



Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları

Gender Differences in Symptoms of Anxiety Disorders

Ufuk Bal¹, Soner Çakmak², Şükrü Uğuz³

¹ Bor Devlet Hastanesi, Niğde, Turkey

² Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, Adana, Turkey

³ Davranış Bilimleri Akademisi, Adana, Turkey

ABSTRACT

Anxiety could be described as an abnormal, unsubstantiated condition of fear and uneasiness with accompanying somatic symptoms. Pathological anxiety decision ensues; disproportion in between the level of stimulant and the evolving anxiety, exhibiting an increasing pattern in time instead of a steady or a decreasing one, preponderance of physical symptoms of anxiety in clinical picture, inconvenience of anxiety and functional impairment. Anxiety is both a psychological and a physiological condition with cognitive, somatic, emotional and behavioral components. Anxiety disorders are among the most common psychological disorders (25%). American National Comorbidity Survey data demonstrates a prevalence rate between 19.2% and 30.5%, in male and female genders respectively. Interaction in between biological and psychosocial factors might explain gender differences in anxiety disorders. Gender specific demographical traits should hold a clinician vigilant for comorbidity, symptom representation, severity and different aspects of the disorder. The choice of intervention and gender specific concerns is thus dealt with vigorous anticipation. In this compilation, studies regarding the distribution and differences in symptoms of anxiety disorders according to gender are reviewed.

Key words: Anxiety disorders, gender, symptoms.

ÖZET

Anksiyete somatik belirtilerin eşlik ettiği, normal dışı, nedensiz bir tedirginlik ve korku hali olarak tanımlanabilir. Anksiyetenin patolojik olduğuna karar verebilmek için, uyarının şiddeti ile ortaya çıkan anksiyetenin orantılı olmaması, zamanla azalmak yerine değişmemesi ya da şiddetlenmesi, klinik



tabloya ağırlıklı olarak anksiyetenin fiziksel belirtilerinin hakim olması, anksiyeteye katlanılamaması ve işlevselliğin bozulması gerekir. Anksiyete bilişsel, somatik, duygusal ve davranışsal bileşenleri olan ruhsal ve fizyolojik bir durumdur. Anksiyete bozuklukları en yaygın ruhsal bozukluklardandır. Amerikan Ulusal Eştanı Çalışması verilerine göre yaşam boyu sıklık oranları kadınlarda %30,5, erkeklerde %19,2'dir. Biyolojik ve psikososyal etkenlerin birbirlerini etkileyerek anksiyete bozukluklarında cinsiyetler arasındaki farklılıklara neden oldukları düşünülebilir. Klinik bir bakış açısıyla cinsiyete özgü demografik özellikler eştanı, belirtilerin temsili, ciddiyeti ve bozukluğun değişik görünüşleri konusunda klinisyeni uyanık tutar. Tedavide hangi tür girişimin seçileceğini ve cinsiyetle ilişkili hangi noktaların göz önünde tutulacağını öngörmesini sağlar. Bu derlemede, anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre belirtilerin dağılımı ve farklılıkları ile ilgili çalışmalar gözden geçirilmiştir..

Anahtar kelimeler: Anksiyete bozuklukları, cinsiyet, semptomlar.

Giriş

Anksiyete bilişsel, somatik, duygusal ve davranışsal bileşenleri olan ruhsal ve fizyolojik bir durumdur. Tüm anksiyete bozuklukları için bir yıllık sıklık %12,6 iken yaşam boyu sıklık %14.6'dır¹.

DSM-IV-R'de anksiyete bozuklukları sınıflandırılması agorafobiyi, panik bozukluğunu, özgül fobiyi, sosyal fobiyi, obsesif kompulsif bozukluğu (OKB), travma sonrası stres bozukluğunu (TSSB), akut stres bozukluğunu, yaygın anksiyete bozukluğunu (YAB), genel bir tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğunu, maddeye bağlı gelişen anksiyete bozukluğunu ve başka türlü tanımlanamayan anksiyete bozukluğunu içerir.

Klinik veya toplum örneklerinde, hemen hemen tüm bu alt tiplerde kadınların erkeklerden daha fazla tanı aldıkları görülür. Sosyal fobi ve OKB ise her iki cinsiyette benzer oranlarda gözlenir. Sosyal fobinin ortaya çıktığı durum sıklıkla cinsiyetler arasında farklılık gösterir. OKB'de ise kompulsif davranışın tipi cinsiyetler arasında farklılık sergiler; örneğin kompulsif yıkama kadınlarda, törensel kontrol etme davranışı erkeklerde daha sık gözlenir². Anksiyete bozukluğu tipleri içerisinde kadın ve erkek cinsiyet arasındaki farklılıkların araştırılması, kadınlarda daha ciddi belirtilerin varlığını ortaya koymuştur³. Panik bozukluğunda relaps oranları 8 yıllık bir izlem çalışmasında kadınlarda erkeklerden 3 kat fazla bulunmuştur. Sosyal fobinin kadınlarda daha ciddi seyrettiği görülmektedir. TSSB'nin yaygınlığının ve belirtilerin sürekliliğinin kadınlarda daha fazla olduğu bildirilmiştir^{4,5}.

Bu derlemede, anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre belirtilerin dağılımı ve farklılıkları ile ilgili çalışmalar gözden geçirilmiştir. Bu amaçla önce anksiyete bozuklukları tek tek ele alınmış, daha sonra toplu değerlendirme yapılmıştır.

Panik Bozuklukta Cinsiyet Farklılıkları

Kadınlarda 2.5 kat fazladır. Cinsiyet farklılığının yaşla birlikte arttığı bildirilmiştir. Amerika Birleşik Devletlerinde (A.B.D.) yapılan bir çalışmada, panik bozukluk hastalarının %70'nin kadın olduğu görülmüştür^{6,7}. Wittchen ve Essau, kadınlarda panik bozukluk yaygınlığının en sık 25-34 yaşları arasına, erkeklerde ise 30-44 yaşları arasında olduğunu bildirmiştir.

Clayton ve arkadaşları ise yayınladıkları bir çalışmada panik bozukluk başlangıç yaşının kadınlarda erkeklere oranla nisbeten daha geç olduğunu belirtmişlerdir⁸. Aynı çalışmada panik bozukluğu olan postmenapozal kadınların gençlere oranla belirgin derecede düşük beklenti anksiyetesine, panik atak sıklığına ve şiddetine sahip oldukları bildirilmiştir⁸.

