



Dr. Füsün Ersoy\*, Dr. Taner Edirne\*\*, Dr. Timur F. Oğuz\*\*\*

Bu yazının  
1. bölümü  
Ağustos  
2003  
sayısında  
yayınlan-  
mıştır.

## Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), gerçek sorunlarla orantısız bir biçimde yaşam koşulları hakkında gerçekçi olmayan aşırı endişe ile karakterizedir. Hastalar çoğu zaman kendilerini gergin ve sinirli hissettiklerini söylerler. Belirtiler tipik olarak üç farklı grupta toplanır: **1) Aşırı fizyolojik uyarılmışlık durumu; örneğin kas gerginliği, iritabilite ve uykusuzluk; 2) Konsantrasyon bozukluğu ve sorunların gerçekçi olmayan bir biçimde değerlendirilmesi ile karakterize uygunsuz bilişsel süreç; 3) Sorunlarla baş etme stratejilerinde yetersizlik; örneğin kaçma, erteleme, sorun çözme becerilerinde zayıflık.** Bu belirtiler en az altı aydır sürüyor olmalı ve hastanın yaşamını etkilemiş olmalıdır (Tablo 1). YAB'nin yaşam boyu görülme sıklığı %4.1 - %6.6 arasında değişmekle birlikte, hekime başvuran hastalar arasında genel popülasyona göre bu sıklık iki kat fazladır. Panik bozukluğu gibi YAB'de kadınlarda daha sık görülür ve başlama yaşı tipik olarak yirmili yaşlardır. Kronikleşme eğilimi vardır, alevlenme ve iyileşme dönemleriyle gidebilir, belirtiler stres

oluşturan olaylar karşısında yoğunlaşabilir. Hastalar genellikle bir psikiyatriste değil, çeşitli nonspesifik yakınmalarla bir birinci basamak hekimine başvurabilir. Normal anksiyete ile ayırımının bazen tam olarak yapılamaması ve çoğu kez eşlik eden psikiyatrik bir hastalık bulunması nedeniyle YAB tanısı koymak güç olabilir. YAB olan hastaların %70'inden fazlası en az bir kez panik atak geçirmiştir. Bu hastalarda depresyon da siktir, major depresif epizodların yaşam boyu görülme sıklığı %67'dir. Sürekli anksiyetesi ya da multipl nonspesifik yakınmaları olan hastalar, öncelikle altta yatan başka bir hastalık olup olmadığı açısından değerlendirilmelidir. Anksiyete ile birlikte en sık görülen klinik tablolar; hipertiroidi, Cushing hastalığı, mitral kapak prolapsusu, karsinoid sendrom ve feokromositomadır. Ayrıca kortikosteroidler, digoksin, tiroksin, teofilin gibi ilaçlar da anksiyeteye yol açabilir. Hastaya bitkisel kaynaklı, reçetesiz satılan ilaçlardan kullanım kullanmadığı; alkol, sigara, çay, kahve, uyuşturucu alışkanlığı olup olmadığı sorulmalıdır. Eşlik eden psikiyatrik hastalık ya

**Tablo 1.** DSM IV'e göre yaygın anksiyete bozukluğu tanı kriterleri

<p>A- En az altı aydır süren okul ya da iş performansı gibi çeşitli aktivitelerle ilgili aşırı anksiyete, endişe ve korku dolu bekleme hali</p> <p>B- Kişinin bu korku ve endişeyi kontrol etmekte güçlük çektiğini belirtmesi</p> <p>C- Anksiyete ve endişeye aşağıdaki altı belirtiden en az üçünün eşlik etmesi (en azından bazı belirtilerin son yedi aydan daha önce de bazı günler sürmüş olması) Not: Çocuklarda bu belirtilerin bir tanesinin bulunması yeterlidir:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1- Yorgunluk, dinlenememişlik, sinirlilik ya da gerginlik hissi,</li><li>2- Çabuk yorulma</li><li>3- Konsantrasyon güçlüğü ya da zihninin boşaldığını hissetme,</li><li>4- İritabilite,</li><li>5- Kas gerginliği,</li><li>6- Uyku bozukluğu (uykuya dalmada, uykuda kalmada ya da dinlenmiş ve uykusunu almış olarak uyanmada güçlük),</li></ol> <p>D- Anksiyete ve endişe, panik atak, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, ayrılık anksiyetesi, anoreksiya nervoza, somatizasyon bozukluğu ve posttravmatik stres bozukluğu gibi bir eksen I bozukluğu bulgusu olarak tanımlanmamış olması,</p> <p>E- Anksiyete, endişe, korku ve fiziksel belirtilerin, sosyal, mesleki ve diğer önemli fonksiyonların yerine getirilmesinde belirgin güçlük ya da bozulmaya yol açması,</p> <p>F- Bozukluğun; bir madde, ilaç ya da tedavinin doğrudan fizyolojik etkileri ile, hipertiroidi gibi başka bir hastalığa bağlı olarak ya da bir <i>duygu-durum</i> bozukluğu, psikotik bozukluk ya da yaygın gelişimsel bozukluk sırasında ortaya çıkmış olmaması.</p>
--

