

Bahar / Spring 2015

Cilt / Volume 5

Sayı / Issue 1

Psikiyatride Güncel yılda dört kez (Mart, Haziran, Eylül ve Aralık) yayımlanan yaygın süreli bilimsel yayındır.
Four issues published annually: March, June, September, December

TPD adına Sahibi ve Sorumlu Müdürü / Published by Psychiatric Association of Turkey

Simavi Vahip

Yayın Yönetmeni / Editor in Chief

Ömer Aydemir

Yardımcı Yayın Yönetmenleri / Associate Editors

E. Timuçin Oral

Mustafa Sercan

Danışma Kurulu / Advisory Board

Berna Binnur Akdede, *İzmir*
Asena Akdemir, *Konya*
Gökay Aksaray, *Eskişehir*
Nihat Alpay, *İstanbul*
Vesile Altınyazar, *Aydın*
Mustafa Arı, *Hatay*
Nuray Atasoy, *Zonguldak*
İnci Meltem Atay, *Isparta*
Murat Atmaca, *Elazığ*
Nazan Aydın, *İstanbul*
Ahmet Ayer, *Manisa*
Bahadır Bakım, *Çanakkale*
Salih Battal, *Ankara*
Lütfullah Beşiroğlu, *İzmir*
Hakan Coşkunol, *İzmir*
Macit Çalışkan, *İstanbul*
Ali Çayköylü, *Ankara*
Abdülkadir Çevik, *Ankara*
Serhat Çıtak, *İstanbul*
Sultan Doğan, *Tekirdağ*

Alaattin Duran, *İstanbul*
Hülya Ensari, *Bolu*
Nezih Eradamlar, *İstanbul*
Murat Erkıran, *İstanbul*
Şahap Nurettin Erkoç, *İstanbul*
Atilla Erol, *Adapazarı*
Ertuğrul Eşel, *Kayseri*
Ekrem Cüneyt Evren, *İstanbul*
Erol Göka, *Ankara*
Aziz Mehmet Gökbakan, *Tokat*
Ayşe Gökçen Gönen, *Samsun*
Ali İrfan Gül, *Yozgat*
Çiçek Hocaoğlu, *Rize*
Mehmet Cem İlnem, *İstanbul*
Cem İncesu, *İstanbul*
İbrahim Fatih Karababa, *Şanlı Urfa*
Figen Karadağ, *İstanbul*
Filiz Karadağ, *Denizli*
Taha Karaman, *Antalya*
Nesrin Karamustafaloğlu, *İstanbul*

Tunay Karlıdere, *Balıkesir*
Nazmiye Kaya, *Konya*
Selçuk Kırılı, *Bursa*
İsmet Kırpınar, *İstanbul*
Yüksel Kıvrak, *Kars*
Orhan Murat Koçak, *Kırıkkale*
Nesim Kuğu, *Sivas*
Erhan Kurt, *İstanbul*
Aslı Kuruoğlu, *Ankara*
Ayşe Fulya Maner, *İstanbul*
Mustafa Namlı, *Elazığ*
Elif Oral, *Erzurum*
F. Özlem Orhan, *Kahraman Maraş*
Sibel Örsel, *Ankara*
Ömer Özbulut, *Afyon*
Osman Özdemir, *Van*
Şakir Özen, *İstanbul*
Evrım Özkorumak, *Trabzon*
Erol Özmen, *Manisa*
Nahit Özmenler, *Ankara*

Ahmet Öztürk, *Kütahya*
İbrahim Ömer Saatçioğlu, *İstanbul*
Kemal Sayar, *İstanbul*
Aytekin Sir, *Diyarbakır*
Mustafa Solmaz, *İstanbul*
Ahmet Rifat Şahin, *Samsun*
Lut Tamam, *Adana*
Ramazan Tangur, *Adana*
Nilgün Taşkıntuna, *Ankara*
Nesrin Tomruk, *İstanbul*
Ümit Tural, *Kocaeli*
Ahmet Türkcan, *İstanbul*
Alp Üçok, *İstanbul*
Ahmet Ünal, *Gaziantep*
Süheyla Ünal, *Malatya*
Erdal Vardar, *Edirne*
Elif Anıl Yağcıoğlu, *Ankara*
Kemal Yazıcı, *Mersin*
Ece Yazla, *Çorum*

