

Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Epidemiyoloji, Prognoz ve Farmakolojik Olmayan Tedaviler

Barış Önen ÜNSALVER¹, İbrahim BALCIOĞLU¹

¹ İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Özet

Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), sık karşılaşılan bir anksiyete bozukluğu ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. YAB, özellikle, majör depresyon, panik bozukluk ve madde kötüye kullanım bozukluğu gibi pek çok psikiyatrik tabloyla komorbidite gösterir. Ancak, hastalığın doğası gereği, bu hastaların çoğu psikiyatristler yerine, somatik şikayetlerle, birinci basamak hekimleri ya da diğer uzmanlık alanlarındaki hekimlere başvurumaktadırlar. YAB, tanındığı ve bu hastalar psikiyatriye yönlendirildikleri zaman uygun bir tedavi alma şansları olacaktır. YAB'nun hayat boyu iniş-çıkışlı bir seyri vardır. Farmakolojik girişimlerin yanı sıra, özgül psikoterapötik yöntemlerin ve başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi daha iyi bir prognoz vaad edecektir.

Anahtar Kelimeler: Yaygın anksiyete bozukluğu, farmakolojik olmayan tedaviler, bilişsel davranışçı terapi

Cerrahpaşa Tıp Derg 2006; 37: 115 - 120

Generalized Anxiety Disorder: Epidemiology, Prognosis, Non-Pharmacologic Treatment

Abstract

Generalized Anxiety Disorder (GAD), is a common anxiety disorder and an important public health issue. GAD has high psychiatric comorbidity, especially with major depression, panic disorder and substance abuse. However, because of the nature of the disease, these patients frequently present with somatic complaints to primary care physicians or to other general medicine physicians rather than the psychiatrists. When recognized and referred to psychiatry, these patients may have the chance of receiving appropriate treatment. GAD, has a lifetime waxing and waning course, therefore, introduction of specific psychotherapeutic techniques and development of coping skills in addition to pharmacologic interventions may promise a better prognosis.

KeyWords: Generalized anxiety disorder, non-pharmacologic, cognitive-behavioral therapy

Cerrahpaşa J Med 2006; 37: 115- 120

Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), sıklıkla gözden kaçan ve yeterince tanınmayan bir ruhsal bozukluktur. Hastalar, öncelikle birinci basamak hekimleri ve psikiyatri dışındaki hekimlere başvurduklarından, aynı zamanda bir halk sağlığı sorunudur. Klinisyenler ise, çoğu zaman hastalığın ciddiyeti ve kronik gidişatının farkında değildirler. YAB, sadece "endişeli" olmaktan ibaret değildir; anksiyete her zaman hissedilmektedir.

1980'de yayınlanan DSM-III'te "anksiyete nevrozları" kavramının bırakılmasıyla, YAB ayrı bir tanı kategorisi olarak tanımlanmıştır. DSM-III tanı kriterlerine göre YAB, diğer anksiyete bozukluklarının tanısı dışlandıktan sonra tanılabilen bir çeşit "artık" kategori olarak düşünülmüştür. Ancak, son yıllarda yürütülen epidemiyolojik çalışmalar, YAB'nun oldukça sık ve birinci basamak hekimlikte en sık karşılaşılan anksiyete bozukluğu olduğunu göstermiştir [1,2]. Ayrıca, başta depresyon ve diğer anksiyete bozuklukları olmak üzere çeşitli psikiyatrik rahatsızlıkların gelişiminde bir risk faktörüdür. Dolayısıyla, adölesan veya erken erişkin dönemde tanınması, halk sağlığı açısından

önem taşımaktadır.

Bu yazıda, sık görülmesine rağmen gündelik uygulamalarda genellikle gözden kaçan bir rahatsızlık olan YAB'nun tanı ve klinik özelliklerine yönelik genel bilgiler hatırlatılmaya çalışılmıştır. Epidemiyoloji ve prognozla ilgili literatür bilgisinin özetlenmesiyle halk sağlığı açısından YAB'nun öneminin vurgulanması hedeflenmiştir.

