



ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

ANXIETY DISORDERS

Volkan Topçuoğlu¹

¹Istanbul, Türkiye

Anksiyete, bir yaşam olayı tehlikeli olarak değerlendirildiğinde ortaya çıkan duygudur (Andrews, 2003). Kişi, karşılaştığı yaşam olayını “bu durum benim için tehlikeli” şeklinde değerlendirdiğinde bir aşırı uyarılma durumu gerçekleşir. Bu değerlendirme bilinçli ya da bilinçdışı zihinsel süreçlerle gerçekleşebilir. Ayrıca, gerçek yaşam olayları dışında kişinin zihninde canlandırdığı bir uyarıcı da tehlikeli olarak yorumlanabilir. Aşırı uyarılma durumu savaş ya da kaç olarak da adlandırılan savunma yanıtına yol açar. Böylelikle anksiyetenin fiziksel belirtileri ortaya çıkar. Çarpıntı, ağız kuruması, mide şikayetleri, nefes darlığı, göğüs ağrısı, titreme, uyuşma, karıncalanma, baş dönmesi, sersemlik görülebilir. Seçici dikkatteki artışla bu belirtiler daha fazla algılanır. Kişide tehdit altında olduğu düşüncesi şiddetlenir. Fiziksel belirtiler kalp krizi, felç, boğulma, ölüm, aklını yitirme yani bir felaket olarak yorumlanırsa tehlike algısı daha da artar ve belirtilerde artış olur (Wells, 1998).

DSM-5 tanı sisteminde Anksiyete ve İlişkili Bozukluklar bölümünde yer alan anksiyete bozuklukları Panik Bozukluğu, Agorafobi, Özgül Fobiler, Sosyal Fobi ya da Sosyal Anksiyete Bozukluğu, Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğudur (DSM-IV). Obsesif Kompulsif Bozukluk, Akut Stres Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu anksiyete bozuklukları grubundan çıkarılmış olsalar da anksiyete bozukluklarıyla benzer özellikler gösterirler.

Panik Bozuklukta başlangıçta aniden ve beklenmedik gelen tekrarlayıcı panik atakları olur. Panik atak sırasında yoğun bir korku vardır. Baş dönmesi, bayılma hissi, nefessiz kalma, boğulma hissi, çarpıntı, terleme, titreme ve başka şikayetler yaşanabilir. Ölüm, çıldırma, kontrolünü kaybetme korkusu olur. Atak belli bir süre sonra azalarak geçer ancak kişi ataktan sonra başka ataklar yaşayacağına dair endişeli bir

beklentiye girer veya atakların sonuçlarından endişe duymaya başlar. Daha sonra, bir atak gelmesi durumunda kaçmanın zor olacağı ya da yardım alamayacağını düşündüğü yerlere gitmekten kaçınmaya başlar. Asansöre, otobüse, uçağa binmeyebilir, tek başına seyahat etmeyebilir, evden çıkmayabilir ya da ancak biri ona eşlik ederse çıkabilir. Panik bozuklukta görülebilen bazı yer ve durumlardan aşırı korku ya da kaçınma agorafobi olarak adlandırılır. Agorafobi genelde panik ataklara ikincil olarak gelişir ve bir süredir panik atakları olan çoğu hastada görülür. Agorafobi bazı yer ve durumlardan aşırı korkmaktan ziyade buralarda panik atak geçirme korkusudur (DSM-IV).

Özgül Fobide bazı nesnelere ve durumlardan aşırı bir korku ve kaçınma vardır. Örnek olarak hayvanlar (köpekler, böcekler), uçak, asansör, kapalı yerler, toplu taşıma araçları, yüksek yerler, su ve kan fobisi verilebilir. Korkular önemli ölçüde sıkıntı kaynağı olduğunda ya da kişinin işlevselliğini belirgin şekilde etkilediğinde özgül fobi tanısı konur. Tek başına özgül fobilerle tedaviye baş vuranların sayısı yüksek değildir, bunun nedenlerinden biri kişilerin korktukları nesnelere kaçınarak yaşamaya alışmaları olabilir. Kan-enjeksiyon-yara fobisi olan bireyler kan aldırıktan, hastaneye gitmekten kaçınabilir ve sonuçta sağlıkları olumsuz etkilenebilir (DSM-IV).

Sosyal Anksiyete Bozukluğunda etkileşim ya da performans gerektiren durumlarda aşırı korku ve kaçınma ortaya çıkar. Kişinin korkusunun odağı başkaları tarafından eleştirilme, olumsuz değerlendirilme, kendini mahcup durma düşürecek, rezil edecek bir eylemde bulunmadır. Bu bozuklukta özellikle yüz kızarması, terleme ya da el titremesinden, bu belirtilerin başkaları tarafından görülmesinden yani anksiyeteli görünmekten rahatsız olunur. Toplulukta konuşma başlatma ya da konuşmayı sürdürme ya da işte bir sunum yapma bu kişilerde

ciddi sıkıntıya neden olur. Bu durumlardan genelde kaçınılır. Bunun sonucunda sosyal, iş ve akademik alanlarda sıkıntılar ve kayıplar yaşanılır. Bazen sosyal bir etkileşimin ardından sosyal fobisi olan bireyler olay, kendileri ve çevreleri hakkında ruminatif değerlendirmeler yaparlar ve utanç, pişmanlık ve mutsuzluk yaşarlar. Sosyal fobide çoğunlukla benlik saygısında düşme vardır (DSM-IV).

