluk ve sosyal fobinin yaygınlığı iki cinste eşittir.

Ruhsal hastalığı olan birinin olduğu bir ailede büyümek bu kişi anksiyete bozukluğu olmasa bile anksiyete bozukluğu riskini artıran önemli bir etkidir. Çok ince eleyen sık dokuyan, dünyaya bakışı biraz katı olan, eleştirel, yüksek standartlara sahip, çocuğun kendini ve isteklerini ifade etmesini (assertiveness) baskılayan, duygusal ifade yetersizliği olan veya utangaç, cesaretsiz, kaygılı ana/baba tipleri, yine anksiyete bozukluklarının ortaya çıkması açısından yüksek risk oluştururlar. Yaşam içinde karşılaşılan stresler örneğin sosyo-ekonomik çöküntü, hastalıklar, aşırı sorumluluk alış, gönülsüz işsizlik, anksiyete hikayesi, kümülatif stres, belirgin kişisel kayıplar, yetersiz sosyal destek de çevresel risk faktörleridir.

Biyolojik Açıklamalar: Psikiyatrik bozuklarda, göz rengi, saç rengi gibi tek bir gene bağlı genetik bir geçişin olmadığını biliyoruz. Bugünkü bilgilerimizle, kromozomlar üzerinde farklı alanlarda bulunan pekçok genin zayıf katkılarının birlikte, anksiyete bozukluklarına yatkınlık yarattığını uygun ruhsal ve sosyal koşullar oluştuğunda bu bozuklukların ortaya çıktığını söyleyebiliriz.

Anksiyete genelde özgül sinirsel devreler ve nörotransmitter sistemleri ile ilgili olduğunu söyleyebiliriz. Örneğin GABA (gama amino bütirik asit) düzeylerindeki azalmanın anksiyetede artmayla doğrudan olmasa bile dolaylı olarak ilişkili olduğu iddia edilmektedir. Son on yıl içerisinde CRF (corticotropin releasing factor) sisteminin anksiyetenin ortaya çıkışındaki rolü üzerinde çok sayıda çalışma yapılmıştır. CRF'nin hipotalamohipofizer aksı aktive ettiği ve bunun yanı sıra limbik sistem gibi anksiyete ile ilgili beyin alanlarını da kapsayan geniş bir etki alanının olduğu bildirilmektedir.

Çalışmalarda sıklıkla anksiyete ile ilgili olduğu düşünülen ve ifade edilen beyin bölgesi, limbik sistem olarak adlandırılan bölgedir. Bu bölgenin beyin sapı ve korteks arasında düzenleyici (mediyator) görevi yaptığı düşünülür. Daha ilkel bir yapı olan beyin sapı vücut fonksiyonlarının izlenmesi ve duyumsanması ile ilgilidir. Bedensel fonksiyonlara ait duyuların ve potansiyel tehlike işaretlerinin limbik sistem aracılığı ile kortekse ulaşmasını sağlar. Limbik sistemdeki septal ve hipokampal alanlar ve frontal korteks arasında bağlantıyı sağlayan sinirsel devrenin özellikle anksiyete ile ilgili olduğu bilinir. Septo-hipokampal sistem, CRF, beyin sapı kaynaklı serotonerjik ve noradrenerjik düzenleyici yollar tarafından aktive edilir. Bu sisteme davranışsal inhibisyon sistemi (DIS-behavioral inhibition system-BIS) adı verilir. DIS, beklenmedik olaylara bağlı ortaya çıkan ve tehlike sinyali olarak değerlendirilebilecek bedensel işlevlerdeki değişimleri beyin sapı aracılığıyla alır ve aktive olur. Septohipokampal sistem tehlike olarak algılanan şeylere bağlı tehlike işaretlerini aynı zamanda korteksten de alır. DIS amigdala ile de güçlü bağlantılara sahiptir. DIS beyin sapından veya korteksten gelen tehlike işaretleri ile aktive olduğunda insan "korkudan buz keser" ve anksiyete yaşamaya başlar.

DIS'i oluşturan sinirsel devre panikle ilgili olandan farklıdır. Panikle ilgili sinirsel devre beyin sapından köken alır. Bu devre amigdala, hipotalamusun ventromedial nükleusu ve santral gri cevher gibi orta beyine ait yapılar içinden geçer ve yüklendiği işlevler açısından

savaşma/kaçma sistemi (SKS-fight/flight system) olarak adlandırılır. Hayvanlarda bu devre harekete geçtiğinde insandaki panik nöbetlerindeki benzer alarm hali ve kaçma davranışı ortaya çıkar. Bazı araştırmacılar bu sistemin aktive oluşundan kısmen serotonin eksikliğinin sorumlu olduğunu düşünür. Büyük olasılıkla çevresel faktörler bu sistemlerin duyarlılıklarında birtakım değişikliklere yol açmakta ve insanı anksiyete bozukluklarına yatkın kılmaktadırlar. Örneğin son yıllarda yapılan çalışmalar çevresel bir faktör olarak sigara kullanımının anksiyojenik etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Sigaranın, erişkinlerde olduğu gibi ergenlerde de özellikle Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve panik bozukluğu riskini artırdığına ilişkin güçlü bulgular vardır. Günde 20 veya daha fazla sigara içen ergenlerde panik bozukluk geliştirme olasılığının içmeyenlere göre 15 kat , Yaygın Anksiyete Bozukluğu geliştirme olasılığının ise 5 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir. Nikotine uzun süreli maruz kalış, solunum sorunları ile birlikte büyük ihtimalle davranışsal inhibisyon sistemi ve kaçma-savaşma sistemi ile ilgili beyin devrelerini duyarlı hale getirmekte ve biyolojik yatkınlığı artırmaktadır.

Anksiyete ve panik nörobiyolojisinde araştırmalar oldukça yeni sayılır fakat sağlanan ilerlemeler oldukça heyecan vericidir. Yapılan son çalışmalar bazı hastaların biyokimyasal olarak anksiyete belirtileri geliştirmeye daha yatkın olduklarını göstermektedir. Bu yatkınlık bir takım parametreler dikkate alınarak ifade edilmektedir. Örneğin Yaygın Anksiyete Bozukluğu olan hastalarda plazma katekolamin düzeylerinin yüksekliği, buna karşın katekolamin reseptörlerinin down regülasyonu (reseptör sayılarında veya duyarlılığında azalma) bu biyokimyasal yatkınlığa işaret eden bulgulardır. Yine Yaygın Anksiyete Bozukluğu olan hastalarda klonidine (alfa-2 parsiyel agonist) karşı künt büyüme hormonu cevabı, alfa-2 reseptör sensitivitesindeki düşmeyi göstermesi açısından önemlidir. Bu sensitivite düşüklüğü belkide en azından bazı hastalarda yüksek katekolamin düzeyleri nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Yaygın Anksiyete Bozukluğu olan hastalarda hipotalamohipofizer aksın regülatuar mekanizmalarında bir defekt olduğunu ve buna bağlı olarak strese karşı anormal tepkiler ortaya çıktığını iddia eden çalışmalar mevcuttur. Hipotalamohipofizer aks bozukluğu olan insanların panik tetikleyici labaratuvar testlerinde (panic challenge) ortaya çıkan belirti sayısı ve belirti şiddetleri dikkate alındığında sağlıklı kontrollere göre daha duyarlı oldukları anlaşılmaktadır. Hipotetik olarak bu hastaların primer panik bozukluğu olan hastalardan biyolojik olarak farklı bir grup oldukları ileri sürülmektedir. Yaygın Anksiyete Bozukluğu olan hastalarda santral benzodiazepin reseptör duyarlılıklarında değişiklikler, raphe çekirdeğinden köken alan serotonerjik sistemin işlevlerinde anormallikler, buna bağlı 5HT1 ve 5HT2 reseptörlerinde bir takım değişiklikler olduğu bildirilmektedir. Yapılan hayvan çalışmaları, anksiyetenin ortaya çıkışında farklı reseptör alttıplerinin yönlendirdiği farklı 5HT mekanizmalarının rol oynadığını düşündürmektedir. Son dönemde kolesistokinin üzerinde yapılan çalışmalarda da hatırı sayılır bir artış vardır. Kolesistokinin sistemindeki bir kısım anormalliklerin anksiyete bozukluğu yarattığına ilişkin bulgular ve iddialar biyokimyasal yatkınlığa yeni bir boyut getirmiştir.

Anksiyete oluşumunda dopamin sisteminin rolü üzerine yapılan çalışmalar dopaminin duygusal (afektif) durumdan çok, motivasyonu artırmada ve başa çıkma tepkilerinin edinilmesinde rolü olabileceğini göstermektedir. Bu da dopamin sisteminin anksiyete oluşumundaki dolaylı etkisine bir kanıt teşkil eder. Adenozin ve histamin sistemlerinin de anksiyetenin oluşumunda rol oynadığına dair güçlü bulgular vardır. Adenozin reseptörlerinin kafein gibi antagonist maddelerle bloke edilmesinin hayvan deneylerinde, anksiyete ile ortaya çıkan davranışlara benzer davranışlara yol açmaktadır. Stres sırasında histaminerjik sistemde histamin artışı olmaktadır. Antihistaminik ajanların sedatif ve anksiyolitik etkisi bu sistemin anksiyete oluşumunda veya en azından anksiyetenin ortadan kaldırılmasında rol aldığını göstermektedir. Histaminin uyarıcı etkisi H1 reseptörleri tarafından kontrol edilmektedir.

Beyin görüntüleme çalışmalarında Yaygın Anksiyete Bozukluğu olan hastalarda özellikle oksipito-temporal (sağ arka temporal lob) ve frontal lob (sol inferior frontal girus) ve serebellumda metabolik hızda gösterilen görece artış buna karşın bazal ganglion, singulat girus, temporal loblar, amigdala ve hipokampus alanlarında mutlak metabolik aktivitede meydana gelen düşme önemli bulgulardır. Bir takım görevler verildiğinde (vigilant tasks) Yaygın Anksiyete Bozukluğu olan hastaların bazal ganglion ve sağ parietal lob aktivitesinde belirgin artma meydana geldiği, sağ tempolar ve oksipital loblarda metabolizmada düşme saptandığı bildirilmektedir. Bu hastalara benzodiazepin verildiğinde tüm korteksde, özellikle oksipital korteksde, limbik sistem ve bazal ganglionlarda metabolik aktivite azalmaktadır. Anksiyete alanında isim yapmış yazarlar anksiyetenin ortaya çıkışında biyolojik bir altyapının olduğunu, hücresel düzeyde yapısal anormalliklerin ve birtakım düzenleyici mekanizmaların bozukluğunun önemli olduğunu söylemektedirler. Serotonin ve GABA sistemindeki anormalliklerin yanısıra strese karşı adaptif olmayan tepkilerin lokus seruleus-norepinefrin-sempatik sinir sisteminden, hipotalomohipofizer aks ve kolesistokinin sisteminden kaynaklandığı görüşü bugün için hakim olan görüş olarak karşımıza çıkmaktadır.

Psikolojik Açıklamalar: Freud anksiyeteyi infantil korkuların tekrar aktive oluşu ile ortaya çıkan ruhsal bir reaksiyon olarak tanımlamıştır. Freud'a göre anksiyete, bilinç dışı tehdit ve tehlikelerin bir işaretidir. Bu bağlamda anksiyete uyarı anlamı taşır. Davranışçı kuramcılar ise anksiyeteyi erken dönemlerde meydana gelen klasik koşullanmanın, model almanın veya diğer öğrenme biçimlerinin bir ürünü olarak görürler.

Ana baba tutum ve davranışları, çocuk yetiştirme biçimleri hem analitik hem de davranışçı kuramlar içerisinde önemli bir yer tutar. Güvensizlik aşılaman (model alma), davranışlarında yordanamaz, ilişkilerde olumsuz yüke sahip, çocukların dünyayı keşfetmelerine izin vermeyen hatta bundan kaygı duyduğu için engelleyen ana baba tipleri anksiyete bozukluklarının oluşumunda, tek başlarına neden olarak görülmeseler de, hatırı sayılır bir rol üstlendikleri düşünülür. Olumlu yüke sahip ve yordanabilir ana baba tutumlarının çocuğa çevreyi, hayatı ve olayların akışını kontrol edebilme duygusunu aşıladığı bilinir. Bu duygunun gelişmemiş

olmasının anksiyete bozukluklarının oluşumunda katkısının olmadığını söylemek bu bozuklukların tabiatı düşünüldüğünde oldukça zordur.

Sosyal Açıklamalar: Stres yaratan yaşam olayları biyolojik ve psikolojik duyarlılığımızı açığa çıkarırlar. Yaşam olaylarının çoğu kişiler arası alanda ortaya çıkan olaylardır. Bir yakının kaybı, evlilik, boşanma, iş yaşamındaki zorluklar bu tip yaşam olaylarıdır. Stres yaratan yaşam olayları hem fizik hem psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasına sebep olabilirler. Yaşam olayları, anksiyeteyi tetikleyebilecek sosyal faktörlerdir. Streslere verilen tepkilerin de genetik bir temeli vardır. Aynı ailede bir üye belli olaylar karşısında belli bir tepki çıkıyorsa örneğin baş ağrısı, o ailede başka üyelerde de benzer tepki olasılığı fazladır.

Yaşam olayları dışında anksiyeteye zemin hazırlayan veya tetikleyen başka sosyal faktörler de vardır. Aslında bunlar da yaşam olayı kavramı içerisinde ele alınabilir ancak ben ayrıca söz etmekte yine de fayda olduğunu düşünüyorum.

Günümüz dünyasında, değişen toplumsal yaşam biçimimiz, toplumsal değişimlere uyum zorlukları, sosyal beklentiler, kişiler arası rekabet, toplumda yaygın kabul gören mükemmeliyetçilik, evlilik içinde yaşanmaya başlayan rol değişiklikleri gibi birtakım faktörler de anksiyete yaratan faktörler gibi görünmektedir.

BÖLÜM-2

ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ TANISAL DEĞERLENDİRMESİ

Hastaların değerlendirmesinde ayrıntılı alınmış anamnez büyük önem taşır. Değerlendirmenin esasen iyi alınmış bir anamneze dayandığını söylemek yanlış olmayacaktır. İlgili ve saygılı tutum anamnestik görüşme için ön koşuldur. Yansız, yüksüz ve yargısız oluş kadar reflektif oluş yani görüşme esnasında hastaların söz ve tavırlarından elde edilen bilgilerin tekrar kendilerine zaman zaman yansıtılması, örneğin “kalp çarpıntınızın çok şiddetli bundan dolayı çok korkuyorsunuz” gibi aslında hastanın (ister emosyonel isterse entellektüel düzeyde) söylediklerinin başka bir biçimde tekrarı, hastaya aktif ve ilgili bir dinleyici olduğunuzu gösterme ve hastayı yönlendirme açısından önemli bir avantaj sağlar. Kapalı uçlu sorular kadar açık uçlu sorular sorabilmek de çok önemlidir. Daha önemlisi açık uçlu sorular sordüğümüzde hastayı dinleyebilmek en az soru sormak kadar beceri isteyen, eğitim gerektiren bir özelliktir. Pek çok hekimin dinlemeye tahammülleri yoktur ve bu sebeple vaka atlama olasılıkları daha yüksektir.

Anksiyeteli hastalar fizik belirtilerini çok önemseme eğilimindedirler. Aynı önemsemenin hekim tarafından da gösterilmesini beklerler. Bu nedenle, hekimin kendilerini önemsemediğini hisseden hastalar bedensel belirtiler üzerinde daha fazla dururlar. Panik bozukluk gibi endişe ve kaygının hakim olduğu hastalıklar da hastaların hekim tarafından anlaşılmadıklarını düşünmeye olan eğilimleri hekim değiştirmeleri için iyi bir neden teşkil eder. Dolayısıyla anksiyete bozukluğu olan hastalar çok sık hekim değiştirirler ve bedensel belirtiler üzerine eğilecek bir hekim ararlar.

Hasta ile görüşmede, anamnez alırken üzerinde durulması gereken belirtiler şunlardır:

- 1-Aşırı kaygı ve kötü birşey olacağı beklentisi
- 2-Korku verici durum ve objelerden kaçınma davranışı
- 3-Kalp çarpıntısı, baş ağrısı, bayılma, baş dönmesi
- 4-Hiperventilasyon
- 5-Kaslarda gerginlik, özellikle omuz-ense ve çene kaslarında

6-Çabuk öfkelenme

7-Depersonalizasyon (dış dünyaya ve olan bitenlere yabancılık hissetme)

8-Derealizasyon (kişinin kendi bedenine yabancılaşması)

9-Felaket haberciliği

10-Anksiyeteyi azaltma amaçlı kompulsiyonlar ve ritüeller (tekrar edici, belli bir sıra ve düzen içinde yapılan davranışlar. Örneğin hergün yatmadan önce üç kez el yıkama ve banyonun eşliğinden dört kez sağ ayakla geçmek gibi)

11-Travma hikayesi ve travmanın, sanki yeniden yaşıyormuşçasına sık sık bilince dalıcı bir biçimde girmesi veya hatırlanması

Bu belirtilerin gelişimini anlamak üzere değerlendirilmesi gereken özellikler:

1-Bu belirtilerin tabiatı, sıklığı, şiddeti

2-Ortaya çıkış biçimi (ani, sinsî veya kademeli)

3-Belirtilerin süresi açısından normal bir reaksiyon olma özelliğini koruyup korumadığı (örneğin yas, akut stres reaksiyonu gibi)

4-Stres yaratan yaşam olayı hikayesi (stres anksiyeteyi açıklamayabilir ancak tetikleyicidir)

5- Hastanın sosyal destek düzeyi

6-Belirtileri tetikleyen veya artmasını sağlayan durum(lar)

7-Bu durum(lar) ile karşılaşma beklentisine (antisipasyon) bağlı anksiyete (antisipatuvar anksiyete) düzeyi ve bunun tablodaki payı

8-Beklentisel oluşa (antisipasyona) veya durumla karşılaşmaya bağlı otonomik uyarılma düzeyi

9-Kaçınma davranışı ve ortaya çıkan ritüellerin-kompulsiyonların sıklığı ve şiddeti

10-Anksiyete düzeyini azaltmak için ortaya çıkan kaçınma davranışı ve ritüellere yakınların katılım düzeyi

11-Anksiyete bozukluğu hikayesi (çocukluk döneminde ortaya çıkan anksiyete dahil)

12-Ailede anksiyete bozukluğu hikayesi

13-Madde kullanımı veya çekilme belirtilerinin varlığı

Anksiyete bozukluğu olan hastaların pek çoğu benzer klinik tablolarla hekime başvururlar. Bu sebeple tanınmaları çok zor değildir. Panik bozukluğu olan hastalar, panik nöbetleri ve bu nöbetler sırasında bayılma, delirme ve ölme korkusu, sosyal fobisi olan hastalar sosyal ortamlarda diğer insanların kendilerini olumsuz olarak değerlendirecekleri korkusu, obesif-kompulsif bozukluğu olan hastalar bilince, dalıcı bir biçimde giren düşünce, imaj ve tekrarlayıcı davranış ve ritüellerle, Yaygın Anksiyete Bozukluğu olan hastalar kötü birşeylerin olacağına dair mantık dışı bir endişe ile, travma sonrası stres bozukluğu olan hastalar travmanın canlı

tekrarlarını zihinlerinde yaşama ve aşırı uyarılmışlık hali ile, özgül fobileri olan hastalar belirli nesne veya durumlar karşısında yoğun ve yine mantıksız korku ile hekime başvururlar.

Anksiyete bozukluklarının hepsinin ortak belirtileri kaçma-savaşma reaksiyonuna bağlı olarak ortaya çıkan fizik belirtilerdir. Kalp çarpıntısı, sık soluk alıp vermeye ihtiyaç, hava açlığı, tremor, bulantı, terleme gibi bedensel belirtiler anksiyetenin ortak bedensel belirtilerini oluştururlar.

Pek alışılmadık tipte tablolarla ve özellikle 40 yaş üzerinde, daha önceye ait anksiyete hikayesi olmayan hastalarda uyanık olunmalıdır. Anksiyeteyi açıklayacak altta yatan herhangi başka bir neden olup olmadığı dikkatle araştırılmalıdır. Depresyona sekonder anksiyete atipik tabloların en sık rastlanan sebebidir. Depresyon, ilgi ve enerji kaybı, anhedoni (hiçbirşeyden haz alamama) hali, benlik saygısında düşme, uyku bozuklukları, iştah kaybı, bazan uykuda ve iştahta artma, karamsarlık, gelecekle ilgili planların olmaması bu tabloların saf anksiyete bozukluklarından ayırdedilmesinde yardımcı olacak önemli bulgulardır.

İNTİHAR RİSKİNİN VE KENDİNE ZARAR VERME OLASILIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Anksiyete bozuklukları tek başlarına intihar riskini ciddi bir biçimde artırmazlar. Ancak komorbid, duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozukluklarının varlığında bu risk yükselir. Bu nedenle anksiyete bozuklukları tek başlarına değil diğer bozuklukların varlığında intihar riski üzerinde etkileri vardır ve bu etkileri kümülatiftir diyebiliriz. Kadınlarda intihar girişimlerine, erkeklerde tamamlanmış intiharlara daha yüksek oranda rastlanmaktadır. İntihar riskini değerlendirmek için özellikle, umutsuzluğun yaşanıp yaşanmadığının iyi sorgulanması, ailede intihar öyküsünün olup olmadığının saptanması gerekir. Hikayede geçmiş intihar girişimlerinin olması, sosyal destekte azalma, halihazırda intihar planlarının olması, birkaç kez intihar etmeyi deneme gibi özellikler riskin ciddi bir biçimde yüksek olduğunu gösterir.

Kendini yaralama davranışına anksiyete bozukluklarında intihara oranla daha sık rastlanır. Kendini yaralama davranışı ölüm niyetiyle yapılmayan jiletleme, kesme, sivri veya kesici bir cisimle deriyi çizme, sigara basma gibi davranışları kapsar. Çoğunlukla anksiyete ile başedemeyen özellikle yardımsızlık ve umutsuzluk yaşayan hastalarda sıkça rastlanır. Duygusal acıyı ve gerilimi azaltmak maksadıyla yapılır. Klinik deneyimlerime dayanarak kendine zarar verme davranışının da komorbid kişilik bozukluğu açısından dikkatle araştırılması gereken bir belirti olduğunu söyleyebilirim. Kendine zarar verme davranışı gösteren ve/veya intihar riski yüksek bir hasta derhal bir psikiyatriste veya psikiyatri merkezine sevk edilmelidir.

AYIRICI TANIDA DİKKATE ALINMASI GEREKEN BOZUKLUKLAR

İlk klinik değerlendirmede hekim anksiyete bozuklukları ile birlikte görülebilecek diğer bozuklukları atlamamak için uyanık olmalıdır. Özellikle depresyon, madde kullanımları veya erken dönem psikozlar anksiyete bozuklukları ile birlikte veya anksiyete bozukluklarını andıran tablolar halinde karşımıza çıkabilirler. Hekim bu klinik birlikteliklerden (komorbidite) ve klinik benzerliklerden kaynaklanacak tanısal karışıklığa düşmemelidir. Bu bölümde ayırıcı tanısal değerlendirmede dikkate almamız gereken bozukluklara kısa kısa değinilecektir.

Madde Kullanımı: Yapılan çalışmalar alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığında yüksek oranda anksiyete bozukluğu, anksiyete bozukluklarında da yüksek oranda alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı olduğunu göstermektedir. Özellikle agorafobi, panik bozukluk ve sosyal fobi alkol kullanımı ile yüksek korelasyon gösteren bozukluklardır.

Anksiyete bozukluğu olan hastaların anksiyetelerini kontrol etmek için alkol kullandıkları inancı oldukça yaygın bir inançtır. Örneğin alkol, sosyal fobik olan insanların diğer insanlarla enteraksiyona girişlerini kolaylaştıran bir madde olabilir. Ancak son dönemde yapılan araştırmalar ve metaanalitik gözden geçirmeler, bu görüşün, anksiyete bozukluğu veya alkol kötüye kullanımı olan hem yatan hem de ayaktan hasta grupları için aradaki ilişkiyi çok basite indirgediğine işaret etmektedir.

Özellikle alkol ve esrarın anksiyeteyi çözücü etkisi olduğu bilinmektedir ancak bu maddeler bazı durumlarda anksiyeteyi artırıcı bir etki de yapabilmektedirler. Kokain, amfetaminler ve kafein gibi stimülanlar panik nöbetlerini ortaya çıkartabilmektedirler.

Anksiyete uzun süreli alkol kullanımı ile veya alkol alımının durmasına bağlı kesilmeyle (withdrawal) ilgili olabilir. Alkol kullanımının kronik veya akut etkileri anksiyete bozukluklarını taklit eden belirtileri üretiyor veya insanda yatkınlığa sebep olarak doğrudan anksiyete yaratıyor olabilir. Ayrıca madde kullanımı ile yakından ilgili gibi görünen sosyal, yasal, kişiler arası sorunlar da bu insanlarda anksiyete oluşumuna katkıda bulunuyor olabilir. Bu sebeplerle anksiyete bozukluklarına ait belirtilerle başvuran hastalarda alkol ve diğer madde kullanımı olup olmadığı iyi araştırılmalıdır. Ailesinde alkol ve madde kullanımı ve bağımlılığı olan bireylerde alkol ve madde kullanım sıklığının yüksek olduğu akılda tutulmalıdır. Ayrıca tedaviye iyi yanıt vermeyen anksiyete hallerinde bu olasılık dikkatle değerlendirilmelidir.

Anksiyete ve anksiyeteyeyle ilgili otonomik uyarılmışlık haline bağlı belirtiler alkol çekilme belirtilerine çok benzerler. Alkol çekilmesine bağlı ortaya çıkan tablo ile hem Yaygın Anksiyete Bozukluğu'na hem de panik bozukluğuna ait tablolar arasında bir ayırım yapmak oldukça güçtür. Bu tablolar arasında ayırım yapabilmenin yolu yine iyi anamnezden geçer. Alkol kullanımı ile birlikte otonom uyarılma yapabilecek stimülan ilaç kullanımına, son alkol kullanımına, önceye ait kesilme belirtilerinin olup olmadığına, tolerans ve bağımlılık gelişimine ait bilgiler ayırıcı tanıda hayati bilgilerdir.

Anksiyete bozukluğu, madde kullanımı ve aynı zamanda depresyonu olan hastalarda intihar ve kendini yaralama riskinin oldukça yüksek olduğunu akıldan çıkarmamalıyız.

Anksiyete belirtileri gösteren hastalarda bu anksiyete belirtileri alkol ve madde kullanımı ile tam olarak açıklanamıyorsa yapılabilecek en iyi şey altı haftalık bir detoksifikasyon periyodunu takiben tekrar gözlem yapmaktır. Eğer anksiyete belirtileri sürüyorsa bu belirtilerin bir anksiyete bozukluğuna bağlı olma olasılığı çok yüksektir.

Depresif bozukluklar: Anksiyete bozukluğu olan insanlarda, major depresyon oldukça sık görülür. Ayrıca anksiyete bozukluğu olan hastaların yaklaşık %40'ı depresif bozukluk kriterlerini de karşılarlar.