TANI

DSM-IV tanı kriterlerine göre, YAB en az altı ay boyunca, hemen her gün ortaya çıkan, bir çok olay ya da faaliyet hakkında aşırı anksiyete ve endişe halidir [3]. Kişi, endişesini kontrol etmekte güçlük çekmektedir (Tablo 1). Huzursuzluk, kolay yorulma, konsantrasyon bozukluğu, iritabilite, kas gerginliği, uyku bozukluğu gibi altı belirtiden en az üçü, bu aşırı anksiyete ve endişe haliyle ilişkilidir.

KLİNİK BELİRTİLER

YAB, hem psikolojik hem de fiziksel semptomlarla karakterize olur. Sebatsız korkulu beklenti hali, iritabilite, konsantrasyon güçlüğü ve huzursuzluk hissi psikolojik semptomlara hakim olur. Hastaların çoğu, hafıza sorun-

Alındığı Tarih: 2 Eylül 2005

Yazışma Adresi (Address): Dr. Barış Önen ÜNSALVER

Çınarlı Sok. Emek Apt. B Blok D: 5

Suadiye - İstanbul

E-posta: onenunsalver@yahoo.com

Tablo 1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu DSM-IV Tanı Kriterleri [3]

- 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 üzüntü (endişeli beklentiler) duyma.
- B.** Kişi, üzüntüsünü kontrol etmeyi zor bulur.
- C.** Anksiyete ve üzüntü, aşağıdaki altı semptomdan üçüne (ya da daha fazlasına) eşlik eder (son 6 ay boyunca hemen her zaman en azından bazı semptomlar bulunur). Not: Çocuklarda sadece bir maddenin bulunması yeterlidir.
- (1) huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe,
(2) kolay yorulma,
(3) düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk çekme ya da zihnin durmuş gibi olması,
(4) irritabilite,
(5) kasgerginliği,
(6) uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük çekme ya da huzursuz ve dinlendirmeyen uyku).
- D.** Anksiyete ve üzüntü odağı bir Eksen 1 bozukluğunun özellikleri ile sınırlı değildir, örn. anksiyete ya da üzüntü 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 hastalığının olması (Hipokondriazisde olduğu gibi) ile ilgili değildir ve anksiyete ve üzüntü sadece Posttravmatik Stres Bozukluğu sırasında ortaya çıkmamaktadır.
- E.** Anksiyete, üzüntü ya da fizik yakınmalar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.
- F.** Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüyekullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve sadece bir Duygudurum Bozukluğu, Psikotik bir Bozukluk ya da Yaygın Gelişimsel Bozukluk sırasında ortaya çıkmamaktadır.

larından bahsederlerse de bu durum, sıklıkla, konsantrasyon güçlüğüne ikincil olarak gelişir. Tekrarlayıcı endişeli düşüncelerin muhtevasını, gündelik olaylar yanında fiziksel şikayetler de oluşturmaktadır. Örneğin, otonom aşırı duyarlılık durumunda, hasta kalp atımını farkedecek olursa kalp krizi geçireceği yönünde endişelenmeye başlar.

Fiziksel şikayetler, kaslardaki gerginlik ve otonom aşırı duyarlılıktan köken alır. Kaslardaki gerginlik, tremor ve özellikle sırt ve omuz bölgesinde ağrıların yanısıra, özellikle frontal veya oksipital bölgelerde hissedilen gerilim tipi baş ağrılarına neden olabilir. Otonom aşırı duyarlılık, vücuttaki bütün sistemleri etkileyerek çeşitli somatik şikayetlere neden olabilir. Örneğin, solunum sisteminin etkilenmesi, göğüs kafesinde gerginlik hissi ve aşırı nefes alıp vermeye neden olurken, kardiyovasküler şikayetler çarpıntı ve göğüs ağrıları şeklinde olacaktır.