Amerikan Ulusal Eştanı Araştırmasında, panik bozuklukta semptomatolojide de cinsiyet farklılığı gözlenmiştir. Kadınlar daha çok solunumla ilgili semptomlar (nefes alma güçlüğü, baygınlık hissi, boğulma hissi) dile getirmiştir. Agorafobi panik bozukluk tanısı olan kadın hastalar daha ciddi agorafobik kaçınma, daha fazla felaketleştirme düşüncesi ve bedensel duyum bildirmişlerdir^{1,9}. Bazı çalışmalarda panik bozukluğu olan kadınların erkeklere oranla yaşam boyu psikiyatrik hastalık eştanısı geliştirme riski yüksek bulunmuştur (özellikle agorafobi, depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, özgül fobi ve somatizasyon bozukluğu)^{10,11}.

Sosyal Fobide Cinsiyet Farklılıkları

Amerikan Ulusal Eştanı Araştırmasında sosyal fobi kadınlarda erkeklerden 1.5 kat fazla bulunmuştur¹². Yaşam boyu yaygınlığı kadın ve erkeklerde sırasıyla; %15.5 ve %11.1'dir. Bununla birlikte erkeklerin kadınlara oranla tedavi arayışı daha fazla olmaktadır¹³. Türk ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kadınların erkeklere göre daha şiddetli sosyal anksiyete belirtileri gösterdikleri belirtilmiştir. Aynı zamanda kadınların otorite karşısında konuşmada, dinleyici kitlesi karşısında performans sergilemede, gözlenirken çalışmada daha fazla korku yaşadıkları bildirilmiştir¹⁴.

Panik bozuklukta olduğu gibi sosyal fobide de komorbid psikiyatrik hastalıklar kadınlarda daha yüksek oranda gözlenmiştir¹⁵. Genel olarak çalışmalardan kadınlarda daha kronik bir seyir, belirti şiddetinin ve işlevsellikteki bozulmanın daha fazla olduğu sonucu çıkarılabilir.

Obsesif Kompulsif Bozuklukta Cinsiyet Farklılıkları

Epidemiyolojik Saha Çalışması verilerine göre yaşamları boyunca OKB geliştirme olasılığı kadınlarda erkeklerden 1.5 kat fazladır¹⁶. Ancak puberte öncesi erkek çocuklar, puberte öncesi kızlara oranla 3 kat daha fazla OKB tanısı almaktadırlar, bu da başlangıç yaşının her iki cinste farklı olduğunu işaret etmektedir.

Ortalama başlangıç yaşı erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla 20 ve 25'dir¹⁷. Menarş, premenstrüel dönem, gebelik, lohusalık dönemi OKB başlaması ile ilişkili bulunmuştur. Bu durum kadın üreme hormonlarının potansiyel rolünü akla getirmektedir. Gebelikte OKB başlayabilir veya alevlenebilir. Gebelikte çıkan OKB'de komorbid depresyon, davetsiz şiddet düşünceleri ve kirlenme obsesyonlarının sıklığı söz konusudur. Lohusalıkta OKB başlayabilir veya alevlenebilir, süt vermenin OKB şiddetini arttırdığını gösteren veri yoktur. Süt verme gebelik esnasında oluşmuş olan subklinik OKB bulgularını giderebilir.

Menapozdan sonra başlayan OKB pek beklenilir değildir ancak menopoz esnasında OKB'de relaps görülebildiği bildirilmiştir^{18,19}. Çocukluk ve ergenlikteki OKB'nin erkeklerde daha sık görüldüğü, erkek çocuklarında bulguların daha erken yaşta başladığı, psikotik bozukluk birlikteliğinin daha sık olduğu ve prognozun daha kötü olduğu saptanmıştır. Bir kısım kanıt kadınlarda OKB'nin daha akut başlangıçlı, epizodik ve hafif seyirli olduğunu desteklemektedir. OKB bulguları cinsiyet açısından değerlendirildiğinde; kirlilik obsesyonları ve temizlik kompulsyonlarının kadınlarda; saldırganlık, cinsellik, düzenlilik, simetri obsesyonları ve kontrol kompulsyonunun erkeklerde daha fazla görüldüğü saptanmıştır¹⁹. OKB'nin yeme bozukluğu veya depresyon öyküsü olan kadınlarda; kaygılı ve titiz kişilik özelliklerine sahip erkeklerde daha fazla gözlemlendiği bildirilmektedir²⁰.

Lensi ve arkadaşları hastalığın temsilinde de cinsiyet farklılıkları olduğunu göstermiştir. Kadınlarda OKB başlangıcından sonra ilişkili panik atak oranı ve saldırgan temalı obsesyonların sıklığı yüksek bulunmuştur¹⁹. OKB'li ergenlerde; kızlarda kompulsif ritüeller, erkeklerde ise obsesif düşünceler görülme oranı daha yüksektir¹⁹.

Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Cinsiyet Farklılıkları

Amerikan Ulusal Eştanı Araştırmasına göre kadınlarda YAB görülme olasılığı erkeklerden iki kat fazladır. Yaşamboyu prevalans oranları kadınlar ve erkekler için sırasıyla %6.6 ve %3.6'dır. Bu prevalans oranı 45 yaşından büyük kadınlarda %10.3'e çıkarken erkeklerde değişmemiştir (%3.6)^{12,21}.

Kadınlarda YAB başlangıç yaşı daha erkendir. YAB'lu kadınlarda psikiyatrik hastalık eştanısı görülme olasılığı erkeklerden yüksektir, bu özellikle distimi ve depresyon için geçerlidir. YAB'da eştanı, artmış işlevsellik kaybı ve daha kötü bir prognozla ilişkilidir²².

Çeşitli çalışmalar YAB'lu kadınlarda YAB belirtilerinin premenstruel dönemde arttığını göstermektedir²³. Çalışmalar özellikle psikiyatrik hastalık eştanısı olan kadınların erkeklerle oranla daha fazla profesyonel yardım arayışına girdiğini bildirmektedir²⁴. Aynı zamanda kadınlara daha fazla benzodiyazepin reçete edildiği görülmüştür. Bu veri kadınlarda benzodiyazepine duyarlılığın östrojen döngüsüyle ilişkisine dikkati çekmiştir. Antidepresanlara yanıtta ise cinsiyet farkını destekleyen kanıt bulunamamıştır²⁵.

Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Cinsiyet Farklılıkları

Amerikan Ulusal Eştanı Araştırmasına göre kadınların yaşam boyu TSSB geliştirme olasılığı erkeklerin iki katıdır. Yaşam boyu sıklık kadın ve erkekler için sırasıyla %12.5 ve %6.2'dir²⁶. Erkeklerde en sık TSSB nedeni savaşta çatışma deneyimiyken, kadınlarda cinsel saldırı, cinsel taciz veya çocukluk çağı fiziksel kötüye kullanımıdır²⁶. Aynı zamanda kadınlarda hayatı tehdit eden, kaçmanın olası olmadığı "tehdit algısının" önemi büyüktür.