Panik bozukluk, depresif bozukluklarla sıklıkla bir arada bulunur. Bu vakaların yaklaşık üçte ikisinde depresyon ya panik bozuklukla birlikte ya da panik bozukluk başladıktan sonra ortaya çıkmaktadır. Üçte birinde ise panik bozukluk depresyonu takiben tabloya yerleşmektedir. Panik bozukluğa ek olarak Yaygın Anksiyete Bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, depresif bozukluklarla biraradalığı yüksek olan bozukluklardır. Bu sebeple anksiyete belirtisi ve bulguları gösteren hastalar rutin olarak, depresif belirtisi ve bulgular açısından da muayene edilmelidir. Aynı şey depresyon için de geçerlidir. Anksiyetenin kendisi, özellikle anksiyetenin bedensel belirtileri, depresif belirtilere göre hekime daha kolay iletilir.

Depresyon açısından değerlendirme yaparken hastanın ağırlıklı duyu durumunun ne olduğunun tespiti çok önemlidir. Depresif hastalar duyu durumlarını, hernekadar zaman zaman anksiyeteli ve ajite olsalarda, genelde çökkün olarak tanımlarlar. Benlik saygısı düşüklüğü, suçluluk duyguları da depresyona ait bulgulardır. Anksiyete bozukluklarında duygudurumuna ait çökkünlük tanımı öncelikli bir tanım değildir ve benlik saygısında düşme ve suçluluk duyguları görülmez.

Primer anksiyete bozuklukları çoğunlukla genç erişkinlikte ortaya çıkarlar. 40 yaşın üzerinde ortaya çıkışları son derece nadirdir. Depresif bozukluklar genç erişkinlikte ortaya çıksa da ilk epizodlar anksiyeteye göre daha geniş yaş aralığında yer alırlar. Bu yüzden anksiyete belirtileri gösteren hastalar 40 yaş üzerindeyseler depresyon veya serebrovasküler olay gibi organik nedenler de akla gelmelidir.

Anksiyete bozukluklarının, insan hayatında doğurduğu olumsuz psikososyal sonuçlar daha ılımlı düzeylerde iken depresyonun insan hayatını her alanda etkilemesi ayrımda yardımcı olacak bir diğer özellik. Bu sebeple anksiyeteye ilişkin belirtileri olan ancak hayatının her alanında işlev bozuklukları gösteren hastada depresyon dikkatle değerlendirilmelidir.

Bilişsel (cognitive) alanda da anksiyete ve depresyon arasında ayrıma ışık tutacak bir takım özellikler vardır. Anksiyete bozukluklarında “ya kötü birşey olursa!” şeklinde felaket tellallığına kadar varabilen olumsuz beklentisel ruhsal durum bilişsel açıdan depresyondaki manzaradan tamamen farklıdır. Depresyonda kişinin kendisi, dünya ve gelecek hakkındaki olumsuz bakış açısı çok belirgindir. Depresyondaki hasta, kendisi hakkında “Ben iyi birisi değilim.”, dünya hakkında “Dünya güvenli bir yer değil.”, gelecek hakkında “Şansım hiçbir zaman dönmeyecek.” şeklinde düşünür. Kişinin kendisi, dünya ve gelecek hakkındaki bu üç

değerlendirme anksiyete bozukluklarında saptanamaz. Depresyon ve anksiyete bozukluklarında sık görülen belirtiler tablo-2'de karşılaştırmalı olarak verilmiştir.

Tablo-2: Depresyon ve anksiyete bozukluklarında sık görülen belirtiler

Alanlar	Anksiyete Bozukluklarında Sık Görülen Belirtiler	Depresyonda Sık Görülen Belirtiler	Her İki Bozukta Görülen Belirtiler
Bedensel	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Uykuya dalmada güçlük ❖ Tremor ❖ Kalp çarpıntısı ❖ Terleme ❖ Baygınlık hissi ❖ Baş dönmesi ❖ Bulantı ❖ Kas gerginliği ❖ Hava açlığı 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sabah erken uyanma veya aşırı uyuma ❖ Diurnal varyasyon ❖ Kronik veya tekrarlayıcı ağrılar ❖ Ajitasyon veya hareketlerde yavaşlama ❖ Libido kaybı 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Uyku bozukluğu ❖ İştahta değişiklik ❖ Bedensel yakınmalar ❖ Halsizlik-yorgunluk ❖ Huzursuzluk ❖ Baş ağrısı ❖ Ağız kuruluğu
Duyusal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Depersonalizasyon ❖ Derealizasyon ❖ Yardımsızlık-Çaresizlik ❖ Endişe ❖ Kaygı 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Üzüntü, keder ❖ Suçluluk duygusu, Umutsuzluk ❖ Motivasyon kaybı ❖ Keyifsizlik ❖ İlgi kaybı ❖ Apati 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ İrritabilite ❖ Antisipasyon (beklentisellik) ❖ Anksiyöz bağımlılık ❖ Zevk alamama ❖ Ağlama ❖ Duygudurumunda hızlı oynama ❖ Derealizasyon ❖ Depersonalizasyon
Düşünel	<ul style="list-style-type: none"> ❖ En kötüyü bekleme ❖ Felaket tellallığı 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Konuşmada yavaşlama ❖ Düşünmede yavaşlama ❖ Cevap süresinde uzama ❖ İntihar düşünceleri 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Konsantrasyon güçlüğü ❖ Aşırı kaygı ❖ Kararsızlık
Davranışsal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Korkulan durumlardan fobik kaçınma ❖ Çabuk sinirlenme ❖ Anksiyete azaltıcı ritüeller ve hiperventilasyon 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hareketlilikte azalma ❖ İfadelerde yetersizlik ❖ Apati ❖ Enerji yokluğu ❖ Sosyalize olmada azalma 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Gündelik aktivitede azalma ❖ Tatminsizlik

Psikotik ve Sanrısız Bozukluklar: Psikotik bozukluklar grubunda yer alan en ağır bozukluk, şizofreni, tipik olarak 18-35 yaşları arasında çoğunlukla prodromal belirtilere eşlik eden yoğun anksiyete ile birlikte ortaya çıkar. Prodromal dönemde eşik altı belirtiler ve bulgular hastanın bir tuhaflığı olduğu duygusunu yaşatmaktan öte bir anlam ve biçim kazanmazlar. Yakınları, hastayı eski halinden farklı, "o sanki o değil gibi" tanımlarlar. Hastalar erken dönemlerde biraz alışılmadık olduğu düşünülebilecek inanışlarından bahsedebilirler ama bu inanışlar o kadar yoğunluk ve ciddiyet kazanmamışlardır. Bazı belli belirsiz algısal bozukluklar olabilir. Yersiz davranışlar ortaya çıkabilir ama bu davranışlarda ciddi bir dezorganizasyon yoktur.

Erken dönemde apati, içe çekilme, motivasyon ve inisiyatif yokluğu gibi negatif belirtilere sıkça rastlanır. Konsantrasyon güçlüğü, hafif hafıza bozukluğu, suskun hale gelme silik belirtiler olarak karşımıza çıkar. Bu dönemde hastalarda anksiyete düzeyi zaman zaman çok yükselir. Obsesyonlar ortaya çıkabilir ancak bunlar psikotik sanrısız inanışlar gibidirler. Sanrısız inanışları hastalar gerçek dışı bulmazlar. Obsesyonlar ise hastalar tarafından gerçek dışı, anlamsız olarak değerlendirilir.

Hasta eğer geç ergenlik, erken erişkinlik çağlarında ise ve anksiyete/depresyon tedavilerine cevap vermiyorsa hekim bu hastaları psikiyatri merkezlerine veya psikiyatristlere yönlendirmelidirler.

Yeme bozuklukları: Yeme bozukluklarının anksiyete bozuklukları yelpazesindeki bir kısım bozuklukla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yeme bozukluğu nedeniyle tedavi gören kadın hastaların %64'ü ek olarak bir anksiyete bozukluğu göstermektedirler. Bu hastaların çoğunda, anksiyete bozukluklarının yeme bozuklukları sonrasında başladıkları bilinir. Yeme bozukluklarından birisi olan anoreksiya nervoza, sosyal fobi ve obsesif kompulsif bozukluğu taklit edebilir. Anorektik olan hastalar toplum içinde yemek yerken aşağılanacak veya aşağılanıyor gibi hissedebilirler. Ek olarak başkaları tarafından negatif değerlendirileceklerine ilişkin korkuları, yemek ve yiyeceklerle ilgili birtakım obsesyonları, kompulsyonları ve ritüelleri olabilir. Anoreksiya

nervoza için tanı kriterleri arasında insanın çok zayıf olsa bile kilo alınacağına veya şişmanlayacağına ilişkin yoğun anksiyete ve korku yaşaması en önemli anoreksi ölçütü olarak göze çarpar. Bulimiadaki durdurulamaz bir biçimde yemek yeme ve ardından kusmalar kompulsif ritüellere benzerler. Görüldüğü gibi yeme bozukluklarındaki belirtiler anksiyete bozukluklarındaki belirtilerin en azından bir kısmı ile benzerlik göstermektedirler. Burada dikkat edilmesi gereken nokta obsesif kompulsif bozukluk veya sosyal fobide kişinin uğraşları/korkuları/ritüellerinin yeme ile sınırlı olmamasıdır.

Kişilik bozuklukları: Bazı kişilik bozuklukları, doğrudan bir kısım anksiyete bozuklukları belirtilerini taklit ederler. Örneğin obsesif kompulsif kişilik bozukluğu erken erişkinlikte başlar. Düzenlilik, mükemmeliyetçilik ve kontrolcülüğün hakim olduğu bir klinik sergilerler. Bu hastalarda genellikle ayrıca obsesyonlar ve kompulsyonlar görülmez ama genel tablo obsesif kompulsif bozukluğu andırır.

Diğer kişilik bozukluklarından kaçınan (avoidant) (eleştiriye aşırı duyarlılık, yetersizlik duygusu, reddedileceğini veya aşağılanacağını düşündüğü ortam ve durumlardan uzak durma ile karakterize) kişilik bozukluğu, bağımlı (dependant) (yetersizlik duygusu, başkalarının ilgisine ihtiyaç gösterme ile karakterize) kişilik bozukluğu da anksiyete bozukluklarını andıran veya sıklıkla anksiyete bozuklukları ile birlikte olan bozukluklardır.

Şizoid kişilik bozukluğu kişinin sosyal ortamlardan uzak duruşu ile sosyal fobiyi andırır ancak sosyal ortamlardan kaçınma davranışı sosyal fobideki negatif değerlendirilme korkusuna bağlı bir kaçınma değil insan ilişkilerine olan ilgisizlikten kaynaklanır.

Somatizasyon Bozukluğu: Somatizasyon tanısını koyabilmek için hastaların fiziksel bir sebep olmaksızın çok sayıda fizik belirti göstermeleri gerekir. Bu bozuklukta esas yakınma anksiyeteden ziyade bedensel belirtilerdir ve bu bedensel belirtiler çoğunlukla ağrılardır. Hastaların işlevselliği her alanda bozulmuştur.

İmpuls kontrol bozukluğu: İmpuls kontrol bozukluğunda hasta sürekli hedef davranış (kumar oynama, yangın çıkarma gibi) ile meşguldür. Bu davranışları tekrarlama konusunda engellenemez ve giderek artan bir istek duyarlar. Hedef davranışların tekrarları büyük bir heyecan yaratır. Hedef davranışların gerçekleştirilmesi gerilimlerinde büyük bir azalma meydana getirir. Bu davranışlar obsesyonlara eşlik eden tipte katı kompulsif-ritüalistik davranışlar değildir.

Hipokondriazis: Bu bozukluk, örneğin bulaşma korkusu (contamination) nedeniyle, bulaşmayı önlemek üzere belli durumlardan özgül fobik kaçınma ile ortaya çıkan obsesif kompulsif bozukluktan farklı bir bozukluktur. Bu tip obsesif kompulsif bozuklukta hasta herkesin dokunduğu eşyalara, kapı kollarına dokunamaz. Alttan yatan neden bulaşma korkusudur. Örneğin bulaşmasından korkulan hastalık AIDS hastalığıdır. Hipokondriazisde kişi kendisinin bir hastalığa yakalanmış olduğuna inanır. Aksi ispat edilse bile bu inancından vazgeçmez ve bundan dolayı yoğun anksiyete yaşar.

Vücut dismorfik bozukluğu: Vücut dismorfik bozukluğu olan bir insan fizik görünümünü bozan bir şeyin olduğuna inanır ve bundan dolayı büyük sıkıntı yaşar. Görünümünü bozan şey ya hayalidir ya da var olan çok ufak bedensel bir anomali bu bozukluğa temel hazırlamış gibidir. Örneğin burnu çok büyüktür ve bu görünüm hastaya göre son derece acayiptir. Bedenin bir bölgesi ile bitmek tükenmek bilmez uğraşı genellikle kozmetik amaçlı cerrahi bir girişim arayışına döner. Buradaki uğraşı obsesif bir nitelik taşır ancak bu durumda obsesif kompulsif bozukluk tanısı konmaz. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı koyabilmek için obsesyon veya kompulsyonların sadece fizik görünüme sınırlı olmaması gerekir.

Özet olarak anksiyete ile ilgili ayırıcı tanıda akılda tutulması gerekenler şöyle sıralanabilir:

- Anksiyete, anksiyete bozuklukları dışındaki diğer psikiyatrik bozuklukların da belirtisi olabilir.
- Psikiyatrik bozukluklarda ortaya çıkan anksiyetenin kendisi ruhsal (madde bağımlılığı gibi) ve sosyal problemlere sebep olabilir
- Anksiyete bozuklukları, depresyon ve madde kullanım bozuklukları gibi diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte bulunabilir.

ANKSİYETEYE SEBEP OLAN TIBBİ DURUMLAR VE İLAÇLAR

Herhangi bir kimse anksiyete yaşıyor ve bu anksiyete bilindik sebeplerle açıklanamıyorsa dikkatli bir medikal hikaye alınmalı ve fizik muayene yapılmalıdır. Ayrıca gerekli tüm araştırma ve testler yapılmadan geçilmemelidir. Tablo-3 de anksiyeteye sebep olan tıbbi durumlar verilmiştir. Görüldüğü gibi sistemlerimize ait pek çok hastalık anksiyeteye neden olmaktadır. Tablo-4'de Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu için DSM-IV ölçütleri, Tablo-5'de Madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu için DSM-IV ölçütleri verilmiştir.

Tablo-3 Anksiyeteye sebep olan tıbbi durumlar.

Endokrin sistem	Hipertiroidi, hipotiroidi, hipoglisemi, adrenal yetmezlik, feokromasitoma, hiperadrenokortisizm, menapoz
Kalp-dolaşım sistemi	Konjestif kalp yetmezliği, iskemik kalp hastalığı, pulmoner emboli, aritmi, mitral kapak prolapsusu
Solunum Sistemi	Astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akciğer embolisi
Metabolik bozukluklar	Diyabet, porfiri
Santral sinir sistemi	Neoplazmlar, ensefalitler, vestibüler disfonksiyonlar, temporal lob epilepsisi, migren
Kimyasal Maddeler	Kronik kurşun zehirlenmesi
Gastrointestinal	Peptik ülser, irritable kolon
Hematolojik	Vitamin B12 eksikliği, anemi
Diğer durumlar	Kronik yorgunluk sendromu
Terminal dönem hastalıkları	Kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, konjestif kalp yetmezliği
Medikasyon	Kortikosteroidler, SSRI'lar, teofilin, efedrin, psödoefedrin, kodein
Madde kullanımı	Stimülanlar (kafein, amfetamin türevleri, nikotin), alkol kullanımı, alkol çekilmesi, sigara kullanımı

Tablo-4 Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu için DSM-IV ölçütleri

- A. Klinik görünüme belirgin anksiyete, panik nöbetleri ya da obsesyonlar ya da kompulsiyonlar egemendir.
- B. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen verilerde bu bozukluğun genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik sonucu olduğuna ilişkin kanıtlar vardır.
- C. Bu bozukluk başka bir psikiyatrik bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. stres kaynağının ciddi bir genel tıbbi durum olduğu anksiyete ile giden uyum bozukluğu).
- D. Bu bozukluk sadece deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.
- E. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur,

Tablo-5 Madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu için DSM-IV ölçütleri

- A. Klinik görünüme belirgin anksiyete, panik nöbetleri ya da obsesyonlar ya da kompulsiyonlar egemendir.
- B. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen veriler aşağıdakilerden (1) ya da (2) nin olduğuna ilişkin kanıtlar sağlar.
 - (1) A tanı ölçütündeki belirtiler madde entoksikasyonu ya da yoksunluğu sarsıntıda ya da sonraki ay içinde ortaya çıkmıştır.
 - (2) İlaç kullanımı bu bozuklukla etiyolojik açıdan ilişkilidir.
- C. Bu bozukluk madde kullanımının yol açmadığı bir anksiyete bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz. Belirtilerin, madde kullanımının yol açmadığı bir anksiyete bozukluğuyla açıklanmasının daha doğru olacağına ilişkin kanıtlar arasında şunlar sayılabilir. Belirtiler madde kullanımına (ya da ilaç kullanımına) başlamadan önce ortaya çıkmıştır; belirtiler bırakmadan ya da ağır entoksikasyondan sonra oldukça uzun sürmüştür (örn. yaklaşık bir ay

ya da kullanılan maddenin türü, miktarı ya da kullanım süresi göz önünde bulundurulduğunda beklenenden önemli ölçüde daha uzun sürmüştür ya da bundan bağımsız olarak madde kullanımının yol açmadığı bir anksiyete bozukluğunun (örn. tekrar edici madde kullanımının yol açmadığı epizodların olduğuna ilişkin bir öykü alınması) varlığını düşündüren başka kanıtlar vardır.

D. Bu bozukluk sadece deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

E. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

BÖLÜM-3

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU

Yaygın Anksiyete Bozukluğu Kavramı ve Tarihçesi: Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun tarihi aslında anksiyete kavramının tarihi ile iç içedir bu sebeple daha önce "Anksiyete Kavramı ve Tarihçesi" başlığı altında verilen bilgilere burada tekrar yer verilmeyecektir.

Dirençli, patolojik anksiyete kavramı, psikiyatrinin, ayrı bir tıbbi dal olarak kabul edildiği, bir başka deyişle kendini ispatladığı 19. yüzyıldan bu yana önemli bir kavramdır. Buna karşın Amerikan Psikiyatri Birliği, 1980 yılında yayınladığı DSM'nin üçüncü basımına kadar, Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nu ayrı bir tanı olarak *tanıtmamıştır*. Dünya Sağlık Örgütü ise Yaygın Anksiyete Bozukluğu'na 1990 yılında, ICD'nin ancak onuncu basımında ayrı bir tanı olarak yer vermiştir. Daha önce Yaygın Anksiyete Bozukluğu, tanısal sınıflamalar içerisinde anksiyete nevrozunun iki ana bileşeninden biri olarak (diğeri panik bozukluk) yer almıştır. Bu iki bozukluğun ayrı antiteler olarak tanınmasından sonra bile özellikle DSM-III de Yaygın Anksiyete Bozukluğu klinik anlamlılığı olmayan rezidüel bir tanı olarak değerlendirilmiştir. DSM-III esas alınarak yapılan çalışmaların çoğunda komorbid durumlar dışında kendi başına çok nadir bulunduğuna ilişkin elde edilen sonuçlar, mizaç bozuklukları ile birlikteliği özellikle major depresyonla ilişkisi, Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun bağımsız bir bozukluktan ziyade, major depresyon'un prodromal veya tortu (rezidüel) belirtisi ya da bu bozukluğun şiddetinin bir göstergesi olduğu yorumlarını doğurmuştur. DSM-III-R da zaman ölçütü 1 aydan 6 aya çıkarılmasına karşın, araştırmalarda yine de depresyonla komorbiditesinin yüksek bulunması bu görüşün sürmesine neden olmuştur.

Bazı araştırmacılar Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun kendi başına bir bozukluktan ziyade diğer anksiyete ve mizaç bozukluklarına insanı yatkın kılan uç (extreme) bir kişilik özelliği olduğunu, bazıları ise bu bozukluğun kişilik bozuklukları içinde ele alınması gerektiğini iddia ederler. Geçerliliğinin (discriminant validity) ve güvenilirliğinin düşük olması nedeniyle DSM-IV'ün hazırlanma aşamalarında bu tanı ile ilgili epey bir tartışma yaşanmıştır.

Bugün, Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun ayrı bir antite olmayabileceğine işaret eden bulgulara ve görüşlere rağmen Yaygın Anksiyete Bozukluğu ayrı bir antite olarak DSM-IV de ve ICD-10'da yerini korumaktadır. Bunun bazı sebepleri vardır. Bu bozukluğun kendine has belirtilerinin bulunması ve diğer anksiyete bozukluklarının da depresyonla komorbid oluştta aşağı kalır yanlarının olmayışı, yordayıcılarının depresyonunkilerden farklı oluşu belki de bu sebeplerden en önemlileridir.

Son on yıldır bu bozukluğun nosolojik durumuna, klinik anlamı ve halk sağlığı açısından önemine yönelen ve giderek artan bir ilgi vardır. Bu ilgi artışı, birinci basamakta oldukça sık rastlanan bir bozukluk olmasından kaynaklanmaktadır. Hem sıklığı hem de fizik belirtilerinin belli-belirsiz yakınmalar şeklinde kliniğe yansımından kaynaklanan tanı güçlükleri nedeniyle birinci basamakta çalışan hekimlerin iş yükünü belirgin olarak artırmaktadır. Tanı koymadaki bu güçlük gereksiz tetkiklerin yapılmasına ve zaman kaybına yol açmaktadır.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu Kliniği: Yaygın Anksiyete Bozukluğu hem fizik hem de ruhsal belirtilerle karakterizedir. (Olgu 1-2) Ruhsal belirtiler, çoğu zaman klinik tabloya hakim olan belirtilerdir. Kaygılı beklenti (antisipatuvar anksiyete), tekrar eden ve endişe verici düşünceler, irritabilite, konsantrasyonda azalma ve huzursuzluk bu bozukluğun ruhsal belirtilerini oluşturur. Fizik belirtilerin iki nedeni vardır. Birincisi kas gerginliği, ikincisi otonomik aşırı uyarılmışlık hali. Kas gerginliği tremora ve özellikle sırtta omuzlarda kas ağrılarına neden olur. Ayrıca gerginlik tipi başağrılarına yol açar. Otonom aşırı uyarılmışlık hali ise tüm sistemleri etkiler. Hızlı soluk alıp verme, tıkanma hissi, kalp çarpıntısı sık rastlanan fizik belirtilerdir ve bu fizik belirtiler hastanın doktora gitmesine sebep olur. Dolayısıyla, hastalar psikiyatri yerine diğer branşlardan yardım ararlar. Klinik tablosu çok değişkenlik gösterdiğinden ve sıkça diğer medikal ve psikiyatrik hastalıklarla birarada oluşundan dolayı tanılması zor olan bir bozukluktur. DSM-IV'de (tablo-6) psişik belirtilere (örneğin endişe ve kaygıya) daha fazla ağırlık verilmiş, bedensel ve otonomik (terleme, kas gerginliği gibi) belirtilere daha az vurgu yapılmıştır. Otonomik uyarılmışlık hali, distort bilişsel süreçler ve zayıf başa çıkma stratejileri bu bozukluğun üç ana ruhsal belirti kümesini oluşturmaktadır. Bir hastaya Yaygın Anksiyete Bozukluğu diyebilmek için endişe-kaygı halinin diğer belirtilerle birlikte en az 6 ay sürmesi ve hastanın yaşamını ve işlev düzeyini etkilemesi gerekmektedir. Bu hastalar yaşadıkları ruh halini çoğunlukla "Sürekli gergin, sinirli, kaygılı bir haldeyim. Niye olduğunu da anlamıyorum. Aklıma gelen herşey için kaygılanacak bir neden buluyorum" şeklinde ifade ederler. Sorulduğunda veya kendiliğinden "Kötü bir haber alacak gibi hissediyorum." dile gelen sık yakınmalardan biridir. Bu hastalarda uyku bozukluğu, ishal, çarpıntı, hava açlığı, geğirme, karın ağrısı, baş ağrısı veya göğüs ağrısı, göğüste yanma hissi bedensel belirti profilini oluştururlar. Bu bedensel belirtilerin biri veya birkaçı çoğunlukla ruhsal belirtilere eşlik eder.

DSM-IV ölçütlerine göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun en önemli özelliği rahatsızlık yaratan, birçok olay ve aktivite ile ilgili, diğer bir deyişle yaygın (örn. iş, sağlık, okul) kontrol

edilemez kaygıdır. DSM-IV'deki bu ölçütler günlük yaşam içinde hissettiğimiz normal kaygıdan patolojik olan kaygıyı ayırtetmek için düzenlenmiştir. Bu ayırtetme kaygı süreçleri ile ilgili birtakım özellikleri (örn. sıklık, algılanan kontrol edilebilirlik) olduğu kadar, kişinin yaşamı üzerine yaptığı etkinin boyutlarını da dikkate almaktadır. Yaygın Anksiyete Bozukluğu'ndaki kaygının en önemli özelliği kaygı odağının diğer anksiyete bozukluklarında olduğu gibi bir tek alanla (örn. topluluk içinde küçük düşme gibi) sınırlı kalmamasıdır. Bu dışlama ölçütü, Yaygın Anksiyete Bozukluğu için önemli bir ölçüttür.