Genel uygulamada, kişiler psikolojik semptomlardan daha çok fiziksel semptomlar nedeniyle hekimlere başvur-

maktadırlar. Çalışmalar, bu hastaların psikiyatri dışı hekimlere başvurularının psikiyatlara oranla 2 kat daha fazla olduğunu göstermektedir [1,2]. Kardiyak kökenli olmayan göğüs ağrısı yakınması bulunan hastaların büyük bir kısmında YAB vardır [4,5,6]. YAB hastalarının kardiyoloji kliniklerine başvuruları, panik bozukluğu hastalarıyla hemen hemen eşit orandadır, ancak, özellikle son yıllarda medyanın da artan ilgisiyle panik bozukluk YAB'a göre daha fazla tanınmaktadır [7]. Göğüs ağrısı dışında, irritabl barsak sendromu, hiperventilasyon sendromu ve çabuk yorulma YAB'nun diğer başvuru yakınmalarını oluşturur [8,9]. Dolayısıyla, bu hastaların çoğunun değerlendirilmesinde yapılan egzersiz EKG'si, ekokardiyogram, koroner anjiyogram, endoskopi gibi tetkikler sağlık sisteminin yükünü gereksizce arttırmaktadır.

Hastalar, YAB belirtilerini sıklıkla hayat boyunca taşır ve neredeyse durumlarına alışmışlardır. Bu nedenle, depresyon, diğer anksiyete bozuklukları, alkol veya diğer madde kötüye kullanımı gibi ek bir psikiyatrik yakınmaları olana kadar tedavi için başvuramazlar. Komorbid psikiyatrik tanılar, YAB tanısını daha da güçleştirir. Bu durum, YAB tanısının olduğundan daha az konmasının bir açıklaması olabilir. YAB'nun tanınamamış olması, tedavinin yetersiz kalmasına ve uzun süreli prognozun kötüleşmesine yol açar [10,11].

EPİDEMİYOLOJİ

YAB, erken yaşta ve sinsi başlangıçlı bir hastalıktır. Az sayıda remisyon dönemleriyle birlikte, belirtilerde alevlenme ve sönmeler tipiktir.

Tanı kriterlerindeki değişiklikler nedeniyle, prevalans çalışmalarının sonuçları % 2.8 ve % 8.5 arasında değişmektedir. Ortalama prevalans ise % 5.8 dir. Birinci basamaktaki hekimlerin YAB ile karşılaşma sıklığıysa % 8 oranındadır [2]. YAB'nun kadınlarda görülme sıklığı erkeklere oranla daha yüksektir. Orta yaşlar ve nispeten ileri yaşlarda prevalans artarken, ergenlikte görece daha düşüktür [12,13]. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırmasında, YAB son 12 aydaki yaygınlığı % 0.7 bulunmuştur [14]. Doğan ve ark.'larının [15] Sivas il merkezinde yaptıkları çalışmada ise yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığı son bir yılda % 10.5, yaşam boyu % 12.1 bulunmuştur.

Kadınların, olumsuz yaşam olaylarına erkeklere oranla daha duyarlı olmaları ve menstrüel döngülere eşlik eden ruhsal sıkıntılar nedeniyle erkeklerden daha fazla etkileniyor gibi durmaktadırlar [13]. Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında YAB son 12 aydaki yaygınlığı erkeklerde % 0.5 ve kadınlarda % 0.8 bulunmuştur [14]. Doğan ve arkadaşlarının Sivas il merkezinde yaptıkları çalışmada ise, kadın erkek oranı 2'den fazla bulunmuştur [15]. Avustralya'da yapılan bir epidemiyolojik çalışmada, boşanmış veya dul, eğitimsiz ve işsiz kişilerde YAB sıklığının daha yüksek olduğu görülmüştür [14]. Doğan ve ark.'larının [15] çalışmasında, YAB yaygınlığının, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, aile yapısı ve gelir düzeyinde etkilenmediği, ancak, ailede

bir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunanlarda bulunmayanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu gösterilmiştir.

KOMORBİDİTE

YAB'a, sıklıkla başka bir psikiyatrik rahatsızlık eşlik eder. Çalışmalarda, 1. eksen psikiyatrik bozukluklar için yaşam boyu komorbidite oranlarının % 81'e kadar çıktığı gösterilmektedir [17]. Majör Depresyon ve Panik Bozukluk en fazla eşlik eden tablolarıdır [2,18,19]. Komorbidite nedeniyle, YAB sıklıkla gizli kalmakta ya da gözden kaçmaktadır. Dolayısıyla "saf" YAB nadirdir ki, bu durum YAB'nun tanınması ve tedavisindeki güçlüklerden biridir [9]. Komorbid durumların varlığında, hastaların genel işlevselliğiyle birlikte tedaviden fayda görme oranları da düşer [20,21,22].