"Danışma Kurulu Türkiye'de psikiyatri eğitimi veren kurumların yöneticilerinden oluşan TPD Eğitim Üst Kurulu üyelerinden oluşur ve yılda bir kez yenilenir."

Yazışma adresi / Corresponding address

Türkiye Psikiyatri Derneği
Tunus Cad. 59/5
Kavaklıdere, Ankara
Tel. 0312 468 74 97
www.psikiyatri.org.tr

e-posta:

soaydemir@yahoo.com

Grafik Tasarım ve Yayın Hizmetleri / Publishing Services

BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.
Ziya Gökalp Cd. 30/31, 06420 Kızılay, Ankara
Tel : 0 312 431 3062
Faks : 0 312 431 3602
e-posta : info@bayt.com.tr

Baskı / Printing

Miki Matbaacılık Ltd. Şti.
Matbaacılar Sanayi Sitesi 560 Sk. No: 27
Yenimahalle, Ankara
Tel : 0 312 395 2128
Faks : 0 312 395 2349

ISSN 2146-331X

Baskı Tarihi: Nisan 2015

yazarlara bilgi

Yazıların İçerdiği Alt Bölümler ve Özellikleri

- **Başlık**
- **Yazar(lar)**
- **Yazar(lar)ın kısa özgeçmişi** (Her yazar için 50 kelime)
- **İletişim:** Yazar(lar)ın tercih ettiği iletişim adresi/e-posta adresi
- **Anahtar sözcükler:** Index Medicus'a göre belirlenmiş en az 3 en çok 6 anahtar sözcük
- **Türkçe Özet** (200-250 kelime)
- **İngilizce Özet** (250-300 kelime)
- **Yazı:** Her yazı en az 8, en çok 12 sayfadan oluşur. Yazının belirtilen sayfa sayıları **kaynaklar, tablolar ve şekiller hariç** tutularak ve **tek aralıkla** yazılmış biçime göre verilmiştir. Yazıların 12 font büyüklüğünde ve **Times New Roman** fontunda kaleme alınması gerekmektedir.
- **Olgu sunumu:** Her yazının sonunda konu ile ilgili bir olgu sunumuna yer verilmesi beklenmektedir. İşlenen konuyu iyi bir şekilde örnekleyen bir olgu, tek aralıklı ve A4 boyutunda bir sayfaya sığacak şekilde yazılmalıdır. Gerçek hasta örneklerinde hasta kimliğinin anlaşılmasını sağlayacak önlemler özenle alınmalıdır.
- **Tablolar, şekiller ve resimler:** Yazılarda okumayı, anlaşılmayı ve sonuçta eğitimi kolaylaştıracak tablo ve şekillerin her biri en sonda ayrı sayfalarda verilmeli ve metin içinde girecekleri yerler belirtilmelidir.
- **Alıntı pencerelerine metinden cümle önerileri:** Her yazının içinde 5-8 alıntı penceresi oluşturulacak ve bu pencerelerde yazının içinden bazı cümleler/çok kısa paragraflar okuyucunun konuya ilgisini çekmek üzere bu pencerelerde ayrıca verilecektir. Bu nedenle yazarların bu doğrultuda yapacakları öneriler konuk yayın yönetmenleri ile yayın yönetmenlerine yardımcı olacaktır. Bu alıntı pencerelerine alınacak cümle ya da cümlelere ilişkin önerilerin yazarlar tarafından ayrı bir sayfada sunulması beklenmektedir.
- **Kaynaklar:** Kaynak gösterimi ve Kaynak Künyesi Yazım Kuralları örnekleri için aşağıdaki "Kaynak Yazım Kuralları" bölümüne bakınız.