Tablo-6 DSM-IV Yaygın anksiyete bozukluğu ölçütleri

- | |
|--|
| <p>A. En az 6 ay süreyle hemen her gün ortaya çıkan, birçok olay ya da etkinlik hakkında (işte ya da okulda başarı gibi) aşırı anksiyete ve kaygı (endişeli beklentiler-evham) duyulur</p> <p>B. Kişi, kaygısını kontrol etmeyi zor bulur</p> <p>C. Anksiyete ve kaygı, aşağıdaki altı belirtilerden üçüne (ya da daha fazlasına) eşlik eder (son 6 ay boyunca hemen her zaman en azından bazı belirtiler bulunur) Not: Çocuklarda sadece bir maddenin bulunması yeterlidir.</p> <p>(1) huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe</p> <p>(2) kolay yorulma</p> <p>(3) düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk çekme ya da zihnin durmuş gibi olması</p> <p>(4) irritabilite</p> <p>(5) kas gerginliği</p> <p>(6) uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük çekme ya da huzursuz ve dinlendirmeyen uyku)</p> <p>D. Anksiyete ve kaygı odağı bir Eksen-I bozukluğunun özellikleri ile sınırlı değildir, örn. anksiyete ya da kaygı bir panik atağı olacağı (panik bozukluğunda olduğu gibi), genel bir yerde utanç duyacağı (sosyal fobide olduğu gibi), hastalık bulaşmış olma (obsesif kompulsif bozuklukta olduğu gibi), evden ya da yakın akrabalarından uzak kalma (ayrılma anksiyetesi bozukluğunda olduğu gibi), kilo alma (anoreksiya nervozada olduğu gibi) birçok fizik yakınmanın olması (somatizasyon bozukluğunda olduğu gibi) ya da ciddi bir hastalığın olması (hipokondriazisde olduğu gibi) ile ilgili değildir ve anksiyete ve üzüntü sadece travma sonrası stres bozukluğu sırasında ortaya çıkmaktadır.</p> <p>E. Anksiyete, kaygı ya da fizik yakınmalar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlev alanlarında bozulmaya neden olur.</p> <p>F. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya</p> |
|--|

da genel tıbbi bir durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve sadece bir duygudurum bozukluğu, psikotik bir bozukluk ya da yaygın bir gelişimsel bozukluk sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Olgu-1

Fatma 30 yaşında ev hanımı, cana yakın bir kişiliğe sahip ancak çevresinde arkadaşlık edebileceği insan yok. Biraz yalnızlık hissettiği anlaşılıyor. Kliniğe yaşadığı endişe, kaygı hali nedeniyle başvurdu. Hayatının kontrolünün kendinde olmadığı duygusuna kapılmıştı. Sanki her an kötü bir haber alacak gibi hissediyor, tedirginliği hiç azalmıyordu. Sürekli içi kıpır kıpırdı. Çoğu zaman kapı veya telefon çalsa heyecanlanıyor, çarpıntısı oluyordu. Son zamanlarda çok sık tuvalete gidiyordu, ağzı kuruyordu. Eşi en sonunda onun doktora gitme isteğini “kabul” etmişti ama hasta eşinin kendi durumunu anladığını düşünmüyordu. Görüşme sırasında hastanın eşi herkesin bu kadar sıkıntısı olabileceğini hastanın buna aldırış etmemesi gerektiğini söylüyordu. Hasta tam bu sırada hafif ağlamalı lafa girdi ve “Ben eskiden böyle değildim doktor bey. Şimdi herşey sinirime dokunuyor, dayanamıyorum, eşimin benim durumumu anlamadığını biliyorum ama ben buna alıştım. Onun tutumuna üzülüyorum. Ben, bu halimden yoruldum. Aklıma çocuklar geliyor; başlarına birşey gelmiş olacağını düşünüp kaygılanıyorum. Ev işlerini düşünüyorum; bitiremeyecekmişim gibi hissediyorum. Telefon çalsa kalbim ağzıma geliyor, uykumda silkiniyorum, biryerden düşüyor gibi hissediyorum uyanıyorum, evin içinde geziniyorum, işi gücü bıraktım bu tedirginliğimle uğraşıyorum. Bir türlü yatışmıyor bu halim. Zaman eskisine göre daha hızlı akıyor da ben arkasından yetişmeye çalışıyorum sanki.” şeklinde şikayetlerini özetledi. Fatmanın bu şikayetlerin son 7 aydır vardı.

Olgu-2

Sedat 29 yaşında bir yıllık evli. Eşi, Sedat’ın evlendikten 6 ay sonra başlayan tedirginlik, sinirlilik ve uyku bozukluğu nedeniyle doktora gitmesini istemişti. Evde, zaman zaman eşine, insanın soluk alıp da yetmediğinde yaşadığı türden, göğsünde ve karnının üst bölgesinde hissettiği sıkıntı ve yanmadan söz ediyordu. Sık sık çarpıntı ve avuç içlerinde terleme oluyordu. Son zamanlarda heyecanlı bir hali vardı, bir işi bırakıp öbürüne başlıyor, sürekli birşeyler atıştırıyor, tüm telefonlara o koşuyordu, sabahları işine yetişemeyeceği endişesi, faturaların yatırılmasına ilişkin aceleciliği Sedatın önceki kişiliğine uymuyordu. Sadece akşamları bira içtiği zaman bu hali biraz yatışıyordu o zaman biraz keyfli, rahat konuşkan oluyordu. Kendisi son dönemde yaşadıklarını “Aslında biraz iş dolayısıyla gerginim, yetişmesi gereken işler var ama yetişmeyecek gibi geliyor. Bu yüzden biraz tedirginim herhalde. Yetişmez de iş yerinde sorun yaşarım diye korkuyorum. Çalıştığım yer özel bir şirket. Eğer iyi bir performans göstermezsem sonumuz hayırlı olmaz.

Hakikaten, rahat bir adamken endişeli, biraz ürkek her an başıma birşey gelecek gibi hisseder oldum. İsimden olacağım, ne bileyim birşeyler olacak da evde, ailemde hiçbirşey yolunda gitmeyecek gibi sanki. Eşimi de kırıyorum bu arada ama o çok rahat görünüyor bankaya kredi borcumuz var mesela taksitlerin günü geçecek faiz yazacak diye ödüm patlıyor. Onun umrunda değil. Bu da benim sinirime dokunuyor. “ şeklinde ifade ediyordu.

Evliliği ile ilgili bir sorundan söz etmiyordu. 6 aydır iş yerinde iyi gitmeyen birşeyler vardı ancak buna çok aldırmadığını söylüyordu. Buna karşın eşi bir dönem hep işinden söz ettiğinden ve kendisinin de bundan sıkıldığından dem vurmuştu. Hasta 3-4 aydır işiyle ilgili sorunları eve getirmiyordu.

Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Etiyolojisi: Bugün için Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun etiyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. Genetiğin her hastalıkta olduğu gibi Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nda da rolü olduğu kabul edilmektedir. Örneğin tek yumurta ikizlerinin her ikisinde birden Yaygın Anksiyete Bozukluğu bulunma oranındaki yükseklik bu görüşü destekler niteliktedir. Yapılan çalışmalar genetik, yapısal (biyolojik) ve çevresel faktörlerin bu hastalığın etiyolojisinde birlikte rol oynadıklarına işaret etmektedir. Biyolojik kuramlar, aşırı beta adrenerjik sinir sistemi deşarjları, lokus seruleus'un aşırı aktivitesi, GABA-benzodiazepin reseptör kompleksi ile ilgili fonksiyon bozuklukları üzerinde durmaktadırlar. Psikolojik açıklamalar örneğin psikanalitik kuram anksiyete nevrozunu cinsel enerjinin boşalamaması nedeniyle ortaya çıktığını ve/veya intrapsişik çatışmaların bir işareti/uyarıcısı olduğunu iddia etmektedir. Öğrenme kuramları ise klasik koşullanmanın anksiyetenin oluşumundaki önemi üzerinde durmaktadırlar. Bilişsel kuram ise otomatik düşünce kalıplarının, yanlış yorumlamaların bu bozukluğa neden olduğunu söyler. Sonraki bölümlerde diğer anksiyete bozukluklarının etiyojilerine ilişkin bilgi verilirken, bu kuramların daha iyi anlaşılmasını sağlayacak birtakım açıklamalara ve örneklere de yer verilecektir.

Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Epidemiyolojisi: Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun batı toplumlarında bildirilen yaşam boyu prevalansı %4.1-6.6 arasında değişmektedir. Bu prevalans değerleri diğer anksiyete bozuklukları için tespit edilenlerden daha yüksektir. Türkiye Ruh Sağlığı Profiline göre, 12 aylık dönem esas alındığında Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun sıklığı %0.7 bulunmuştur. Bu bozukluğa sahip hastaların, kliniğe başvuran hastalar arasındaki oranı bu bir yıllık prevalans değerinin ülkemiz için düşük olduğunu düşündürmektedir. Amerikan Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun bir yıllık prevalansını %4 olarak vermektedir. Yaygın Anksiyete Bozukluğu kadınlarda erkeklerden yaklaşık 2 kat daha sık görülür. Erken yirmili yaşlar başlangıç yaşlarıdır. Belirtiler genellikle giderek artan bir gidiş izler ve öncesinde bir yaşam olayı saptanır. Çoğunlukla gidiş kroniktir ve zaman zaman alevlenmeler gösterir. Bir kısım

hastada gidiş faziktir ve remisyonlarla seyreder. Genellikle çoğu hasta, çocukluk ve ergenlik dönemine ait aşırı anksiyete hikayesi verir. Depresyon, diğer anksiyete bozuklukları, madde kullanımına bağlı bozukluklar ve kişilik bozuklukları Yaygın Anksiyete Bozukluğu ile birlikte sık görülen bozukluklardır.

Ayırıcı Tanı: Sıkıntı, endişe ve kaygının tespit edildiği hastalarda eğer sık sık panik nöbetleri yaşıyorsa klinik *panik bozukluğu* olarak düşünülmelidir. Yaygın Anksiyete Bozukluğu olan hastaların çoğu nadiren anksiyete/panik nöbetleri yaşarlar. Yaşanan panik nöbetleri da çoğunlukla eşik altı denilen türden zayıf nöbetlerdir. *Sosyal fobik* bir hastada açık bir kaçınma davranışı, yani sosyal ortamlara girmek istememe, sosyal performans gerektiren işlerden uzak durma varsa Yaygın Anksiyete Bozukluğu'ndan kolayca ayrılır ama yoksa bu ayrımı yapmak son derece güçtür. Eğer sosyal fobi yaygın ve belli spesifik bir duruma odaklanmamışsa Yaygın Anksiyete Bozukluğu belirtileri ile sosyal fobinin ana belirtileri birbirine benzer. Örneğin yüzer-gezer anksiyete de ellerde terlemeye neden olur, insanı sosyal ortamlarda utangaç kılabilir. Yaygın Anksiyete Bozukluğu ile *obsesif kompulsif bozukluk*, *akut stres bozukluğu* ve *travma sonrası stres bozukluğu* arasındaki ayrımı, klinik tablolara bakarak kolayca yapmak mümkündür. Zaman zaman Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nu, *anksiyeteli uyum bozukluğundan* ayırmak zor olabilir. Ancak uyum bozukluklarında da hastanın hayatında stres yaratan bir değişiklik vardır.

Ayırıcı tanıda madde kötüye kullanımları ve bağımlılıkları göz önünde bulundurulmalıdır. Bağımlılık yapan her türlü maddenin alımı ve kesilmesi anksiyete yaratabilir. *Nörolojik hastalıklar*, *kushing*, *hipertiroidi*, *feokromasitoma*, *carsinoid sendrom*, *kardiyak aritmiler*, *pulmoner emboli*, *konjestif kalp yetmezliği*, *hipoglisemi*, *gibi endokrin hastalıklar* Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısını koymadan önce ekarte edilmelidir. *Steroidler*, *tiroid preparatları*, *sempatomimetik ajanlar*, *selektif serotonin geri alım inhibitörleri*, *digoxin*, *teofilin* gibi ilaçların anksiyeteye neden olabileceği unutulmamalıdır. *Serum glukoz*, *kalsiyum*, *fosfat*, *düzeyleri*, *elektrokardiyogram* ve *tiroid hormon düzeyleri*, *idrar katekolamin düzeyleri* Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun ayırıcı tanısında yardımcı olacak önemli labaratuvar tetkikleridir.

Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi: Orta düzey anksiyete durumlarında başlangıç için farmakolojik olmayan tedavi modaliteleri iyi bir seçenek olabilir. Relaksasyon ve biyolojik geri bildirim teknikleri psikolojik uyarılmışlık halini gidermek için kullanılabilir. Psikoterapiler, özellikle bilişsel-davranışçı psikoterapiler ilaç tedavilerine ek olarak uygulandıklarında son derece yüz güldürücü sonuçlar vermektedirler. Bilişsel-davranışçı tedaviler, endişe-kaygı yaratan bilişsel distorsiyonları (düşünme biçimleri) ve bunların davranışlara yansımalarını düzeltmek için yararlıdır. Bilişsel-davranışçı tedavilerde, basitçe, hasta kaygılarını bir kenara kaydeder. Hastadan bunları doğrulayan ve yanlışlayan gerçeklerin listesini yapması istenir. Bu gerçekler, bilişsel distorsiyonlar (yanlış ve abartılı otomatik düşünceler), bu distorsiyonların davranışa yansımaları psikoterapi seansları içerisinde tek tek gözden geçirilir. Gerekirse davranış

değişikliklerini sağlamaya yönelik ev ödevleri verilir. Hasta gerektiğinde ailesi ile birlikte tedaviye alınır.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu tedavisinde ilaç olarak *benzodiazepinler*, *buspiron* (*azapiron türevi*) ve *antidepresanlar* kullanılmaktadır. Bu ilaçların tümü Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nda etkin olmalarına karşın anksiyolitik etkilerinin ortaya çıkma süreleri farklılık gösterir. Benzodiazepin dışında kalan ilaçların etkilerinin zaman içerisinde ortaya çıkacağı ve belirtilerin ortadan kalkışının yavaş yavaş olacağı hastalara mutlaka açıklanmalıdır. Benzodiazepin türevi ilaçların (Tablo-7) diğer ilaçlara göre en önemli avantajı, etkilerinin çok kısa sürelerde ortaya çıkmasıdır. Güçlü anksiyolitik etkinliklerine karşın, bağımlılık yaratma riski yüksek olması nedeniyle dikkatli kullanılmalıdırlar. Sedasyon etkileri, ve buna bağlı bilişsel ve psikomotor alanlarda yan etkiler yaratmaları nedeniyle kullanımları önemli ölçüde sınırlı olan ilaçlardır. Aşırı dozda, görece güvenli ilaçlar olmalarına karşın alkolle birlikte alındıklarında solunum depresyonu yapmakta ve ölüme neden olabilmektedirler. Bu nedenle alkol kullanan ve ayaktan tedavileri sürdürülen hastalarda ilk sırada düşünülecek ilaçlar değildir.

Yaşlı ve/veya karaciğer sorunu olan hastalarda yarılanma ömürleri kısa olan benzodiazepinler yeğlenmelidir. Lorazepam, oxazepam ve temazepam yarı ömürleri kısa benzodiazepinlerdir. Yarı ömürleri kısa olan benzodiazepinler daha az sedasyona ve bilişsel bozulmaya neden olurlar. Buna karşın yarı ömrü kısa olan benzodiazepinlere tolerans ve bağımlılık gelişmesinin daha kısa zamanda gerçekleştiğini dolayısıyla bağımlılıkla birlikte çekilme belirtilerinin daha erken ortaya çıktığını da unutmamamız gerekir. Benzodiazepin türevi ilaçlar Yaygın Anksiyete Bozukluğu tedavisinde bu dezavantajlarından dolayı kısa süreli kullanılan ilaçlardandır.

Tablo-7 Benzodiazepinler

Generik İsim	Yarı Ömrü (saat)	Doz aralığı (bir gün için)	Başlangıç Dozu
Alprazolam (Xanax)	14	1-4 mg	0.25-0.5 mg, günde dört kez
Chlordiazepoxide (Librium)	20	15-40 mg	5-10 mg, günde dört kez
Clonazepam (Rivotril)	50	0,5-4 mg	0.5-1 mg, günde iki kez
Clorazepate (Tranxilene)	60	15-60 mg	7,5-15 mg, günde iki kez
Diazepam (Diazem)	40	6-40 mg	2-5 mg, günde üç kez
Lorazepam (Ativan)	14	1-6 mg	0.5-1 mg, günde üç kez
Oxazepam (Serapax)	9	30-90 mg	15-30 mg, günde üç kez

Azapiron grubunun tek temsilcisi olan *buspiron* hem sedasyon hem de bağımlılık yapmaması nedeniyle benzodiazepinlere üstünlüğü olan bir ilaçtır. *Diğer bir üstünlüğü ise alkole veya santral sinir sistemi depresanları ile etkileşime girmemesidir.* Piyasada Buspon ticari adıyla bulunmaktadır. Buspironun benzodiazepinlere yukarıda sayılan üstünlükleri olmasına karşın etkinliğinin geç başlaması (yaklaşık 2-4 hafta) önemli bir dezavantajını oluşturur. Ayrıca bedensel belirtiler üzerindeki etkinliği benzodiazepinler kadar iyi değildir. Buspironun esas etkisi Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun ruhsal belirtileri üzerinedir. Aslında toplam etkinlikte Yaygın Anksiyete Bozukluğu üzerinde benzodiazepinler kadar iyi olduğu iddia edilir. Ancak klinik uygulamada reçete edilme açısından benzodiazepinlere bir üstünlük sağlayamamıştır. Günde 2 veya 3'e bölünmüş 30-60 mg/gün doz aralığında iyi sonuçlar vermektedir. Baş dönmesi, baş ağrısı, bulantı kusma gibi yan etkilerinden dolayı 5 mg/gün gibi düşük dozda başlanması 2-4 günde bir 5 mg artırılarak nihai doza ulaşılması önerilir.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu tedavisinde kullanılan diğer ilaçlar antidepresanlardır. Bunun başlıca nedeni kendilerinin anksiyolitik özelliklerinin olmasının yanısıra Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun çoğunlukla depresyonla birlikte görülmesidir. Antidepresanlar, benzodiazepinlere özellikle ruhsal belirtilerin giderilmesinde üstünlükleri olan ilaçlardır. Travma sonrası stres bozukluğu ile ilgili başlık altında yer alan Tablo-15'de Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nda kullanılan aşağıda isimleri geçen ilaçlara ait dozlar verilmektedir. Düşük doz başla yavaş yavaş yükselt kuralı tüm antidepresanlar için geçerli olan ve akılda tutulması gereken bir kuraldır.

Antidepresanlar	MAOI	Fenelzin	15-90 mg
		Tranilsipromin	20-60 mg
	SSRI	Fluvoksamin	50-300 mg
		Fluoksetin	10-60 mg
		Sertralin	50-200 mg
		Paroksetin	10-60 mg
		Citalopram	20-60
	Fenilpiperazin	Nefazodon	200-600 mg
	Triazolopiridin	Trazodon	150-300 mg
	Trisiklikler	Amitriptilin	50-300 mg
İmipramin		50-300 mg	

Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRIs): Bu grup içerisinde yer alan Fluoksetin (10-60 mg), Sertralin (50-200 mg), Paroksetin (10-60 mg), Fluvoksamin (50-300 mg) ve Citalopram (20-60) (Tablo-15) depresyon tedavisinde olduğu kadar panik bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk, sosyal fobi, travma sonrası stres bozukluğu gibi anksiyete bozukluklarında da etkinliği bilinen ilaçlardır. Bu sebeple her ne kadar Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun tedavisinde onaylanmış kullanımları olmasa dahi hem diğer anksiyete bozukluklarındaki etkinliklerine hem de depresyonun Yaygın Anksiyete Bozukluğu ile gösterdiği komorbiditeye dayanarak Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nda da kullanılmaktadırlar. *Depresyon tespit edilmeyen hastalarda düşük veya orta düzey dozlarda kullanımları yeterli olmaktadır.* Trisiklik antidepresanlarla karşılaştırıldığında yan etki avantajları bu ilaçların kullanımını daha kolaylaştırmaktadır. Klinik deneyimlere dayanarak Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nda özellikle depresyonun eşlik ettiği tablolarda bu gruptaki ilaçlardan iyi sonuçlar alınabileceğini söyleyebilirim. Ancak tüm SSRI'ların kendilerinin, özellikle ilk bir hafta içinde, en azından bir kısım hastada yan etki olarak anksiyete yaratabileceği unutulmamalıdır. Bu sebeple doz titrasyonu bu ilaçlarda da hem başlarken hem bırakırken özenle yapılmalıdır.

Serotonin Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri: Bu grupta FDA (Amerikan İlaç ve Gıda Dairesi) tarafından elde edilen sonuçlara göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nda kullanımına tek onay verilen antidepresan Venlafaksin dir. Bu ilacın geç salınlı formu iyi tolere edilmektedir. Hem major depresyonda hem Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nda etkinliği oldukça iyi olan bu ilacın 150-225 mg/gün etkin doz aralığına haftada bir 37,5-75 mg artırarak yavaş yavaş ulaşılması ve % 5 kadar hastada, sistolik kan basıncında doza bağlı olarak yükselme yapabildiği için tansiyon takibi yapılması önerilmektedir.

Mirtazepin ve Nefazodon: Bu ilaçlar da Venlafaxine benzer olarak hem serotonin hem noradrenalin transmisyonunda artış yapmaktadırlar. Her iki ilacın cinsel yan etkilerinin oldukça az olması kullanımları için avantaj yaratmaktadır. Her iki ilacın da tolere edilebilirliği oldukça iyidir. Mirtazepin sedasyon etkisinden dolayı gece yatarken alınmalıdır. Mirtazepin'in sedasyon etkisinin doz ile ters orantılı olduğu bilinir.

Trisiklik antidepresanlar ve MAO inhibitörleri: Her iki grup içinde yer alan ilaçlar oldukça iyi anksiyolitik etkiye sahiptirler ancak bilindik yan etki profilleri (ortostatik hipotansiyon, ağır kuruluğu, sedasyon, kilo alımı gibi) kullanımlarını ileri derecede sınırlandırmaktadır. Ayrıca trisiklik ilaçların aşırı dozlarının ölümcül oluşları özellikle intihar riski olan hastalarda dikkate alınması gereken bir özelliktir.

Moklobemid: MAO inhibitörleri içerisinde RIMA, yani "reversible" MAO inhibitörü olan Moklobemid hem antidepresan hem anksiyolitik özellikleri oldukça iyi olan bir ilaçtır. Yan etki açısından da MAO inhibitörleri ve trisikliklere benzemez. Klasik MAO inhibitörlerinde olduğu gibi yiyeceklerde ve içeceklerde bir sınırlandırmayı ve özel bir diyeti gerekli kılmaz. Bu ilacın 150-300 mg doz aralığında kullanımı Yaygın Anksiyete Bozukluğunda yeterli olmaktadır.

OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK

Obsesif-kompulsif bozukluk kavramı ve tarihçesi: 1838 yılında Esquirol'un, Mademoiselle F'nin "kısmi deliliği"ni bir çeşit "uslamlama veya dürtü monomanisi" (reasoning or instinctive monomania) olarak sınıflamasına kadar obsesif-kompulsif davranışlar antik çağlardan beri genellikle sosyal ve dinsel terimlerle açıklanmaya çalışılmıştır. Esquirol'un bu sınıflaması, psikiyatri alanında obsesif-kompulsif bozukluk ile ilgili yeni bir ufuk açmıştır. Esquirol "Uslam veya dürtü monomanisi"ni istemsiz, önlenemez ve dürtüsel aktivite olarak tanımlamıştır.

Mademoiselle F. uzun boylu, 34 yaşında, bekar, muhasebeci bir hastadır. MF'nin hastalığı, bir gün halasının değerli şeylerini cebine koymuş olabileceği korkusu ile 18 yaşında başlamıştır. "Hesapları yanlış tutarım ve dokunduğum paralar veya değerli şeyler parmaklarıma yapışıp farkında olmadan cebime girer" korkusu onun başlıca takıntısıdır. MF bu endişesinin yersiz ve saçma olduğunu bilmektedir fakat kontrol edememektedir. Sonradan el yıkamaları ve giyeceklerinin birşeylere dokunacağı korkuları başlamıştır. Böyle hissettiğinde eliyle görünmez maddeleri silmektedir. Bu endişe hali yiyeceklere kadar yayılmış ve bu yüzden hizmetkari tarafından beslenmeye başlamıştır. Esquirol, MF'nin bu yaşantılarının istenç zayıflığını yansıttığı kanaatine varmıştır ancak Obsesi Kompulsif Bozukluğun bir düşünce bozukluğu mu yoksa bir istenç bozukluğu mu olduğuna karar verememiştir.

Esquirol'un Obsesi Kompulsif Bozukluğun bir çeşit monomani olduğu görüşü çok da uzun ömürlü olmamıştır. 1850'li yıllarda bu kavrama karşı görüşler ileri sürülmeye başlanmıştır. Morel 1866 yılında OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK kavramında önemli bir açılım sağlamıştır. Daha önce delilik sınıfı içine sokulmaya çalışılan ve zeka (intellect) bozukluğu olduğu düşünülen bu bozuklukta hastaların duygusal bir başkaldırı içinde oldukları ve durumlarının farkında olduklarına ilişkin gözlem delilik içinde yer alan monomani tanımını klinik olarak bu bozukluk için kabul edilemez kılmaktadır. Morel etiyolojik sınıflandırmaya olan düşkünlüğü ile bu bozukluğu, bir çeşit ganglionik (otonomik) sinir sistemi hastalığının karmaşık bir görünümü olabileceğini ileri sürmüştür. "Délire Émotif" olarak adlandırılan bu durum delilikten çok nevroz kavramı içine girmektedir. Morel ilk kez "délire" terimini klasik kullanımı dışında içgörünün olduğu bir durum için kullanmıştı. Luys o dönemde Morel ile aynı fikirde değildi. Tüm vejetatif işlevlerin ganglionik sistemle alakalı olmadığını bir kısmının korteksten, hatta bir adım ileri giderek "acayip fikirlerin", "istemsiz duygulanımların" ve "kompulsif davranışların" farklı korteks bölgelerinden köken aldığını iddia etmekteydi. Obsesi Kompulsif Bozukluğun bir çeşit nevroz olarak yeniden tanımlanması bilişten, emosyonlardan ve iradeden sorumlu beyin bölgeleri ile bu bozukluğun ilişkilendirilebileceği olasılığını yeniden gündeme taşımıştır.

19. yüzyılda obsesyonların nasıl delüsyonlardan ayrılması gerektiği düşünülüyorsa benzer olarak kompulsiyonun da impulsiyondan ayrılması gerektiği düşünülüyordu. O döneme

kadar yaygın bir biçimde obsesyon ve delusyonların atası olarak kullanılan “sabit fikir” kavramı 1880’lerde sadece obsesyon ve fobiler için kullanılmaya başlanmıştı. İmpulsyonlar, paroksizmal, stereotip, ve istemsiz eylemler için kullanılan bir terimdi. Dagonet 1870 yılında “impulsif delilik” terimini (folie impulsive) fobileri, homisidal ve suisidal eğilimleri, hipokondriak uğraşları, manik davranışları ve epileptik nöbetleri kapsayacak şekilde yeniden canlandırmaya çalışmış ancak çok da başarılı olamamıştır.

Obsesif Kompulsif Bozukluk tanımı 1875 yılında Legrand du Saulle tarafından yapılan çalışmayla neredeyse bugünkü netliğine kavuşmuştur. Lagrand du Saulle, 27 Obsesif Kompulsif Bozukluk vakası yayınladığı çalışmasında Obsesi Kompulsif Bozukluğu bir kısım psikotik ve depresif belirtilerle de komplike olabilen, fluktuasyon gösteren, sinsi başlangıçlı, içgörünün olduğu delilik hali olarak tanımlamıştır.

Lagrand du Saulle üç aşamalı bir gidişten bahseder. İlk aşamada illüzyon veya halüsinasyonların olmadığı istemsiz, spontan ve önlenemez düşüncelere eşlik eden şüphe (kapıyı kilitletiğinden emin olamamak gibi) vardır. Bu düşünceler bazen zihinsel temsiller veya imajlar şeklinde olabilir. Bu düşünceler veya düşünce temsilleri ve imajlar korku, kaygıya (anksiyete) ve ritüellere neden olurlar. İkinci aşamada depresyon, anksiyete ve kendine zarar verme ortaya çıkar. Hastalar hayvan korkuları, bedensel belirtiler, eşyalara dokunma korkusu, aşırı temizlik-titizlik, acayip-tuhaf davranışlar geliştirirler. İçgörü bu aşamada da kaybedilmez. Üçüncü aşamada ritüeller, obsesyonlar kişinin hayatını felç eder.