Diğer bir önemli sorun ise, alkol ve sedatif-hipnotiklerin gevşetici etkilerinden faydalanan hastalarda, kısa sürede ve kolayca alkol ve diğer maddelere % 25'i bulan oranlarda bağımlılık hali gelişmesidir [17].

YAB birçok tıbbi hastalıkla birliktelik gösterebilir, ancak bu konuda yeterli sayıda çalışma yoktur. Mevcut çalışmalarda, YAB'a en fazla eşlik eden tıbbi tablolar arasında irritabl barsak sendromu, ülseratif kolit, diabetes mellitus ve kronik yorgunluk sendromu olduğuna dikkat çekilmektedir [9,23,24]. YAB, ülkemizde sağlık ocağına başvuran hastalarda % 0.9, gastroenteroloji bölümüne başvuran non-ülser dispepsi olgularında % 15, dermatolojik hastalık nedeniyle ayaktan ya da yatarak tedavi gören hastalarda % 19.6, psikojenik prurituslu hastalarda % 4, alopesili hastalarda % 19.6, Behçet hastalığı olanlarda % 16.7, kalıcı pace-maker takılan hastalarda % 2.4, esansiyel hipertansiyonlu hastalarda % 4, kronik bel ağrılı hastalarda % 11.8, gerilim baş ağrısı olanlarda % 11.1, migrenli hastalarda % 10.5 oranlarında bulunmuştur [15].

KLİNİK SEYİR

YAB'nun kronik ve tekrarlayıcı bir seyiri vardır. Bununla uyumlu olacak biçimde, hastalığın tamamen iyileşme ve hayat boyu hastaliksız geçen dönem oranları oldukça düşüktür. Bunlar göz önünde bulundurulduğunda, prognozunun olumsuz olduğu kararına varılabilir. Uzunlamasına çalışmalar, hastaların çoğunun seneler sonra şikayetlerinin halen devam etmekte olduğu ve neredeyse yarısının işlevsel yönden yetersiz olduklarını düşündürmektedir [9,10,12].

Genel olarak, akıl hastalıklarında gidişat, önceki hastalık sürecinin gidişatına göre tahmin edilir. Aynı kural YAB'da da geçerlidir. Önceki tedavi girişimlerine yetersiz yanıt kötü prognoza işaret eder. Semptomların şiddeti ve süresi artıkça prognoz da kötüleşecektir.

Tüm anksiyete bozuklukları ve depresyon ele alındığında, prognozu en kötü olan bozukluk YAB'dur [20,22]. Majör Depresyon ve YAB karşılaştırıldığında, YAB hastalarının yaşam kalitesinin daha düşük olduğu görülmektedir

[22]. YAB ve Panik bozukluk teşhisi konmuş hastalar, 5 yıl sonra değerlendirildiğinde, YAB hastalarının sadece % 18'inde tam düzelmeye karşılık panik bozukluk hastalarının % 45'inde tam düzelmeye olduğu görülmüştür [25].

Özellikle de başka bir psikiyatrik bozukluk eş tanısı varsa, hastaliksız geçen dönemlerin sıklığı daha da azalmaktadır, dolayısıyla kötü prognoza işaret etmektedir. Kronik somatik hastalıkla birlikte olduğunda ise prognoz daha da kötüleşmektedir [9,17].

YAB görülme sıklığı kadınlarda daha yüksektir, ancak cinsiyetin hastalığın gidişatı ve prognozu üzerinde herhangi bir etkisi bulunmamaktadır [13].

Kişilik bozuklukları ve anksiyete bozukluklarının seyri arasında ilişki bulunmaktadır. Anksiyete bozukluklarına eşlik eden kişilik bozukluğunun tedavi neticesi üzerinde olumsuz etkileri olduğunu gösteren çok sayıda kanıt mevcuttur. YAB'a özellikle, bağımlı ve kaçınan kişilik bozukluğu gibi C kümesi kişilik bozuklukları eşlik etmektedir. Kişilik bozukluğu birlikteliği, genel işlevselliği olumsuz etkilemektedir. YAB tanısı konan hastaların beş yıllık izleminde, alta yatan kişilik bozukluğunun tedaviye olumsuz yanıtla ilişkili olduğu gösterilmiştir [26,27].