Kaynak Yazım Kuralları

Metin içinde kaynak gösterimi

- Kaynak gösteriminde Vancouver Stili kullanılacaktır.
- Kaynaklar metin içerisinde çıkış sırasına göre numaralandırılacaktır.
- Metin içinde numaralar üstsimge niteliğinde yazılacaktır. Örnek:¹.

Kaynaklar listesinde kaynak künyesi yazım kuralları

- Kullanılan kaynakların listesi yazının bitiminde "Kaynaklar" başlığı altında yerilir.

- Kaynak künyesi yazımında Vancouver Stili kullanılır.
- Kaynaklar metin içinde çıkış sırası dikkate alınarak numaralanır. Kaynaklar Listesinde numaralar yuvarlak parantez içinde verilir. Örnek: (1)
- Kaynak Listesinde tüm yazarların adları yer almaz.
- En sık kullanılan kaynak türleri olan "dergide yayımlanmış makale, kitap, editörlü kitap bölümü, yayımlanmamış tez, toplantıda sunulan bildiri ya da poster, dergide makale (elektronik), kitap (elektronik)" gibi kaynakların verilme biçimine ilişkin kurallar ve örnekler aşağıda verilmiştir. Bu örnekler dışında yer alan kaynak türlerine ilişkin yazım kuralları için Vancouver Yazım Stilinin daha ayrıntılı yer aldığı kaynaklara başvurulabilir.

Dergide makale (basılmış)

- Yazar(lar).
- Dergide basılmış makalenin adı.
- Derginin adı (*italik*)
- Yayın yılı;
- Cilt numarası (Sayı);
- Makalenin sayfa numaraları.

Örnek: Oral ET, Vahip S. Bipolar depression: an overview. *IDrugs* 2004; 7(9): 846-50.

Kitap

- Yazar(lar).
- Kitap adı (*italik yazılmalıdır*).
- Seri başlığı ve numarası (eğer bir serinin parçası ise)
- Kaçınıcı baskı olduğu (eğer ilk baskı değilse).
- Yayımlandığı/basıldığı yer (eğer birden fazla yer varsa ilk belirtilen yer adını kullanın)
- Yayıncı;
- Yayın yılı.

Örnek: Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. İkinci Baskı. New York: Oxford University Press; 2007.

Editörlü kitapta bölüm

- Bölüm yazar(lar)ı.
- Bölüm başlığı.
- Editör (isimden sonra daima (ed.) yazınız)
- Kitap adı (*italik*).
- Seri adı/başlığı ve sayısı (eğer bir serinin parçası ise)
- Kaçınıcı baskı olduğu.
- Yayın yeri;
- Yayıncı;
- Yayın yılı.
- Sayfa numaraları.

Örnek: Jefferson JW, Greist JH. Lithium. Sadock BJ, Sadock VA (eds.) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry'de*. 7. Baskı. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. 2377-90.

Yayımlanmamış tez

- Yazar.
- Tez adı (*italik yazılmalıdır*)
- (Uzmanlık Tezi) ibaresi.
- Kişinin uzmanlık eğitimi aldığı kurum adı.
- Tez kabul yılı.

Örnek: Sercan M. *Depresif Bozukluklarda Bedensel Belirtilerin Önemi*. (Yayımlanmamış uzmanlık tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı; 1987.

Toplantıda sunulan bildiri ya da poster

- Yazar(lar).
- Bildiri adı.
- Kongre adı (*italik yazılmalıdır*)
- Kongre tarihi,
- Kongrenin yapıldığı yer.

Örnek: Sercan M, Ger C, Oncu F, Bilici R, Ural C. Immigration and Violence by Mentally Disordered Offenders. *World Psychiatric Association International Congress*, July 12 -16 2006, İstanbul.