Freud 1895 yılında obsesyonların agresif veya cinsel dürtülerden kaynaklandığını ileri sürmüştür. Bu dürtülerin aşırı anksiyeteye neden olduğunu fakat represyon ve reaksiyon formasyon gibi ego savunma mekanizmaları tarafından bu anksiyetenin giderilmeye çalışıldığını söylemiştir. Bu fikir pek çok Obsesif Kompulsif Bozukluk’lu hastada saptanan agresif ve cinsel fantazilerin varlığı ile uyumlu görünmektedir. Freud ek olarak obsesif belirtilerin, hastaların anal döneme regrese olmalarıyla birlikte ortaya çıktığını ve bir sonraki genital ve ödipal aşamalarla ilişkili dürtülerle baş etme yolu olduğunu iddia eder. Psikanalitik-psikodinamik kurama göre kompulsyonların, ego savunma mekanizmalarından *yap-boz’un* kullanımından kaynaklanmakta ve anksiyetenin kontrol altına alınması amacıyla hizmet etmektedir.

Obsesif Kompulsif Bozukluk, yüz yılı aşkın bir süredir, iyi tanımlanan bir bozukluk olmasına karşın ayrı bir tanı olarak çok sonraları tanı sistemlerine girmiştir. 1980 yılından sonra DSM sistemi içinde yer alan bu bozukluk günümüzde hala insanlar tarafından çok az tanınmaktadır.

Obsesif-kompulsif bozukluk kliniği: Obsesif Kompulsif Bozukluk tekrarlayıcı ve kontrol edilemeyen düşüncelerle ve tekrarlayıcı ritüellerle karakterize bir bozukluktur (Olgu 3-4). Bu ritüeller (ayın niteliğinde tekrarlayıcı bir dizi hareket) genellikle takıntılı düşüncelerle birlikte ortaya çıkan anksiyeteye karşı bir savunma yolu gibi görünmektedir. Hastaların çoğunda hem obsesyon

hem kompulsiyon birlikte bulunur ancak bir kısım hastada bunlardan herhangi biri tek başına bulunabilir. Yani hastalar sadece obsesif düşüncelerden veya sadece kompulsiyonlardan yakınabilirler. Obsesyonlar DSM-IV'de şöyle tanımlanmaktadır.

- ❖ Tekrar edici ve dirençli düşünceler, impulslar veya imajlardır. Bilince dalıcı bir biçimde girerler, uygunsuz ve yersizdirler. Anksiyete ve huzursuzluğa neden olurlar.
- ❖ Düşünceler, impulslar veya imajlar basit bir biçimde gündelik hayatın sorunlarına bağlı kaygılardan kaynaklanmaz.
- ❖ Hastalar bu düşünce, impuls ve imajları başka düşünce ve aktivitelerle bastırmaya, görmezden gelmeye veya nötralize etmeye çalışırlar.
- ❖ Obsesyonel düşünce, impuls ve imajlar hastanın kendi aklından kaynaklanır, düşünce sokulması hezeyanında olduğu gibi hastalar tarafından dışardan empoze edildikleri iddia edilmez.

Kompulsiyonlar ise

- ❖ Ya obsesyonlara tepki ya da katı kurallara bağlı olarak tekrar edici davranışlar olarak (örn. el yıkama, düzenlilik, kontrolçülük gibi) veya zihinsel aktiviteler olarak (örn. sayı sayma, sessizce birşeyler tekrarlama gibi) ortaya çıkarlar
- ❖ Huzursuzluğu önlemek veya azaltmak, veya korkulan bir olayı veya durumu önlemek üzere yapılırlar (tahtaya 3 kez vurmak ve kulak memesine dokunmak gibi). Yapılan şey ile olay ve durum arasında gerçekçi bir bağ kurulamaz veya çok açık biçimde bir aşırılık vardır şeklinde tanımlanmaktadır.

Obsesyonu olan hastalar bu tekrarlayıcı nitelikteki takıntı haline gelen düşünceleri, imajları anlamlı bulmasalar da kontrol edilemez ve durdurulamaz oluşlarından dolayı son derece büyük rahatsızlık yaşarlar. Umutsuzluk ve bu düşüncelerden ve tekrarlayıcı davranışlardan kurtulmanın bir yolunun olmadığı ve yardım edilemeyeceği duygusu, yaşanan ruh halini çekilmez kılan en önemli faktörlerden biridir. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların işlevsellikleri her alanda bozular. Bu hastaların aileleri bu bozukluğun etkilediği ev içi atmosferden ve hastanın kendilerini de yakından ilgilendiren belirtilerinden özellikle kompulsiyonlarından dolayı zaman içinde gelişen bir bezginlik ve tahammülsüzlük yaşayabilirler. Bütün bu rahatsızlık verici belirtilere rağmen bozukluğun hasta ve ailesi tarafından utanç verici olarak algılanması ilk basamaktaki hekimlere bu yakınmaları iletmede güçlük yaratır. Bu durumdan dolayı bu bozukluk sıkça hekimlerin gözünden kaçan bir bozukluktur.

Obsesif Kompulsif Bozukluk'lu hastalarda en çok rastlanan obsesyonlar, kirlenme, mikrop kapma, simetri, düzen, sayı sayma, plaka-tabela okuma, din, cinsellik, kontrol ile ilgilidir (tablo-8). Hasta kendinin veya sahip olduğu bazı eşyaların veya giyisilerin temizlenemediğine, kirli olduğuna dair, kendisinin veya yakınlarının mikrop kapabileceğine dair bir düşünceye kapılabilir.

Bu düşüncelerle örneğin elini defalarca yıkayabilir. Durdurulamaz bir şekilde evin temizliği ile uğraşabilir. Aklına gelen cinsel düşünceler veya imajların abdestini bozduğundan ve bu düşünce ve imajları durduramadığından yakınabilir. İdrar veya gaita kaçırdığı şüphesinden dolayı defalarca iç çamaşır değiştirebilir. Sosyal ortamlarda karşısındaki insanın cinsel beden bölgelerine gözü takıldığından dolayı büyük rahatsızlık duyduğunu belirtebilir. Yolda yürürken tüm araçların plakalarını okumak zorunda hissetmek ve bir aracın plakasını okuyamadığında yaşanan sıkıntı, elektrikli bir ev aletinin prizde takılı kalıp kalmadığını kontrol etmekten dolayı evinden çıkamaz hale gelmek kapıdan defalarca dönmek, bir eşyanın “tam olması gereken yerde” olup olmadığının durdurulamaz kontrolü, kapıdan sağ (veya sol) ayağı ile çıkıp çıkmadığına ilişkin şüphesinden dolayı defalarca geri dönme, yerdeki çizgilere basınca kendisinin veya yakınlarının başına kötü birşey geleceği düşüncesi ve çizgilere basmadan yürüme, namazı doğru kılıp kılmadığından emin olamadığından tekrar tekrar namaz kılma gibi belirtiler bu bozuklukta sık rastlanan belirtilerdir. Obsesif Kompulsif Bozukluk için DSM-IV tanı ölçütleri tablo-9 'de verilmiştir

Tablo-8Sık rastlanan obsesyonlar ve kompulsiyonlar

Obsesyonlar	%
Şüphe, kararsızlık	74
Evham	34
Korku	26
İmpuls	17
İmaj	7
Diğer	2

Tablo-9 DSM-IV Obsesif-Kompulsif Bozukluk Ölçütleri

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3) ve (4) ile tanımlanır:

- (1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan yineleyici ve sürekli düşünceler dürtüler ya da düşlemler
- (2) Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir
- (3) Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır
- (4) Kişi, obsesyon düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasından olduğu gibi değildir)

Kompulsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

- (1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak yada katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. El yıkama, düzene koyma,

kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. Dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma)

(2) Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B. Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder.

Not: Bu çocuklar için geçerli değildir.

C. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir Madde kullanım Bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; hipokondriazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fantaziler üzerinde düşünüp durma ya da majör depresif bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geviş getirilmesine düşünme).

F. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Varsa Belirtiniz:

İçgörüsü Az Olan: O sıradaki epizodda çoğu zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamaz olduğunu kabul etmiyorsa

Olgu-3

Filiz 28 yaşında bir devlet dairesinde çalışıyor. Eğitim düzeyi yüksek. Bekar ancak son 1 yıldır süren bir arkadaşlığı var. Erkek arkadaşı kendisinden 6 yaş büyük. Evlenme aşamasına yaklaştıklarını umuyor. Beklentisini hiç arkadaşına doğrudan belli etmemiş ancak ondan yeterince açık mesajlar aldığını düşünüyor. İyi anlaşılıyorlar. Aralarında belirgin bir sorun yok. Kliniğe salı günleri ile ilgili takıntısı nedeniyle geldi. Üç ay önce bir arkadaşı sevgilisinden ayrılmış ve ayrıldıktan sonra ayrıldığı güne ve ilişkisindeki sarsıntıya vurgu yapmak üzere "salı sallanır" demiş. Bu ayrılığı arkadaşının ağzından ilk duyduğu anda birden kendini çok kötü hissettiğini ve

içini kısa süren bir telaş kapladığını hatırlıyor. O anda arkadaşının “salı sallanır” sözü sanki “bıçakla oyulmuş gibi” kafasına yer etmiş. “Salı gününün lanetli olduğunu içimde derinlerde bir yerde hissettim sanki” diye anlatıyor. O günden sonra salı günleri yapacağı tüm önemli işleri başka günlere aktarmaya başlamış. Arkadaşının salı günlerinde çıkma tekliflerini ise felaketin ta kendisi gibi algılar olmuş. “Salı günü onunla birşey yapmak bir yana onun telefonunu bile açsam bu bende inanılmaz sıkıntıya neden oluyor; Telefonuna çıkmasam, neden çıkmadığımı ona anlatmam çok güç ne yapacağımı şaşırdım” şeklinde çaresizliğini anlatıyor. Hastanın son 1 aydır bu takıntısı çok ilerlemiş ve artık “salı” sözcüğünü bile duymak istemiyor. Duyarsa içinde uğursuzluğu hissediyor ve bu yüzden neredeyse paniğe kapılıyor. Yaşadıklarını saçma olarak niteliyor ancak bu takıntının kontrolünden çıktığını belirtiyor.

Olgu-4

34 yaşında evli, bir çocuklu bayan hasta, kliniğimize durdurulamaz bir biçimde el yıkama yakınması ile başvurdu. Yıllar önce de benzeri yakınması olmuş ancak tedavi olmadan bu durum 2 ay içinde düzelmiş.

Son bir yıldır eşi ile büyük sorunları var ve bu sorunların çözümlenemeyeceğini düşünüyor. Eşinin bazı davranışlarını beğenmiyor. Zaman zaman küçümsediği oluyor. İş yerinde erkek arkadaşlarından birinin 2 yıldır kendisi ile ilgilendiğini ancak belli etmemeye çalıştığını biliyor. Bu durum kendisinin de bir parça hoşuna gidiyor. Bu ilgi zamanla karşılıklı yoğunluk kazanmaya başlıyor. 4 ay önce herkesin de farkettiğini düşündüğü elektriklenmenin tüm benliğini sarmış olduğu günlerden bir gün akşam üzeri evde birkaç hanım arkadaşı ile birlikte sohbet ederken pencereye birşey çarpıp sanki patlıyor. Hasta o anda, bu ses ile dehşet bir korku yaşıyor. Eli ayağı buz kesiyor. Perdeyi açıp cama baktıklarında cama birşeylerin bulaşmış olduğunu ve yukardan aşağı yavaş yavaş aktığını görüyor. Sonradan camdan akan şeye, pencereyi açıp parmağıyla dokunuyor ve bunun bir yumurta olduğunu anlıyor fakat bu olayın hemen sonrasında dayanılmaz bir şekilde elini yıkama ihtiyacı duyuyor. Yıkamaya başladığında da el yıkamasını durduramıyor. Her defasında temizlenemediği duygusu ile tekrar sabunu eline alıyor. Lavabonun başından ayrılmak hastaya büyük bir sıkıntı yaşıyor. O akşam lavaboda elini yıkarken aynadaki kendine baktığında, evli olduğu halde başka biri ile flört eden bir kadını gördüğünü ve o yumurtanın kendisini kınamak üzere atılmış olduğunu bile düşündüğünü hatırlıyor.

Obsesif Kompulsif Bozukluğu Etiyolojisi: Son yıllarda Obsesi Kompulsif Bozukluğun etiyolojisi ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bu alanda önemli gelişmeler sağlansa dahi bugün Obsesi Kompulsif Bozukluğun etiyolojisi kesin olarak anlaşılmış değildir fakat giderek artan kanıtlar

biyolojik nedenlerin bu bozuklukta ağırlıklı rol oynadığını göstermektedir. Obsesif Kompulsif Bozukluk, artık, aile sorunlarına, bilinç dışı çatışmalar, anal döneme regresyon gibi açıklamalara, çocuklukta öğrenilmiş tutumlara ve temizliğe verilen öneme doğrudan bağlanmamaktadır. Bu tür psikanalitik açıklamalar, bu alana bir zenginlik katsa da giderek önemlerini yitirmektedirler. Buna karşın öğrenme kuramları özellikle Mowrer'ın iki aşamalı öğrenme kuramı ise bugün bile obsesif kompulsif belirtilerin oluşumu ve sürdürülmesine ilişkin oldukça mantıklı bir açıklama zemini sunmaktadır ki bu kuram günümüzde de pek çok laboratuvar çalışmasında biyolojik açıklamalara giden yolda önemli katkılar sağlamaktadır. Bu kurama göre, obsesif motif ve anksiyete, bir yaşam olayına veya çevresel bir uyarana bağlı olarak ortaya çıkar. Bu bir klasik koşullanmadır. Kompulsiyonlar ve ritüellerle anksiyeteyi yatıştıran bir işleve sahiptir ve anksiyetenin yatışması kompulsiyonlar ve ritüeller için pekiştirici görevi yapar ve tekrar edilmelerini sağlar. Bu bir operan koşullanmadır.

Obsesif Kompulsif Bozukluk'lu hastaların beyinlerinin normal insanların beyinlerinden farklılık gösterdiklerine ilişkin bulgular saptanmaktadır. Örneğin son yıllarda yapılan birtakım öncü MRI çalışmalarında beyaz cevher miktarında belirgin azalma tespit edildiği bildirilmektedir. Obsesif Kompulsif Bozukluk'lu hastalardaki bu beyaz cevher kütleindeki azalma, beyaz cevherin, sinir uzantılarının (akson) bulunduğu beyin dokusu olması nedeniyle beyin bölgeleri arasında daha az iletişimin gerçekleştiğini düşündürmektedir. Bu bulgunun tam olarak ne anlama geldiğini anlamak için daha ileri araştırmalara ihtiyaç vardır. Metabolik anatomi üzerinde yapılan PET çalışmalarında da belirli beyin bölgelerinde anormal metabolik aktivitelerin tespit edildiği bildirilmektedir. Obsesif Kompulsif Bozukluk belirtileri bazı nörolojik hastalıklarda da ortaya çıkmaktadır. Obsesif Kompulsif Bozukluğun istemsiz hareketler, tikler ve vokalizasyonlarla seyreden *Tourette Sendromu* ile birlikteliği bu sendromla olan genetik ilişkisini gündeme getirmektedir. Bazı araştırmacılar Obsesif Kompulsif Bozukluğun tik bozuklukları ile genetik ortak bir zemine sahip olduğu hipotezlerini ileri sürmektedirler. Obsesif Kompulsif Bozukluğun birlikteliğinin çok sık görüldüğü diğer bozukluklar, *tirikotilomani (saç yolma hastalığı)*, *vücut dismorfik bozukluğu*, *hipokondriazisdir* ki bütün bu bozukluklarla ilişki araştırmalarda biyolojik ortak bir zemin arayışını teşvik etmektedir.

Korteks ve basal ganglionlar arasındaki devrelerde saptanan fonksiyon bozuklukları nedeniyle yapılan araştırmalarda Obsesif Kompulsif Bozukluklu hastalarda, Parkinson hastalığında veya Huntington hastalığında rastlanan tipte açık bir nöronal dejenerasyona rastlanmamıştır. Bununla beraber fonksiyonel görüntüleme yöntemleri ile yapılan çalışmalarda özellikle orbitofrontal korteksde anterior singulat/kaudal medial prefrontal kortekste, kaudat nukleusta (striatumun anterior kısmı) anormal metabolik aktivite olduğu gösterilmektedir. Kortiko-basal (ganglion) ağda (Obsesif Kompulsif Bozukluk devresi olarak da anılır) istirahatte sağlıklı kontrollere göre yüksek bir metabolik aktivite saptanmaktadır. Bu aktivite semptom provokasyonu ile artmakta, tedavi ile azalmaktadır. Beyin görüntüleme ile elde edilen bu kanıt Obsesif Kompulsif

Bozukluğun, bazal ganglion lezyonlarında (striatumda, veya striatumun hedef yapılarında, pallidumda) Obsesif Kompulsif Bozukluk benzeri davranışların ortaya çıktığı gerçeğine dayanan bazal ganglionlarla ilgili öne sürülen önceki hipotezleri destekler niteliktedir.

Kortiko-bazal (ganglion) devrelerde Tourette Sendromu'nda da bozukluk olduğu, prefrontal korteks ve kaudat nukleusta metabolik aktivitede artma olduğu, putamen ve pallidumda ise tiklerin aktif çaba ile baskılanması sırasında bir azalma olduğu saptanmaktadır.

Obsesif Kompulsif Bozukluk Epidemiyolojisi: Obsesif Kompulsif Bozukluk her yaşta ortaya çıkabilir ancak 10-24 yaşları arası yaşlar en riskli yaşlardır. Çocukluk döneminde veya ergenlikte ortaya çıkan Obsesif Kompulsif Bozukluk genellikle tik bozuklukları ile birlikte, erkek çocuklarında görülme sıklığı daha yüksektir. Erişkinlik döneminde çıkan Obsesif Kompulsif Bozukluklar tedaviye daha iyi yanıt verirler ve kadınlarda daha sık görülmektedir. Toplamda erkek kadın oranı eşittir. Dünya nüfusunun %1-3 'ünü etkilediği tahmin edilmektedir. Amerikan Akıl Sağlığı Enstitüsünün verilerine göre belirli bir yıl içerisinde 50 erişkinden biri Obsesif Kompulsif Bozukluğa yakalanmaktadır. Prevalans çocuklarda neredeyse 4 misli daha düşüktür. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporunda 12 aylık dönem esas alınarak yapılan hesaplamalarda ise prevalans %0.5 bulunmuştur.

Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan hastaların çoğunda ya başka bir anksiyete bozukluğu ya da depresyon vardır. Obsesif Kompulsif Bozukluklu hastalarda diğer psikiyatrik bozuklukların yaşam boyu prevalansı %60-70'e kadar çıkmaktadır. *Tourette Sendromu, trikotillomani, dismorfik bozuk gibi bozukluklar obsesif-kompulsif spektrum (OKS)* bozuklukların içerisinde ele alınır. Tourette Sendromlu hastalarda obsesif-kompulsif belirtilere %90 oranında rastlanır. Bu fenomenolojik benzerlikler OKS bozuklukların Obsesif Kompulsif Bozukluk ile benzer nörobiyolojik ve genetik zemine sahip olduklarını düşündürmektedir.

Ayırıcı Tanı: Özellikle Tourette Sendromu, tik bozuklukları, temporal lob epilepsi, kafa travmaları, postensefalitik komplikasyonlar ve ilaçlara bağlı durumlar obsesif kompulsif belirtilere neden olabilirler. Tourette Sendromlu hastaların %90'ında ağır kompulsif belirtiler görülür ve bu hastaların 2/3'ü yanlış olarak Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı alırlar.

Obsesif Kompulsif Bozukluk şizofreniden, özellikle obsesif-kompulsif belirti gösteren hastalarda, hezeyan ve halusinasyonların olmaması ile ayrılır. Kompulsif aşırı yemek yeme, kumar, alkol ve madde bağımlılıkları ve kleptomani (çalma), piromani (yangın çıkarma) gibi impuls kontrol bozuklukları da obsesif kompulsif bozukluğun bazı özelliklerini barındırırlar. Ancak bütün bu bozukluklarda Obsesif Kompulsif Bozuklukta olan belirtilerden rahatsızlık duygusu yerine daha çok haz duygusu vardır.

Depresif bozukluklarda da bazen obsesif düşüncelere rastlanırsa da depresyonun diğer belirtileri ve vejetatif belirtileri depresyona has bir bütünlük gösterir. Dikkat edilmesi gereken esas

durum obsesif kompulsif bozukluğa eşlik eden depresyondur. Bozukluğun gidiş sırasında bu hastaların yaklaşık 2/3'ünde major depresif bir episoda rastlanır.

Obsesyon ile kompulsiyonlar arasındaki bağı farklı oluşu fobik bozukluk ile obsesif kompulsif bozukluğu birbirinden ayırır. *Fobide*, obsesyon gibi görülebilecek olan boyut, yani bir obje ve durumdan takıntılı bir biçimde korkma, ayrıca kompulsiyon yani korkulan nesne ve durumdan kaçınma tipiktir.

Tirikotillomani (saç yolma hastalığı), dismorfofobi, hipokondriazis de obsesif kompulsif bozuklukla benzer özellikler taşır. Tirikotillomani vakalarında durdurulamaz bir biçimde saçla uğraşı ve yolma davranışı vardır. Saç yolma, saçlı deride bölgesel kellikler oluşturacak kadar dirençli bir davranıştır. *Hipokondriaziste* kişi bir hastalığa yakalanmış olduğunu düşünür. Aksi kanıtlanırsa dahi bu takıntısından vazgeçmez.

Tedavi: Bu bozukluğun tedavisinde ilaç ve psikoterapi özellikle bilişsel-davranışçı yöntemler birlikte daha iyi sonuç vermektedir. Çocuk yaşlarda veya ergenlik döneminde çıkan Obsesif Kompulsif Bozukluklar tik bozuklukları ile birliktelikleri çok yüksektir ve bilişsel-davranışçı ve/veya medikal tedavilere iyi yanıt vermezler. Erişkin yaşlarda başlayan Obsesif Kompulsif Bozukluklarda tedavi başarısı daha yüksektir.

Klomipramin ve serotonin geri alım inhibitörleri (Tablo-15) bu bozuklukta kullanılan ilaçlardır. Obsesif Kompulsif Bozuklukta genellikle antidepresan dozun üzerine çıkılması gerekir. Trisiklik bir antidepresan olan Klomipraminin kullanımında ağız kuruluğu, yaşlılarda idrar retansiyonu, serotonin geri alım inhibitörlerinin kullanımında cinsel fonksiyon bozuklukları en sık rastlanan yan etkilerdir. Serotonin geri alım inhibitörlerinin teratojenik etkileri yoktur. Zorunlu kalmadıkça yine de gebelikte kullanım önerilen birşey değildir. Bu arada bu ilaçların anne sütüne geçtiği unutulmamalıdır ve emzikli kadınlarda kullanılmamalıdır.

Hepatitli hastalarda dikkatli kullanılmalıdırlar. Serotonin geri alım inhibitörleri özellikle ilaç metabolizmasında etkin olan bazı karaciğer enzim sistemlerinin üzerinde inhibe edici etkiye sahiptirler. Sitokrom P450 enzim sistemi özellikle CYP2D6 bu ilaçlardan etkilenir ve bu enzimler trisiklik antidepresanlar, karbamazepin, nöroleptik ajanlar, metaprolol, flecainide asetat, vinblastine, enkainide hidroklorid vs. ile ilgili olan enzimlerdir. Birlikte kullanımında istenmeyen etkilere sebep olabilirler.

PANİK BOZUKLUK

Panik bozukluk kavramı ve tarihçesi: Bu bozukluk adını Yunan mitolojisinde yer alan tanrı Pan'dan almıştır. Pan ormanda tüm hayvanları ve nimfeler gibi mitolojide yer alan doğa üstü varlıkları uykularından uyandıran ve korkuya düşüren bir tanrıdır. Bunu kendi yaptığı ses boruları (bugün pan flüte adını veren mitolojik enstrüman) ile çıkardığı çok yüksek sesle başardığı söylenir. Bu borularla öyle yüksek ve etkileyici bir ses üretir ki tüm orman bu sesle yankılanır. Hayvanlar ve nimfeler bu sesi işittiklerinde korkularından oldukları yerde donakalırlar.

Panik bozukluk yaklaşık yüz yıldır, belkide yüzyılı aşkın bir süredir oldukça iyi tanınan bir bozukluktur. Amerikan iç savaşında tanımlanan bir kısım tablo ve Otto Domrich'in anksiyete nöbetleri olarak tanımladığı tablo bir kenara bırakılsa bile özellikle Freud'un anksiyete alanındaki çalışmaları içerisinde bulunan tanımlar panik bozukluğuna uymaktadır. Freud'un yayınladığı öyle vakalar vardır ki (vaka 4-Katherina) bugünkü ICD-10 ve DSM-IV panik ölçütlerini bire bir karşılamaktadır. Freud, anksiyeteyi, kronik veya bazen yalın bir halde bazen de aniden ölme korkusu ile birlikte, birden bire bilinç düzeyine çıkan akut şekliyle ele almıştır. Bu ikinci tip yani aniden ölme korkusu ile birlikte, birden bire bilinç düzeyine çıkan şekliyle tanımlanan anksiyete paniğe tıpa tıpa uymaktadır. Ancak Freud anksiyete tanımının içinde yer alan bu iki tip bozukluğu birbirinden kesin olarak ayırmamıştır.

1800'lerin ortalarında Otto Domrich'in ilk kez "anksiyete nöbetleri" tanısını kullandığı psikiyatrik durumlar büyük olasılıkla DaCosta'nın 1871 yılında Amerikan iç savaşında askerlerde saptadığı ve "irritabl kalp" sendromu olarak adlandırdığı tabloya uymaktadır. 1905 yılında Sir William Osler'in göğüs ağrısı, nefes darlığı çarpıntı ve sinirlilikten yakınan hastalar için kullandığı "kalp nevrozu" kavramı da bugünkü panik bozukluğunu andıran tablolardır. Openheimer ve arkadaşları birinci dünya savaşı sırasında DaCosta'nın tanımladığı tablolara rastlamış ve "Nörosirkülatuvar Asteni" adını vermişlerdir.

Freud'un çalışmalarının hemen ardından 1900'lerin başlarında "paroksizmal anksiyete durumları"ni anksiyete nevrozundan apayrı psikiyatrik tablolar halinde betimleyen yayınlara rastlanmaktadır. Ancak bu tanımlamalar Freud'un anksiyete nevrozu kavramının gölgesinde kalmıştır. 1970 li yılların başında önerilen "Nörosirkülatuvar Asteni" terimi kardiyovasküler belirtilerle ve anksiyeteye seyreden tabloları tanımlamak üzere önerilmiştir. 1978 yılında ilk kez Research Diagnostic Criteria (RDC) anksiyete nevrozunu ikiye ayırmıştır. Panik bozukluk ilk kez DSM-III ve ICD-10'da (paroksizmal anksiyete) ayrı bir bozukluk olarak yer almıştır.