Çeşitli çalışmalarda TSSB semptomatolojisi de kadın ve erkekler arasında farklılık göstermektedir. Fullerton ve arkadaşlarının ciddi bir motorlu araç kazası geçirenlerle yaptıkları çalışmada, kadınların erkeklerle oranla kaçınma ve duyarsızlaşma tanı ölçütünü yaklaşık 5 kat, uyarılma ölçütünü ise 4 kat fazla karşıladıkları izlenmiştir²⁷. Kaza sırasında disosiyatif belirtilerin bulunması kadınlarda akut TSSB gelişiminin habercisi olarak görülmektedir. Aile içi şiddete maruz kalan kadınların daha çok anksiyete belirtileri, erkeklerin ise madde kullanım bozukluğu geliştirdikleri belirtilmiştir.

TSSB'de tedaviye yanıtta cinsiyet farklılıkları olabileceğine dair bir kısım kanıt mevcuttur. Sertralin ve fluoksetin kaçınma, duyarsızlaşma ve aşırı uyarılma tedavisinde, belirtilerin

yeniden yaşanmasının önlenmesine oranla daha etkindirler²⁸. Kadınlarda bu belirtilerin daha sık gözleendiği verisi göz önünde tutulursa bu ilaçların cinsiyetlere göre farklı etkinlik sergilemesi anlaşılabilir.

Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyet Farklılıklarına Genel Bakış

Anksiyete bozukluklarının etiolojisi ve sürekliliğiyle ilgili bildiklerimizin ışığında, halen yeterince incelenmemiş birkaç önemli konu vardır. Anksiyeteye ilişkin literatür, kadınlarda sosyal fobi dışındaki anksiyete bozukluklarının yaygınlığının erkeklerden fazla görüldüğünü belirtmektedir^{29,30}.

Avustralya'da Erişkin Ruh Sağlığı Ulusal Araştırmasında, kadınlar erkeklerden daha sık anksiyete bozukluğu oranı sergilemişlerdir. Genel olarak anksiyetenin kadınlarda yaşamlarının her döneminde, erkeklerde ise erişkin yaşlarda daha sık gözleendiği, 50 yaşından sonra da azaldığı bildirilmiştir³¹.

Amerikan Epidemiyolojik Saha Çalışması, agorafobi ve özgül fobinin kadınlarda iki ila dört kat oranında daha fazla görüldüğünü, sosyal fobi, OKB ve panik bozukluk içinse belirgin bir cinsiyet farklılığı gözlenmediğini ortaya koymuştur. YAB'ın bir yıllık prevalansı kadınlar için %2.4 iken, erkekler için %0.9 bulunmuştur. Anksiyete bozukluklarında cinsiyetler arasındaki sıklık farkının toplum merkezli araştırmalarda, klinik ortamlardakilerden yüksek çıktığı bildirilmiştir.

Ergenlerde anksiyete bozuklukları ve belirtilerinde cinsiyet farklılıklarının araştırıldığı bir çalışmada, Lewinsohn ve arkadaşları kadın katılımcılarda erkeklere oranla belirgin düzeyde yüksek anksiyete belirtileri gözlemiştir³². Benzer şekilde Hewitt ve Norton, Beck anksiyete ölçeği kullanarak kadınların anksiyetenin bilişsel ve somatik semptomlarını daha ciddi oranlarda sergilediklerini doğrulamışlardır³³.

Normal popülasyonda yapılan ve anksiyete duyarlılığının boyutlarının incelendiği bir çalışmada kadınlar anksiyeteye ve anksiyetenin fiziksel belirtilerine karşı toplamda daha büyük oranda bir korku sergilemişlerdir. Karşıt olarak, anksiyetenin sosyal ve fizyolojik sonuçlarından korkmada cinsiyetler arasında belirgin bir fark bulunamamıştır. Bu durum erkeklerin semptomları önyargılı bir biçimde olduğundan az gösterme çabalarıyla açıklanmak istenmiştir. Erkekler sosyal ve psikolojik anksiyete duyarlılığında fiziksel duyarlılık boyutuna oranla daha yüksek puanlar almışlardır.

Çalışmalarda gözlenen cinsiyet farklılıklarına yetersiz bildirim de sebep olabileceği düşünülmektedir. Örneğin, erkekler görüşmecilere nadiren doğrudan başvururken, kadınlar bu konuya daha içtenlikle yaklaşabilmektedirler^{35,36}.

Kadınlarda fobi ve depresyon komorbiditesinin fazla gözlenmesi dikkat çekmektedir. Anksiyete bozukluğu komorbiditesi ve diğer ruhsal bozukluklar genel olarak erişkinlere oranla gençlerde daha sıktır³⁷. Anksiyetenin ortaya çıkışında psikososyal unsurlar da göz ardı edilmemelidir. Bunlar arasında sosyal öğrenme, kadının özgün cinsel rolü ve toplumun kadından beklentileri sayılabilir. Yaşam olayları, kişinin strese yanıtı ve günlük sorunlarla baş etme yolları anksiyetenin ortaya çıkışında ve cinsiyetler arasındaki farklılıklarda önemli olabilir. Kadınların strese yoğun duygusal yanıt verdikleri ve anksiyete dışavurumlarının daha güçlü olduğu iyi bilinmektedir^{38,39}.

Prevalansta Cinsiyet Farklılıklarıyla İlgili Olası Yanlılıklar

Anksiyete bozukluklarının yaygınlığıyla ilgili verilerin çoğu kişinin kendi beyanına dayandığı için, geleneksel güçlü erkek figürü anlayışı erkeklerin zayıflıklarını ortaya koymalarını güçleştirmektedir (ağlamak ve agorafobik anksiyete hislerini kabul etmek gibi). Yine, sosyal fobi oranının utanç duygularının erkeklerde kabul görmemesi nedeniyle olduğundan düşük çıktığı öne sürülmüştür^{36,40}. Meksika'da yapılan bir çalışma, erkeklerde TSSB'nun alkolizm nedeniyle olduğundan düşük gözlendiğini ileri sürmüştür⁴¹.

Özellikle erkeklerde, erken gençlik yıllarındaki travmatik olaylar alkol kötüye kullanımıyla ilişkili bulunmuştur. Madde kullanımının kendisi de travmaya maruziyet riskini arttırmaktadır⁴². Bununla birlikte kadınlarda agorafobinin olduğundan düşük çıkmasının nedenleri arasında, anksiyeteyi azaltıcı ilaçların kullanımı veya tıknırcasına yeme gibi davranışlara başvurma sayılabilir. Bir diğer yanlılık kaynağı sosyoekonomik rollerin erkek ve kadın cinsiyete özgü ayrımıdır. Bu durum erkeklerin kaçınma eğilimini engellemektedir. Erkeklerin kadınlara oranla evin dışında bir iş bulması ve çalışması beklenmektedir. Kadınlar evin dışındaki gezintilerini daha kolay sınırlandırmaktadırlar^{14,43}. Bir başka yanlılık kaynağı tanımlamalar ve istatistiklerle ilgilidir. Örneğin TSSB için ICD-10 veya DSM-IV ölçütlerinin ve ilgili epidemiyolojik araçların kullanılmasına göre farklı sıklık oranları ortaya çıkmaktadır.