Yaygın Anksiyete Bozukluğunda olan hastalar çeşit konularda uzun süreden beri endişelidirler. Anksiyetenin kaynağı aşırı kaygılardır. Çoğunlukla günlük sorunlar hakkında kaygılanılır. Kaygıya sinirlilik, gerginlik, huzursuzluk, tedirginlik, diken üstünde olma, uyuyamama, yorgunluk ve dikkati toplayamama eşlik edebilir. Yaygın Anksiyete Bozukluğunda hastanın kaygılanması aslında ileride karşılaşılabileceği sorunlara çözüm bulma çabasıdır ancak bu gerçekleştirilemez. Kaygısını kontrol etmekte zorlanır ve kaygıdan kaygılanmaya başlar. Kaygıya benzer bir başka tekrarlayıcı ve olumsuz duyguya yol açan düşünce şekli ruminatif düşünmedir. Ruminatif düşünme daha çok geçmişe yöneliktir. Kaygı ve ruminatif düşünceyi obsesyonun ayıran bunların obsesyonun aksine anlamsız, mantıksız bulunmaması ve daha istemli olmalarıdır. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun çoğunlukla yıllar boyunca artıp azalmalarla seyretmesi ve kronikleşebilmesine rağmen bozukluğun iyi tanınmadığı ve tedavi edilmediği görülmektedir (DSM-IV).

Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğunda kişi bağlandığı kişi ya da kişilerden ayrılmakla ilgili olarak gelişimsel düzeyine uygun olmayacak düzeyde aşırı kaygı yaşar. Bağlandığı kişileri yitirebileceği bir olay yaşamaktan, onların başına bir hastalık, yaralanma, ölüm gelmesinden, ayrılığa neden olacak kaybolma, kaza gibi istenmeyen bir olay yaşamaktan aşırı tasalanılır. Kişi evden ayrılmakla ilgili aşırı kaygılıdır; okula, işe ya da başka bir yere gitmek istemez; uyumak istemez, ayrılıkla ilgili yineleyici karabasanlar görür ve bağlandığı kişiden ayrıldığında ya da ayrılacak gibi olduğunda karın ağrısı, bulantı, kusma gibi bedensel şikayetleri olur.

Anksiyete Bozukluklarında 3 ortak özellik dikkat çekmektedir:

1. Aşırı uyarılma belirtileri yani savaş ya da kaç yanıtı
2. Kaçınma ile anksiyetenin kontrol altına alınma çabası ancak kaçınmanın anksiyeteyi sonlandırmaması hatta pekiştirmesi

3. Beklenti anksiyetesi, kaygı ve ruminatif düşünceler şeklinde yineleyici sıkıntı veren düşünceler

Anksiyete Bozukluklarının Nedenleri

Bireyin gelişim döneminde yaşadığı travmatik olaylar örneğin erken yaşta ebeveyn kaybı ya da ayrılık yaşantıları çocukta tehdit altında olma inancını şekillendirebilir. Travmatik yaşantı çocukta tehlikede olma inancı dışında bu durumla başa çıkamama inancının da gelişmesine yol açar. Anksiyete bozukluğu olan birey tehdit altında olduğu riskini yüksek, başa çıkma becerisini ise düşük görür (Wells, 1998). Kişi ileriki yaşamında karşılaştığı stresli tetikleyici uyarıyı geçmişte yaşadığı duruma, koşullara benzettiğinde yani başa çıkamayacağı bir tehlike şeklinde değerlendirdiğinde anksiyete süreci başlar.

Anksiyete gelişiminde çocukluk çağındaki travmatik yaşantılar dışında çocuğun ebeveyniyle ilişkisinin de önemli olduğu düşünülmektedir. Ebeveynin çocuğun ihtiyaçlarına karşı yanıtsız kalması, reddedici olması ya da çocuğun ebeveynin duygusal ihtiyaçlarını karşılamaması gibi sapmalar görülebilir. Anksiyete bozukluğu olan erişkinler çocukluklarında ebeveynlerinin sevgi ve ilgisinin az olduğunu bununla birlikte aşırı koruyucu olduklarını belirtmişlerdir. Sonuç olarak çocuk için ebeveynle güvenli bağ kurulması sağlanamaz.

