

# BÖLÜM 25

## ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

M. Emin YÜKSEL<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Genellikle literatürde kabaca kaygı ve korku hissinin kolay ifade edilemez bir şekilde duyumsanmasının anksiyete olarak tanımlandığı görülmektedir. Sözlüklerde sebebi belirsiz kaygı, korku veya kuruntunun yarattığı psişik gerilim ile belirgin huzursuzluk, iç sıkıntısı durumu veya canlının içinde bulunduğu sıkıntılı duruma bağlı olarak gelişen psikonörotik bozukluk olarak da tanımlanmasının yanında bu kelime (anxiety) Latince (anx-) sıkılamak, daraltmak, boğmak anlamlarına gelen bir etimolojik kökene de sahiptir.

Anksiyetenin 19. Yüzyıla kadar tanımı yapılmamıştır. 1868’de G.M. Beard fizyolojik yetersizliklerin psikolojik sorunlara neden olduğu görüşünden yola çıkarak “Nevrasteni” terimini ortaya atmış; 1893 de Sigmund Freud anksiyetenin fiziksel ve ruhsal belirtilerinin bir arada olduğunu iddia ederek, anksiyete nevrozunu tanımlamıştır. İlk olarak DSM-III te anksiyete bozuklukları farklı birer hastalık olarak yerlerini almış ve DSM-IV te tamamen psikoanalitik kuramın etkisi tanısız sınıflandırma kitabından kaldırılmıştır.

Anksiyete otonom sinir sisteminin kontrolsüz hareketliliğine bağlı olarak somatik belirtilerin de eşlik ettiği, korku hissi ile belirginleşen patolojik bir durumdur. Titreme, ağrı, kas gerginliği, hiperventilasyon, yorgunluk, flushing ve solma, taşikardi, çarpıntı, terleme, ellerde soğuma, diyare, ağız kuruluğu, sık idrara çıkma, parestezi ve yutkunma güçlüğü gibi fiziksel; korku hissi, yoğunlaşma güçlüğü, hipervijilans, insomniya, libido azalması, boğazda düğümlenme hissi ve midede kasılma hissi gibi belirtileri vardır.<sup>1</sup>

Anksiyete bedensel bir uyarı durumudur. O, tehdidin derecesini şahsa bildiren ve tehlikeyi haber veren ağrı, mutsuzluk, muhtemel cezalandırmalar, sosyal frustasyonlar veya vücudun ihtiyaçları, sevilen kişiden ayrılma, kişinin durumuna kazanımlarına gözdağı veya birlik ve bütünlüğe olan tehditler konusunda uyarıcıdır. Bu şekilde insan yapılan tehditten korunmaya yönelik gerekli tedbirleri almaya ve bu olumsuzlukların etkisini azaltmaya gayret eder.<sup>2</sup>

1 Uzm. Dr. M. Emin YÜKSEL, S.B.Ü Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri, eminyuksel@gmail.com

Kısa zamanlı endişe ve korku, patolojik olmayan insanın bedensel ve ruhsal gelişiminde olması olağan olan bir durumdur patolojik haline baktığımızda ise Dünya Sağlık Örgütü (WHO 2017) verilerine göre; 2015 yılında dünya nüfusunun %3,6'sında anksiyete bozukluklarının olduğu görülmektedir. Ayrıca anksiyeteye dair bozukluklar kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir.<sup>3</sup>

## ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ SINIFLANDIRILMASI

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayımlanan Ruhsal Bozukluklar İçin Tanı ve İstatistik kitabının Türkçe çevirisinde (DSM-V TR) Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve akut stres bozukluğu (ASB) anksiyete bozukluğu grubundan çıkartılmıştır.

Ayrılma anksiyetesi bozukluğu, DSM 5'de anksiyete bozuklukları katagorisinde yer almıştır. Tanı alınabilmesi için 18 yaşın altında olmak gerekliliği kaldırılmış; erişkin yaşta da görülebileceği maddesi eklenmiştir. Ayrıca belirtilerin 6 aydan uzun sürmesi ölçütü getirilmiştir.