ICD-10 kullanımıyla kadınlar erkeklere oranla iki kat fazla TSSB tanısı alırlarken, DSM-IV kullanılırsa oranlarda belirgin bir cinsiyet farklılığı gözlenmemektedir^{44,45}.

Anksiyete Bozukluklarının Psikolojik Modellerinde Cinsiyet Farklılıkları

Burada öncelikle, anksiyete bozuklukları alanında geniş çalışmaların yapıldığı öğrenme bakış açısından söz edilecektir. Daha sonra sırasıyla, cinsiyet farklılıklarını merkez alan cinsiyet rolleri teorisine ve dikkat çeken cinsiyet değişkenlerini içeren bağlanma ve şema teorilerine değinilecektir.

Cinsiyet Farkları Açısından Öğrenme

Öğrenme teorisi bu alandaki en geniş araştırmaları içerdiğinden, anksiyete bozukluklarındaki en baskın sağaltım yöntemi olan bilişsel davranışçı terapi (BDT), alandaki kanıta dayalı tek tedavi olarak düşünülmektedir. BDT'nin özündeki unsur, korku uyandıran bir deneyim sırasında nötral bir uyarının kendisinin korkuyu ortaya çıkarması ve korku tepkisini başlatabilmesidir. Dahası, öne çıkan kaçınma tepkisi stresi azaltırken, gelecekteki kaçınma eğilimini ve beklentisini arttırmaktadır. Korku uyandıran deneyimler TSSB'da olduğu gibi direkt travmalar, düşünceler, anılar, bilişler ve kişinin kendi bedensel duyularından kaynaklanabilir⁴⁵.

Kadınların korku tepkisine şartlanmada erkeklerden daha hassas oldukları düşünülmektedir. Hedlung ve Chambless, erkeklere kıyasla kadınların pozitif ve negatif şartlı uyarana, hem edinme hem de söndürme açısından daha fazla yanıt verdiklerini bulmuşlardır⁴⁶. Kadınlar erkeklere oranla panik ve diğer ani gelişen hoş gitmeyen olaylara daha fazla psikolojik ve davranışsal bozukluk ve sorunlarla yanıt verme eğilimindedirler. Bu bulgu Nolen ve arkadaşlarının kadınlarda ruminasyonların daha fazla görüldüğü ve Bekker'ın kadınların bedensel duyulara erkeklerden daha fazla bilişsel yanıt verdikleri görüşleriyle uyumaktadır^{38,47}.

Kadınların erkeklere oranla, daha sık cinsel şiddete uğradıkları, eşlerinden şiddet gördükleri, tecavüze uğradıkları ve yoksulluk sorunu yaşadıkları bildirilmektedir⁴⁸. Anksiyete bozukluğu hastalarından oluşan bir örnekleme bir toplum örnekleminin karşılaştırmasında, hem kadın hem de erkeklerde anksiyete bozukluğu grubunda fiziksel kötüye kullanım öyküsü daha sık bulunmuştur⁴⁹. Çocukluk çağı kötüye kullanımı, anksiyete bozukluğu olan kadınlarda karşılaştırma grubundaki kadınlara oranla daha sık gözlenmiş ve en yüksek oranda da panik bozukluğu olan kadınlarda izlenmiştir⁵⁰.

Cinsiyet Rolü Bakış Açısı

Geleneksel dişi cinsiyet rolü girişkenliği ve kendine yeten davranış tarzını desteklemez, strese çaresizlik ve bağımlı bir tarzda tepki verilmesine yol açar⁵¹. Epidemiyolojik çalışmalarda kadınların işe yerleşmeleriyle fobi sıklığının ters orantılı olarak azaldığı gösterilmiştir^{52,53}.

Cinsiyet rolleri açısından farklı bir yaklaşım kültürün erkeksilik, kadınsılık özelliklerine odaklanmaktadır. Bir çalışmada 11 ülkedeki erkeksilik/kadınsılık puanları karşılaştırılmıştır (yüksek erkeksilik özellikleri baskın ülkelerde, toplumsal cinsiyet rolleri belirgin olarak ayrılmıştır). Yüksek derecede erkeksilik, toplumdaki agorafobi sıklığının fazla olacağını öngörmektedir⁵⁴.

Bağlanma ve Şema Teorisi

Şema, çocukların birincil bakım verenlerle ilişkileriyle oluşturdukları, diğer durumlara tepkilerini belirleyen içselleşmiş bir modeldir^{55,56}. Eğer çocuklar birincil bakım verenlerinin yeterince ulaşılabilir olmadığını deneyimlense, bir güvensiz bağlanma durumu geliştirirler (diğerleri güvenilmez, empati ve ilgiyi hakketmeyenler olarak değerlendirilir)⁵⁷.

Anksiyete bozuklukları bağlamında, güvensiz bağlanma ağırlıklı korku içeren ve kaçınan bir bağlanma tarzını içerir. Bu da geniş bir sorunlu davranışlar kümesine ve okul fobisi şeklinde kendini gösterebilen ayrılık anksiyetesine yol açabilir⁵⁵. Anksiyete bozukluğu hastalarının ebeveynlerine bağlanma tarzlarının gözden geçirildiği bir çalışma, aşırı koruyuculuk ve düşük ilgi ile sıcaklığın anahtar unsurlar olduğu sonucunu çıkarmıştır. Bağlanma ve anksiyete bozukluklarıyla ilişkili çalışmaların çoğu güvensiz bağlanma paternlerinde cinsiyet farklılıkları sergilememiştir. Bunun nedeni orijinal bağlanma teorisinin (aynı zamanda şema teorisinin) cinsiyetten bağımsız olmasıdır⁵⁸.

Feminist neopsikoanalitik teori, bağlanma teorisinin cinsiyete özgün bir uyarlamasını mümkün kılmıştır. Buna göre çocukların yaşamındaki birincil bağlanma nesnesi çoğunlukla bir kadındır (anne) ve otonomi gelişiminde cinsiyet farklılığı için bir kaynak oluşturur. Bu perspektiften bakılacak olursa, anne-kız çocuk sembiyotik ilişkisi erkeklerinkine göre daha uzun süreli, kalıcı ve yoğunudur. Sonuç olarak kızlar bireyleşme ve ayrılmaya ilgili daha çok sorun yaşamaktadırlar⁵⁹.