Panik bozukluk ile anılan “agorafobi” terimi ilk kez Westphal tarafından kullanılmıştır. 1870 yılında Viyana’da Benedikt benzer bir tabloyu (Platzchwindel) Westphal’den habersiz olarak otolojik sorunlarla ilgili bir durum olarak tanımlamıştır. Marks 1969 yılında yayımlanan bir makalesinde agorafobiyi halka açık alanları da içine alan korkuları da kapsayacak bir biçimde tanımlamıştır. Böylece sadece açık alan korkusu olarak anlaşılan agorafobinin kapsamı genişlemiş ve bu haliyle DSM-III’e girmiştir.

Panik Bozukluğu Kliniği: Ani bunaltı, kısa süreli (birkaç dakikadan en fazla bir saate kadar sürebilen) korku nöbetleri ve bu nöbetleri takiben ortaya çıkan antisipatuvar anksiyete (beklentisel kaygı-bu nöbetlerin tekrar olacağına dair korku,kaygı,sıkıntı) ile karakterize bir bozukluktur (Olgu 5-6). Hastalar temel üç tip korkudan bahsederler. Ölüm korkusu, düşüp bayılma korkusu-kontrol kaybı korkusu, çıldırma korkusu. Bu üç korkudan biri veya birkaçı nöbetler ile ortaya çıkan pek çok bedensel belirtiyeye eşlik eder. Bedensel belirtiler arasında en sık rastlananları hava açlığı, çarpıntı, baş dönmesidir. Bu üç belirti dışında, baş dönmesi, dengesizlik, terleme, ateş basması, yüzde kızarma-solma, pareteziler, bulantı diğer önemli bedensel belirtiler arasındadır. Hastalar genellikle kardiyak belirtiler nedeniyle kardiyolojiye başvururlar. Bunun en önemli sebebi çarpıntının ve göğüs üzerinde sıkışma hissinin hastalara kalp krizi nedeniyle öleceklerini düşündürmesidir. Bu çok yoğun bir korkuya sebep olur ve genellikle ilk şiddetli nöbette hastalar acil olarak bir doktora veya hastaneye başvururlar. Panik bozukluk yoğun korku yaşattığı için hastalar yalnız kalmaktan kaçınırlar ve yanlarında hep birinin bulunmasını isterler. Zaman içinde bu durum yakın çevreye bir bağımlılık yaratır. Panik bozukluklu hastalarda **agorafobi** sık rastlanan bir diğer belirtidir. Hastalar evin dışına, çarşıya açık alanlara çıkmak istemezler. *Panik bozukluk agorafobili panik bozukluk ve agorafobisiz panik bozukluk olmak üzere ikiye ayrılır.* Aşağıda panik nöbetlerine ilişkin DSM-IV ölçütleri tablo-10, agorafobili veya agorafobisiz panik bozukluğu ölçütleri tablo-11, agorafobi ölçütleri ise tablo-12’de verilmiştir.

Olgu-5

Selami 45 yaşında, makina mühendisi, özel bir şirkette çalışıyor. Evli 15 yaşında bir kızı var. Astım hastası olan diğer kızını birkaç yıl önce 16 yaşındayken bir astım nöbeti sırasında kaybetmiş. Eşi tarafından hastalık öncesi oldukça serin kanlı bir adam olarak tanımlanıyor. Eşi, hastanın, kızının astım nöbetleri sırasında bile heyecana kapılmadığını, hep yapılması gerekenleri yaptığını hatta neredeyse mekanik diyebileceği bir düzen ve havada, heyecansız yaptığını söylüyor. Kliniğimize son 8 aydır var olan ve beklenmedik zamanlarda ortaya çıkan ani korku nöbetleri sebebiyle geldi. Hergün ve günde birkaç kez olduğunu söylediği sıkıntı hissi, hava açlığı, çıldırarak gibi olma, kalp çarpıntısı, terleme, baş dönmesi ile ortaya çıkan birkaç dakika içinde dayanılmayacak boyutlara erişen yaklaşık 10 dakika süren korku nöbetleri ve bu korku nöbetlerinin tekrarlayacağına dair nöbetler arası devam eden endişe, hep yanında birinin olmasını isteme, sürekli doktor doktor dolaşma hastanın yakınmalarını oluşturmaktaydı. Bu korku

nöbetlerini “O sırada ne yapacağımı şaşırıyorum doktor bey, eşim gözlerimin fincan gibi olduğunu, terlediğimi oraya buraya kendimi attığımı söylüyor, ben ne yaptığımı biliyorum aslında ama o korku haline dayanmam mümkün değil, o kalp çarpıntısı, aldığım soluğun yetmemesi çok beter birşey, göğsüm sıkışıyor bazan ölecek gibi oluyorum, sanki dünyanın sonu gelmiş de ben de deliriyorum gibi hissediyorum” şeklinde tanımlıyor.

Olgu-6

Nesrin 29 yaşında, annesi ile birlikte kendi konfeksiyon mağazalarını işletiyor. 6 yıldır süren çok fırtınalı sayılabilecek bir arkadaşlığı var. Hastamız erkek arkadaşının kişilik sorunları olduğunu düşündüren bir takım tutarsız davranışları olduğunu söylüyor. Gelişinin sebebinin bu sorunlu ilişki olmadığını zaten 6 yıldır buna alıştığını esas sorununun son iki aydır aniden ortaya çıkan çarpıntı, sıkıntı hissi, ölecek gibi olma ve şiddetli korku ile seyreden nöbetler olduğunu belirtiyor. Kendisi internetten bunun nedenlerini araştırmış, acil servislere çok kez bu nöbetler sırasında başvurmuş ve çok sayıda tetkik yapılmış. Psikiyatrik bir rahatsızlık olma olasılığının farkında ama “Aklımı buna inandıramıyorum, sanki kalbimde bir sorun var. Kalp çarpıntılarım o kadar şiddetli ki, kalbim yerinden çıkacak gibi oluyor.” diye anlatıyor. Son derece endişeli ve kaygılı, hayattan zevk almadığını ifade ediyor. Bu nöbetlerin tekrarlarına dayanamayacağını, olacak diye ödü patladığını bu sebeple taksiye bile binmediğini, bindiği zamanlarda taksiyi durdurup indiğini anlatıyor. Bu yakınmalarının başlangıcı kendinden 10 yaş büyük bir arkadaşının ani ölümü sonrasına rastlıyor. Arkadaşının ölüm nedeni “kalp krizi”.

Tablo-10 DSM-IV panik nöbeti ölçütleri

Aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha fazlasının) birden başladığı ve 10 dakika içinde en yüksek düzeye ulaştığı, ayrı bir 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
- (5)Soluğun 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 (kendi bedenine yabancılaşma)

- (10) Kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu
(11) Ölüm korkusu
(12) Parasteziler (uyuşma ya da karıncalanma duyumları)
(13) Üşüme, ürperme ya da ateş basmaları

Tablo-11 DSM-IV agorafobisiz ve agorafobili panik bozukluğu ölçütleri

- 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 süre) aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlasını) izler:
(a) Başka nöbetlerin de olacağına ilişkin sürekli bir kaygı
(b) Nöbetin yol açabilecekleri ve sonuçlarıyla (örn. kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, “çıldırma”) ilgili olarak üzüntü duyma
(c) Nöbetlerle ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme
- B. Agorafobinin olmaması (**agorafobili panik bozukluk için sadece bu ölçüt agorafobinin olması şeklinde değişecektir**)
- C. Panik nöbetleri bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipertiroidi) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
- D. Panik Nöbetleri, Sosyal Fobi (örn. korkulan toplumsal durumlarla karşılaşma üzerine ortaya çıkan), özgül fobi (örn. özgül bir fobik durumla karşılaşma), obsesif-kompulsif bozukluk (örn. bulaşma üzerine takıntısı olan birinin kir ve pislikle karşılaşması), travma sonrası stres bozukluğu (örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılara tepki olarak) ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu (örn. evden ya da yakın akrabalarından uzak kalmaya tepki olarak) gibi başka bir psikiyatrik bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Tablo-12 DSM-IV panik bozukluksuz agorafobi ölçütleri

- A. Beklenmedik bir biçimde ortaya çıkabilecek ya da duruma bağlı tetiklenen bir panik nöbetinin ya da panik benzeri belirtilerin çıkması durumunda yardım sağlanamayabileceği ya da kaçmanın zor olabileceği (ya da sıkıntı doğurabileceği) yerlerde ya da durumlarda bulunmaktan anksiyete duyma. Agorafobik korkular arasında özel birtakım durumlar vardır ki bunlar arasında tek başına evin dışında olma, kalabalık bir ortamda bulunma ya da sırada

bekleme, köprü üzerinde olma ve otobüs, tren ya da otomobille geziye çıkma sayılabilir.

- B. Bu durumlardan kaçınılır (örn. geziler kısıtlanır) ya da panik nöbeti ya da panik benzeri belirtiler olacak anksiyetesiyle ya da yoğun bir sıkıntıyla bu durumlara katlanılır ya da eşlik eden birinin varlığına gereksinim duyulur.
- C. Bu anksiyete ya da fobik kaçınma, sosyal fobi (örn. utanacak olma korkusuyla giden toplumsal durumlara sınırlı kaçınma), özgül fobi (örn. asansör gibi tek bir durumla sınırlı kaçınma), obsesif-kompulsif bozukluk (örn. bulaşma üzerine takıntısı olan birinin kir ve pislikle karşılaşması), travma sonrası stres bozukluğu (örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılara tepki olarak) ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu (örn. evden ya da yakın akrabalarından uzak kalmaya tepki olarak) gibi başka bir psikiyatrik bozuklukla daha iyi açıklanamaz.
- D. Tanı ölçütleri panik bozukluğunun tanı ölçütlerini hiçbir zaman karşılamamıştır.
- E. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
- Eşlik eden genel tıbbi bir durum varsa, A tanı ölçütünde tanımlanan korku genelde bu duruma eşlik eden korkudan çok daha fazladır.

Panik Bozukluk Etiyolojisi: Genetiğin, biyolojik faktörlerin ve stres yaratan yaşam olaylarının panik bozukluğun ortaya çıkışında önemli olduğu düşünülmektedir. Panik bozukluğun genetik temelini araştıran çalışmalarda genetik geçişe ilişkin birtakım bulgular olmasına karşın çevresel faktörlerin rolünün de genetik kadar önemli olduğuna vurgu yapılmaktadır. Bazı ikiz çalışmalarında, monozigot ikizlerde dizigotlara göre eşhastalanma oranının yüksekliği ve evlat edinilmiş olanlarda panik bozukluk oranının düşüklüğü genetik zeminin olduğuna işaret etmektedir ancak yapılan çalışmalarda hem denek sayılarının düşüklüğü hem de her çalışmada benzer sonuçlara ulaşmama genetiğin rolü hakkında kesin birşey söylemeyi engellemektedir.

Bugün için panik bozukluğu açıklayan en iyi kuram bilişsel kuram gibi görünmektedir. Bilişsel kuram çerçevesinde 1998 yılında Clark'ın öne sürdüğü "yanlış yorumlama" modeli bedensel duyuların yanlış yorumlanması sonucu panik nöbetlerinin ortaya çıktığı tezine dayanır. Clark'a göre panik bozukluğu olan insanlar her insanın algıladığı bedensel duyuları (örn. ateş basması, kalp hızı, terleme gibi) en kötü olasılıkları düşünerek yorumlamaktadırlar. Bu yorumlar bir kısır döngüye sebep olmakta ve eninde sonunda panik atağını başlatmaktadırlar.

Psikodinamik kuramlar ise bu hastaların çoğunda çocuklukta bir utangaçlığın ve anksiyetenin olduğunu, destekleyici olmayan ana-babaların, yaşantılar içinde tuzağa düşmüşlüğü ve ketlenmişliğin kronik hissedilişinin hastalığın ortaya çıkışında önemli faktörler olduğunu ileri sürerler. Ayrılık anksiyetesi, (seperasyon anksiyetesi) panik nöbetlerinin bir başka açıklayıcı temasını oluşturmaktadır. Bu açıklama içinde insanların bağımlılık ve bağımsızlık çatışmalarını çözmemiş olmaları, üzerinde durulan psikodinamik temeli oluşturmaktadır.

Davranışçı kuramlar tabiatıyla koşullanmanın önemi üzerine vurgu yaparlar. Klasik koşullanmanın panik nöbetlerinin ortaya çıkışında önemli olduğunu; özellikle hiperventilasyonun anksiyete ve panik atağını tetiklediğini söylerler. Çarpıntının daha sonra koşullu uyaran (conditioned stimulus) haline dönüştüğünü ve nöbetleri başlatan uyaran haline geldiğini iddia ederler. Davranışçı ekol içerisinde yer alan bazı yazarlar ise ilk panik atağına çok önem verirler. İlk panik atağının klasik koşullanmaya yol açtığını iddia eden bu görüş oldukça ilginç bir görüştür ve çoğu hastada ilk panik atağının bir yaşam olayı ile ortaya çıkması bu görüşü destekler niteliktedir. Bir olayla tetiklenen ilk panik atağı sırasında bedensel duyumlar özellikle hiperventilasyon koşulsuz uyaran haline dönüşür ve sonradan herhangi bir nedenle ortaya çıkan hiperventilasyon (diğer bedensel duyumlar) sonraki panik nöbetlerini tetikler.

Panik bozuklukta birtakım nörokimyasal anormalliklerin olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Özellikle GABA'erjik sistem ve serotonerjik sistem panik bozukluğunda önemli nörotransmitter sistemleri gibi görünmektedir. Yüksek potanslı benzodiazepinler (alprozolam ve klonezapam) panik nöbetlerini kontrol edebilmektedirler. Bu ilaçlar GABA-reseptör kompleksinin bir parçası gibi düşünülebilecek olan benzodiazepin reseptörlerine bağlanarak etkinlik göstermektedirler. Benzodiazepinlerin, klor kanallarının açılmasını sağlayarak sinir hücrelerinde membran hiperpolarizasyonu yaptıkları bilinmektedir. Benzodiazepinlerin bu etkisi ve benzodiazepin antagonisti olan flumazenil'in panikojen etkisi bu nörotransmitter sisteminin panik bozuklukta önemli olduğunu göstermektedir. Selektif serotonin geri alım inhibitörleri ve trisiklik antidepresan ilaçların (örn. Klomipramin) ilk anda panik belirtilerini artırmaları uzun dönemde bu belirtileri ortadan kaldırmaları serotonerjik sistemin bu bozuklukta rolünü ortaya koymaktadır. Bu sistemle ilgili iki kuram söz konusudur. Birincisi serotonin düzeylerindeki yüksekliğin, ikincisi ise düşüklüğün hastalığın oluşmasında etken olduğunu iddia etmektedir. Yapılan çalışmalarda ne serotoninin ne de serotonin prekürsörü olan triptofanın panik nöbetlerini presipite ettiği gösterilebilmiştir. Hatta ikisi de anksiyeteyi azalttığı bilinmektedir. İndirekt serotonin agonisti olan fenfluraminin ise anksiyeteyi artırmasına karşın panik nöbetlerini tetiklemediği saptanmıştır. Selektif olmayan 5HT2 agonisti m-klorfenilpiperazin düşük dozlarda panik bozukluğu olan hastalarda paniği tetiklemekte, sağlıklılarda bunu yapmamaktadır. Görüldüğü gibi serotonerjik sistemle ilgili iki kuramı da bir ölçüde destekleyen neticeler alınması en azından bu sistemin panik bozuklukta ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Beyin görüntüleme çalışmalarında çok anlamlı sonuçlar olduğunu söylemek mümkün değildir. Son yıllarda amigdalayı içine alan bir birtakım devrelerin korku ve şartlanmayla ilgili olabileceğine ilişkin bulgular elde edilmiştir. Amigdala özellikle bellek ve hatırlama ile ilgili süreçlerde önemli bir beyin bölgesi olması nedeniyle panik bozukluğunun özellikle emosyonel-otonomik hatırlama ile ilgili bir süreci ilgilendirmesi olasılığı üzerinde durulmaktadır. Son yıllarda bellek ve hatırlama üzerine panik bozuklukla hastalarda çok sayıda çalışma yürütülmektedir.

Panik Bozukluk Epidemiyolojisi: DSM-III öncesi dönemde Research Diagnostic Criteria'yi dikkate alan çalışmalarda 1 aylık panik bozukluk prevalansı %0,4 ve %0,7 olarak bulunmuştur.

DSM-III-R ölçütlerini dikkate alan Amerikan Ulusal Komorbidite çalışmasında (National Comorbidity Survey-NCS) panik nöbetlerinin yaşam boyu prevalansı %7,3 bulunmuştur. Aynı çalışmada tekrar edici panik nöbetlerinin prevalansı ise %4,2 olarak verilmiştir. Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda panik nöbetlerinin yaşam boyu prevalansı örneğin Floransa'da %1,8, Japonya'da %2,4, Pariste erkeklerde %1,7, kadınlarda %4,8, Yeni Zellanda'da %7,8, Zürih'te %8,8 ve Münih'te %9,3 olarak bildirilmiştir. Bu rakamlardan da anlaşılacağı gibi panik nöbetlerine ilişkin prevalanslar çok değişkenlik göstermektedir.

Panik bozukluğa ilişkin yaşam boyu prevalans oranları yine ülkeden ülkeye, çalışmadan çalışmaya farklılıklar göstermektedir ancak çalışmaların çoğunda %1,5-%2,5 arasında değişmektedir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporunda 1 yıllık prevalans %1 olarak verilmektedir. Kadınlarda erkeklere göre daha sık olarak ortaya çıktığı bilinmektedir. Panik nöbetleri için bu oran 2/1 dir. Bu bozukluk genellikle yirmili yaşların başında veya ortalarında başlamaktadır. Bir kısım çalışmada başlangıç yaşları kadınlar için 25-34, erkekler için 30-44 olarak belirtilmektedir. Panik bozukluk ve panik nöbet prevalansları özellikle 15-44 yaşları arasında yüksek bulunmaktadır. Bazı araştırmacılar panik bozuklukla ilgili başlangıç yaşı dağılımının bimodal olduğunu bir kısım vakanın 15-24 yaşları arasına bir kısım vakanın da 45-54 yaşları arasında yığıldığını iddia etmektedir.

Panik bozukluğu olan hastaların yaklaşık %50'sinin hayatın bir döneminde bir diğer anksiyete bozukluğu yaşadığı bildirilmektedir. Agorafobik belirtilere vakaların yaklaşık %50'sinde rastlanmaktadır. Sosyal fobi panik bozuklukla birlikte sık görülen diğer bozukluktur. Sosyal fobik hastaların %19,2-73,9 'u hayatlarının bir döneminde panik bozukluk belirtileri göstermektedirler. Depresyon panik bozukluğu olan hastaların çoğunda komorbid bir bozukluk olarak vardır. Alkolizm ve bipolar bozukluk panik bozuklukla birlikte görülme olasılıkları yüksek olan bozukluklardır.

Panik bozukluğu çoğu hastada kronik bir gidiş sergilemektedir. Çok az hastada tam remisyon olmaktadır. Yapılan bir çalışmada hastaların 3/5'inde zaman zaman panik nöbetlerinin olduğu, önemli bir kısmında da agorafobinin sürdüğü saptanmıştır. Yine de tedavide elde edilen sonuçlar yüz güldürücüdür. Özellikle bilişsel-davranışçı tedavilerle birlikte psikofarmakolojik tedaviler iyi sonuçlar vermektedir. Nüksler olsa dahi hastalar bu bozuklukla başedebilir hale gelmektedirler.

Ayırıcı tanı: Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve fobik bozukluk ayırıcı tanıda dikkate alınması gereken bozukluklardır. Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nda gidiş nöbetler halinde değildir. *Fobik bozuklukta* panik nöbetine sebep olan bir durum veya nesne söz konusudur. Bazı psikotik bozukluklardan veya psikotik depresyonlarda psikotik dağılma öncesi dağılma anksiyetesi olarak adlandırılabilir panik nöbetlerine benzer nöbetler olabilir. Hastaların yoğun kontrol kaybı

duygusu, çıldırma korkusu, psikotik depresyonlarda panik düzeyinde kendine zarar verme korkusu yaşadıkları bilinir. Ancak bu bozuklukların gidişi esnasında psikotik belirtiler ve depresyon ön plana geçer. *Obsesif-kompulsif* bozukluğu olan bir kısım hastada da obsesyonlar ile ilgili panik atağı benzeri tablolara rastlanır. Organik patolojiler arasında ayırıcı tanıda dikkate alınması gereken hastalıklar. *Feokromasitoma, hipertiroidi, kardiyak ritm bozuklukları, mitral kapak prolapsusu* (panik bozuklukla biraradalığı siktir), *hipoglisemi nöbetleri* dikkatle değerlendirilmesi gereken durumlardır.

Tedavi: Son yirmi yıldır yürütülen çalışmalar panik bozukluğun tedavisinde önemli gelişmeler sağlamıştır. Trisiklik antidepresanlar ve benzodiazepinler bu bozuklukta yararlıdır. Serotonerjik sistem üzerinden etki gösteren trisiklik ajanlar özellikle imipramin ve clomipramin hala bu bozuklukta sık kullanılan ajanlardır. Son 15 yıl içerisinde piyasaya sürülen seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI-selective serotonin reuptake inhibitors) ile de iyi sonuçlar elde edilmektedir. Fluvoksamin (150-300 mg/gün), Fluoksetin (50-150 mg/gün), Paroksetin (10-60 mg/gün), Sertralin (50-200 mg), Citalopram (60 mg/gün) seçici serotonin geri alım inhibitörleri içinde en çok kullanılanlardır. Venlafaksin (75-225 mg/gün) son yıllarda, Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nda kullanımı ile birlikte panik bozuklukta da önerilen bir antidepresan haline gelmiştir. Reversible MAO inhibitörlerinin tek temsilcisi Moklobemid 450 mg/gün dozlarında panik bozuklukta oldukça iyi sonuçlar vermektedir. Benzodiazepin grubunda yer alan Alprozolam (xanax, 1-4 mg/gün) ve Klonozepam (rivotril, 1-4mg/gün), akut dönemde ve kısa süre kullanım için iyi seçenekleri oluşturmaktadırlar. Alprozolam, antidepresan etkiye sahip olmasına karşın klinik pratikte diğer antidepresanlar gibi uzun süreli kullanıma uygun değildir. Bunun nedeni bağımlılık riskidir. Kısa dönemde kullanımında kısa yarı ömrü nedeniyle gün içinde birkaç doza bölünmüş şekilde uygulanması tercih edilir. Alprozolama benzeyen ancak yarı ömrü uzun olması nedeniyle günde tek doz alınmaya daha elverişli olan klonozepam, alprozolam gibi, diğer antipanic özellik gösteren antidepresanlarla birlikte kullanılırlar. Periferik adrenerjik deşarja bağlı ortaya çıkan belirtileri gidermek için beta blokerler diğer ilaçların yanında verilebilirler. İlaç kullanımı genellikle 3-6 ay arasında değişebilir. İlaçların birden bire kesilmemesi hem kesilme belirtilerinin ortaya çıkmaması hem de ribaund olmaması açısından önemlidir.

İlaç tedavileri yanısıra özellikle davranışçı-bilişsel tedaviler ve grup tedavileri panik bozuklukta tedavide başarıyı artırmaktadırlar. Birlikte yapılan tedavilerde %70-80'lere varan iyileşme oranları verilmektedir ancak klinik pratik içerisinde, hastalarda nükslerin sıklıkla görüldüğünü veya çoğu vakada tam bir düzelme olmadığı akılda tutulmalıdır. Bundan dolayı panik bozukluğu olan hastaların bozukluk hakkında bilgilendirilmeleri tedaviye uyum açısından zorunludur. İlaçlara verilen yanıtın antidepresan etkinlik gibi 3. Haftadan sonra ortaya çıkabileceğinin hastalara bildirilmesi yine tedaviye uyum açısından büyük önem taşımaktadır. Davranışçı-bilişsel tedavilerde temel tedavi mantığı, ortaya çıkan kaçınma davranışlarının

önlenmesine, belirtilerin üzerine gidilmesine, bilişsel yanlış yorumlamaların düzeltilmesine dayanmaktadır. İlaç tedavilerine ek olarak bilişsel-davranışçı tedaviler için hasta bir psikiyatriste veya klinik psikoloğa gönderilebilir.

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

Travma sonrası stres bozukluğu kavramı ve tarihçesi: Geriye dönük bir değerlendirme yaptığımızda, travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) savaşların bir sekeli olarak ortaya çıkabileceğinin, en azından 19. yüzyılın ortalarından bu yana bilindiğini söyleyebiliriz. Amerikan sivil iç savaşından sonra tanımlanan “asker kalbi”, “irritabl kalp” gibi tabloların belkide panik bozukluktan çok travma sonrası stres bozukluğu tablosuna yakın olduğu düşünülebilir. Özellikle birinci dünya savaşında tanımlanan Türkçeye “şarapnel şoku” (shell shock) olarak çevirebileceğimiz tablo travma sonrası stres bozukluğu tablosunu andırmaktadır. Travma sonrası stres bozukluğu esas olarak Vietnam savaşı sonrası kullanılmaya başlayan bir tanıdır. DSM-III den itibaren etiolojiye gönderme yapan birkaç tanıdan biri olarak DSM sınıflaması içerisinde yer almıştır. Bu tanının Amerikalılar tarafından, özellikle Vietnam savaşı sonrası ortaya çıkan savaş karşıtı tepkilere bağlı olarak devlet, sağlık, hukuk ve sigorta sistemleri arasında bozulan birtakım politik dengeleri yeniden yerine oturtmak üzere suni olarak üretildiği tezi üzerinde durulmuştur. Bugün bu tez etrafında yürütülen tartışmalar kısmen yatışmış görünmektedir.

Travma sonrası stres bozukluğu kliniği: Travma sonrası stres bozukluğu terimi yoğun stres yaratan bir olaya karşı ortaya çıkan şiddetli uzamış (birkaç aydan daha uzun) ve bazan gecikmiş türde bir reaksiyonu anlatır. Bu bozukluğun üç temel özelliği vardır. Birincisi ruhsal olarak aşırı uyarılmışlık hali (hyperarousal-hyperalertness), ikincisi stres verici olayın tekrar tekrar hatırlanması (intrusions) ve üçüncüsü bu olayı hatırlatan şeylerden kaçınma davranışıdır (avoidance) (Olgu 7). Stres yaratan olay, bir trafik kazası, tecavüz, deprem, yangın gibi bir olay olabilir. Bu bozuklukta dirençli anksiyete, irritabilite, uykusuzluk, konsantrasyon güçlüğü klinik tabloyu tamamlar. Hastalar yaşadıkları olayın sahnelerini hatırlamak istediklerinde hatırlayamazlar ancak istemsiz olarak bu sahneler bilince (zihne) hucum ederler (flashbacks), rüyalarda tekrar tekrar travmatik olayı(ları) yaşarlar. İstemsiz hatırlamalar ve rüyalar son derece rahatsız edicidir. Travma sonrası stres bozukluğu olan hasta çoğunlukla bir hissizlikten, duygularını yaşamama ve küntlükten söz edebilir. Aktivitelerinde sergiledikleri ilgisizlik dikkat çekicidir. Kısa süreli benzer klinik tablolar akut stres reaksiyonu olarak adlandırılır. Tablo-13 de akut stres bozukluğu için, tablo-14 de TSSB için DSM-IV ölçütleri verilmiştir.