Selektif mutizme (seçici konuşmazlığa) benzer şekilde DSM-5'de anksiyete bozuklukları içinde yer verilmiştir. Özgül fobinin 18 yaşın altında 'belirtilerin süresi en az 6 aydır' ölçütü artık sosyal fobide tüm yaşlar için geçerli bir tanı kriteri halini almıştır.<sup>4</sup> Tablo 1'de DSM-5'te yer alan anksiyete bozuklukları sıralanmıştır.

**Tablo 1. DSM-5'te yer alan anksiyete bozuklukları**

1. Panik bozukluk
2. Agorafobi
3. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu
4. Seçici konuşmazlık
5. Özgül fobi
6. Sosyal anksiyete bozukluğu
7. Yaygın anksiyete bozukluğu
8. Maddenin yol açtığı anksiyete bozukluğu
9. Başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete bozukluğu
10. Tanımlanmış ve tanımlanmamış anksiyete bozukluğu

Panik atağın DSM-IV'deki ölçütleri aynı kalmış, ancak alt tipleri için anlaşılması güç olan DSM-IV terminolojisi yerini DSM-5'deki tanımlarına bırakmıştır. 18 Yaşın altında süresi en az altı aydır ölçütü sosyal fobide olduğu gibi artık tüm bütün yaşlar için geçerli bir tanı ölçütü halini almıştır.

DSM IV' den farklı olarak panik atak sadece anksiyete bozukluklarıyla sınırlı değil, bütün hastalıklarda bir gösterge olarak kullanılabilir ölçüttür denilmiştir. Panik Bozukluk ve Agorafobi hastaların bir panik bozukluk olmadan agorafobi yaşadığı fark edilerek DSM-5'de ayrılmış, iki ayrı tanı olarak kabul edilmiştir.

Agorafobi, özgül fobi, sosyal anksiyete bozukluğu tanı ölçütünde “kişi endişesinin gereksiz ve aşırı olduğunun farkındadır” ölçütü yerine; “duyulan korku ya da kaygı nesne ya da durumun gerçek anlamda yarattığı tehlikeye göre sosyal ve kültürel bağlamda orantısızdır” ölçütü getirilmiştir.<sup>5</sup>

## PANİK BOZUKLUK

Panik atağın tanımı ölmek hissiyle beraber seyreden yoğun anksiyete atağıdır. Yaşam boyu yaygınlığının görülme oranı %1-4'tür. Kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre 3 kat fazla olabilmektedir. Ortalama görülme yaşı 25'tir. DSM-5'e göre tanı koymak için tekrarlayan, beklenmedik panik ataklar varolmalıdır. Panik atak sırasında görülebilen bulgular tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Panik atak sırasında görülen bulgular

1. Çarpıntı
2. Terleme
3. Titreme
4. Nefes darlığı
5. Boğulma hissi
6. Göğüs ağrısı
7. Ürperme
8. Bulantı ya da karın ağrısı
9. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik hissi
10. Uyuşmalar
11. Gerçek dışılık hissi (derealizasyon)
12. Çıldırma korkusu
13. Ölüm korkusu

Panik atak tablo 2'de verilen bulgulardan en az dördünün eşlik ettiği, kısa süre içinde zirve noktasına ulaşan yoğun sıkıntı hissinin de olduğu bir durumdur. Pa-

nik bozukluk tanısı koyabilmek için dört hafta süresince, panik atak olmadığı dönemlerde de her an atak geçirecekmiş duygusuna sahip olması ve davranış kalıplarında değişikliğe gitme çabası ve isteği gözlemlenmelidir. Bu durum ne madde kullanım bozukluğu ne de başka ruhsal bozukluktan kaynaklanmamalıdır. Ayırıcı tanıda anemi, astım, anafilaksi gibi medikal durumlar, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, özgül ve sosyal fobiler düşünülmelidir.<sup>6</sup>