**Kaynaklar**  
1- Schweizer E, Rickels K. Strategies for treatment of generalized anxiety in the primary care setting. J Clin Psychiatry 1997; 58 (suppl 3): 76-80.  
2- Rickels K, Schweizer E. The clinical course and long-term management of generalized anxiety disorder. J Clin Psychopharmacol 1990;10:101-8.  
3- Wise MG, Griffies WS. A combined treatment approach to anxiety in the medically ill. J Clin Psychiatry 1995;56(suppl 2):14-19

4- Noyes R, Woodman C, Garvey MJ et al. Generalized anxiety disorder vs. panic disorder. Distinguishing characteristics and patterns of comorbidity. J Nerv Ment Dis 1992; 180:369-79.

5- Taylor CB, Sallis JF, Needle R. Relation of physical activity and exercise to mental health. Public Health Rep 1985; 100:195-202.

6- Mathews A. Why worry? The cognitive function of anxiety. Behav Res Ther 1990; 28:455-68.

7- Butler G, Fennel M, Robson P, Gelder M. Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. J Consult Clin Psychol 1991; 59:167-75.

8- Schweizer E. Generalized anxiety disorder. Longitudinal course and pharmacologic treatment. Psychiatr Clin North Am 1995; 18:843-57.

9- Shorr RI, Robin DW. Rational use of benzodiazepines in the elderly. Drugs Aging 1994; 4:9-20.

10- Davidson Jr, Dupont RL, Hedges D, Haskins JT. Efficacy, safety and tolerability of venlafaxine extended release and buspirone in outpatients with generalized anxiety disorder. J Clin Psychiatry 1999; 60(1):22-8.

11- Silverstone PH, Ravindran A. Once-daily venlafaxine extended release (XR) compared with fluoxetine in outpatients with depression and anxiety: Venlafaxine XR 360 study group. J Clin Psychiatry 1999; 60(1):22-8.

da üst üste gelen belirtiler yüzünden, YAB tanısı atlanabilir. Panik bozukluğundakinin tersine, YAB'deki anksiyete spesifik ve kroniktir. YAB'de major depresyonda sık görülen nörovejetatif belirtiler görülmeyebilir. Sürekli yorgunluk hali, kendini bir türlü dinlenmiş hissedememe ve motor gerginlik, YAB'de çok daha sıktır. Ayırıcı tanıda somatizasyon bozukluğu da düşünülmelidir. Bu bozuklukta çeşitli organ sistemleriyle ilgili değişik fiziksel yakınmalar olur. YAB'de de hastalar sıklıkla somatik yakınmalarla gelir ama bunlar genellikle somatizasyon bozukluğuna göre çok daha dar bir bölgede sınırlıdır.

### **Tedavi Yaklaşımı Davranışçı Tedavi**

Orta şiddetteki anksiyete başlangıçta danışmanlık ile tedavi edilebilir. Hastalara kafein, nikotin gibi uyarıcıları bırakmaları ve haftanın belli günlerinde, olanaklı olduğunca sık katılabilecekleri egzersiz programları önerilebilir. *Biyofeedback*, *progresif relaksasyon* ve stres yönetimi gibi yöntemler bireysel ve grup oturumlarında, ailenin de katılımıyla uygulanabilir. Hastanın sorun çözmeye yönelik becerilerinin geliştirilmesi ve hastanın sorunlarına farklı yaklaşımlar sağlanması çabalarında, aile bireyleri de sürece katılmalıdır. Bilişsel davranışçı tedavi de anksiyete yaratan düşüncelerle tekrar tekrar yüz yüze gelmeye ve bunları tanımlamaya yardımcı olabilir.