YAB başlangıç yaşının erken olması, sosyal işlevsellik, kariyer planlaması, eğitim hayatı gibi alanları da etkilemektedir. Özellikle adölesanlarda hastalık nedeniyle okul terkleri bildirilmektedir [28]. YAB, üretkenlikte azalma ve sağlık hizmetlerinin artmış kullanımını nedeniyle, hem devlete hem topluma hem de bireye ciddi ekonomik yükler getirmektedir [17].

YAB bulunan bireylerin tanıdan 16 ay sonra tekrar değerlendirildiği bir çalışmada, kronik YAB tanısı alanların hayatlarından tatminsizlik oranları remisyondakilerden belirgin olarak yüksek çıkmıştır. Ancak, yaşam olayları açısından bakıldığında iki grup arasında herhangi bir farklılık saptanmamıştır. Dolayısıyla, bireyin yakın zamandaki olumsuz deneyimlerinden daha çok, hayatından aldığı doyum gidişatla ilişkili durmaktadır [29].

YAB olan hastalarda, eşlik eden akıl hastalıklarının sıklığının yüksek olması nedeniyle, klinik seyir ve prognozu tahmin etmek güçtür. Bunların yanısıra, sosyal uyumun niteliği, evlilik ve aile içi ilişkilerin vaziyeti de, prognozu tahmin etmede faydalanan klinik faktörlerdir.

BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ

YAB, üretkenliğin azalması, işe gidilemeyen günler ve sağlık sisteminin kullanımının artması nedeniyle birey ve toplum üzerinde önemli yük oluşturmaktadır [2,20]. Farmakolojik yöntemler yanında hastanın şikayetleriyle başa çıkmasını öğrenmesiyle, kronik gidişat ve yüksek komorbidite oranları nedeniyle artan maliyetlerin düşürülmesi de hedeflenmektedir [8,9,12].

Öncelikle, hasta YAB'nun tedavi edilebilir tıbbi bir hastalık olarak doğası, tedavi seçenekleri ve başa çıkma yöntemleri hakkında bilgilendirilmelidir [9,30]. Tedavide,

anksiyetenin ve endişenin azaltılması ve kişinin anksiyeteye rağmen normal faaliyetlerini sürdürmesini artırmak hedeflenir.

YAB tedavisinde, öncelikle, bireyin ruhsal belirtileri, duygusal durumları, tepki kalıpları ve eşlik eden bilişleri gözden geçirilmeli; uyarılmışlık derecesi, kas ve otonom sinir sistemine ilişkin belirtilerin varlığı da dikkate alınmalıdır [11].

Psikolojik müdahaleler, güven verme, bedensel belirtilerin ortaya çıkış düzeneğinin açıklanması ve çatışmaların belirlenmesini içerir. Hastalığın kronik seyri nedeniyle, baş etme mekanizmalarının kazandırılması, ilaç kullanımı oranlarını da azaltarak hem birey hem de toplum üzerindeki maliyeti de düşürmüştür. Ancak, bu hastaların hayat kalitelerini iyileştirecek olan ilaçlara gereksinimlerinin göz ardı edilerek sadece psikolojik tedavilere yönelmenin hastalara vereceği zararlar da mutlaka dikkate alınmalıdır. YAB olan kişiler, belli bir çözümü olan sorunlar ve çözümü belirsiz sorunlara yönelik endişe taşımaktadırlar.

Tedavideki, bu iki ayrı endişe tipini belirlemek ve her birini çözümlenmeye yönelik uygun stratejilerin uygulanmasında hastalara yardım etmek hedeflenir. Tedaviye verilen olumlu yanıtlar, kişilerin belirsizliğe tahammül düzeyiyle doğru orantılıdır [31].