Tedavide selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ilk tercih olup, trisiklik antidepresan (TCA) ve monoaminoksidaz inhibitörleri (MAOI) de kullanılmaktadır. SSRI'ları düşük dozlarda başlanır ve ilaç etkisi en az iki ile üç haftalık dönemlerde ortaya çıkar. İlaça yanıtızlık durumunda dört ile altı haftalık kullanımdan sonra doz artışına gidilmelidir. Panik ataklara karşı kısa zamanda yanıt alınması gereken durumlarda benzodiazepin grubu ilaçlar tedaviye eklenmektedir. Farmakolojik tedaviden yarar görüldüğünde tedaviye 8-12 ay devam edilmesidir. Farmakoterapiye ek olarak bilişsel ve davranışçı terapiler gibi psikoterapiler önerilmektedir.

## AGORAFOBİ

Agorafobi, “pazar yeri korkusu” olarak Türkçeleştirilebilecek olan Yunanca “agora” kelimesinden kök alan bir sözcüktür. Güvenli olarak kabul edilen ortamlardan uzak durma, yalnız kalma ve gerektiğinde yardıma ulaşamama korkusu ile ortaya çıkan bütün korkuları tanımlamak için kullanılmaktadır. Tüm fobik durumlar içinde bireyi en çok çaresiz bırakan fobi türüdür ve bazı agorafobikler zaman içinde tamamen eve veya barındıkları kapalı mekana bağımlı bir duruma gelebilirler. Agorafobide korku veya kaygı sürekliedir. Belirtiler en az altı ay süresince mevcut olmalıdır. Bu durum ne madde kullanımına veya ne de başka bir ruhsal bozukluğa bağlı olmamalıdır.

DSM IV’de panik bozukluğun alt kategorisinde yer alsa da yapılan birçok bilimsel araştırmaya göre Agorafobi belirtileri gösteren bireylerin panik bozukluk belirtileri göstermediği gözlemlendiğinden DSM-5’te ayrı bir tanı kategorisi olarak yer almaktadır. Epidemiyolojik araştırmalarda yaşam boyu agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluk sıklığı yaklaşık 1.1% iken, panik bozukluğun eşlik etmediği agorafobi sıklığı ise 0.8% olarak saptanmıştır.<sup>7</sup>

Tedavide farmakoterapi ve psikoterapi önerilmektedir. Farmakolojik olarak benzodiazepinler, SSRI’lar, trisiklik ve tetrasiklikantidepressanlar önerilmektedir.

## AYRILMA ANKSİYETESİ BOZUKLUĞU

Ayrılma anksiyetesi bozukluğu (AAB) bireyin temel bağlanma nesnesinden veya evinden ayrı kalmaya gösterdiği aşırı korku ve kaygı durumuyla tanımlı bir psikiyatrik bozukluktur. Hayatın ilk yıllarında ortaya çıkan, normal çocukluk gelişimi sürecinde, çocukluğun 24-30'uncu aylarında nesne sürekliliğinin gelişimiyle ayrılık kaygısı azalırken; ayrılma anksiyetesi bozukluğu yaşayan bireyler kendisine veya temel bağlanma nesnesine zarar geleceğini ve bu sebeple tekrar birleşemeyeceklerini düşündüklerinden ayrılık kaygısında azalma olmaz.<sup>8</sup>

Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu DSM-5'de ilk kez anksiyete bozuklukları içerisinde yer almıştır. DSM-5'e göre ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanısı konulabilmesi için bu durumun çocuklarda en az dört hafta devam ediyor olması, yetişkinlerde ise en az altı ay devam ediyor olması gerekmektedir.

