

# BİRİNCİ BASAMAKTA ANKSİYETE BOZUKLUKLARI YÖNETİMİ

**A. Burak UYGUR<sup>1</sup>**

## GİRİŞ

Anksiyete bedensel belirtilerin de var olduğu sebebi belli olmayan bir korku hali olarak tanımlanabilir. Psikanalitik yapısal varsayıma göre anksiyete, benlik, altbenlik ve üst benlik arasındaki çatışmalardan kaynaklanmaktadır (1).

Anksiyete her zaman patolojik olmayabilir. Ne zaman ki, kişinin toplumsal, işle ilgili ve ailevi hayatını etkilemeye başlamışsa, kişilerarası ilişkilerinde zorluk oluşturuyorsa, gün içerisinde aşırı zamanını alıyor ve kişi bu duygulanımı ile baş etmekte zorlanıyor ve bu durum en az 6 aydır devam ediyorsa; kişide anksiyete bozukluğu olma olasılığı oldukça yüksektir (2).

Anksiyete bozukluklarının dünyadaki prevalansı %7.3 civarındadır (3). Sağlık Bakanlığı tarafından ülkemizde yapılan bir çalışmada, Anksiyete Bozukluklarının 12 aylık yaygınlığı %6.7 olarak belirlenmiştir (4). Bir anksiyete bozukluğu olan hastaların büyük bir kısmında başka bir anksiyete bozukluğu daha bulunur. Anksiyete ve duygudurum bozukluğu olan hastaların yarısından çoğunda bu iki bozukluk birlikte görülmektedir (5).

## TANI

Anksiyete Bozukluklarında tanı, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-DSM'ye göre konulmaktadır (6). "Özgül Fobi, Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi), Panik Bozukluk, Yaygın Anksiyete Bozukluğu" toplumda en sık görülen anksiyete bozukluklarıdır (7).

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), DSM'nin son versiyonunda "anksiyete bozuklukları" başlığı altından çıkarılmış ve bu tanımlara "diğer bölümler" arasında yer verilmiştir (6).

Hastaların yarısından çoğunda anksiyete bozukluğu, çocukluk ve genç erişkinlik dönemlerinde başlamaktadır (8-11). Çoğu vakada aşırı kırılğan, utangaç, eleştiriye aşırı duyarlı, kendine güveni az olan, çekingen ve bağımlı kişilik özellikleri gözlenmektedir. Anksiyete bozukluklarının etyolojisinde özellikle yaşamın ilk yıllarındaki yaşam olaylarını da içeren psikososyal faktörler ile genetik yatkınlığın etkileşimi yer almaktadır (12).

Anksiyete bozukluklarının seyri, hastalar arasında büyük farklılıklar gösterebilmektedir. Anksiyete bozukluklarının seyrini olumsuz etkileyen etmenler tablo 1' de gösterilmektedir (1).

**Tablo 1: Anksiyete (Kaygı) Bozukluklarının Seyri- ni Olumsuz Etkileyen Etmenler**

Depresyon ek tanısı olması
Kişilik Bozukluğu ek tanısı olması
Belirtilerin şiddetli olması
Nevrotiklik düzeyinin yüksek olması
Sosyal uyumun zayıf olması
Düşük sosyo ekonomik düzey
Süreğen aile içi sorunlar
İşsizlik
Alkol ve madde kullanım bozukluğunun eşlik etmesi
Tedavinin gecikmesi
Kadın cinsiyet (Kadınlarda yinelemeler daha sık.)

<sup>1</sup> Dr. Öğretim Üyesi, Alanya Alaattin Keykubat Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, burak.uygur@alanya.edu.tr

da, ikinci basamak ilaçlardan Buspiron ile ek güçlendirme tedavisi uygulanabilir.

**Buspiron:** 10 mg/gün dozunda başlanabilir ve 10 günde bir, 10 mg. artışlarla maksimum 60 mg/gün dozuna kadar çıkılabilir. Bu oranda titrasyonla buspiron genellikle iyi tolere edilir. İlaç etkisiz olduğu sonucuna varmadan önce maksimum tolere edilen dozda dört ile altı haftalık bir deneme yapılmalıdır.

### Tedaviye Yanıt Yok ise-

Hasta, SSRI veya SNRI ile maksimum tolere edilen dozda dört ile altı hafta tedaviyi kullanmasına rağmen, herhangi bir iyileşme belirtisi göstermezse; ilacın kademeli şekilde kesilmesi gerekir.

Yukarıda açıklanan doz ve titrasyon prensiplerini kullanarak başka bir SSRI veya SNRI ilaç denenmelidir. Klinik deneyimlerimiz, bir SSRI veya SNRI tedaviye yetersiz yanıt alınması durumunda ikinci bir SSRI veya SNRI tedavisinin başarısızlığını öngörmemektedir.

## ANKSİYETE BOZUKLUĞUNDA NE ZAMAN BENZODİAZEPİN KULLANILIR?

### BENZODİAZEPİN KULLANIMI:

Tedaviye kısmi yanıt veren, alkol-madde kullanım bozukluğu tanısı olmayan ve çok az depresif belirtileri olan hastalarda düşük dozlu bir benzodiazepin (Ör: Lorazepam Bölünmüş dozlarda 1-2 mg/gün) ek tedavi veya monoterapi olarak başlanabilir.