Genetik ve Biyolojik Faktörlerde Cinsiyet Farklılıkları

Anksiyete bozukluklarının nedenleri arasında sıklıkla genetik ve ailesel unsurlarda bulunabilir³⁰. Bazı aile çalışmaları belirgin cinsiyet farklılıkları gösterirler. Bunlar diğer çalışmalara zıt olacak şekilde, erkeklerin kadınlardan daha sık fobi yakınması olduğunu öne sürmüşlerdir⁶⁰.

Kendileri anksiyete bozukluklarından muzdarip olan ebeveynlerin yüksek riskli olarak adlandırılacak çocuklarında anksiyete bozukluğu daha sık gözlenir. Bu çocuklardan kız olanların erkeklere oranla değişik tür korkular sergilemesi olasılığı yüksektir. Genetik unsurların baskın rol oynadığı düşünülse de biyolojik unsurlar ve olgunlaşma, cinsiyet farklılıklarının incelenmesinde ihmal edilmemelidir. Anksiyetenin görünümündeki farklılıklarda mizaç da önemli bir rol oynayabilir. Burada kızların çekinme ve değişik engellenme biçimleri dikkat çekmektedir⁶⁰.

Biyolojik duyarlılıkla ilişkili çeşitli değişkenler de farklılıklara neden olabilir. Bunlar nörobiyolojik ve özellikle nöroendokrin unsurlardır. Kadınlarda anksiyete bozukluğu yaygınlığının daha fazla olması adet döngüsü, gebelik ve bazen de postpartum dönemle ilişkilendirilmiştir. Premenstrual dönemde anksiyete depresyona oranla daha sık gözlenmektedir⁶¹.

Jovanovic ve arkadaşlarının son yıllarda yaptıkları bir çalışmada beyindeki serotonin sisteminin erkek ve kadınlar arasında farklılık sergilediği gösterilmiştir⁶². Bu bulgu kronik anksiyete ve depresyonun kadınlarda daha fazla görülmesiyle paraleldir.

Çalışmada kadın ve erkeklerde beyin bazı bölgelerinde serotonin reseptörü sayısında farklılık olduğu bildirilmiştir. Kadınlarda etkin serotonin reseptörlerinin sayısının daha fazla olduğu, buna karşın serotonin taşıyıcı protein düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur. Kadınlar arasında da premenstrual ruhsal yakınmaları olanlarda serotonin sisteminde bir farklılık olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular antidepressanlara cinsiyetlere göre farklı yanıtlar ortaya çıkmasını açıklayabilir⁶².

Cinsiyet Farkının Tedaviye Etkisi

Cinsiyet dağılımlarının detaylandırıldığı çalışmaların çoğunda, cinsiyet farklılıklarıyla ilgili analizlere gidilmemiştir. Dolayısıyla cinsiyete bağlı bir etkinin olup olmadığı veya

çalışmacların böyle bir etkinin cinsiyetlere göre karşılaştırmasını ihmal edip etmedikleri belirsizliğini korumaktadır. Clayton ve arkadaşlarının sertralinle farmakolojik tedavi çalışmasında, her iki cinsiyette panik bozukluk veya yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisinde, sertralin plasebodan daha etkin bulunmuştur. Claytona göre bu durum daha önceki, kadınların daha kötü bir prognoza sahip oldukları ve kısa dönemde daha düşük düzeyde yanıt sergiledikleri bulgusuyla zıtlık göstermektedir. Panik bozukluk çalışmasında, kadınlar panik sıklığı ve panik atak geçirme kaygısıyla geçen zaman parametrelerinde erkeklerden daha fazla düzelme göstermişlerdir. Ancak bu durum kısmen erkeklerde plasebo yanıtın düşük olmasıyla açıklanabilir⁸.

Cotton ve arkadaşları, BDT'de terapinin süresi ve semptomların azalmasında cinsiyetin rolü üzerine odaklanmışlardır⁶³. Terapi süresiyle ilgili bir fark gözlenmemiştir. Bununla birlikte erkek hastalar giriş değerlendirmesi ardından terapiyi daha fazla terk etmişlerdir. Eğer katılmaya devam ederlerse, durumluluk ve sürekli kaygı belirtilerinde kadınlardan daha fazla oranda düşüş sergilemektedirler. Terapistin kadın olması durumunda, sürekli kaygı belirtilerinde düşüş daha fazla olmaktadır. Bununla birlikte örneklemin küçük oluşu ve değerlendirme sırasında terapinin devam ediyor olması, sonuçların değerlendirilmesinde sınırlayıcı unsurlardır⁶³.

Yataklı tedavi biriminde benzer demografik ve klinik özellikleri olan OKB hastalarında yoğun terapi ve farmakoterapi kombinasyonunun sonuçları değerlendirilmiştir. Kadın cinsiyetin, yakınmaların ve OKB şiddetinin azalmasında, psikososyal işlevselliğin iyileşmesinde öngördürücü unsur olduğu sonucu ortaya çıkmıştır⁶⁴.

Bir bütün olarak hem farmakoterapi hem de BDT, kadınlarda ve erkeklerde anksiyete bozukluklarının düzelmesine katkı sağlamıştır. Ancak tedavide cinsiyete özgün etkilere ilişkin bilgi azlığı belirgindir.

Çalışmaların Genel Değerlendirmesi

Anksiyete bozukluğu tipleri içerisinde kadın ve erkek cinsiyeti arasındaki farklılıkların araştırılması, kadınlarda daha ciddi belirtilerin varlığını ortaya koymuştur^{32,33}. Bununla birlikte anksiyete bozukluklarında cinsiyet farklılıkları, psikiyatri literatüründe halen yeterince incelenmemiş konulardan birisidir.

ABD'deki Ulusal Eştanı Araştırması verilerine göre anksiyete bozukluklarının yaşam boyu sıklık oranları kadınlarda %30.5, erkeklerde %19.2'dir¹. Çalışmalarda gözlenen cinsiyet farklılıklarına yetersiz bildirim de sebep olabileceği göz önünde tutulmalıdır. Erkekler görüşmecilere nadiren doğrudan başvururken, kadınlar bu konuya daha içtenlikle yaklaşabilmektedirler³⁶. Parker ve arkadaşları depresyon eştanısının kadınlarda daha fazla olduğunu bildirmişlerdir³⁷. Lewinsohn ve arkadaşları anksiyete bozuklukları ve belirtilerinde cinsiyet farklılıklarının araştırıldığı bir çalışmada, kadın katılımcılarda erkeklere oranla belirgin düzeyde yüksek anksiyete belirtileri gözlemiştir. Bu sonuçta erkeklerin semptomları önyargılı bir biçimde olduğundan az gösterme çabalarının da etkili olabileceği düşünülmüştür³². Anksiyetenin ortaya çıkışında sosyal öğrenme, kadının özgün cinsel rolü ve toplumun kadından beklentileri gibi psikososyal unsurlar da önemli rol oynar³⁸.