ABD' de yapılan epidemiyolojik bir araştırmada 5692 erişkin içerisinde yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğunun ömür boyu görülme oranı %6.6 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kişilerin %77.5'i ayrılık anksiyetesi belirtilerinin yetişkinlik döneminde meydana geldiğini ifade etmişlerdir. Araştırmada çocukluk dönemi anksiyetesinin erken çocukluk sürecinde ortaya çıktığı, çocukluk döneminden yetişkinlik sürecine kadar devam ettiği ifade edilmiştir. Araştırmada ayrılma anksiyetesinin 10 yaş civarında meydana geldiği, yetişkinlik döneminde başlayan ayrılık anksiyetesinin ise 20'li yaşlarda görüldüğü belirtilmiştir.<sup>9</sup>

Ayrılık anksiyetesi bozukluğunun nedenselliğine dair gerçekleştirilen araştırmaların sonuçları kesin neticeler vermese de nevrozizm ile alakalı olduğuna dair kanıtlar ortaya koymuşlardır. Aynı araştırmalar sonucunda ayrılık anksiyeteli nevrozizm vakalarında kaygı ve duygudurum farklılaşmalarının genetik bir temeli olduğu belirtilmiştir; bu genetik temelin özellikle de kadınlarda daha fazla olduğu yine aynı araştırmalar sonucu söylenmektedir. Araştırmalarda yetişkin ayrılık anksiyetesi bozukluğunun sosyoekonomik durum ve yakın olunan kişiden ayrılma ile alakalı olduğu ifade edilmiştir; bu durumun bireyin işlevselliğini azlattığını ve yaşam kalitesi düşürdüğü görülmüştür. Ayrılık anksiyetesi bozukluğunun görülme oranı ergen bireylerde daha az olmaktadır; çocuklarda ise oran % 3 ile 4 arasında değişmektedir. Okula giden ve gitmeyen çocuklar arasında farklılıklar olmakla birlikte okul döneminde olan çocuklarda oran %15 civarındadır.<sup>10</sup>

**Tablo 3. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanı ölçütleri**

Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, kişinin evden ya da bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla ilgili, gelişimsel olarak uygunsuz ve aşırı anksiyetesinin olması veya korku duyulması:

1. Evden yahut bağlandığı kişilerden ayrılacak gibi olduğunda veya ayrıldığında aşırı kaygı duyma.

2. Bağlandığı başlıca kişileri yitireceği veya kişilerin başına kötü bir olay gelmesiyle ilgili olarak yoğun biçimde tasalanma.

3. Beklenmedik kötü bir olayın, bağlandığı kişilerden ayrılmasına sebep olacağına dair yoğun kaygı.

4. Ayrılma kaygısı dolayısıyla evden uzaklaşması gerek durumlardan kaçınma davranımı, okula veya işe gitmeme.

5. Evde yahut evin dışında yalnız olmaktan veya bağlı olduğu kişilerden ayrı olmaktan, devamlı yoğun korku duyma ya da isteksizlik.

6. Bağlandığı kişiler yanında olmadan ya da evin dışında uyumayı reddetme veya uyumak konusunda isteksizlik gösterme.

7. Ayrılma hakkında yenileyen kâbus görme.

8. Bağlı olduğu kişilerden ayrılma durumunda yahut ayrılmaya dair işaretler belirdiğinde tekrarlanan fiziksel belirtilerin oluşması (karın ağrıları, baş ağrıları, kusma, bulantı).

Tablo 3’de verilen ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanı ölçütlerinden en az üçünün olmasının yanında çocuk ve ergenler de belirtilerin en az dört hafta, yetişkinlerde ise altı ay ya da daha uzun devam etmesi gerekir. Klinik açıdan gözle görülür bir sıkıntıya veya sosyal, mesleki ve akademik işlevsellik kaybına neden olur; yaygın anksiyete bozukluğuyla, agorafobiyle, otizmle, psikozla, veya hastalık kaygısı bozukluğu gibi diğer ruhsal bozukluklarla açıklanamaz.

Tedavisinde farmakoterapi ve psikoterapiler birlikteliği önerilmekle birlikte psikososyal müdahaleler ve destekler de önem arz etmektedir.