Olgu-7

Nesrin 27 yaşında bekar. Kliniğimize şiddetli tedirginlik hali, uyuyamama, uykuda irkilme, dikkatini toparlayamama, terleme, deprem sırasında ve sonrasında gördüklerinin sık sık gözünün önüne canlı bir şekilde gelmesi yakınmalarıyla geldi. Çalışamıyordu, üzüntü, keder hali vardı ve aklında bu sahneleri “çıkarıp atamaması”, rüyalarına giriyor olması gittikçe hayatı çekilmez hale getiriyordu.

2 ay kadar önce bir gece şiddetli bir gürültü ve sarsılmayla uyanmış ve yataktan doğrulduğunda sağ tarafında gecenin karanlığını ve belli belirsiz insan gölgelerini görmüş. “Uyandım mı rüyadamıyım anlamadım sağımda olması gereken oda duvarı yoktu. Şiddetli bir çatırdama ve bir uğultu duyuyordum. Bulduğum oda sağ tarafa doğru eğilmiş gibiydi birden kendime geldim. Yatağın sağ tarafa doğru kaydığını farkettim. Hala rüyada olduğumu düşündüm çok korktum ama rüyada olsam bile yataktan kendimi ters tarafa atmak istedim. Ayağa kalktığımda ayakta duramadım, sendeledim ve odanın hala yarım yamalak ayakta duran diğer duvarına kafamı çarptım. Kafamın çarpan kısmının hafifçe ısındığını hissettim. Hala tam olarak ne olduğunu anlamamıştım. Ancak içimi dehşetli bir korku sardı. Dayanılmaz bir biçimde kaçma isteği duydum. Çığlık atmaya başladım. Birşeyler yapmam gerekiyordu ama ben ne yapmam gerektiğini bilmiyordum.O sırada apartmandan şiddetli gürültüler yükseliyordu. Yalnızlığımı hissettim. Daire kapısına doğru yürüdüm. Mecburi hizmet için bulunduğum bir yer olduğu için bu şehirde yapayalnızdım. Evde tek başıma oturuyordum ve şeklini kaybetmiş koridora açılan odalarda kimse yoktu. Yaşamıma ait herşeyin birden bire yerin dibine gömülüp gideceğini ve yokoluşumu hissettim. Tekrar yürümeye çalıştım, duvarların üzerime geldiğini hissediyordum. Kapıya yanaştığımda ayakta durulması hala çok zordu, yer ayaklarımın altında varla yok arası birşeydi bir an hafiflediğimi hissettim. Kapının çatladığını ve çerçevesinin kırılışını duydum kapı önümde kendiliğinden açılmıştı. Kapının dışına baktığımda sanki karşıda olması gereken duvarlar yoktu. Aşağı inen merdivenlerin yıkıldığını görüyordum bu yüzden yukarı doğru koştum üst kata geldiğimi sandığım bir anda sokağın ortasında bir yerde enkazların arasında duruyordum. Etrafta bir takım insanlar vardı. Üstleri başları toz içinde, pijamalı bir takım tipler, bu tarafa gelin diye bağırıyorlardı. Kim olduklarını bilmiyordum ve içimdeki korku ve şaşkınlık sürüyordu. Aniden koşmaya başladım fakat her yer enkazdı. Koşarken birkaç blok ötede arkadaşımın oturduğu evin yerle bir olduğunu ve caddeyi kapladığını hatırlıyorum. Bu yıkıntıların üzerinden geçmem gerekiyordu. Bu belkide onun bedeninin üzerinden geçmem anlamına geliyordu. Bir an onun enkaz altındaki bedeni gözümde canlandı. Yapamayacağımı düşündüm. Bacaklarımın titrediğini hissediyordum. Bir yandan gece sessizliğe bürünmüştü ama öte yandan gürültüler, çığlıklar şehri derinden sarıyordu. Koşmaya devam ettim. Çalıştığım hastaneye varmam gerektiğini düşünüyordum vardığımda o kocaman binanın inanılmaz bir biçimde yamulduğunu bir kısmının çökmek üzere olduğunu gördüm. Yine ortalık karıştı etrafta insanlar koşuşturuyordu. Hekim olarak çalıştığım hastane de yok olmuştu. Yolda herşeyin nasıl yok olabileceğini anlamıştım ama şimdi varmayı çok istediğim yer de yok olmak üzereydi. Fenalaştığımı hissettim, bir kenara

çöktüğümü hatırlıyorum. Orada uyumuşum. Uyandığımda başımdaki yaralara pansuman yapıldığını farkettim. “ şeklinde hikayesini anlatırken, zaman zaman duraksıyordu. Anlatırken çok yoğun sıkıntısı olduğu ve hastanın olayları tekrar tekrar ne kadar canlı bir biçimde yaşadığı farkediliyordu.

Tablo-13 Akut stres bozukluğu için DSM-IV ölçütleri

- A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır
- (1) Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanmaya ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit durumunu yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.
- (1) Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır
- B. Sıkıntı doğuran olayı yaşarken ya da bu olayı yaşadıkten sonra kişide aşağıdaki dissosiyatif belirtilerden üçü (ya da daha fazlası) bulunur.
- (1) öznel uyuşukluk, dalgınlık duyumları yada duygusal tepkisizlik
- (2) çevrede olup bitenlerin farkına varma düzeyinde azalma (örn. afallama)
- (3) derealizasyon
- (4) depersonalizasyon
- (5) dissosiyatif amnezi (yani, travmanın önemli bir yanını anımsayamama)
- C. Travmatik olay şunlardan en az biri yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır. Gözönüne tekrar tekrar gelen görüntüler, tekrarlayıcı düşünceler, rüyalar, illüzyonlar, “flashback” epizodları, olayı yeniden yaşar gib olma ya da travmatik olayı anımsatan şeylerle karşılaşınca sıkıntı duyma.
- D. Travma ile ilgili anıları uyaran şeylerden belirgin biçimde kaçınma (örn. düşünceler, duygular, konuşmalar, etkinlikler, yerler, insanlar).
- E. Belirgin anksiyete ya da artmış uyarılmışlık belirtileri (örn. uyumakta zorluk çekme, irritabilite, düşünceleri yağunlaştırma güçlüğü, aşırı uyarılmışlık hali (hipervigilance), aşırı irkilme tepkisi gösterme, motor huzursuzluk hali (agitation).
- F. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da diğer işlev alanlarında bozulmaya neden olur ya da bireyin travmatik yaşantısını aile bireylerine anlatarak kişisel destek kaynaklarını harekete geçirmek ya da yardım almak gibi gerekeni yapmasının peşinde koşma yetisini bozar.
- G. Bu bozukluk en az 2 gün, en fazla 4 hafta sürer ve travmatik olaydan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkar.

Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. Kısa psikotik bozukluk olarak açıklanamaz ve daha önceden var olan bir eksen I ya da Eksen II bozukluğunun sadece bir alevlenmesi değildir.

Tablo-14 Travma sonrası stres bozukluğu için DSM-IV ölçütleri

- A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır.
- (1) Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit durumunu yaşamış, böyle bir alaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.
 - (2) Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır. **Not:** Çocuklar bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışavurabilirler.
- B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır.
- (1) olayın, elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşümler, düşünceler ya da algılar vardır. **Not:** Küçük çocuklar, travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler.
 - (2) sık sık, sıkıntı veren bir biçimde olayın rüyasını görme. **Not:** Çocuklar, içeriğini tam anlamaksızın korkunç rüyalar görebilirler.
 - (3) Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, yanılısamaları, varsanıları ve dissosiyatif “flashback” epizodlarını kapsar)
 - (4) travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış etmenlerle karşılaşıldığında yoğun ruhsal sıkıntı duyma
 - (5) travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış etmenlerle karşılaşıldığında fizyolojik tepki gösterme
- C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan)
- (1) travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabası
 - (2) travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları
 - (3) travmanın önemli bir yönünü anımsayamama
 - (4) önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması
 - (5) insanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları
 - (6) duygulanımda kısıtlılık (örn. sevmeye duygusunu yaşayamama)
 - (7) bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (örn. bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan

<p>bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama)</p> <p>D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık belirtilerinin sürekli olması:</p> <p>(1) uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük</p> <p>(2) iritabilite ya da öfke patlamaları</p> <p>(3) düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme</p> <p>(4) hipervijilans</p> <p>(5) aşırı irkilme tepkisi gösterme</p> <p>E. Bu bozukluk (B, C, ve D tanı ölçütlerindeki belirtiler) 1 aydan daha uzun sürer.</p> <p>F. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.</p> <p>G. Varsa belirtiniz:</p> <p>Akut belirtiler 3 aydan daha kısa sürer</p> <p>Kronik belirtiler 3 aydan daha uzun sürerse</p> <p>Varsa belirtiniz:</p> <p>Gecikmeli başlangıçlı: belirtiler, stres etkeninden en az 5 ay sonra başlamışsa</p>
--

Travma sonrası stres bozukluğunun etiyojisi: Bu bozuklukta da kesin olarak kanıtlanmasa dahi genetiğin rolünün olduğuna inanılmaktadır. Son yıllarda patolojik öğrenme ve bellekle ilgili yapılan çalışmalar önem kazanmıştır. Bellek oluşumunda nöroplastisitenin önemi üzerinde duran ve bununla ilişkili LTP etkileri üzerinde odaklaşan çalışmalar orbitofrontal korteksi, hipokampusu ve amigdalayı travma sonrası stres bozukluğu oluşumunda önemli yapılar olarak görmektedir. Hipotalomohipofizer aksın aşırı duyarlılığı, CRF (kortikotropin salgılatıcı faktör) düzeylerinde artış ve bu artışa düşük ACTH (adrenokortikotropik hormon) cevabının oluşu önemli bulgulardır. 24 saatlik idrar kortizol düzeylerindeki düşme hipotalomohipofizer akstaki fonksiyon bozukluğunun bir sonucu olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir. Ayrıca CRF düzeylerindeki artışın, serotonin düzeylerindeki artışla beraber LTP etkisinin ortaya çıkışını kolaylaştırdığı bunun da dalıcı, tekrarlayıcı bellek izlerinin oluşumuna katkıda bulunduğu iddia edilmektedir.

Çoğu travma sonrası stres bozukluğu gösteren hasta artmış sempatik aktiviteye sahiptirler. Bu noradrenerjik sistemin aşırı uyarılması ile ilgili bir durum olduğu ileri sürülmektedir. Locus Ceruleus noradrenerjik sistem içerisinde en önemli yapı olarak kabul edilmektedir. Locus Ceruleus'un aşırı aktivasyonunun yoğun anksiyete ve panik nöbetlerine neden olduğu bilinmektedir. Travma sonrası stres bozukluğunda da yine bu yapıda bir aktivite artışı olduğuna inanılmaktadır. Yohimbin ile yapılan çalışmalarda travma sonrası stres bozukluğu olan hastaların irkilme tepkilerinde artma olduğu, idrar katekolamin düzeylerinde yükselme olması santral noradrenerjik ve periferik sempatik tonusun artmış olduğunu düşündürmektedir. Tiroid fonksiyon bozuklukları da bu hastalarda çok sık saptanan bozukluklardır. PET çalışmalarında travmatik

anılarının uyandırılmasının limbik ve paralimbik sistemleri etkinleştirdiği gösterilmiştir. Çocukluk döneminde travma yaşamış olan insanlarda hipokampal volümün düşüklüğü MRI çalışmalarında gösterilen bulgular arasındadır.

Kişisel yatkınlık, incinebilirliğin yüksek oluşu, nörotizm düzeyi, psikiyatrik bir hastalık hikayesinin bulunmasının, bu bozukluğun ortaya çıkışı için zemin oluşturduğu bildirilmektedir. Etiyolojide klasik koşullanmanın ve subkortikal mekanizmaların rol oynadığı bir tür öğrenmenin önemli olduğunu iddia eden araştırmalar vardır. TSSB'nun geç çıkan formları, öğrenme kuramında son yıllarda kaydedilen ilerlemelerle açıklanmaya çalışılmaktadır. Koşullu cevabın ortaya çıkışındaki gecikmeleri açıklamakta son yıllarda inkübasyon kavramı kullanılmaya başlanmıştır.

Travma sonrası stres bozukluğu epidemiyolojisi: Erkeklerin hayatları boyunca % 60-73,6 oranında kadınların ise % 51-64,8 oranında travmatik bir yaşam olayı ile karşılaştıkları bildirilmektedir. Travma sonrası stres bozukluğunun travmatik yaşam olayı ile karşılaşan insanların %10-20'sinde ortaya çıktığı saptanmaktadır. Bu oran bir çalışmada %7,2-33 arasında verilmektedir. Literatürde travmatik olaylar sonrası saptanan TSSB görülme oranları çok geniş bir aralıkta yer almaktadır. DSM-IV de yaygınlığın %3-58 arasında olduğu belirtilmektedir. Yaygınlık için verilen rakamların alt sınırı ile üst sınırı arasında oluşan bu büyük fark çalışmalarda metodoloji farklılıklarından kaynaklanmaktadır. Metodolojik farkların yanısıra travmanın tipine göre de bu oranlar değişmektedir. Metaanalitik bir değerlendirmede örneğin savaşın erkeklerde %38 oranında, çocuklukta kötüye kullanımın %32 oranında, fizik saldırıların %21 oranında TSSB'na neden olduğunu göstermektedir. İkinci dünya savaşı sonrası yapılan 40 yıllık bir izleme çalışmasında askerlerin 2/3'ünde hayatlarının bir döneminde TSSB geliştirdikleri bulunmuştur.

TSSB için risk faktörleri iki gruba ayrılır. Birinci grupta yaşanan olayla ilgili olanlar ikinci grupta kurbanla ilgili olanlar yer alır. Yaşanan olayla ilgili en önemli risk faktörü olayın ciddiyeti veya tipi, ikincisi süresidir. Yaşanan olayın ciddiyeti, veya tipi TSSB ortaya çıkma riskini doğrudan etkilemektedir. Ağır travmatik olaylar, kanlı olaylar, hayatı tehdit eden olaylar riski artırmaktadırlar. Ayrıca travmatik olayın süresi arttıkça risk artmaktadır.

Kurbanla ilgili olan risk faktörleri ise cinsiyet, daha önceki deneyimler, başa çıkma mekanizmaları, depresyon düzeyidir. Akut stres bozukluğunda kadın olmak, riski artıran bir faktördür. Travma sonrası stres bozukluğunda da kadın olmak, kaçınma tabiatlı başatme mekanizmalarına sahip olmak, riski artırmaktadır. Olay sonrası depresyon düzeyinin yüksekliği, daha önce yaşanan travmaların varlığı, psikolojik sorunların veya bir bozukluğun olması da TSSB olma olasılığını ortaya çıkarmaktadır. TSSB olan kişilerin %50-90'ında başka bir psikiyatrik bozukluğa rastlanmaktadır. Özellikle depresyon, TSSB ile birlikte en çok rastlanan ruhsal rahatsızlıktır. Diğer bozukluklar ise alkol bağımlılığı, diğer madde kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları, diğer anksiyete bozukluklarıdır.

Ayırıcı tanı: Ayırıcı tanıda *akut stres reaksiyonu* dikkate alınmalıdır. Benzeri belirtilerle seyreden bu tablo esasen travma sonrası stres bozukluğundan kısa süreli oluşu ile ayrılır. Ayırıcı tanıda dikkate alınması gereken diğer durumlar başta *panik bozukluk* olmak üzere *diğer anksiyete bozukluklarıdır* ancak travma sonrası stres bozukluğunda tabloya katkıda bulunan, saptanabilir bir travmatik olayın varlığı bu bozukluklardan ayırıcıda önemli bir özelliktir. Ayrıca diğer anksiyete bozukluklarının kendine has belirtileri, örneğin fobi, obsesyon, kompulsiyon, spontan panik nöbetleri, travma sonrası stres bozukluğunda beklenen belirtiler değildir.

Travma sonrası stres bozukluğu tedavisi: Tedavi iki aşamalıdır. İlk aşama olay sırasında veya hemen sonrasında ortaya çıkan somut gereksinimlerin karşılanması (örn. ilk medikal yardım, fizik koşulların düzenlenmesi, güvenliğin sağlanması gibi), ikinci aşama stres verici olayın, olayla ilgili duyguların hatırlanması ve ventile edilmesi ilkesine dayanır. Son yıllarda bilişsel-davranışçı tedaviler, diğer psikoterapi türleri, grup terapiler, ilaç tedavileri ile birlikte uygulanmaya başlanmıştır. Özellikle kronik TSSB'lerinin tedavilerinde birkaç modalite birden devreye sokulmalıdır.

Benzodiazepinler özellikle anksiyeteyi azaltma ve uyku sorununu halletmede çok işimize yarayan ilaçlardır. Trisiklik antidepresanlar, serotonin geri alım inhibitörleri de uzun süreli olarak kullanılabilir (Tablo-15)

Tablo-15 TSSB'de Kullanılabilecek İlaçlar

Sınıfı	Grubu	Jenerik İsmi	Günlük Dozu
Adrenerjik İnhibitörler		Propranolol	20-160 mg
		Klonidin	0,1-0,4 mg
Anksiyolitikler	Benzodiazepinler	Klonazepam	0,5-6 mg
		Lorazepam	0,5-4 mg
		Klordiazepoksid	5-40 mg
		Diazepam	2-40 mg
	Azapironlar	Buspiron	5-60 mg
Antidepresanlar	MAOI	Fenelzin	15-90 mg
	SSRI	Tranilsipromin	20-60 mg
		Fluvoksamin	50-300 mg
		Fluoksetin	10-60 mg
		Sertralin	50-200 mg
		Paroksetin	10-60 mg
		Citalopram	20-60
	Fenilpiperazin	Nefazodon	200-600 mg
Triazolopiridin	Trazodon	150-300 mg	

	Trisiklikler	Amitriptilin İmipramin	50-300 mg 50-300 mg
Mizaç düzenleyiciler	Lityum Diğer	Lityum Valproat Karbamazepin	300-1200 mg 125-2000 mg 200-1500 mg

FOBİK BOZUKLUKLAR

Fobik bozukluk kavramı ve tarihçe: Fobi terimi Yunanca korku anlamına gelen “Phobos” sözcüğünden türetilmiştir. Normal dışı korkular Hipokrattan bu yana tanımlanmış olmasına karşın “fobi” terimi on dokuzuncu yüzyıla kadar kullanılmamıştır. Kraepelin, 1913 yılında yazdığı ders kitabında fobik ve obsesif korkuları birlikte ele alırken; Freud, sıradan korkuları gerçek korkulardan ayırmıştır. Fobiler, ICD’de 1947 ve DSM’de 1952 yılında ayrı bir tanı olarak yer almıştır. Marks 1960’lı yıllarda fobik bozuklukları alt gruplara ayırmış ve DSM-III bu ayrımı genişletmiştir.

Fobik bozukluk kliniği: Belirli nesne ve durum karşısında veya belirli eylem (örneğin yemek yeme sırasında yutma eylemi) sırasında hissedilen mantıksız, dirençli, aşırı korkunun hakim olduğu bir tablo olarak tanımlanabilir (Olgu 8). Tablo-16’da Özgül Fobi için DSM-IV tanı ölçütleri verilmiştir. Fobik Bozukluğu oluşturan iki bileşenden biri korku iken diğeri kaçınma davranışıdır. Hastalar özgül uyaranlardan kaçınma davranışı sergilerler. Korku, yoğun anksiyetenin tüm belirtilerini sergiler, bu korku hali panik nöbet şeklindedir. Özgül (spesifik) fobiler aşağıda sıralanan üç temel özelliğe sahiptirler.

- (1) Durumlar, canlı, cansız nesnelere karşısında veya belli eylemler sırasında dirençli, tekrarlayıcı, aşırı ve anlamsız korku hali
- (2) Bu durum ve nesnelere kaçınma davranışı
- (3) Hasta tarafından korkunun mantıksız olduğunun kabulü

Yaşanan korkunun, hastalar tarafından mantıksız ve saçma bulunması bu tanı düşünülürken dikkate alınması gereken bir özelliktir. Panik bozuklukta herhangi bir uyaran olmaksızın panik nöbetleri ortaya çıkarken Fobik Bozuklukta bu nöbetleri ortaya çıkaran bir uyaran söz konusudur. Bu bozukluk iki temel grupta ele alınabilir. Birincisi özgül (spesifik) fobiler ikincisi ise kompleks fobiler. Özgül fobilere örnek olarak cynophobia (köpek), claustrophobia (kapalı yer) musophobia (fare), nyctophobia (karanlık), apiphobia (arı), gatophobia (kedi korkusu) verilebilir (tablo-17). Son yıllarda sosyal fobi üzerinde ayrıca durulmaktadır. Toplum içinde rezil olma, küçük düşme korkusu ile birlikte seyreden, topluca yemek yenilen yerlerde yemek yiyememe, toplum içinde

konuşamama, haka açık tuvaletleri kullanamama ve toplum içinde yoğun sıkıntı duyma hali ve toplum içine girmeden kaçınma ile ortaya çıkan bu bozukluk fobiler içinde son yıllarda ayrıca ele alınmaktadır. Kompleks fobilere en iyi örnek agorafobidir. Bu fobiyi kompleks grubuna sokan en önemli özellik panik nöbetlerine sekonder oluşudur.

Tablo-16 Özgül fobi için DSM-IV ölçütleri

- A. Özgül bir nesne ya da durumun (örn. uçakla seyahat etme, yüksek yerler, hayvanlar, enjeksiyon yapılması, kan görme) varlığı ya da böyle bir durumla karşılaşacak olma beklentisi ile başlayan, aşırı ya da anlamsız, belirgin ve sürekli korku.
- B. Fobik uyararla karşılaşma hemen her zaman birden başlayan bir anksiyete tepkisi doğurur, bu da duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösteren bir panik nöbeti biçimini alabilir. **Not:** Çocuklarda anksiyete, ağlama, huzursuzluk gösterme, donakalma, sıkıca sarılma olarak dışa vurulabilir.
- C. Kişi korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir. **Not:** Çocuklarda bu özellik bulunmayabilir.
- D. Fobik durum(lar) dan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla buna(lara) katlanılır.
- E. Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan durum(lar) da sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır.
- F. 18 yaşın altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.
- G. Özgül bir nesne ya da duruma eşlik eden anksiyete, panik nöbetleri ya da fobik kaçınma, obsesif-kompulsif bozukluk (örn. bulaşma ile ilgili saplantısı olan birinin kir ve pislikten kaçınması), travma sonrası stres bozukluğu (örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılardan kaçınma), agorafobi ile birlikte panik bozukluğu ya da panik bozukluğu öyküsü olmaksızın agorafobi gibi başka bir psikiyatrik bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Tipini belirtiniz:

Hayvan tipi

Doğal çevre tipi (örn. yükseklikler, fırtınalar, su)

Kan-enjeksiyon-yara tipi

Durumsal tip (örn. uçaklar, asansörler, kapalı yerler)

Diğer tip (örn. soluğun kesilmesine, kusmaya ya da bir hastalığa yakalanmaya yol açabilecek durumlardan fobik kaçınma; çocukların yüksek seslerden ya da özel giysili masal kahramanlarından korkması)

Olgu-8

Ayşe 18 yaşında endüstri mühendisliği bölümünde öğrenci, Ankara'da bir kız arkadaşı ile birlikte oturuyor. Ailesi Adana'da. Çocukluğundan beri birtakım hayvanlara karşı korkusu olduğunu bunları bir biçimde unuttuğunu ancak köpek korkusunu atlatamadığını ve Ankara'ya okumak için geldiği günden itibaren giderek bu korkunun arttığını söylüyor. Çocukluğunda da köpek gördüğü zaman çok korktuğunu annesinin, babasının paçalarına yapıştığını hatırlıyor. İlkokula kendi gidip gelmek zorunda kaldığı dönemde çok zor anlar yaşamış sonra yavaş yavaş bu korku azalmış ancak tamamen hiç geçmemiş. Ortaokul ve lise yıllarında yolda köpek gördüğünde yönünü değiştiriyor veya ilk bulduğu apartmana giriyormuş. Ama çocukluğundaki kadar dehşet bir korku yaşamıyormuş. Üniversite imtihanını kazandığı günden itibaren bu korkusunun tekrar giderek arttığından yakınıyor. Kliniğimize bu korkusu yüzünden derslere devam edememe bazı imtihanlara girememe şikayeti ile başvurdu. Ankara'ya geldiği ilk zamanlar dışarı çıkmada o kadar büyük zorluğu yokmuş ancak sonraları pencereden sokakta köpek olup olmadığını kontrol etmeye başlamış. Evden sokağa birkaç kez baktıktan sonra çıkabiliyormuş. Bu 6 aydır giderek artmış. Son üç aydır haftada en az 2 gün okula gitmekten bu nedenle vaz geçtiğini anlatıyor. İki kez sınava girmemiş.

Tablo-17 Spesifik fobilere örnekler

Fobiler	Nesne/Durum
Acrophobia	Yükseklik
Algophobia	Ağrı
Astraphobia	Şimşek
Cynophobia	Köpek
Hematophobia	Kan
Hydrophobia	Su
Monophobia	Yalnızlık
Mysophobia	Pislik-kir
Nyctophobia	Karanlık
Thanatophobia	Ölüm
Triskaidecaphobia	13 sayısı
Xenophobia	Yabancı
Zoophobia	Hayvan
Apihobia	Arı
Gatophobia	Kedi
Musophobia	Fare

Claustrophobia	Kapalı yer
Dentophobia	Diş tedavileri

Fobik bozukluğun etiolojisi: Günümüzde psikiyatri alanında sağlanan çok büyük ilerlemelere rağmen Fobik Bozukluğun etiolojisine ilişkin kesin birşey söylemek mümkün gibi görünmemektedir. Halbuki Fobik Bozukluk, psikiyatrik bozukluklar arasında belkide en sade, en anlaşılabilir ve deneysel çalışmalarda hayvan modelleri bulma açısından en uygun bozukluk olma özelliği taşımaktadır. Korku en azından diğer duygulara bakıldığında üzerinde çalışılması en kolay duygudur; diğer duygular gibi karmaşık değildir, antropolojik olarak en ilkel-basit, dolaylı da olsa laboratuvar koşullarında gözlemlenebilen, ölçülebilen yaşantılardan biridir. Üstelik Fobik Bozuklukta korkuyu “açıklayabilecek” bir nesne veya durum gözümüzün önündedir. Araştırma açısından bu olumlu özelliklerine rağmen diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi, etiyojije ilişkin elimizde gittikçe büyüyen karmaşık bir bilgi yığını dışında net bir sonuç yok gibi görünmektedir.