Yaşam olayları, kişinin strese yanıtı ve günlük sorunlarla baş etme yolları anksiyetenin ortaya çıkışında ve cinsiyetler arasındaki farklılıklarda önemli olabilir. Kadınların strese yoğun duygusal yanıt verdikleri ve anksiyete dışavurumlarının daha güçlü olduğu iyi bilinmektedir³⁹. Ülkemizde de geleneksel kadın rolünün, girişkenliği ve kendine yeten davranış tarzını desteklemediği düşünülmektedir. Bu da kadının stres karşısında çaresiz ve çevresine bağımlı olmasına yol açar. Bunun zıttı olarak, erkeklerin her türlü yaşam olayında güçlü bir duruş sergilemeleri, zayıf yanlarını ortaya koymamaları beklenmektedir⁵¹. Biyolojik duyarlılıkla ilişkili çeşitli değişkenler de anksiyete bozukluklarında cinsiyetler arasında farklılıklara neden olabilir. Jovanovic ve arkadaşlarının son yıllarda yaptıkları bir çalışmada, beyindeki serotonin sisteminin erkek ve kadınlar arasında farklılık sergilediği gösterilmiştir. Bu bulgu kronik anksiyete ve depresyonun kadınlarda daha fazla görülmesiyle uyumaktadır⁶².

Hewitt ve Norton yaptıkları çalışmada kadınların anksiyetenin bilişsel ve somatik semptomlarını daha ciddi oranlarda sergilediklerini göstermişlerdir³³.

Anksiyete bozukluklarının yaygınlığıyla ilgili verilerin çoğu kişinin kendi beyanına dayandığından, geleneksel güçlü erkek sembolünün erkeklerin zayıflıklarını ortaya koymalarını güçleştirdiği düşünülebilir³⁶. Kadınların korku tepkisine şartlanmada erkeklerden daha hassas oldukları düşünülmektedir. Hedlund ve arkadaşları, kadınların erkeklere oranla ani gelişen hoşça gitmeyen olaylara daha fazla psikolojik yanıt verdiğini bildirmiştir⁴⁶. Nolen ve Jackson'ın kadınlarda ruminasyonların daha fazla görüldüğü ve Bekker'ın kadınların bedensel duymalara erkeklerden daha fazla bilişsel yanıt verdiklerini yaptıkları çalışmalarda

bildirmişlerdir⁴⁷. Faravelli ve arkadaşları, agorafobili panik bozukluk tanısı olan kadın hastalarda daha ciddi agorafobik kaçınma, daha fazla felaketleştirme düşüncesi ve bedensel duyum görüldüğünü bildirmişlerdir⁹.

Bazı epidemiyolojik çalışmalarda, OKB'de kadın/erkek oranı 1,2-1,8 arasında saptanmıştır⁶⁵. Bazılarında ise bir fark bulunmamıştır⁶⁶. Panik bozukluk kadın cinsiyette fazla görülmele beraber semptom şiddeti arasındaki fark kadınlarda daha yüksek bulunmaktadır. Panik Agorafobi Ölçeği puanlarında cinsiyetler arasında anlamlı bir fark görülmesine karşın panik bozukluğun sıklığında daha düşük bir farkın olması, Panik Agorafobi Ölçeğinin tanısallık değerlendirmede kullanılan bir araç olmamasıyla açıklanabilir. Bu ölçek, panik bozukluğun (agorafobili ya da agorafobisiz) şiddetini ölçmektedir⁶⁷. Amerikan Ulusal Eştanı Araştırmasında panik bozukluğu olan kadınlar daha fazla solunumla ilgili semptom, felaketleştirme düşüncesi ve bedensel duyum bildirmiştir¹. Çalışmaların çoğunda sosyal fobi ve obsesif kompulsif bozukluk dışındaki anksiyete bozukluklarının kadınlarda erkeklere oranla anlamlı oranda daha sık gözlemlendiği bildirilmektedir. Amerikan Ulusal Eştanı Araştırmasında yaygın anksiyete bozukluğunun bir yıllık prevalansı kadınlarda %2,4, erkeklerde %0,9 bulunmuştur¹. Gelişmekte olan ülkelerde ise erkek kadın oranları arasında önemli fark gözlenmediği bildirilmektedir⁶⁸. Ayrıca anksiyete bozukluklarında cinsiyetler arasındaki sıklık farkının toplum merkezli araştırmalarda, klinik ortamlardakilerden yüksek çıktığı bildirilmiştir¹. Bu durum hasta seçiminde taraflı olunmasına, tanı ölçütlerine ve kullanılan araçlara bağlanmaktadır⁶⁹. Çalışmalardaki travma sonrası stres bozukluğu, sosyal fobi ve özgül fobi tanıları olan hasta sayısının azlığı nedeniyle, bu hasta gruplarının istatistiksel yorumunu yapmak zordur¹⁹. Literatürde OKB'nin %50 gibi yüksek bir oranda başka bir anksiyete bozukluğuyla eştanı gösterdiği bildirilmektedir⁷⁰.

Sonuç

Anksiyete bozuklukları en yaygın görülen ruhsal bozukluklardandır (%25). Amerikan Ulusal Eştanı Çalışması verilerine göre yaşam boyu sıklık oranları kadınlarda %30,5, erkeklerde %19,2'dir. Anksiyete bozukluğu tipleri içerisinde kadın ve erkek cinsiyet arasındaki farklılıkların araştırılması, kadınlarda daha ciddi belirtilerin varlığını ortaya koymuştur.

Yapılan çalışmalar panik bozukluğun kadınlarda daha sık görüldüğü ve semptomatolojide daha ciddi semptomlarla seyrettiğini göstermiştir. Eştanı geliştirme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Panik bozuklukta olduğu gibi sosyal fobide de komorbid psikiyatrik

hastalıklar kadınlarda daha yüksek oranda gözlenmiştir¹⁵. Genel olarak çalışmalardan sosyal fobide kadınlarda daha kronik bir seyir, belirti şiddetinin ve işlevsellikteki bozulmanın daha fazla olduğu sonucu çıkarılabilir.

Menarş, premenstrüel dönem, gebelik, lohusalık dönemi OKB başlaması ile ilişkili bulunmuştur. Bu durum kadın üreme hormonlarının potansiyel rolünü akla getirmektedir. OKB bulguları cinsiyet açısından değerlendirildiğinde; kirlilik obsesyonları ve temizlik kompulsyonlarının kadınlarda; saldırganlık, cinsellik, düzenlilik, simetri obsesyonları ve kontrol kompulsyonunun erkeklerde daha fazla görüldüğü saptanmıştır¹⁹.