## **ÖZGÜL FOBİ**

Özgül fobi, genellikle bir nesne veya duruma karşı tekrarlayan inatçı korku olarak tanımlanmaktadır. Görülme oranı kadınlarda %14-16 iken erkeklerde bu oran %5-7’dir. DSM-5 farklı özgül fobi tiplerini içermektedir: Hayvan tipi (örümcek, böcek, köpek); doğal çevre tipi (yükseklik, fırtına, su); kan – enjeksiyon – yaralanma tipi (iğne, tıbbi girişimler); durumsal tip (uçak, asansör) ve diğer tip (yüksek sesler, özel giysili kişiler gibi). DSM-5’e göre fobi kaynağı figür veya hal, neredeyse

her zaman korku ya da kaygı oluşturur. Özgül fobinin tanı ölçütü en az alt boyunca devam eden korku, endişe veya kaçınma olmasıdır. Özgül fobi işlevselliği azaltmakta ve sekteye uğratmaktadır.<sup>11</sup>

Özgül fobi ayırıcı tanısında çekingen kişilik bozukluğu, panik bozukluk ve agorafobi dikkate alınmalıdır. Diğer taraftan madde kullanım bozukluğu, merkezi sinir sistemi tümörleri ve serebrovasküler hastalık gibi organik tıbbi durumların özgül fobi gelişimine neden olabileceği unutulmamalıdır.

Tedavisinde bilişsel davranışçı terapi, içgörü yönelimli terapi, farmakoterapi ön plandadır. Tedavinin temel ilkesi korkulan duruma maruziyet olmalıdır. Korkulan durumla birlikte panik atak görüldüğünde beta adrenerjik reseptör antagonistleri veya benzodiazepinler kullanılabilir. Farmakoterapi ile psikoterapinin birlikte kullanımı da etkili olabilmektedir.

## SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU

Sosyal anksiyete bozukluğu kişinin diğer insanlar tarafından negatif algılanacağını düşündüğü davranışlardan kaçınması; küçümseneceği veya komik duruma düşeceği şekilde hareket etmekten, diğer kişiler tarafından eleştirilmek veya küçük düşürülmekten korkması şeklinde açıklanmıştır. Aşağıda Tablo 4’de DSM-5’te yer alan Sosyal Anksiyete Bozukluğu tanı ölçütleri sıralanmıştır.

**Tablo 4. DSM-5’te yer alan Sosyal Anksiyete Bozukluğu tanı ölçütleri**

- Kişi başkalarınınca değerlendirilebileceği sosyal durumlarda belirgin korku veya kaygı duymaktadır.
- Kişi olumsuz olarak değerlendirilebilecek şekilde davranmaktan veya kaygı duyduğunun anlaşılmasından korku veya kaygı duymaktadır.
- Söz konusu durumlar neredeyse sürekli kaygı veya korkuya neden olmaktadır.
- Kişi bu durumlardan kaçınmakta veya çok sıkıntı duyarak bu durumlara katlanmaktadır.
- Duyduğu korku ve kaygı sosyokültürel bağlamda orantısız olmaktadır.
- Bu bozukluk süregelen şekilde en az 6 aylık bir süre devam etmektedir.
- Bu durum başka bir ruhsal hastalık veya madde kullanımına bağlanmamaktadır.

Sosyal anksiyete bozukluğu genellikle çocukluk ve erken ergenlik döneminde başlar. Remisyona giren hastalar olsa da ileriye dönük olarak yapılan çalışmalar hastalığın kronik olduğunu göstermektedir. Sosyal anksiyete bozukluğunun ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulması gerekenler ise major depresif bozukluk, panik bozukluk, çekingen kişilik bozukluğu, agorafobidir. Agorafobisi olan hastaların tersine yalnız kalmaları sosyal anksiyete bozukluğu tanılı hastaların kaygılarının azalmasına neden olmaktadır. Panik bozukluk tanılı hastalarda nefes alamama, baş dönmesi, boğulma hissi, ölüm korkusu sık görülürken, sosyal anksiyete bozukluğu tanılı hastalar sıklıkla yüz kızarması, kas seğirmesi ve bunların çevrelerindeki insanlar tarafından fark edileceği kaygısını taşırlar.