Karşılaştırmalı bir çalışmada, YAB tanı kriterlerini karşılayan ve genel olarak endişeli olan ama tanı kriterlerini karşılamayan kişilerin, sorunlara yönelim, belirsizliğe tahammülsüzlük ve endişeye yönelik inançlarının farklı olduğu gösterilmiştir. YAB'da sorunlarla başa çıkabilme yeteneği, semptom düzeyi ve klinik durumdan bağımsızdır [32].

YAB ile başa çıkmada birinci basamaktaki hekime önemli görevler düşmektedir. Bir halk sağlığı problemi olan YAB hakkında birinci basamak hekiminin bilgilendirilmesi, hastalığın erken dönemde tanınması ve uygun tedavinin başlatılmasını sağlayacağı için, prognoz üzerinde de olumlu etkisi olacaktır. Hastaların olgu bazında düzenli takipleri, gerektiğinde fazladan görüşmelerin yapılması ve hastaların evlerinden aranıp durumlarının sorulması tedaviyi destekleyecektir. Ancak, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları veya uzmanlaşmış danışmanların yardımı olmadan hekimin tek başına bütün bunları başarması zor olacaktır [2,9].

Anksiyete duyarlılığı, anksiyeteye ilişkili duyuların yanlış yorumlanmasını içerir ve anksiyete bozukluklarında bilinen prekürsörlerden biridir. Hastalar, bazı fizyolojik belirtilerin hastalıktan kaynaklandığını düşünebilirler. Düşük ve yüksek yoğunlukta aerobik egzersizin anksiyete duyarlılığını azaltarak yaygın anksiyete halini azalttığı gösterilmiştir [33].

Ana psikoterapötik yaklaşımlar, kognitif-davranışçı, destekleyici ve içgörü yönelimlidir. Destekleyici psikoterapide, anksiyetenin zarar verici doğası, çevresel stresin azaltılması ve bozulmaya sebep olan sıkıntılı durumların düzeltilmesi sağlanmaya çalışılır. İçgörü yönelimli (dina-

mik) psikoterapide ise, çatışmaların çözülmesi tedavinin temelini oluşturur ve işlev bozukluğuna ait ilişkiler ile uyum bozukluğuna neden olan savunma düzenekleri ele alınır. Son yıllarda, anksiyete bozukluklarının tedavisinde, psikofarmakolojik tedavilerle birlikte veya tek başına bilişsel davranışçı terapilerin (BDT) faydalı olduğunu gösteren yayınların sayısı artmaktadır [34]. Bilişsel-davranışçı tekniklerin uygulaması pratiktir ve kısa ve uzun dönemde etkili olduğuna dair kanıtlar mevcuttur [35]. Bilişsel yaklaşımlar doğrudan hastanın varsayılan bilişsel çarpıtmalarını hedefler ve davranışçı yaklaşımlar doğrudan somatik belirtileri hedefler. Kişinin tehlikeli olarak algıladığı ortamlara uyum sağlaması hedeflenir. Davranışçı teknikle kullanılan ana teknikler bio-feedback ve gevşemedir [34]. Bio-feedback ile deneysel ortamda kişide bazı bedensel fizyolojik değişiklikler yaratılarak bunları cihazlarda gözlemleyebilmesi sağlanır ve daha sonra hastanın istemli olarak kontrol etmesi öğretilir. Gevşeme amacıyla kullanılan çok sayıda egzersiz vardır. Kişiler, isteğe bağlı olarak yaratıcı hayal güçlerinden de faydalanarak kendilerini huzurlu hissettikleri bir yerde bulduklarını düşünerek baştaki kaslardan başlayarak sırayla ayaklara kadar tüm kaslarını sırayla istemli olarak gevşetirler. Ülkemizde Türk Psikologlar Derneği'nin hazırladığı gevşeme egzersizlerinin kaydedildiği bazı kasetler de bulunmaktadır.

BDT'nin yapılandırılmış olması ve eğitilmiş kişilerce uygulama kolaylığı nedeniyle klinik araştırmalarda en çok tercih edilen psikoterapi yöntemlerindedir. BDT'nin tüm anksiyete bozuklukları ve YAB'daki etkililiği çok sayıda kanıtla gösterilmiştir. 13 kontrollü klinik çalışmanın sonuçları gözden geçirildiğinde, BDT'nin, düşük tedaviyi bırakma oranları ve uzun dönem iyilik halinin sürdürülebilirliğiyle ilişkili olduğu görülmüştür [36].