Kadınlarda YAB başlangıç yaşı daha erkendir. YAB'lu kadınlarda psikiyatrik hastalık eştanısı görülme olasılığı erkeklerden yüksektir, bu özellikle distimi ve depresyon için geçerlidir. Erkeklerde en sık TSSB nedeni savaşta çatışma deneyimiyken, kadınlarda cinsel saldırı, cinsel taciz veya çocukluk çağı fiziksel kötüye kullanımıdır²⁶. Aynı zamanda kadınlarda hayatı tehdit eden, kaçmanın olası olmadığı "tehdit algısının" önemi büyüktür. Anksiyeteyle ilişkili literatür, kadınlarda sosyal fobi dışındaki anksiyete bozukluklarının yaygınlığının erkeklerden fazla görüldüğünü belirtmektedir^{29,30}.

Anksiyetenin ortaya çıkışında psikososyal unsurlar da göz ardı edilmemelidir. Bunlar arasında sosyal öğrenme, kadının özgün cinsel rolü ve toplumun kadından beklentileri sayılabilir. Yaşam olayları, kişinin strese yanıtı ve günlük sorunlarla baş etme yolları anksiyetenin ortaya çıkışında ve cinsiyetler arasındaki farklılıklarda önemli olabilir. Kadınların strese yoğun duygusal yanıt verdikleri ve anksiyete dışavurumlarının daha güçlü olduğu iyi bilinmektedir^{38,39}. Bağlanma ve anksiyete bozukluklarıyla ilişkili çalışmaların çoğu güvensiz bağlanma paternlerinde cinsiyet farklılıkları sergilememiştir. Bunun nedeni orijinal bağlanma teorisinin (aynı zamanda şema teorisinin) cinsiyetten bağımsız olmasıdır⁵⁸.

Kadınlarda etkin serotonin reseptörlerinin sayısının daha fazla olduğu, buna karşın serotonin taşıyıcı protein düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur. Kadınlar arasında da premenstrual ruhsal yakınmaları olanlarda serotonin sisteminde bir farklılık olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular antidepressanlara cinsiyetlere göre farklı yanıtlar ortaya çıkmasını açıklayabilir⁶².

Bir bütün olarak hem farmakoterapi hem de BDT, kadınlarda ve erkeklerde anksiyete bozukluklarının düzelmesine katkı sağlamıştır. Ancak tedavide cinsiyete özgün etkilere ilişkin bilgi azlığı belirgindir.

Anksiyete bozukluklarında cinsiyet farklılıklarını araştıran kapsamlı çalışmaların gerekliliği halen devam etmektedir. Bu farklılıkların iyi tanınması, klinisyeni eştanı, belirtilerin ciddiyeti ve bozukluğun değişik görünümleri konusunda uyanık tutacaktır. Ayrıca tedaviye yönelik girişimlerde cinsiyete ilişkili unsurlara göre daha uygun kararlar verilebilir.

Kaynaklar

1. Reiger DA, Narrow WE, Rae DS. The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *J Psychiatr Res.* 1990; 24:3-14.
2. Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Jackson KL, Waller JL, McKeown RE, Addy CL et al. Frequency of obsessive-compulsive disorder in community sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1994; 33:782-91.
3. Starcevic V, Djordjevic A, Latas M, Bogojevic G. Characteristics of agoraphobia in women and men with panic disorder with agoraphobia. *Depress Anxiety.* 1998; 8:8-13.
4. 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; 17:173-9.
5. Stein MB, Walker JR, Forde DR. Gender differences in susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther.* 2000; 38:619-28.
6. Roy-Byrne P, Geraci M. Life events and the course of illness in patients with panic disorder. *Am J Psychiatry.* 1986; 146:622-6.
7. Saunders BE, Villepontaux LA, Lipovsky JA, Kilpatrick DG, Veronen LJ. Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women. *J Interpers Violence.* 1992; 7:189-204.
8. Clayton AH, Steart RS, Fayyad R, Clary CM. Sex differences in clinical presentation and response in panic disorder: pooled data from sertraline treatment studies. *Arch Womens Ment Health.* 2004; 9:151-7.
9. Faravelli C. Life events preceding the onset of panic disorder. *J Affect Disord.* 1985; 9:103-5.
10. Noyes R, Reich J, Christiansen J. Outcome of panic disorder: relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry.* 1990; 47:809-18.
11. Klerman GL, Weissman MM, Quellerette R, Johnson J, Greenwald S. Panic attacks in the community: social morbidity and health care utilization. *JAMA.* 1991; 265:742-6.
12. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005; 62:617-27.

13. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman 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; 51:8-19.
14. Turk CL, Heimberg RG, Orsillo SM, Holt CS, Gitow A, Street LL et al. An investigation of gender differences in social phobia. *J Anxiety Disord*. 1998; 12:209-23.
15. Yonkers KA, Dyck IR, Keller MB. An eight-year longitudinal comparison of clinical course and characteristics of social phobia among men and women. *Psychiatr Serv*. 2001; 52:637-43.
16. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK et al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry*.1994; 55:5-10.
17. Neziroglu FA, Yaryura Tobias JA, Lemli JM, Yaryura RA. Demographic study of obsessive compulsive disorder. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat*. 1994; 40:217-23.
18. Buttolph ML, Holland A. *Obsessive Compulsive Disorders in Pregnancy and Childbirth*, 2nd ed. Chicago, Year Book, 1990.
19. Lensi P, Cassano GB, Correddu G. Obsessive compulsive disorder: familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry*.1996; 169:101-7.
20. Castle DJ, Deale A, Marks IM. Gender differences in obsessive compulsive disorder. *Aust N Z J Psychiatry*.1995; 29:114-7.
21. Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden and cost to society. *Depress Anxiety*. 2002; 16:162-71.
22. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*.1994; 51:355-64.
23. Pigott TA. Anxiety disorders in women. *Psychiatr Clin North Am*. 2003; 26:621-72.
24. Fagioli-Petrillo L, Viguera A, Kennen J, Cohen L. Utilization of health care services by obstetric patients with psychiatric disorders. In: 13. Annual Meeting of American Psychiatric Association; Philadelphia, 2002.
25. Ballenger JC. Overview of different pharmacotherapies for attaining remission in generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62:11-9.
26. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995; 52:1048-60.
27. Fullerton CS, Ursano RJ, Epstein RS, Crowley B, Vance K, Kao TC et al. Gender differences in posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Am J Psychiatry*. 2001; 158:1486-91.
28. Davidson JR, Rothbaum BO, van der Kolk BA, Sikes CR, Farfel GM. Multicenter, double blind comparison of sertraline and placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2001; 58:485-92.