Tedavisinde farmakoterapi ve psikoterapi birlikteliği önerilmekte; farmakolojik olarak ise benzodiazepinler, SSRI'ler, trisiklik ve tetrasiklikantidepressanlar önerilmektedir.

## **YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU**

Yaygın anksiyete bozukluğu bir nesne veya bir düşünceden bağımsız olup kişide sürekli ruhsal ve bedensel bunalıtı semptomlarıyla görülen bir rahatsızlıktır. Kişi yaşadığı durumu her an kötü bir şey olacakmış gibi bir tehlike varmış gibi sebebi bilinmeyen bir huzursuzluk hissi ve düşünceleriyle açıklamaya çalışır.

Yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığını gösteren çalışmalar şu şekildedir: Epidemioic Catchment Area (ECA) çalışması sonucunda bir yıllık yaygın anksiyete bozukluğu prevalansını %3.8 olarak; eşlik eden depresyon ve panik bozukluğu olmadığında %2.7 ve diğer tüm hastalıkların dışlandığı durumlarda ise %1.7 saptanmış; yaşam boyu yaygın anksiyete bozukluğu prevalansının %4.1-6.6 arasında olduğunu bildirilmiştir. Türkiye'de Sivas il merkezindeki DSM-III-R yaygın anksiyete bozukluğu tanı ölçütleri ile yapılan çalışmanın sonuçlarına göre; yaşam boyu yaygınlığı ise %12,1 Sağlık Bakanlığımızın ICD-10 ölçütlerine göre yaptığı çalışmada ise bir yıllık yaygınlığı %0,7 oranında bulunmuştur. Avustralya'da yapılan bir epidemiyolojik çalışmada, boşanmış veya dul, eğitimsiz ve işsiz kişilerde yaygın anksiyete bozukluğu sıklığının daha yüksek olduğu, başka bir çalışmada ortalama yaygınlığın %5,8 birinci basamak hekimlerin yaygın anksiyete bozukluğu ile karşılaşma sıklığı ise %8 oranında olduğu bildirilmiştir.<sup>12</sup>

Yaygın anksiyete bozukluğunda ortaya çıkan duyguları araştıran bir çalışmada, yaygın anksiyete bozukluğu olan kişilerde olmayan kişilere göre negatif duygusalık içerisinde oldukları ve bunu negatif sözcüklerle daha fazla dile getirdikleri görülmüştür. Yaygın anksiyete bozukluğuna sahip olan kişiler, hislerini açıklamada, betimlemede, ifade etmekte zorluk çekmektedirler. Yaygın anksiyete bozukluğuna



sahip kişiler ruhsal deneyimlere de negatif reaksiyonlar gösterirler, hissettiklerinin sonuçlarının felakete sonuçlanacağını düşündüklerini ifade etmişler; bu negatif hislerin oluşmasından sonraki süreçlerde kendi kendilerini sakinleştirmekte de zorlandıklarını ifade etmişlerdir.<sup>13</sup>

Yaygın anksiyete bozukluğunun görülme sıklığı kadınlarda erkeklere oranla iki kat fazla olabilmektedir. İlk görülme dönemi genellikle geç ergenlik ve de erken erişkinlik dönemlerinde olmakta; nedenselliğine bakılınca biyolojik etkenler ve psikososyal etkenler birlikte yer aldığı görülmektedir.