Nevrotikliğin (nörotisizm) anksiyete belirtilerinin gelişimi için önemli bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Nevrotiklik bir mizaç özelliğidir. Nevrotiklik düzeyi düşük olan bireyler duygusal olarak stabildirler ve stres karşısında tepkisel değildirler. Yüksek düzeyde nevroitiklik anksiyete bozukluklarına zemin hazırlar. Ayrıca, yüksek nevroitikliği olan bireylerde anksiyete bozukluğunun tedavi sonrasında daha fazla oranda nüks ettiği de belirlenmiştir. Nevrotikliğin hem anksiyete bozukluklarının hem de depresyonun gelişiminde ve kronikleşmesinde etkili olan, yatkınlık yol açan bir faktör olduğu bulunmuştur (Andrews, 2003). Bu durum anksiyete bozukluklarını depresyonla yüksek oranda birlikte görülmesini açıklayabilir. Ayrıca, bu rahatsızlıkların tekrarının önlenmesi için sadece hastanın içinde bulunduğu hastalık döneminin değil anksiyeteye yatkınlık yaratan unsurların da düzeltilmesinin gerekli olduğu sonucu çıkarılabilir.

Anksiyete bozukluklarının gelişiminde genetik faktörlerin rolü vardır. Hastalığı olan bireylerin birinci dereceden akrabalarında yani annesinde, babasında ve kardeşlerinde anksiyetesi olmayan bireylere göre birkaç kat daha fazla anksiyete bozuklukları olduğu belirlenmiştir. Genetik olarak aktarılan, aşırı uyarılmaya eğilimli bir otonom sinir sistemi olabilir.

Anksiyete Bozuklukları kimyasal açıdan belirli beyin bölgelerinde nörotransmitterler adı verilen kimyasal ileticilerin düzeylerindeki ve bu nörotransmitterlerin reseptörlerinin işlevlerindeki değişimlerle açıklanmaktadır. Anksiyete bozukluklarında rol oynadığı bilinen başlıca nörotransmitterler GABA, norepinefrin ve serotonindir. Ayrıca dopamin ve glutamatın da bu bozukluklarda etkili olduğu gösterilmiştir. Anksiyete bozukluklarının ilaçlarla tedavisinde bu nörokimyasal sistemler hedef alınmaktadır (Stahl, 2015).

Bazı genel tıbbi durumların ve madde kullanımının da anksiyeteye ilişkili olabileceği akılda tutulmalıdır. Anksiyeteye neden olan genel tıbbi durumlar arasında hipertiroidi ve hipotiroidi gibi endokrin sistemle ilişkili hastalıklar, aritmiler gibi kardiyovasküler sistem hastalıkları, vitamin B12 eksikliği gibi metabolik durumlar ve bazı nörolojik hastalıklar sayılabilir. Çeşitli maddeler entoksikasyon ya da yoksunluk durumlarında anksiyeteye yol açabilirler. Örneğin amfetamin ve kokain gibi stimulanların entoksikasyonunda ya da alkolün ya da anksiyolitik ilaçların yoksunluğunda anksiyete görülebilir. Bu durumlarda primer anksiyete bozukluğu tanısı konmaz.

Anksiyete Bozukluklarına Eşlik Eden Özellikler

Anksiyete Bozuklukları en yaygın ruhsal bozukluklardır. ABD’de yapılan bir çalışmada son 1 yılda 15-54 yaş arasındaki bireylerin %17, 2’ sinde -yani aşağı yukarı 5 kişinin 1’inde-bu bozuklulardan biri olduğu görülmüştür (Stein ve Hollander, 2002).

Anksiyete Bozuklukları kadınlarda; ayrılmış, boşanmış ve dullarda, işsizlerde ve gelir düzeyi düşük oranlarda daha fazladır (Stein ve Hollander, 2002).

Anksiyete Bozuklukları çoğunlukla erken yaşlarda başlarlar. Hayvan fobileri, kan-enjeksiyon-yara fobisi, yüksek yer fobisi gibi özgül fobiler çocuklukta, sosyal fobi ergenlikte başlar (Stein ve Hollander, 2002).

Anksiyete Bozuklukları nadiren tek başına görülürler. Bir anksiyete bozukluğuna başka bir anksiyete bozukluğu ya da majör depresyon gibi duygudurum bozukluğu ya da alkol-madde kullanım bozuklukları anksiyete bozukluklarına çoğunlukla eşlik ederler. Bir hastada birden fazla hastalığın bir arada olması (komorbidite) belirtilerin daha şiddetli olmasına, hastanın tedaviden aldığı yanıtın düşmesine, hastalıkta daha fazla kronikleşmeye ve işlevsellikte bozulmaya yol açar. Özellikle komorbid majör depresyon varlığında anksiyete bozukluklarında intihar oranlarının yükseldiğini gösteren veriler vardır (Stein ve Hollander, 2002).

KAYNAKLAR

Andrews G., Creamer M., Crino R., Hunt C., Lampe L., Page A. (2003) *The Treatment of Anxiety Disorders*, Cambridge: Cambridge University Press.

Stein D.J., Holander E. (2002) *Textbook of Anxiety Disorders*, Washington DC: The American Psychiatric Publishing.

Wells A. (1998) *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*, London: Wiley Publishing.

Stahl M.S. (2015) *Stahl’ın Temel Psikofarmakolojisi*, Cambridge: Cambridge University Press.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV)*, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994’ten çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1996.