Kişide anksiyete yaratan durumun üzerinde gitmek tedavinin başında hastayı olumsuz etkileyecektir ve tedaviyi sürdürmesi güçleşecektir, bu nedenle, öncelikle, klinisyen anksiyete oluşturan dışsal durumları keşfederek, hasta ya da ailesinin yardımıyla çevreyi değiştirmeye çalışmalıdır. Gerek farmakolojik gerekse de farmakolojik olmayan yöntemlerle sağlanan belirtilerdeki azalma, sıklıkla hastanın günlük işinde ve ilişkilerinde etkili işlev görmesine yardımcı olarak, kendileri terapötik olan yeni ödülleri ve hazınları ortaya çıkmasına neden olur.

Bilişsel-davranışçı tekniklerle ilgili ayrıntılı bilgi bu yazının amacını aşmaktadır. Ülkemizde bu tedavi yönteminin uygulanmasıyla ilgili gerekli eğitimi almış birçok klinik psikolog ve psikiyatr bulunduğu bilinmeli ve farmakoterapinin yanısıra bu tür yöntemler de hastalara önerilmelidir.

SONUÇ

Mevcut çalışmalar, YAB prognozunun olumsuz olduğuna işaret etmektedir. Ancak, YAB'nun anksiyete bozuklukları içerisinde alt bir tanı başlığı olarak tarif edilmesi

tanınabilirliğini de artırmıştır. Böylece hastalar erken dönemde uygun tedavilerden faydalanma şansını yakalayacaklardır. Geliştirilen özgül başa çıkma becerilerinin de hastaya kazandırılmasıyla gelecek dönemde yapılacak çalışmalarda prognozun daha olumlu çıkması beklenebilir. Önemli bir husus ise, bu hastalar psikiyatri kliniklerinden daha çok diğer servislere tedavi edilmekten hoşlandıkları için, birinci basamak hekimlerin, hastaların ruhsal sorunlarına daha duyarlı olmak konusunda uzmanlarca bilgilendirilmeleri gerekliliğidir.