29. Yonkers KA, Zlotnik C, Allsworth J, Warshaw M, Shea T, Keller MB. Is the course of panic disorder the same in women and men? *Am. J. Psychiatry.* 1998; 155:596-602.
30. Kendler K, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L. The genetic epidemiology of phobias in women: the interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Arch Gen Psychiatry.* 1992; 49:273-81.
31. Australian Bureau of Statistics. National Survey of Mental Health and Wellbeing: Summary of Results. Canberra, Australian Bureau of Statistics, 2007.
32. Lewinsohn P, Hops H, Roberts R, Seeley J, Andrews J. Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol.* 1993; 102:133-44.
33. Norton G. R, McLeod L, Guertin J, Hewitt P. The growth of anxiety disorders during the 1980s. *J Anxiety Disord.* 2001; 9:75-85.
34. Wacker H, Mullejans R, Klein K, Battagay R. Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to the ICD-10 and DSM-III-R by using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res.* 1992; 2:91-100.
35. Bekker MH. Agoraphobia and gender: a review. *Clin Psychol Rev.* 1996; 16:129-46.
36. MacKinaw-Koons B, Vasey MW. Considering sex differences in anxiety and its disorders across the life span: A construct-validation approach. *Appl Prev Psychol.* 2000; 9:191-209.
37. Parker G, Hadzi-Pavlovic D. Is the female preponderance in depression secondary to a primary female preponderance in anxiety disorders? *Acta Psychiatr Scand.* 2001; 103:252-6.
38. Bekker MHJ. Agoraphobia: Sex specific stress or sex specific stressors? In: Sherr L, St. Lawrence SJ, eds. *Women, Health and the Mind.* Chichester UK, Wiley, 2000: 91-114.
39. Al-Issa I. *The Psychopathology of Women.* Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1980.
40. Bekker MH, Vingerhoets AJ. Male and female tears: Swallowing versus shedding? The relationship between crying, biological sex and gender. In: Vingerhoets AJJM, Cornelius RR, eds. *Adult Crying: A Biopsychosocial Approach.* Hove Brunner-Routledge, Hove UK, 2001; 91-114.
41. Chambless DL. Sex and phobia (in Dutch). *Gedragstherapie,* 1988; 21:283-93.
42. Slone LB, Norris FH, Gutierrez Rodriguez F. Alcohol use and misuse in urban Mexican men and women: an epidemiological perspective. *Drug Alcohol Depend.* 2006; 85:163-70.
43. Nemeroff CB, Bremner JD, Foa EB. Posttraumatic stress disorder: a state-of-the-science review. *J Psychiatr Res.* 2006; 40:1-21.
44. Thorpe GL, Burns LE. *The Agoraphobic Syndrome.* New York, Wiley, 1983.
45. Peters L, Issakidis C, Slade T, Andrews G. Gender differences in the prevalence of DSM-IV and ICD-10 PTSD. *Psychol Med.* 2006; 36:81-9.

46. Hedlund MA, Chambless DL. Sex differences and menstrual cycle effects in aversive conditioning: A comparison of premenstrual and intermenstrual women with men. *J Anxiety Disord.* 1990; 4:221-31.
47. Nolen-Hoeksema S, Jackson B. Mediators of the gender difference in rumination. *Psychol Women Q.* 2001; 25:37-47.
48. Chambless DL. Gender and phobia. *Fresh Perspectives on Anxiety Disorders.* Amsterdam, Swets & Zeitlinger, 1989.
49. Stein MB, Walker JR, Anderson G. Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *Am J Psychiatry.* 1996; 153:275-77.
50. Fergusson DM, Swain-Campbell NR, Horwood LJ. Does sexual violence contribute to elevated rates of anxiety and depression in females? *Psychol Med.* 2002; 32:991-6.
51. Wolfe BE. Gender ideology and phobias in women. *Sex Roles and Psychopathology.* New York, NY: Plenum Press. 1984: 51-72.
52. Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ. Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry.* 1994; 151:413-20.
53. Lindal E, Stefansson JG. The lifetime prevalence of anxiety disorders in Iceland as estimated by the US National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatr Scand.* 1993; 88:29-34.
54. Arrindell WA, Eisemann M, Oei TPS. The Cultural Clinical Psychology Study Group. Phobic anxiety in 11 nations: Part II. Hofstede's dimensions of national cultures predict nationallevel variations. *Pers Individ Diff.* 2004; 37:627- 43
55. Bowlby J. *Attachment and Loss. Vol I.* New York, Basic Books, 1969.
56. Bowlby J. *Attachment and Loss. Vol II. Separation: Anxiety and Anger.* London, UK, The Hogarth Press, 1973.
57. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema Therapy: A Practitioners' Guide.* New York, NY, Guilford Press, 2003.
58. Barlow DH. *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Panic.* New York, NY, Guilford Press, 2002.
59. Bekker MH. The development of an autonomy scale based on recent insights into gender identity. *Eur J Pers.* 1993; 7:177-94.
60. Torgersen S. Genetic factors in anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 1983; 40:1085-1089.
61. Shear M, Mammen O. Anxiety disorders in pregnant and post-partum women. *Psychopharmacol. Bull.* 1995; 31:693-703.
62. Jovanovic H. PET evaluation of central serotonergic neuro-transmission in women (Doctoral thesis). Stockholm, Karolinska Unstitutet, 2008.

63. Cottone JG, Drucker P, Javier RA. Gender differences in psychotherapy dyads: changes in psychological symptoms and responsiveness to treatment during 3 months of therapy. *Psychother Theory Res Pract.* 2002; 39:297-308.
64. Stewart SE, Yen CH, Stack DE, Jenike MA. Outcome predictors for severe obsessivecompulsive patients in intensive residential treatment. *J Psychiatr Res.* 2006; 40:511-9.
65. Nelson E, Rice J. Stability of diagnosis of obsessive compulsive disorder in the Epidemiologic Catchment Area Study. *Am J Psychiatry.* 1997; 154:826-31.
66. Robins LN, Helzer JE, Weisman MM. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry.* 1984; 41:949-58.
67. Tural Ü, Fidaner H, Aklın T. Panik ve Agorafobi Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. *Turk Psikiyatri Derg.* 2000; 11:29-39.
68. Cameron A. *Crash Course Psychiatry.* London, Elsevier, 2004.
69. Angst J, Merikangas KR. Subthreshold syndromes of depression and anxiety in the community. *J Clin Psychiatry.* 1997; 58:6-10.
70. Stein DJ, Lochner C. Obsessive-compulsive spectrum disorders: a multidimensional approach. *Psychiatr Clin N Am.* 2006; 29:343-51.

Correspondence Address / Yazışma Adresi

Soner Çakmak
Çukurova Üniv. Tıp Fak.
Psikiyatri ABD
Adana, Turkey
E-mail: drsoncak@hotmail.com