Aşağıda tablo 5’de DSM-5’te yaygın anksiyete bozukluğunda görülen bulgular bakıldığında yaygın anksiyete bozukluğu olan bireylerde odaklanma problemi, uyku sorunu ve sıkıntı şikâyetidir. Bir hekime gidildiğinde genel olarak yakınmaları nefes alıp verme de zorlanma, terleme, kalp çarpıntısı gibi bedensel yakınmalardır. Bedensel sıkıntılar kaygının neden olduğu otonomik disfonksiyonla ilgilidir. Bu bozukluğa sahip olan kişiler, bu durumlarla kendi kendilerine baş etmeye çabalarlar, başarısız olduklarında ise ruh sağlığı profesyonellerinden destek almaya çalışırlar.

**Tablo 5. DSM-5’te Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Görülen Bulgular**

1. En az 6 aylık bir sürede günlük olay ve etkinliklerin çoğu hakkında aşırı bir kaygı olması.

2. Kişi anksiyetesini denetim altına almakta güçlük çeker.

3. Endişeye aşağıdaki bulgulardan en az 3 tanesi eşlik etmelidir:

• Huzursuzluk

• Kolay yorulma

• Odaklanamama

• İrritabilite

• Kas gerginliği

• Uyku bozukluğu

4. Bu durum sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında soruna yol açar.

5. Bu durum madde kullanımı veya başka bir maddenin kötüye kullanımına bağlanamaz.

Tedavisinde psikoterapiler ve farmakoterapinin etkinliği vardır. Tedavinin uzun süreli olmasından kaynaklı olarak tedavi planı dikkatlice yapılmalı ve hasta bilgilendirilmelidir. Farmakolojik olarak benzodiazepinler, SSRI, buspiron ve venlafaksin kullanılır. Yaygın anksiyete bozukluğu semptomları için venlafaksin iyi bir seçenek olarak görülmektedir. Ayrıca yaygın anksiyete bozukluğunda faydası kanıtlanmış diğer ilaçlar beta adrenerjik reseptör antagonistleri ve TAD'lerdir.

## **MADDENİN YOL AÇTIĞI ANKSİYETE BOZUKLUĞU**

Madde ile ilişkili anksiyete bozukluğu keyif verici veya uyarıcı maddelerin yanında reçetelenen ilaçların kötüye kullanımı sonucu da görülebilir. Amfetamin, kokain, kafein gibi sempatomimetikler ile serotonerjik ilaçların kullanımı, akut ve kronik anksiyeteye sebep olabilir.

Semptomlar madde kullanımı esnasında veya madde kullanımını terketmeyi takiben dört hafta içerisinde ortaya çıkmış olmalıdır. Madde ile ilişkili anksiyete bozukluğuna eşlik eden klinik belirtiler, kullanılan maddenin özelliğine göre değişmektedir. Psikostimülanların seyrek kullanımı dahi anksiyeteye sebep olmaktadır.

Bağımlı bireylerin anksiyete düzeyinin sağlıklı yaşlılarına göre yüksek çıkmasının nedenleri araştırıldığında bireyin madde kullanımını bırakma ya da sadece dozu azaltma girişiminin bile anksiyeteye sebep olduğu görülmüştür. Kullanılan maddenin bırakılması, korku hissine ve de beraberinde anksiyeteye yol açmaktadır. Bu korku ve anksiyetenin nedeni maddeyi bırakma ile ilgili yanlış inanışlar ve maddesiz bir yaşamın gerektirdikleri ile başa çıkma endişesidir. Başa çıkma becerilerinin zayıflığının bağımlı bireylerde anksiyete düzeyinin artmasına zemin hazırladığı düşünülmektedir.<sup>14</sup>

Tedavisinde anksiyete neden olan maddenin kesilmesi büyük önem arz etmektedir.