Bana göre bu türlü, hayal kırıklığına işaret eden bir değerlendirme, bugün psikiyatrik bozuklukların hepsi için yapılabilir. Medikal model içinde düşünmeye alışmış hekimler olarak neden sonuç arasındaki bağı en kısa yoldan kurulmasının gerektiğine ilişkin beklentimiz bu tür değerlendirmelerin ortaya çıkmasına katkıda bulunmaktadır. Oysa uğraştığımız organ, beyin, neden sonuç ilişkilerini alıştığımız biçimlerde bize sunan bir organ değildir üstelik çok da karmaşık bir organdır. Bu sebeple elimizde büyüyen bilgi yığını içinde net bir neden sonuç ilişkisi aramak yerine, bu yığının zenginliğini algılamaya ve anlamaya çalışmak gerekmektedir. Elimizdeki açıklamaların hepsi oldukça ilginçtir. Bu açıklamaların herbiri ayrı bir kuramsal bütünü temsil ederken bence bu bozukluğun değişik yönlerine ışık tutmaktadır. Fobik Bozukluğun oluşumunda gerçekten son derece önemli noktalara ışık tutmaları açısından psikoanalitik, davranışçı ve bilişsel kuramlar burada biraz daha ayrıntılı ele alınmıştır. Bu kuramlara geçmeden önce Fobik Bozukluğun biyolojik yönüne değinmekte yarar görüyorum.

Yapılan ikiz çalışmaları, Fobik Bozukluğun monozigotik ikizlerde dizigotlara göre eşhastalanma oranının daha yüksek olduğunu, aile çalışmalarında bu bozukluğun ailevi yönünün belirgin olduğu gösterilmiştir. Ayrıca Fobik Bozukluk olan ailelerde diğer anksiyete bozuklukları sıklığının yüksek olmadığı sonucuna varılmıştır. Hayvan fobisinde genetik etmenlerin rolünün diğer fobilere göre daha ağırlıkta olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Beyin görüntüleme çalışmalarından elde edilen sonuçlar fobilerde paralimbik yapıların önemli olduğunu göstermektedir. Korkuyla ilgili anatomik yapıların belirlenmesine yönelik yapılan deneysel çalışmalarda koşullu öğrenme ile ilgili korku modelleri, amigdalanın, korku devreleri içerisinde son derece önemli bir anatomik yapı olduğuna işaret etmektedir. LTP'nin beyinde sinaptik değişiklikler yaratarak şartlanma ile öğrenilen anıların kalıcılığını sağladığına ilişkin bulgular vardır. Nöroendokrin çalışmalar özellikle yüzleştirme tedavileri sırasında alınan kan örneklerinde kortizol

düzeylerinde giderek bir düşme olduğunu göstermektedir. Bu bulguya karşın adrenal aktivitenin Fobik Bozukluğun bir parçası olmadığı iddia edilmektedir ki bu görüş adrenal aktivitenin kronik gidiş içinde giderek sönükleştiği şeklinde açıklanmaktadır. Nörotransmitter sistemleri içerisinde son yıllarda opiyat sisteminin rolü üzerinde durulmaktadır.

Psikoanalitik kuram: Psikoanalitik kuram fobinin, bastırılmış (repressed) id impulslarına karşı bir savunma mekanizması olduğunu ve bilinçdışı çatışmalar etrafında şekillenen korkuların, asıl kaynağından başka bir nesne veya durum üzerine kaydırıldığını iddia eder. Bu mekanizma bastırılmış dürtüler ve bu dürtülerle bağlantılı çatışmalar ile başatmenin bir yoludur. Psikodinamik-psikoanalitik sistematik, korku nesnelere ve korku yaratan durumların sembolik anlamları olduğunu söyler. Freud'un Küçük Hans vakasındaki, Hans'ın at korkusunun aslında babası tarafından iğdiş (kastre) edilme korkusunun şekil değiştirmiş hali olduğu yorumu bu sembolizmi çok iyi anlatan bir yorumdur. Elbette Küçük Hans için attan korkmak babadan korkmaktan daha katlanılabilir birşeydir. Eğer insan babasından bile bu kadar korkar ise dünyada hiçbir dayanağının kalmadığını da kabul etmek zorundadır. Bu dayanılması güç "gerçek" psikanalitik kurama göre korkunun at üzerine kaydırılmasına önemli bir neden teşkil etmektedir. Üstelik altta yatan, kendisinin bile kabul edemediği ve bastırmaya uğraştığı anneye olan, "yasak aşkı"na gönderme yapabilecek iğdiş (kastre) edilme korkusunu doğrudan "babam beni iğdiş edecek" şeklinde yaşaması da (tüm bu süreçler bilinç dışı olduğu için) mümkün değildir. "Anneye yönelik ortaya çıkan cinsel dürtü ve aşkın" bir itirafı anlamını da taşıyacak katlanılmaz türden bir korku yerine at korkusu, analitik kurama göre, ego savunma düzenekleri ve iç dinamikler açısından tercih edilebilir bir korkudur. Freud Hans'ın, nesnesini değiştirmiş ve sembolize olmuş korkusunu tetikleyen şeyin atın penisi olduğunu söyler. Burada bu vaka ile sunulan psikodinamik sistematik oldukça etkileyicidir, akla yakındır, özgür bir sistematiktir. Doğrulanamaz (ve yanlışlanamaz) olsa bile en azından insanın gözle görünen dünyası dışında başka bir dünyası olabileceği olasılığını düşündürmesi açısından önemlidir.

Öğrenme kuramı: Fobilerin tedavisine öğrenme kuramından ilk katkılar 1920 yılında Watson ve Rayner'den gelmiştir. Watson ve Rayner, soğuk, duygularını belli etmeyen, herhangi bir hayvan veya nesne ile karşı karşıya getirildiğinde (sıçan, köpek, yanan bir gazete, maske gibi) korku göstermeyen 9 aylık bir çocuğun (Albert) arkasında iki metal cisimin birbirine çarpması ile oluşan sesteki korktuğunu, bu sesle birlikte beyaz bir sıçan gösterilerek yapılan yedi uygulamadan sonra Albert'in sıçandan kaçınma davranışı gösterdiğini, beş gün sonra kendisine gösterilen cisimlerden beyaz olanlarının hepsinden bir miktar korktuğunu gözlemişlerdir. Watson ve Rayner koşulsuz uyarılarla ortaya çıkarılan korkunun, koşullu uyarılara, bu uyarılardan da benzer nesnelere transfer edilebildiği sonucuna ulaşmışlardır. Watson ve Rayner'in bu çalışması, Eysenck ve Wolpe tarafından fobilerin tedavisinde temel alınmaya kadar 40 yıl boyunca görmezden gelinmiştir. Eysenck ve Wolpe bir insanın habitüel hale gelmiş bir nevroitik reaksiyonunun kökeninin

geçmişteki bir yaşantıda, bir uyarana karşı anksiyete cevabının çıktığı türden bir yaşantıda saklı olduğunu düşünmüşlerdir. Bu düşünce Wolpe ve Rayner'in koşullu öğrenmesi ile örtüşen bir düşüncedir. Eysenck ve Wolp'e göre nevrotik reaksiyonların hepsi varlıklarını öğrenme süreçlerine borçludurlar. Birşey öğrenilebiliyorsa değiştirilebilir mantığı davranışçı tedavilerin mantığını oluşturmaktadır. Mowrer'ın basit koşullanmaya ek olarak operan koşullanmayı tanımlaması davranışçı tedavilerin gelişiminde önemli bir aşamadır. Mowrer'a göre fobik hastalarda, fobik olunan nesne veya durumdan kaçınma davranışının yarattığı anksiyetede (veya korkudaki) azalma kaçınma davranışı için bir pekiştirici olarak görev yapmaktadır. Mowrer klasik koşullanmanın bozukluğu ortaya çıkardığını ve operan koşullanmanın bozukluğun sürmesine neden olduğunu ileri sürmüştür. Bu mantıktan hareketle davranışçı tedaviler özellikle kaçınma davranışını ortadan kaldırmayı amaç edinir.

Bilişsel Kuram: Maladaptif düşünme biçimlerinin Fobik Bozuklukların oluşumunda önemli olduğunu iddia eder. Bu kurama göre hastaların dikkat, hafıza, düşünme, yargılama süreçlerinde birtakım anormallikler vardır. Fobik hastalarda dikkatin anksiyete yaratan türden nesne ve durumlara kayma eğilimi daha fazladır. Hafıza ve hatırlama süreçlerinde de benzer olumsuz bir seçicilik saptanmaktadır. Bu hastalar olumsuz olasılıklara daha ağırlık vermekte ve yanlış yorumlamaları daha sık yapmaktadırlar. Burada belirtilen bilişsel anormallikler aslında yumurtatavuk ikilemi içerisinde ele alınabilecek anormalliklerdir. Ancak bu anormallikler ister neden ister sonuç olsun ortaya çıktıktan sonra en azından Fobik Bozukluğun sürmesine katkıda buldukları kesindir. Bilişsel teknikler kullanılarak yapılan tedavilerden elde edilen sonuçlar bu kuramı destekler niteliktedirler.

Fobik bozukluk epidemiyolojisi: Fobik Bozuklukda bir yıllık prevalans %10,9, basit fobi için yaşam boyu prevalans %8,8 civarında olduğu bildirilmektedir. Türkiye Ruh Sağlığı Profiline sıklıkla %4,5 olarak saptanmıştır. Olguların yalnızca 1/7'sinin ise hekime başvurduğu bildirilmektedir. Kadın erkek oranı 2/1 dir. Prognoz hakkında araştırma sonuçlarına dayalı kesin bilgimiz olmasa da klinik deneyimlerimiz bu bozukluğun çocukluk yaşlarında başlayıp çok uzun yıllar sürdüğünü düşündürmektedir.

Ayırıcı Tanı: Ayırıcı tanıda dikkate alınması gereken en önemli bozukluk *panik bozukluktur*. Fobik Bozuklukda panik nöbetlerinin belirli bir nesne, durum karşısında ortaya çıkışı ayırıcı tanıda bu iki bozukluk arasında en ayırdedici farktır. *Hipokondriazis* ayırıcı tanıda dikkate alınması gereken bir diğer bozukluktur. Herhangi açıklayıcı bir neden veya kanıt olmaksızın kişinin kendisine bir hastalığı yakıştırması ve bundan dolayı yoğun sıkıntı ve korku hali yaşaması olarak betimlenebilecek olan bu tabloda hastaların herhangi bir hastalığa sahip olduklarına olan yıkılması güç inanç önemli bir ayırıcı özelliktir. *Obsesif kompulsif bozuklukta* da birtakım fobik korkulara, özellikle bıçak veya keskin-delici cisimlerle ilgili obsesyonel özellikli fobik kaçınma

davranışlarına rastlamak mümkündür. Hikaye ve özellikle ruhsal muayene bulguları bir bütün halinde ele alındığında hastaların bu tür yakınmalarının obsesyonele düşüncelerle ilgili olduğu saptanır.

Fobik bozukluk tedavisi: Davranışçı tedaviler Fobik Bozukluklarda en etkin tedavi yöntemidir. Yüzleştirme teknikleri bu tedaviler içinde en temel tedavi edici yöntemler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu teknikler kaçınma davranışını azaltmak amacıyla kullanılır. Hastalar kendileri için sorun oluşturan durum veya nesne ile karşı karşıya gelmeye cesaretlendirilirler. Yüzleştirme teknikleri agorafobi ve sosyal fobide o kadar etkili değildirler bu sebeple bu bozukluklarda bilişsel teknikler ile birlikte uygulanmaları önerilmektedir. Davranışçı yöntemleri bilişsel tekniklerle birlikte uygulama uzun dönemde daha kalıcı iyilik yaratma açısından avantajlı gibi görünmektedir.

Anksiyolitik ilaçlar bazı durumlarda örneğin hasta sık sık panik nöbetleri yaşıyorsa, bir tedaviden diğerine geçiş yapılacakken arada kalan süre içerisinde kullanılabilir.

Antidepresan ilaçlar Fobik Bozukluk ile birlikte hastada saptanan bir depresyon durumu varsa kullanılabilirler. Agorafobik hastalarda da panik nöbetlerini önlemede oldukça iyi sonuç vermektedirler. İmipramin özellikle agorafobik hastalarda çok etkilidir. Yan etkileri nedeniyle yaygın biçimde kullanılmazlar ancak MAO inhibitörleri de agorafobide etkin bulunmuşlardır.

SOSYAL FOBİ

Sosyal fobi kavramı ve tarihçesi: Sosyal fobi veya sosyal anksiyete ile ilgili tanımlamalara ve hikayelere tarihin her döneminde rastlanır. Tarihi metinler toplum içinde sıkıntı duyan, ne yapacağını şaşırarak, utangaçlığının kurbanı olan insanların hikayeleri ile doludur. Hipokrat, psikiyatrik hastalıklarla ilgili metinlerinde yoğun sosyal anksiyete yaşayan hastalarından söz etmiştir. Sosyal anksiyeteyi düşündürten tanımlamalara tarihin her döneminde ve dünyanın her yerinde rastlansa da sosyal fobinin bir antite morbid olarak tanınması son yüzyıl içerisinde olmuştur.

Sosyal fobi, ABD'de ilk kez 1870'lerin sonlarında Beard tarafından ve 1900'lerin başında Fransa'da Janet tarafından bir psikiyatrik hastalık olarak tanımlanmıştır. Diğer fobilerden ayrılması ise 1970 yılında gerçekleşmiştir. 1980 yılında yayınlanan DSM-III de ilk kez ayrı bir tanı olarak tanıtılmıştır. Hernekadar 1980 yılında kendi başına bir tanı olarak tanıtılsa da ilgi odağı oluşturması için aradan yıllar geçmesi gerekmiştir. Son on yıl içinde üzerinde çok sayıda araştırma yapılmış ve ilk kapsamlı kitap 1995 yılında ABD'de yayınlanmıştır.

Sosyal fobinin kiliniği: Sosyal fobi veya sosyal anksiyete bozukluğu topluluk içindeyken veya performans gerektiren durumlarda başkaları tarafından gözlemlendiği, değerlendirildiğine dair hissiyatla birlikte insanın küçük düşeceği korkusu ve buna paralel olarak çok yoğun anksiyete

yaşaması ile karakterize bir bozukluktur (Olgu 9-10). Topluluk içindeyken tüm dikkatlerin üzerinde olduğunu hissetme, eleştirilme, küçük düşme, rezil olma korkuları o kadar yoğun olarak ortaya çıkar ki kişi bulunduğu yerde uzun süre kalamaz. Oradan veya o durumdan bir an önce kurtulmak ister. Bu sıkıntı ve korkuyu yaşamamak için performans gerektiren ve topluluk içine girmesi gereken durumlardan kaçınır. Yaşanan anksiyete son derece yoğundur ve anksiyetenin tüm bedensel belirtileri tabloya eşlik edebilir. Terleme, nefes darlığı, kızarma, dengesizlik, mide bulantısı titreme, çarpıntı, hasta için o anda yaşananları çekilmez kılar. Bedensel belirtilerinin ve durumunun, zayıflığının başkaları tarafından farkedileceğine ve bu yüzden de küçük düşeceğine olan inanç zaten yaşanan korkuyu ikinci kez önü alınamaz bir hale getirir. Bu durumu hastalar “bulduğum yerden kaçmak istiyorum, çok yoğun korku ve utanç yaşıyorum o anda” şeklinde tanımlarlar. Franz Kafka bir keresinde kendi sosyal anksiyetesini şöyle tanımlamıştır: “Bir de tanımadığım bir yerde tanımadığım insanların içinde olayım... bulunduğum oda göğsüme basar da basar. Tüm kişiliğim sinirime dokunur herşey ama herşey beni umutsuzluğa sürükler.”

Sosyal fobik olan insanların korktukları durumlar yukarıda da değinildiği gibi iki ana gruba ayrılabilir. Bunlardan ilki sosyal etkileşim gerektiren durumlar, ikincisi ise sosyal performans gerektiren durumlardır. Sosyal etkileşim gerektiren durumlar örneğin partiler, toplantılar, buluşmalar/çıkılmalar, yabancılarla toplantılar, göz kontağı gerektiren durumlar, otorite konumunda olan insanlarla konuşma, hakkını/isteklerini savunmayı gerektiren durumlar (assertive olmanın gerektiği durumlar) olarak sıralanabilir. Sosyal performans gerektiren durumlara bir topluluk önünde konuşma, konferans verme, topluluk içinde veya önünde yemek yeme, topluluk önünde yazı yazma, bir enstrüman çalma, spor yapma, genel tuvaletlerde başkalarının olduğu bir anda ihtiyacını giderme örnek olarak verilebilir. Sosyal fobik insanlar bu sıkıntıları ve korkuları yaşarlar ancak sıkıntı duydukları ve korktukları şeylerin saçma olduğunu da ifade ederler. Nedenleri saçma gelse de yoğun anksiyete kontrol altına alınamaz ve insanın günlük yaşamını ve işlevlerini etkilemeye başlar. Kaçınma davranışı nedeniyle yapmaları gereken pek çok işi yapamaz hale gelirler. Topluluk içinde olmayı gerektiren durumlardan ve görevlerden kaçarlar bu sebeple akademik veya iş kariyerleri etkilenmeye başlar. Başarılı olamazlar, terfi alamazlar. Bir kısım vakada sosyal fobi, tüm sosyal faaliyetlere yaygınlık gösterir (yaygın tip-generalized type) bir kısım vakada belli sosyal faaliyetler ve durumlarla sınırlı kalabilir (discrete type). Sosyal fobinin DSM-IV tanı ölçütleri aşağıda Tablo-18 da verilmiştir.

Tablo-18 Sosyal fobi için DSM-IV tanı ölçütleri

A. Tanımadık insanlarla karşılaştığı ya da başkalarının gözünün üzerinde olabileceği, bir yada

birden fazla toplumsal ya da bir eylemi gerçekleştirdiği durumdan belirgin ve sürekli bir korku duyma. Kişi küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkar (ya da anksiyete belirtileri gösterir).

- B. Korkulan toplumsal durumla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur, bu da duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir panik atağı biçimini alabilir.
- C. Kişi, korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir.
- D. Korkulan toplumsal durumdan ya da toplumsal bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan kaçınılır yada yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla bunlara katlanılır.
- E. Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır.
- F. 18 yaşının altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.
- G. Korku ya da kaçınma bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve başka bir psikiyatrik bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. agorafobi ile birlikte ya da olmadan panik bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, vücut dismorfik bozukluğu, yaygın bir gelişimsel bozukluk ya da şizoid kişilik bozukluğu).
- H. Genel bir tıbbi durum ya da başka bir mental bozukluk varsa bile A tanı ölçütünde sözü edilen korku bununla ilişkisizdir, (örn. korku, kekemelik, Parkinson hastalığındaki titreme ya da anoreksiya nervosa ya da bulimia nervozadaki yemek yeme davranışı ile ilişkili değildir).

Varsa belirtiniz Yaygın tip (korkular çoğu toplumsal durumu kapsıyorsa)

Olgu-9

Yılmaz 45 yaşında resmi bir kurumda üst düzey yönetici konumunda, entellektüel düzeyi yüksek ancak katı-köşeli bir kişilik yapısına sahip, mükemmeliyetçi, dakik. Son yıllarda giderek artan bir sıkıntı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Bu sıkıntı daha çok işyerinde ortaya çıkıyor. Gün içinde katılması gereken toplantılar sırasında arttığı için zaman içinde bu toplantılara girmekten kaçınmaya başlamış. Kendisine söz sırası geldiği küçük grup toplantılarında dahi sıkıntıdan kendinden geçtiğini, toplantı salonunun kendisine zindan olduğunu konuştuğu veya herhangi bir hareket yaptığı anda herkese rezil olacağı korkusunun önü alınamaz bir hale geldiği, bu sırada ter içinde kaldığını söylüyor. Çoğu toplantıda görevini bir başkasına devrediyor kendisi bir bahane bulup oradan ayrılıyor. Hayatının en kötü günlerini yaşadığını belirtiyor.

Olgu-10

Mehmet 39 yaşında evli, 1 çocuğu var. Bir devlet hastanesinde uzman hekim olarak

çalışıyor. Eskiden beri çekingen bir kişiliğe sahip ancak son yıllarda bu çekingenliğin giderek artması ve son 7 ayda çok ileri boyutlara ulaşması nedeniyle kliniğe başvurdu. Bu çekingenlik lokantada bile yemek yemesine engel oluşturur duruma gelmiş. Çatalı, bıçağı bile tutuşu sorun oluyor, hiç olmadık bir anda elleri titremeye başlıyor ve herkesin gözünün üzerinde olduğu duygusuna kapılıyor, yemek yeme bir kabusu dönüşüyor. O anda tek düşündüğü daha fazla zor duruma düşmeden orayı terketmek oluyor. Zaten bu tip bir sıkıntıyı bu şiddette birkaç kez yaşadıkdan sonra son 5 aydır hiç lokantaya gitmiyor ve hastanenin yemekhanesini kullanmıyor.. Hastanede toplantılara katılıyor ancak tartışmalarda konuşma sırasının kendisine gelmesi gibi bir olasılığı düşündüğünde içini sıkıntı kaplıyor. Aslında bu anlattığı sıkıntı, panik düzeyine hiç ulaşmamış ama yine de yaptığı bir hareketten, söylediği sözlerden dolayı küçük düşme endişesi topluluk içinde kalışını her geçen gün biraz daha zorlaştırıyor. Henüz kontrolü yitirmediğini ama bir gün çıkamayacağı bir toplantının ortasında kalma ve panikleme olasılığının kendisini çok tedirgin ettiğini belirtiyor. Esas rezil olmayı o zaman yaşayacağına ilişkin inancı felaket beklentisine dönüşmüş durumda.

Sosyal fobinin etiyolojisi: Aile çalışmaları, sosyal fobinin genetik bir zemini olduğunu göstermektedir. Sosyal fobik hastaların ailelerinde sosyal fobi prevalansı (%16) normallere göre (%5) daha yüksek bulunmaktadır. Bu hastaların aile üyelerinin diğer anksiyete bozuklukları geliştirme risklerinin yüksek olmadığı bilinmektedir. 1999 yılında yayınlanan bir çalışmada eş hastalanma oranı dizigotik ikizlerde %15,3, monozigotik ikizlerde ise %24,4 olarak verilmektedir.

Erken çocukluk dönemine ait faktörlerin de bu bozukluğun oluşumunda önemli olduğu düşünülmektedir. Çocuklar korku reaksiyonlarını anne babalarından gözleyerek öğrenebilirler ve anne babalarıyla aynı kaçınma davranış paternleri gösterebilirler. Gerçekten de pek çok sosyal fobik hasta kendilerinininkine benzeyen kaçınma paternlerinin annelerinde de olduğunu hatırlamaktadırlar. Buna karşın bazı çocukların da aşırı korunup kollandıklarından dolayı korku yaratabilecek durumlar karşısında baş etme yöntemleri geliştirmeye şanslarının olmadığı bu sebeple "tehlikeli" durumlardan kaçınma davranışı veya antisipatuvar anksiyete geliştirdikleri iddia edilmektedir. Aşırı eleştirel ana-babalar, eleştirel oluşlarından dolayı çocuklarında baş etme mekanizması olarak kaçınma davranışının yerleşiklik kazanmasına sebep olabilirler. Ayrıca sosyal fobinin altında yatan sebep utanç verici veya küçük düşürücü bir presipitan olay olabilir.

Sosyal fobi üzerinde henüz yeterli sayıda nörobiyolojik temelli araştırma yoktur. Yapılan çalışmaların çoğunda da anlamlı sonuçlar elde edilmediği bilinmektedir. Örneğin klonidine büyüme hormonu cevabının normallerle sosyal fobiklerde özdeş olduğu aralarında bir fark olmadığı saptanmıştır. Dopamin sisteminin sağlam olduğunu söyleyen çalışmalar vardır. Öte yandan bir kısım çalışmada da değişik sonuçlar alınmıştır. Örneğin serotonerjik sistemde bir regülasyon kusuru olabileceğine ilişkin bulgular vardır. Fenfluramine kortizol cevabının kontrollere

göre daha belirgin olduğu bunun da serotonerjik bir regülasyon kusuruna işaret ettiği düşünülmektedir. Postsinaptik reseptörlerde bir sensitivite (ikincil mesajcılarla ilgili) artışı saptanmaktadır. PET ile yapılan bir çalışmada sosyal fobiklerde striatal dopamin geri alım alanlarının yoğunluğunda bir azalma olduğu bildirilmiştir. Beyin görüntüleme çalışmalarında normallere göre metabolik anatomide çeşitli farklılıklar olduğu buna karşın yapısal olarak anatomik farklılıkların olmadığı örneğin bazal ganglion hacimlerinde farklılık bulunmadığı bildirilmektedir.

Sosyal fobinin epidemiyolojisi: Son yıllarda yapılan çalışmalar sosyal fobinin yaşam boyu prevalansını yaklaşık %13 olarak belirlemiştir. Bir yıllık prevalans ise %8 civarındadır. Sosyal fobi, alkol bağımlılığı ve depresyondan sonra sıklık açısından sıralamada üçüncü psikiyatrik rahatsızlık olarak karşımıza çıkmaktadır. Genel nüfusun yaklaşık %5'ini etkilediği düşünülmektedir. Bu çarpıcı epidemiyolojik veriler son yıllarda bu bozukluğa olan ilginin ve bu bozuklukla ilgili yapılan çalışmaların sayısının artmasını sağlamıştır. Son yıllardaki bu ilgi artışına, epidemiyolojik bulgulara yansıyan yüksek prevalans oranlarına karşın hala bu bozukluk sıklığının gerektirdiğinin çok altında teşhis edilebilmekte ve bu yüzden pek çok hasta tedavi edilememektedir.

Sosyal fobi tipik olarak ortalama 15-16 yaşlarında başlamaktadır. Genellikle vakaların tamamında 25 yaş altında ortaya çıkmaktadır. Sosyal fobi kronik bir bozukluktur ve tanı konduktan sonra ortalama 20 yıl sürmektedir.

Ayırıcı tanı: Ayırıcı tanıya gitmek bazı hastalarda oldukça zordur. Bir kere *normal utangaçlık ve performans anksiyetesinden* bu durumu ayırmak oldukça güçtür. Örneğin topluluk önünde konuşmak çoğu insan için kolay değildir. Hiç tanımadığı insanların içine girmek, olumsuz bir davranışını gördüğü bir iş arkadaşı ile yüzleşmek çoğu insanın isteyerek yapmadığı şeylerdir. Bunlardan dolayı insanlar sıkıntı, korku, utanma yaşarlar. *Ancak sosyal fobiyi sosyal fobi yapan şey, ortaya çıkan, normal insanların da yaşayabilecekleri türden sıkıntı ve korku değil, sıkıntı ve korkunun şiddeti, dirençliliği, süresi ve bunlarla bağlantılı olarak günlük yaşamı etkilemesidir.* Sosyal fobisi olan insanların yaşadıkları korku ve sıkıntı, örneğin o insan öğrenci ise akademik, çalışıyorsa iş performansını, bunlara ek olarak pek çok sosyal ve diğer önemli aktivitelerini etkiler boyuttadır.