Çevrimiçi kaynak gösterimi

Dergide Makale (Elektronik): Çevrimiçi makale, basılı olan ile aynı ise basılı olan kaynak gösterilmelidir. Farklılık varsa çevrimiçi olan kullanılır. Eğer dergi makalesinin bir DOI (digital object identifier) numarası varsa URL adresi yerine onu kullanınız. DOI makalenin çevrimiçi her zaman bulunmasını sağlayan ve yayıncı tarafından sağlanan geçici bir ayırt edici kimlik bilgisidir.

- Yazar(lar).
- Dergide basılmış makalenin adı.
- Derginin adı (*italik*)
- [Çevrimiçi]
- Yayın yılı;
- Cilt numarası;
- (Sayı)
- Makalenin sayfa numaraları.
- Ulaşılabileceği adres: URL ya da DOI
- [Erişim tarihi]

Örnekler:

(1) Arrami M, Garner H. A tale of two citation. *Nature* (Online)2008;451(7177):397-399. Ulaşılabileceği adres: <http://www.nature.com/nature/journal/v451/n7177/full/451397a.html> [Erişim tarihi 20 Ocak 2008].

(2) Wang F, Maidment G, Missenden J, Tozer R. The novel use of phase change materials in refrigeration plant. Part1: Experimental investigations. *Applied Thermal Engineering*. [Çevrimiçi] 2007;27(17-18): 2893-2901. Ulaşılabileceği adres: doi:10.1016/j.applthermaleng.2005.06.011. [Erişim tarihi 14 Temmuz 2008].

Kitap (elektronik)

- Yazar(lar)/Editör (editör ise isimden sonra (ed.) yazınız)
- Başlık (*italik olmalıdır*)
- Seri adı/başlığı ve sayısı (eğer bir serinin parçası ise)
- Kaçınıcı baskı olduğu (eğer birinci baskı değilse) [e-kitap]
- Yayımlandığı/basıldığı yer (eğer birden fazla yer varsa ilk belirtilen yer adını kullanın)
- Yayıncı
- Yayın yılı
- Ulaşılabileceği adres: URL
- [erişim tarihi]

Örnek: Simons NE, Menzies B, Matthews M. A Short Course in Soil and Rock Slope Engineering. A Short Course in Soil and Rock Slope Engineering. [Çevrimiçi] London: Thomas Telford Publishing; 2001. Edinilebileceği adres: [Erişim 18 temmuz 2008].

önsöz

Bahar 2015

Ruh sağlığı alanında gerek toplum içindeki yaygınlığının yüksekliği, gerekse yarattığı yeti yitimi ve hastalık yükü açısından *Anksiyete Bozukluklarının* gündemdeki yeri her zaman ön sırada olmuştur. Bu bakımdan doğru yaklaşım, değerlendirme, olgu yönetimi ve tedavisi ciddiyetle ele alınmayı gerektirir.

Gitgide artan başvuru sayılarıyla ruh sağlığı hizmeti verenlerin belli aralıklarla kuramsal bilginin güncellenmesi, deneyim paylaşımı ve olgu örnekleri yoluyla bilgi ve becerilerinin güçlendirilmesine Türkiye Psikiyatri Derneği'nin düzenli yayını *Psikiyatride Güncel* ile katkıda bulunmaktadır.

Bu sayıda anksiyete bozukluklarına ilişkin farklı yaş gruplarındaki (ergenlik ve yaşlılık dönemi) özellikler, yaklaşım ve tedaviler, ilaç tedavisi ve bilişsel davranışçı psikoterapinin ele alındığı iki kapsamlı bölüm ile belli temel konular ele alındı. Anksiyete bozukluklarının hem başka ruhsal bozukluklarla hem de kendi arasında sıklıkla eş zamanlı görüldüğü ve örtüşen belirtilerin dikkati çektiği bilinmektedir. Bu konu ayrıntılı şekilde gözden geçirildi. Öte yandan, anksiyete hastalarının içinde daha farklı ele alınmayı gerektiren “zor” bir grubun psikodinamiği üzerine de bir tartışmanın da yararlı olacağını umuyoruz.