## **SEÇİCİ KONUŞMAZLIK (MUTİZM)**

DSM-5'e göre konuşmanın beklendiği özgül sosyal durumlarda konuşmama ile giden bir anksiyete bozukluğudur. Konuşma yeteneğinde herhangi bir problem olmamasına rağmen konuşmanın olması gereken ortam veya zamanlarda konuşmama veya konuşmama şeklinde açıklanmaktadır.<sup>15</sup>

İki ile dört yaş arasında aile daha sonrasında ise okulda öğretmenler tarafından farkedilen bir anksiyete bozukluğudur. Tedavisinde farmakoterapi ve psikoterapi (aile terapisi, oyun terapisi vb) yer almakla birlikte tedavinin temel hedefi kişinin anksiyetesini azaltmak, özgüven ve benlik saygısının yükseltmek ve sosyal etkileşimler içerisindeyken rahatlamasını sağlamaktır.

## SONUÇ

Anksiyete somatik semptomların eşlik ettiği, kaygı ve korku hissi ile belirginleşen patolojik bir durumdur. Anksiyete bozukluklarının oluşmasında; kişinin yaşamı için gerekli kaygı ve korku düzeyininin bozunuma uğrayarak patolojik bir hal almasına sebep olan sosyoekonomik ve psikososyal faktörler daha fazla araştırılması gereken konular olarak öne çıkmaktadır. Anksiyete bozuklukları DSM-5'te yer alan tanı ölçütleri çerçevesinde değerlendirildiğinde kadın nüfusta fazla olmakla birlikte yaygınlığı %1-16 arasında değişmektedir. Panik bozukluk, agorafobi, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, seçici konuşmazlık, özgül fobi, sosyal anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, maddenin yol açtığı anksiyete bozukluğu ,başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete bozukluğu, tanımlanmış ve tanımlanmamış anksiyete bozukluğu tedavisinde farmakoterapi ve psikoterapi birlikteliği kullanılır.

## KAYNAKLAR

1. Sadock BJ,Sadock VA, Kaplan And Saddock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry Çeviri Editörleri:Aydın H,Bozkurt A. Sekizinci Baskı Günes Kitabevleri İstanbul Sy:1559-1800
2. Tahir Ö, Anksiyete Bozuklukları Ve Tedavisi, Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları No: 2
3. Aaron B, Gary E, Anksiyete Bozuklukları Ve Fobiler: Bilişsel Perspektif, Litera Yayıncılık, İstanbul, 2015, S.32-36.
4. Ertuğrul K, Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 5. Baskı, 2013, S.172.
5. E, Senem B, Merve G, Gül K Çocuk Ve Ergen Psikiyatrisinde DSM 5'teki Yenilikler. Psikoloji Araştırmaları 2. Sayı 2014 Kasım
6. Lut T, Mehmet ED, Bütüncül Tıp: Birinci Basamakta Ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı-Tedavi, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri (2019)
7. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE. The Epidemiology Of Panic Attacks, Panic Disorder, And Agoraphobia In The National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2006; 63(4):415-424.
8. Beidel DC, Turner SM. Childhood Anxiety Disorder: A Guide To Research And Treatment. Newyork: Taylor & Francis; 2005. P. 188.
9. Katherina MS, Screening For Complicated Grief Among Project Liberty Service Recipients 18 Months After September , 11, 2006, S.1291-1297
10. Benjamin BL, Public Health Significance Pf Neuroticim, American Psychology, 64, 2009, S.241-256.
11. Cecilia AE, Frequency Comorbidity And Psychosocial Impairment Of Specific Phobia In Adolescents, Journal Of Clinical Child And Adolescent Psychology, 2000, S.221-231
12. Orhan Öztürk ve Aylin Uluşahin, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları2, Nobel Tıp Kitapları, İstanbul, 2014
13. Douglas S. Mennin Vd., Preliminary Evidence For An Emotion Dysregulation Model Of Generalized Anxiety Disorder, Behavior Research And Therapy, 43, 2005, S.1281-1310
14. Rüstem M, Ebru KM, Caner M, Arzu Ç, Arzu RÖ, Bağımlılık Dergisi, Journal of Dependence 2020; 21(4):308-316
15. İpek P, Utku Y, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi/Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health, 2014, s.123 – 130.