Sosyal fobinin, sosyal ortamlardan kaçınma yaratan diğer psikiyatrik bozukluklardan ayırılması gerekir. Bu bozukluklar *depresyon, şizoid kişilik bozukluğu, panik bozukluğu* gibi bozukluklardır.

Depresyonu olan hastaların çoğu arkadaşları ile veya bir insan grubu ile vakit geçirmezler veya geçirmek istemezler. Bunun en önemli nedeni motivasyon eksikliği ve sosyal oluştaya yönelik ilginin yitirilmesidir. Sosyal fobik hastaların aksine depresyondaki hastalar düzeldiklerinde sosyal fobik gibi görünmelerine sebep olan kaçınma davranışı görünümündeki davranışları bir kenara

koyarlar. Buna ek olarak sosyal fobik hastalar sosyal ortamlara aslında girmek istediklerini, kaçındıkları şeyleri yapmak istediklerini söylemeleri tipiktir ama depresyon içinde olan bir hastanın böyle bir isteği yoktur. Benzer olarak *şizoid kişilik bozukluğu* olan hastalar sosyal ortamlardan kaçınır ama bundan rahatsızlık duymazlar. Buna karşın *kaçıngan kişilik bozukluğu* olan hastalar diğer insanların kendilerini eleştirecekleri korkusuyla sosyal ortamlardan uzak dururlar. *Kaçıngan kişilik bozukluğunu*, ağır yaygın sosyal fobiden ayırmak çok güçtür. Ağır yaygın sosyal fobik hastalar zaten kaçıngan kişilik bozukluğu ölçütlerini karşılarlar. Bugün bu iki bozukluğun aslında aynı bozukluk olduğu düşünülmektedir.

Ayırıcı tanıda *panik bozukluğu* olan bazı hastalar karışıklık yaratırlar. Çünkü bu hastaların, diğer insanların içinde panik atağı geçireceklerine ilişkin korkuları sosyal fobi de yaşanan türden bir kaçınma davranışı ortaya çıkarır. Tablo tamamen sosyal fobik gibi görünebilir. Ayrıca bazı sosyal fobik hastalarda panik nöbetlerinin görülmesi de bu karışıklığı artıran bir faktördür. Bu hastalarda anamnez eğer dikkatli alınırsa aradaki fark anlaşılabilir. Panik bozukluğu olan hastalarda sosyal ortamlardan kaçınma agorafobik bir nitelik gösterir. Sosyal fobide bilindiği gibi küçük düşme, rezil olma, eleştirilme korkuları kaçınma davranışına sebep olur. *Yeme bozuklukları*, *obsesif kompulsif bozukluk* gibi bir takım bozukluklarda da insanlar sahip oldukları ruhsal rahatsızlıklar anlaşılmasın diye topluluk içine girmek istemezler. Bu tür bir kaçınma davranışı gösteren hastalar ayırıcı tanıda dikkatle ele alınmalıdır. Yaşanan sosyal anksiyete tamamıyla diğer bozukluğa ait bir sebepten kaynaklanıyorsa sosyal fobi tanısı konmaz.

Sosyal fobik hastalarda ayırıcı tanıda alkolizm, benzodiazepin bağımlılığı, kafein veya uyarıcıların kullanımı, hipertiroidizm ve diğer anksiyete bozuklukları dikkatle araştırılmalıdır.

Sosyal fobinin tedavisi: Son yıllarda araştırmacılar sosyal fobinin tedavisinde pek çok ilacın etkinliğini test etmişlerdir. Bu ilaçlar, monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI), reversibil monoamin oksidaz inhibitörleri (RIMA), seçici serotonin geri alım inhibitörleri, benzodiazepinler, beta blokerler, buspiron gibi ilaçlardır.

Sosyal fobide etkinliği bilinen en eski ilaç, bir MAO inhibitörü olan fenelzindir (75 mg/gün). MAO inhibitörü olması nedeniyle uygulanmak zorunda olan diet bu ilacın kullanımını oldukça sınırlamaktadır. *Ayrıca bu ilaç ülkemizde bulunmamaktadır.* Fenelzin ile ortaya çıkan yan etkiler, yorgunluk, kabızlık, ortostatik hipotansiyon, libido azalması, ağız kuruluğu, retarde ejakülasyon, insomni, vertigo ve baş ağrısıdır. Yapılan çalışmalarda fenelzin yerine yine MAO inhibitörü olması nedeniyle önerilen ancak RIMA grubunda yer alan Moklobemid (Aurorix 450-600mg/gün) neredeyse fenelzin kadar etkili bulunmuştur. Bu ilacın yan etkileri son derece azdır ve herhangi bir diyet gerektirmemektedir. Bu ilacın kullanımı sırasında belirgin semptomatik düzelme yaşanmakta ancak kesildiğinde ise sosyal fobi belirtileri neredeyse %90 hastada tekrar ortaya çıkmaktadır.

Seçici serotonin geri alım inhibitörleri arasında Sertralin (50-200 mg/gün), Paroksetin (10-60 mg/gün), Fluoksetin (10-80 mg), Fluvoksamin (150 mg/gün) sosyal fobide etkili olduğu düşünülen diğer ilaçlardır. Son yıllarda literatürde bu bozuklukta bir serotonin noradrenalin geri alım inhibitörü (SNRI) olan Venlafaksin'in de etkili olduğuna dair bulgular yer almaktadır. Bu ilaç seçici serotonin geri alım inhibitörlerine göre daha az yan etki ortaya çıkarmaktadır. Örneğin SSRI'ların yarattığı cinsel yan etkilere sebep olmamaktadır. Fakat doza bağlı, %10 hastada görülen şiddetli olmayan kan basıncında artma takip edilmesi gereken bir yan etkidir. Bir diğer antidepresan ilaç Mirtazapin'in de (60 mg/gün) bu bozuklukta etkin olduğu bilinmektedir.

Clonozepam ve alprozolam'ın etkinliğini araştıran çalışmalarda elde edilen bulgular bu iki benzodiazepin türevi ilacın fenelzin kadar olmasa bile en az fenelzin dışında kalan diğer ilaçlar kadar etkin olduklarını göstermektedir. Diğer bir anksiyolitik ajan olan buspiron ise bu bozuklukta etkin bulunmamıştır.

Psikoterapilerin özellikle bilişsel-davranışçı tedavilerin (cognitive-behavioral-therapy, CBT) bu bozuklukta etkin olduğu bilinmektedir. Bilişsel yöntemler, korku yaratan duruma yüzleştirme (exposure) gibi davranışsal yöntemler ve sosyal beceri eğitimleri, gevşeme teknikleri hastaların ihtiyaçlarına göre tercih edilebilecek tedavi tekniklerini oluşturmaktadır. Bu tekniklerin biri veya birkaçı, haftada bir veya iki oturum olmak üzere, 10-15 hafta süreyle özellikle grup formatında uygulanırlar.

Sosyal fobik hastalarla anamnestic görüşme sırasında anksiyete yaratan durumların tam bir listesini çıkarmak sonradan bunlar üzerinde davranışçı yöntemlerle çalışmak açısından çok önemlidir. Kaçınma davranışlarının dikkatli bir tespiti bazı örtülü kaçınma davranışlarının kullanımını tedavi sırasında önleyebilmek veya ev ödevlerinin dikkatli takibi için şarttır. Örneğin yüz ve boyunda meydana gelen kızarmayı gizlemek için boğazlı kazak giyme, herkesin birbirini çok kolay göremeyeceği türden loş lokantaların yeğlenmesi, daha az eleştirel oldukları düşünülen daha düşük statüdeki insanlarla konuşma gibi davranışlar örtülü kaçınma davranışlarıdır. Sosyal fobik hastaların sosyal ortamlarla ilgili sahip oldukları inanışlar, yargılar, yorumlar ve tahminler çoğunlukla sosyal ortamlardaki anksiyetelerini artırır. Bu hastalar genellikle mükemmeliyetçidirler, kendilerini katı bir biçimde yargırlar, başkalarının kendilerini olumsuz bir biçimde yargılayacaklarını düşünürler, dikkatlerinde ve belleklerinde bir takım olumsuzlukları yakalamakta ve hatırlamakta etkili olan bir anormallikleri vardır.

Bilişsel yöntemler, bu bozuklukta hastaların anksiyete yaratan düşünce ve inanışlarına (örn. "başkaları şimdi benim kızardığımı görürlerse ne kadar zayıf bir insan olduğumu düşünürler") alternatif teşkil eden daha olumlu olasılıkların gözden geçirilmesi sayesinde etkinliklerini gösterirler. Alternatif yorumların, olasılıkların, inanışların hasta ile birlikte ele alınması olumsuz otomatik düşünce biçimlerini zaman içinde değiştirir. Hasta otomatik düşünce kalıpları üzerinde çalışmayı seanslar sırasında terapistle yaptığı tartışmalarla seanslar arasında ise kendi

ev ödevleri ve tuttuğu günlükle sürdürür. Tedavide amaç, hastaya anksiyete yaratan düşünce biçimleri ile uğraşabilmeyi öğretmektir.

Yüzleştirmeye dayalı (exposure-based) stratejiler hastayı defalarca korktuğu durumla karşı karşıya getirerek korkuyu yok etmeyi amaçlar. Baştan itibaren hasta ve tedaviçi yüzleştirme aşamalarını ortaya koyan bir tür liste geliştirirler. En kolaydan en zora kadar yüzleşilecek durumlar bu listeye dahil edilir. Yüzleştirmeler (exposure), tedavi seansları sırasında en kolaydan başlanarak role-playing ile, seanslar arasında kalan sürede ise gerçek sosyal durumların denenmesi ile gerçekleştirilir. Bilişsel stratejiler çoğunlukla bu davranışçı stratejilerle birlikte kullanılırlar.

- ❖ Abelson JL, Glitz D, Cameron OG, et al. (1991) Blunted growth hormone response to clonidine in patients with generalized anxiety disorder. Arch Gen Psychiatry. 25:141-152
- ❖ Alexander GE, Crutcher MD, DeLong MR. (1990). Basal ganglia-thalamocortical circuits: parallel substrates for motor, oculomotor, "prefrontal" and "limbic" functions. Prog. Brain Res. 85:119–146.
- ❖ American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., revised) Washington, DC
- ❖ American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4rd ed., revised) Washington, DC
- ❖ Antony MM, (1997) Assessment and Treatment of Social Phobia. Can J Psychiatry, 42:826–834
- ❖ Antony MM, Swinson RP. (1996) Anxiety disorders and their treatment: A critical review of the evidence-based literature. Health Canada. 1-101.
- ❖ Aosaki T, Graybiel AM, and Kimura M. (1994). Effects of the nigrostriatal dopamine system on acquired neural responses in the striatum of behaving monkeys. Science 265, 412–415.
- ❖ Ballenger JC. (1999) Selective serotonin reuptake inhibitors in panic disorder. Panic disorder: Clinical diagnosis, management and mechanisms (Eds. Nutt DJ, Ballenger JC, Lepine JP). Martin Dunitz Ltd. London UK. Pp159-178
- ❖ Ballenger JC: Current treatments of the anxiety disorders in adults. Biol Psychiatry 46:1579, 1999.

- ❖ Belzung C, Griebel G. (2001) Measuring normal and pathological anxiety-like behaviour in mice: a review. *Behaviour Research and Therapy* 125:141-149
- ❖ Berksun OE. (1999) Does panic disorder result from memory dysfunction? *European Psychiatry*. 14(1): 52-54
- ❖ Berrios GE. (1997) Historical aspects of obsessive-compulsive disorder. *Obsessive compulsive spectrum disorders* (eds: Den Boer JA, Westenberg HGM). Syn-thesis publishers, Amsterdam, Netherlands
- ❖ Boyer W. (1995) Serotonin uptake inhibitors are superior to imipramine and alprazolam in alleviating panic attacks: a meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacology*. 10:45-49.
- ❖ Breslau N, Klein DF. (1999) Smoking and panic attacks. *Arch Gen Psychiatry*.56:1141-1147.
- ❖ Brook JS, Cohen P, Brook DW. (1998) Longitudinal study of co-occurring psychiatric disorders and substance use. *J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry*. 37:322-330.
- ❖ Brown EJ, Heimberg RG, Juster HR (1995) Social phobia subtype and avoidant personality disorder: effect on severity of social phobia, impairment and outcome of cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 26:467-486
- ❖ Buckner RL, William M, Peterson K, Peterson SE (1999) Frontal cortex contributes to human memory formation. *Nature neuroscience* 2:4:311-314
- ❖ Curtis GC, Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, Kessler RC. (1998). Specific fears and phobias: epidemiology and classification. *Br. Journal of Psychiatry*. 173:212-217
- ❖ Curtis GC, Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, Kessler RC. (1998). Specific fears and phobias: epidemiology and classification. *Br. Journal of Psychiatry*, 173, 212-217.
- ❖ Davey GCL. (1988). Dental phobias and anxiety: evidence for conditioning processes in the acquisition and modulation of learned fear. *Behaviour Research Therapy*, 27, 51–58
- ❖ Davey GCL. (1989). UCS revaluation and conditioning models of acquired fears. *Behaviour Research & Therapy*: 28:521–528.
- ❖ Davey GCL. (1992). Classical conditioning and the acquisition of human fears and phobias: a review and synthesis of the literature. *Advances in Behaviour Research and Therapy*. 14:29–66

- ❖ Davey GCL. (1997). A conditioning model of phobias. In G. C. L. Davey (ed.) *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 301-322). Chichester: Wiley.
- ❖ Davey, G. C. L. (1997). A conditioning model of phobias. In G. C. L. Davey (ed.) *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 301-322). Chichester: Wiley.
- ❖ Dennin DS, Fresco DM, Heimberg RG, Schneier FR, Davies SO, Liebowitz MR. (2002) Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: using the libowitz social anxiety scale. *J Anxiety Disorder* 16:661-673
- ❖ American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (1994) Fourth Edition. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- ❖ Eysenck HJ. (1960). *Behaviour therapy and the neurosis*. London: Pergamon Press.
- ❖ Eysenck HJ. (1968) A theory of the incubation of anxiety/fear response. *Behaviour Research and Therapy*. 6:63-65
- ❖ Faravelli C, Paionni A. (1999) Panic disorder: clinical course, etiology and prognosis. *Panic disorder: Clinical diagnosis, management and mechanisms* (Eds. Nutt DJ, Ballenger JC, Lepine JP). Martin Dunitz Ltd. London UK. Pp25-44
- ❖ Feighner JP. (1999) Overview of antidepressants currently used to treat anxiety disorders. *J Clin Psychiatry* 60(suppl 22):18,.
- ❖ Feighner JP, Robins E, Guze SB, et al. (1972) Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry* 124:52-63
- ❖ Foa EB, Steketee G, Young MC. (1984). Agoraphobia: phenomenological aspects, associated characteristics, and theoretical consideration, *Clin Psychol Rev*, 4, 431-457.
- ❖ Freud, S. (1909). *Analysis of the phobia of a five-year-old boy* (Vol. III). New York: Basic Books.
- ❖ Gammans RE, Stringfellow JC, Hvizdos AJ, Seidehamel RJ, Cohn JB, Wilcox CS, Fabre LF, Pecknold JC, Smith NC, Rickels K. (1992) Use of buspirone in patients with generalized anxiety disorder and coexisting depressive symptoms. A meta-analysis of eight randomised controlled trails. *Neuropsychobiology* 25: 193-201.

- ❖ Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P. (1996) Anxiety, obsessive-compulsive, and dissociative disorders. Oxford Textbook of psychiatry. Third edition, Oxford university press, Oxford ,Sf.160-196
- ❖ Gelenberg AJ, et al.: Efficacy of venlafaxine extended-release capsules in nondepressed outpatients with generalized anxiety disorder. A 6-month randomized controlled trial. JAMA 283:3082, 2000.
- ❖ Graybiel AM, Rauch SL, (2000) Toward a Neurobiology of Obsessive-Compulsive Disorder. Neuron, Vol. 28:343–347
- ❖ Graybiel AM, Rauch SL. (2000) Toward a Neurobiology of bsessive-Compulsive Disorder Neuron. 28:343–347
- ❖ Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC, et al. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. J Clin Psychiatry. 1999; 60: 427-435.
- ❖ Hirschfeld RMA. (1996) Panic disorder: diagnosis, epidemiology, and clinical course. J. Clin. Psychiatry. 57(Suppl 10):3-8.
- ❖ Hirshfeld-Becker DR, Fredman SJ, Robin JA, Rosenbaum JF. (1999) The aetiology of social anxiety disorder. (eds: Westenberg HGM, den Boer JA). Syn-Thesis publisher Amsterdam, Netherlands. Pp 47-73
- ❖ Kasper S. (1998) Social phobia: the nature of the disorder. Journal of Affective Disorders 50:S 3–S 9
- ❖ Kessler RC (2002) Evidence that generalized anxiety disorder is an independent disorder. Generalized anxiety disorder: Symptomatology, pathogenesis and Management (Eds: Nutt D, Rickels K, Stein DJ). Martin Dunitz Ltd. London. UK Pp 3-11
- ❖ Kessler RC, McGonagle KA, Zhan S, et al. (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-111-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Co-morbidity Study. Arch. Gen. Psychiatry. 51:8-19
- ❖ Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 51:8-19

- ❖ Kılıç C. Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Birinci Baskı. N Erol, C Kılıç, M Ulusoy, M Keçeci, Şimşek Z (eds). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü, 1998; 87:2: 123-127
- ❖ Kjernisted K, Evans M. (2001) Generalized Anxiety Disorder: New perspectives in management. The Canadian Journal of Diagnosis. Supp. May.
- ❖ Klein DF. (1994) Testing the suffocation false alarm theory of panic disorder. Anxiety.1:144-148.
- ❖ Labar KS, Gatenby JC, Gore JC, Ledoux JE, Phelps EA. (1998) Human amygdala activation during conditioned fear acquisition and extinction: a mixed-trial fMRI study. Neuron. 20:937-945
- ❖ Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S et al. Smoking and Mental Illness: A Population-Based Prevalence Study. JAMA, November, 2000—284(20):2610-2606
- ❖ Ledoux JE, Muller J. (1997) Emotional memory and psychopathology. Phil Trans R Soc. 352:1719-1726
- ❖ LeDoux JE. (2000) Emotion circuits in the brain. Annu Rev Neurosci. 23:155-184
- ❖ Lepine JP, Pelissolo A. (1999) Epidemiology and comorbidity of social anxiety disorder. Social Anxiety Disorder (eds: Westenberg HGM, den Boer JA). Syn-Thesis publisher Amsterdam, Netherlands. Pp 29-43
- ❖ Lepine JP, Pelissolo A. (1999) Epidemiology, comorbidity and genetics of panic disorder. Panic disorder: Clinical diagnosis, management and mechanisms (Eds. Nutt DJ, Ballenger JC, Lepine JP). Martin Dunitz Ltd. London UK. Pp9-24
- ❖ Lesh KP. (2002) Gene-environment interactions in generalized anxiety disorder. Generalized anxiety disorder: Symptomatology, pathogenesis and Management (Eds: Nutt D, Rickels K, Stein DJ). Martin Dunitz Ltd. London. UK. Pp71-88
- ❖ Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ, Klein DF. (1985) Social phobia: review of a neglected anxiety disorder. Archives of General Psychiatry, 42:729-736
- ❖ Liebowitz, MR (1987) Social phobia. Modern problems in pharmacopsychiatry. 22:141-173

- ❖ Liebowitz, MR, Heimberg RG, Fresco DM, Travers J, Stein MB. (2000) Social phobia or social anxiety disorder: what's in a name ? Archives of General Psychiatry, 57:191-192
- ❖ Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA. et al (1996). Agoraphobia simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey, Arch Gen Psychiatry. 53:159-168
- ❖ Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA. et al (1996). Agoraphobia simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey, Arch Gen Psychiatry, 53, 159-168.
- ❖ Malizia AL, Nutt DJ. (1999) Brain mechanisms and circuits in panic disorder. Panic disorder: Clinical diagnosis, management and mechanisms (Eds. Nutt DJ, Ballenger JC, Lepine JP). Martin Dunitz Ltd. London UK. Pp 55-78
- ❖ Marks IM, Mathews AM. (1979). Standard self-rating for phobic patients. Behaviour Research and Therapy. 17:263–267.
- ❖ Mathew RJ, Ho BT, Francis DJ, et al.(1982) Catecholamines and anxiety. ACTA Psychiatr Scand. 65:142-147
- ❖ Mendlowicz MV and Stein MB: Quality of life in individuals with anxiety disorders. Am J Psychiatry 157:669, 2000.
- ❖ Meredith LS, Sherbourne CD, Jackson CA, et al. (1997) Treatment typically provided for comorbid anxiety disorder. Archives of Family Medicine. 6(3)231-237
- ❖ Mowrer OH. (1947). On the dual nature of learning - a reinterpretation of "conditioning" and "problem solving". Harvard Educational Review. 17:102–148.
- ❖ Mowrer OH. (1960). Learning theory and behaviour. New York: Wiley.
- ❖ Mungack DJ, Baltazar PL, DeQuattro V, et al. (1990) Generalized anxiety disorder: Some Biochemical aspects. Psychiatry Research. 32:35-43
- ❖ Muzina DJ, El-Sayegh S. (2001) Recognizing and treating social anxiety disorder. Cleveland Clinical J of Medicine. July 68(7):649-657
- ❖ Noyes R Jr, Garvey MJ, Cook B, Seuzler M. (1991) Controlled discontinuation of benzodiazepines treatment for patients with panic disorders. Am J Psychiatry. 148(4): 517-23.

- ❖ Nutt DJ. Neurobiological mechanism in generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*, 62(supp.):11:22-27
- ❖ Nutt D, Bailey JE (2002) *Neurobiology. Generalized anxiety disorder: Symptomatology, pathogenesis and Management* (Eds: Nutt D, Rickels K, Stein DJ). Martin Dunitz Ltd. London. UK. Pp59-70
- ❖ O'Hanlon JF, Vermeeren A, Uiterwijk Mir MC, Van Veggel Loe MA, Swijgman HF. (1995) Anxiolytic effects on the actual driving performance of patients and healthy volunteers in a standardized test. *Neuropsychobiology* 31:81-88.
- ❖ Peyrot M, Rubin RR. (1997) Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care*. 20(4):585-590
- ❖ Piccinelli M, Pini S, Bellantuono C, Wilkinson G. (1995) Efficacy of Drug Treatment in Obsessive-Compulsive Disorder. A meta-analytic review. *Brit J Psych*. 166:424-443.
- ❖ Ray WA, Fought RI, Decker MD. (1992) Psychoactive drugs and the risk of injurious motor vehicle crashes in elderly drivers. *Am. J. Epidemiol*. 136:873-883.
- ❖ Ray, WA, Griffin, MR, Downey W. (1989) Benzodiazepines of long and short elimination half-life and the risk of hip fracture. *JAMA*. 262: 3303-3307.
- ❖ Rickels K, Rynn M, Khalid-Khan S. (2002) Diagnosis and evaluation of generalized anxiety disorder patients. *Generalized anxiety disorder: Symptomatology, pathogenesis and Management* (Eds: Nutt D, Rickels K, Stein DJ). Martin Dunitz Ltd. London. UK Pp 27-40
- ❖ Rickels MD, Moira A, Rynn MD (2000) What is generalized anxiety disorder? *J Clin Psychiatry*. 62 (suppl-11)
- ❖ Roy-Byrne PP and Katon W: Generalized anxiety disorder in primary care: The precursor/modifier pathway to increased health care utilization. *J Clin Psychiatry* 58(suppl 3):34, 1997.
- ❖ Noyes R, Hoehn RS.(1998) *Anksiyete Bozuklukları (Çev. Editörü: Şar V.) Medikal & Paramedikal Yayıncılık. Beylerbeyi, İstanbul*
- ❖ Schneier FR, Heckelman LR, Garfinkel R, Campeas R, Fallon BA, Gitow A, Street L, Del Bene D, Liebowitz MR. (1994) Functional impairment in social phobia. *Journal of Clinical psychiatry*, 55:322-331

- ❖ Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman M. (1992) Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49:282-288
- ❖ Schweizer E and Rickels K: Strategies for treatment of generalized anxiety in the primary care setting. *J Clin Psychiatry* 58(suppl 3):27, 1997.
- ❖ Sherbourne CD, Jackson CA, Meredith LS, et al (1996) Prevalence of co-morbid anxiety disorders in primary care outpatients. *Archives of Family Medicine*. 5(1):27-34
- ❖ Soykan A. (2001) Anksiyete bozuklukları ve tedavisi. *Psikiyatriye giriş el kitabı. Girişim yayıncılık. İstanbul, Türkiye*
- ❖ Stein DJ. (2001) Comorbidity in generalized anxiety disorder: Impact and implications. *J Clin Psychiatry*, 62(supp.):11:29-34
- ❖ Stein MB, Kean YM. (2000) Disability and Quality of Life in Social Phobia: Epidemiologic Findings. *Am J Psychiatry* 157:1606–1613
- ❖ Thorn GR, Chosak A, Baker S L, Barlow DH. (1999) Psychological theories of panic disorder. *Panic disorder: Clinical diagnosis, management and mechanisms* (Eds. Nutt DJ, Ballenger JC, Lepine JP). Martin Dunitz Ltd. London UK. Pp 93-108
- ❖ Van Velzen CJM, Emmelkamp PMG, Scholing A. (2000) Generalized social phobia versus avoidant personality disorder: Differences in psychopathology, personality traits, social and occupational functioning. *J Anxiety Disorder* 14:395-411
- ❖ Watson JB, Rayner, R. (1920) Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1–14.
- ❖ Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et. Al. (1994) The crossnational epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *J. Clin. Psychiatry*. 55(suppl.3):5-10.
- ❖ White RE, Pickering A, Spathis GS. (1996) Mood disorder and chronic hypercalcemia. *J Psychosom Research*. 41(4):343-347
- ❖ White, K. & Davey, G. C. L. (1989) Sensory preconditioning and UCS inflation in human 'fear' conditioning. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 161–166.

- ❖ Witchen H.U, Zhao S, Kessler R.C, et al. (1994) DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Co-morbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry.* 51:355-64.
- ❖ Wolpe J, Lang PJ. (1964) A fear survey schedule for use in behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 27–30.
- ❖ Wolpe J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition.* Stanford university press.
- ❖ Wolpe J. (1961). The systematic desensitization treatment of neurosis. *Journal of Nervous Mental disorders*, 132, 189–203.
- ❖ Wolpe J. (1962). Isolation of a conditioning procedure as the crucial psychotherapeutic factor: a case study. *Journal of Nervous Mental disorders*, 134, 316–329.
- ❖ Wu JC, Buchsbaum MS, Hershey TG, et al. (1991) PET in generalized anxiety. *Biol Psychiatry.* 29:1181-1199
- ❖ Yerkes RM, Dodson JD. (1908) The relation of strength of stimulus to rapidity of habit formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology* 18:459-482
- ❖ Yehuda R (1999) Biological factors associated with susceptibility to post traumatic stress disorder. *Can J. Psychiatry.* 44:34-9.