Benzodiazepinler, anksiyete bozukluğunun duygusal ve somatik semptomlarını dakikalar ile saatler içinde azaltabilir (27). Bağımlılık ve tolerans riskleri ile ilgili endişeler kullanımlarını sınırlandırmıştır (28). Diğer yan etkiler arasında; psikomotor performans azalması, amnezi, uzun süreli tedaviden sonra geri çekilme semptomları ve kısa süreli tedaviden sonra geri tepme (rebound) kaygısı bulunmaktadır (29).

### SONUÇ:

Anksiyete Bozuklukları, SSRI ve SNRI grubu ilaçlar ile oldukça yüz güldüren bir şekilde tedavi edilebilmektedir.

Anksiyete Bozukluğunda SSRI ve SNRI'lar arasında seçim yapılırken, hastaya özel düşünülmeli

ve hastanın önceki tedavilere verdiği yanıt, ilacın yan etki spektrumu, hastanın kullandığı diğer ilaçlar ile olan etkileşimi ve uygun koşullarda hastanın seçimi de dikkate alınarak karar verilmelidir.

Psikoterapi uygulanması açısından uygun olan hastalarda, psikoanalitik terapi, bilişsel davranışçı terapi, kabul ve kararlılık terapisi ve destekleyici terapi, psikoterapi yöntemlerinden de yararlanılabilir.

**Anahtar kelimeler:** Birinci basamak, anksiyete, anksiyete bozuklukları, tedavi, farmakoterapi.

### Kaynaklar

1. Öztürk O, Uluşahin A, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I-II, Yenilenmiş 11. Baskı, Ankara 2011.
2. Anksiyete Bozukluklarına Yaklaşım, TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2003; 12: 286-288.
3. Michael T, Zetsche U, Margraf J (2007) Epidemiology of Anxiety Disorders. Psychiatry 6: 136-142.
4. Kılıç C (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiştirimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları: Ankara, TC Sağlık Bakanlığı.
5. Stein DJ, Scott KM, Jonge P, Kessler RC, Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. Dialogues Clin Neurosci 2017; 19: 127-35.
6. Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014, Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM5), Tanı ölçütleri Başvuru El kitabından, Ertuğrul Köroğlu (Çev.ed.) Basım yeri: Hekimler Yayın Birliği, Ankara
7. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D, Treatment of anxiety disorders. Dialogues Clin Neurosci 2017; 19: 93-106.
8. Lieb R, Becker E, Altamura C. The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. Eur Neuro psychopharmacol 2005; 15:445.
9. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 51:8.
10. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62:593.
11. Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW, et al. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. Am J Psychiatry 2005; 162:1179.
12. Thibaut F, Anxiety disorders: a review of current literature. Dialogues Clin Neurosci 2017; 19: 87-88.
13. Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR) (Çev. ed.: E Köroğlu). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2002.
14. Weissman WW, Bland RC ve ark. (1997) The cross-national epidemiology of panic disorder. Arch Gen Psychiatry 54: 305-309.

15. Mahe V, Balogh A. Long-term pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2000; 15:99.
16. Rickels K, Zaninelli R, McCafferty J, et al. Paroxetine treatment of generalized anxiety disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2003; 160:749.
17. Stocchi F, Nordera G, Jokinen RH, et al. Efficacy and tolerability of paroxetine for the long-term treatment of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:250.
18. Brawman-Mintzer O, Knapp RG, Rynn M, et al. Sertraline treatment for generalized anxiety disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 2006 67:874.
19. Dahl AA, Ravindran A, Allgulander C, et al. Sertraline in generalized anxiety disorder: efficacy in treating the psychic and somatic anxiety factors. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111:429.
20. Davidson JR, Bose A, Korotzer A, Zheng H. Escitalopram in the treatment of generalized anxiety disorder: double-blind, placebo controlled, flexible-dose study. *Depress Anxiety* 2004; 19:234.
21. Davidson JR, Bose A, Wang Q. Safety and efficacy of escitalopram in the long-term treatment of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:1441.
22. Goodman WK, Bose A, Wang Q. Treatment of generalized anxiety disorder with escitalopram: pooled results from double-blind, placebo-controlled trials. *J Affect Disord* 2005; 87:161.
23. Kapczinski F, Lima MS, Souza JS, Schmitt R. Antidepressants for generalized anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; :CD003592.
24. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP), "Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders, First Revision," *World J Biol Psychiatry*. 2008; 9(4):248-312.
25. Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and post traumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiat Clin*, 2012; 16:77.
25. Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and post traumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiat Clin*, 2012; 16:77.
26. Gelenberg AJ, Lydiard RB, Rudolph RL, et al. Efficacy of venlafaxine extended-release capsules in non depressed out patients with generalized anxiety disorder: A 6-month randomized controlled trial. *JAMA* 2000; 283:3082.
27. Davidson JR. Pharmacotherapy of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 Suppl 11:46.
28. Allgulander C, Bandelow B, Hollander E, et al. WCA recommendations for the long-term treatment of generalized anxiety disorder. *CNS Spectr* 2003; 8:53.
29. Rickels K, Lucki I, Schweizer E, et al. Psycho motor performance of long-term benzodiazepine users before, during, and after benzodiazepine discontinuation. *J Clin Psychopharmacol* 1999; 19:107.