### **İlaç Tedavisi**

Günlük işlevleri bozulmuş hastalarda benzodiazepinlerin kullanılması düşünülmelidir. Eğer belirgin depresyon yoksa, hasta anksiyetesinin psikolojik temelinden habersizse ve daha önce de benzodiazepinler denenip iyi yanıt alınmışsa, benzodiazepinlerden yarar görmek olasıdır. Tedavinin etkileri bir hafta içinde sedasyona tolerans gelişmesi ile ortaya çıkar, konsantrasyon bozukluğu ve unutkanlık gibi etkiler ise haftalar içinde gelişebilir. Benzodiazepinlerin birincil etkisi, anksiyeteden çok kas gerginliği, uykusuzluk gibi somatik belirtiler üzerinedir. Bu ajanlar özellikle yaşlı hastalarda dikkatli kullanılmalı, lorezapam (Ativan), oksazepam (Serax) ve temazepam (Restoril) en düşük dozlarda başlanmalıdır; çünkü bunların en iyi metabolizma yöntemi konjügasyondur. Panik bozukluğu tedavisinde kullanılan alprazolam ve klonazepam diğer

seçeneklerdir. Tüm benzodiazepinler bağımlılık yapabilir. Kesildiğinde irritabilite, anksiyete, uykusuzluk gibi belirtiler oluşabilir; bu belirtiler, yüksek doz ilaç kullanan ya da daha önceden madde bağımlılığı öyküsü olan hastalarda daha şiddetli olabilir. Tedaviye başladıktan 6-8 hafta sonra ilaç dozu yavaş yavaş azaltılarak kesilebilir. Dozu her hafta %25 oranında ya da daha az azaltarak kesmek, kesilme belirtilerini en aza indirgeyebilir. *Tapering process* sırasında *rebound* anksiyete oluşabilir, fakat tipik olarak en çok 72 saat sürer. Kronik anksiyetede buspiron (Buspon) da ilk seçenek tedavi olarak düşünülebilir. Ancak benzodiazepinlerin tersine buspironla semptomatik düzelme 2-3 haftayı bulabilir. Başlangıç dozu 5 mg günde üç kez de olup belirtiler iyileşinceye dek ya da 20 mg tid maksimum doza dek çıkılabilir. Baş ağrısı ve baş dönmesi olmaması için doz 2-3 günde bir, günde 5mg artırılmalıdır. Başlangıç döneminde benzodiazepin almakta olan hastalarda buspironun günlük dozu 20-30 mg'a çıkmadan, benzodiazepinin doz azaltımına başlanmamalıdır. Buspironun yan etkileri arasında baş dönmesi, bulantı, baş ağrısı, sinirlilik sayılabilir. Yavaş salınımlı venlafaksin (Effexor XR) bir serotonin - norepinefrin *gerialım inhibitörü* olup spesifik olarak YAB tedavisindeki etkinliği araştırılmıştır. Randomize, çift kör, plasebo kontrollü çalışmalarda venlafaksin bu hastalarda gerginlik, irritabilite, anksiyete, yorgunluk hissi belirtilerini anlamlı biçimde azalttığı ve anksiyeteli hastalarda şaşırtıcı yanıtlar alındığı gösterilmiştir. Halen YAB tedavisinde FDA onaylı tek ilaç, yavaş salınımlı venlafaksin olup, önerilen başlangıç dozu günde 75 mg'dir ve her dört günde bir, günde 75 mg artırılarak maksimum günlük doz olan 225 mg'a çıkarılır. Renal yetmezliği olan hastalarda azaltılmış dozlar kullanılmalıdır. En sık görülen yan etkileri; asteni, terleme, bulantı, kabızlık, anoreksi, ağız kuruluğu ve bulanık görmedir. Kan basıncında orta derecede yükselmeye yol açtığı da bildirilmektedir. Eşlik eden psikiyatrik bir hastalık varsa ve tanı koymada güçlük çekiliyorsa, standart tedaviye hasta yanıt vermiyorsa sevk gerekir. Böylece birincil tedavi olarak ya da ilaç tedavisine ek olarak bilişsel davranışçı tedaviye başlamak olanağı da olabilir.

Bu yazının 3. bölümü Ekim 2003 sayısında yayınlanacaktır.