KAYNAKLAR

- 1 Kessler R, Wittchen H. Patterns and correlates of generalized anxiety disorder in community samples. *J Clinical Psychiatry* 2002; 63: 4-10.
- 2 Roy-Byrne PP, Wagner A. Primary care perspectives on generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 20-26.
- 3 Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV) (Çev. Ed: E Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
- 4 Carter CS, Maddock RJ. Chest pain in generalized anxiety disorder. *Int J Psychiatry Med* 1992; 22: 291-298.
- 5 Kane FJ, Harper RG, Wittels E. Angina as a symptom of psychiatric illness. *South Med J* 1988 ; 81: 1412-1416.
- 6 Carter CS, Servan-Schreiber D, Perlstein WM. Anxiety disorders and the syndrome of chest pain with normal coronary arteries: prevalence and pathophysiology. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 70-73.
- 7 Logue MB, Thomas AM, Barbee JG, Hoehn-Saric R, Maddock RJ. Generalized anxiety disorder patients seek evaluation for cardiologic symptoms at the same frequency as patients with panic disorder. *J Psychiatr Res* 1993; 27: 55-59.
- 8 Schweizer E, Rickels K. Strategies for Treatment of generalized anxiety in primary care settings. *J Clin Psychiatry* 1997; 58: 27-31.
- 9 Nutt D, Argyropoulos S, Forshall S. Generalized Anxiety Disorder : Diagnosis, Treatment and its Relationship to Other Anxiety Disorders. London, Martin Dunitz 2001.pp.11-26.
- 10 Yargıç Lİ. Yaygın Anksiyete Bozukluğu. Anksiyete Seminerleri I. Ed. Kocabaşoğlu N. İstanbul, 2001. s.31-38.
- 11 Tutkun H, Özdemir AÇ. Yaygın anksiyete bozukluğunda tedavi kılavuzu. Anksiyete bozuklukları tedavi kılavuzunda. Ed. R. Tükel, Gün Limited İletişim Yayıncılık Ankara, 2004.s.245-264.
- 12 Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depress Anxiety* 2002; 16: 162-171.
- 13 Howell HB, Brawman-Mintzer O, Monnier J, Yonkers KA. Generalized anxiety disorder in women. *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24: 165-178.
- 14 Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili-Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiştirimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Hazırlayanlar. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu'nda. Ankara, TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 1998; 77-94.
- 15 Özmen E. Anksiyete Bozuklukları Epidemiyolojisi. *Psikiyatrik Epidemiyoloji'de*. Ed. Doğan O., Ege Psikiyatri Yayınları İzmir, 2002.s.49-58.
- 16 Hunt C, Issakidis C, Andrews G. DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychol Med* 2002 32: 649-659.
- 17 Murray B. Stein. Public Health Perspectives on Generalized Anxiety Disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 3-7.
- 18 Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Patricia Chou S, June Ruan W. Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Psychiatry Res* 2005; 39: 1-9.
- 19 Barbee JG, Billings CK, Bologna NB, Townsend MH. A follow-up study of DSM-III-R generalized anxiety disorder with syndromal and subsyndromal major depression. *Journal of Affective Disorders* 2003; 73: 229-236.
- 20 Kessler RC, DuPont RL, Berglund P, Wittchen HU. Impairment in Pure and Comorbid Generalized Anxiety Disorder and Major Depression at 12 Months in Two National Surveys. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1915-1923.
- 21 Yonkers KA, Bruce SE, Dyck IR, Keller MB. Chronicity, relapse, and illness--course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depress Anxiety* 2003; 17: 173-179.
- 22 Roy-Byrne PP. Generalized anxiety and mixed anxiety-depression: association with disability and health care utilization. *J Clin Psychiatry* 1996; 57: 86-91.
- 23 Skapinakis P, Lewis G, Mavreas V. Unexplained fatigue syndromes in a multinational primary care sample: specificity of definition and prevalence and distinctiveness from depression and generalized

- anxiety. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 785-787.
- 24 Walker EA, Roy-Byrne PP, Katon WJ, Li L, Amos D, Jiranek G. Psychiatric illness and irritable bowel syndrome: a comparison with inflammatory bowel disease. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1656-1661.
- 25 Woodman CL, Noyes R Jr, Black DW, Schlosser S, Yagla SJ. A 5-year follow-up study of generalized anxiety disorder and panic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187: 3-9.
- 26 Seivewright H, Tyrer P, Johnson T. Persistent social dysfunction in anxious and depressed patients with personality disorder. *J Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 104-109.
- 27 Dyck IR, Phillips KA, Warshaw MG, Dolan RT, Shea MT, Stout RL, et al. Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia. *Personal Disord* 2001; 15: 60-71.
- 28 Van Ameringen M, Mancini C, Fervolden P. The impact of anxiety disorders on educational achievement. *J Anxiety Disord* 2003; 17: 561-571.
- 29 Mancuso DM, Townsend MH, Mercante DE. Long-term follow-up of generalized anxiety disorder. *Compr Psychiatry* 1993; 34: 441-446.
- 30 Borkovec TD, Ruscio AM. Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 37-42.
- 31 Dugas MJ, Ladouceur R. Treatment of GAD. Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behav Modif* 2000; 24: 635-657.
- 32 Ladouceur R, Blais F, Freeston MH, Dugas MJ. Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 1998; 12: 139-152.
- 33 Broman-Fulks JJ, Berman ME, Rabian BA, Webster MJ. Effects of aerobic exercise on anxiety sensitivity. *Behav Res Ther* 2004; 42: 125-136.
- 34 Sadock BJ, Sadock VA. *Psychotherapies. Synopsis of Psychiatry* 9th edition. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2003.pp.923-974.
- 35 Lang AJ. Treating generalized anxiety disorder with cognitive-behavioral therapy. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 14-19.
- 36 Durham RC, Chambers JA, MacDonald RR, Power KG, Major K. Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8-14 year follow-up of two clinical trials. *Psychol Med* 2003; 33: 499-509.