Yararlı ve keyifli okumaları tetikleyebilmiş olma umuduyla.

Konuk Yayın Yönetmeni
Peykan Gökalp

İçindekiler

Bahar 2015

Bu Sayının Konusu:

Anksiyete Bozukluklarının Tedavisine Çok Yönlü Bakış

- | | |
|--|-----|
| ■ Önsöz
<i>Peykan Gökalp</i> | III |
| ■ Anksiyete bozuklukları arasındaki örtüşmenin tanı ve tedavideki önemi
<i>Şebnem Pırıldar, Özlem Eker</i> | 1 |
| ■ Anksiyete bozukluğu hastaları “nevrotik” midir? Anksiyete nevrozundan ilksel kaygıya, sanıldığından zor hastaların ele alınması
<i>Peykan Gökalp</i> | 10 |
| ■ Ergenlerde anksiyete bozukluklarının fenomenolojisi ve tedavisi
<i>Emine Zinnur Kılıç</i> | 16 |
| ■ Anksiyete bozukluklarında tedavi kılavuzları ve klinik ilaç uygulamaları
<i>Hüsnü Erkmen, Birim S. Talu</i> | 31 |
| ■ Bir panik bozukluğu hastasının bilişsel davranışçı psikoterapisinin adım adım izlenmesi
<i>Erhan Ertekin, Mehmet Zibni Sungur</i> | 48 |
| ■ Yaşlı hastalarda anksiyete bozukluklarının fenomenolojisi ve tedavisinde temel konular
<i>E. Yusuf Sivrioğlu</i> | 62 |

Anksiyete bozuklukları arasındaki örtüşmenin tanı ve tedavideki önemi

Şebnem Pırıldar, Özlem Eker

Özgeçmiş: Şebnem Pırıldar, 1992 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Aynı üniversitede Psikiyatri uzmanlık eğitimini 1998 yılında tamamladı. Bölümde anksiyete bozuklukları birimini oluşturdu. Anksiyete bozuklukları ve psikoterapiler ayrıca yeme bozuklukları alanında çalışmalarını sürdürüyor.

Özlem Eker, 2000 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Aynı üniversitede psikiyatri uzmanlık eğitimini 2006 yılında tamamladı. Serbest hekim olarak çalışmaktadır. İlgili alanları, anksiyete bozuklukları, duygudurum bozukları ve cinsel işlev bozukluklarıdır. Bilişsel davranışçı terapiler ve cinsel terapiler uygulama alanlarıdır.

İletişim: Şebnem Pırıldar, Prof. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

E-posta: sebnem.pirildar@ege.edu.tr

ÖZET

Bunaltı, anksiyete bozukluklarında temel belirti olmakla birlikte tüm ruhsal bozukluklarda ve gündelik hayatın içinde normal çerçevede de görülebilmektedir. Anksiyete bozukluklarının yakın ilişkisi klinik belirtilerin örtüşmesiyle kendini göstermektedir. Anksiyete bozukluklarında fenomenolojik olarak kavramsal örtüşme tanınal güvenilirliği de düşürmektedir. 1980'de yayınlanan DSM-III'e kadar tüm anksiyete bozuklukları "anksiyete nevrozu" ortak başlığı altında sınıflandırılmıştır. Anksiyete bozukluklarının ayrı ayrı tanılar olarak ele alınması görece yenidir. DSM-5'te yapılan düzenlemelerle anksiyete bozuklukları daha homojen bir yapı kazanmıştır. Bu yazıda DSM-5 tanı sisteminde yer alan anksiyete bozukluklarının örtüşen belirtileri ve ayırıcı tanı sorunu ele alınacaktır.

Anahtar sözcükler: anksiyete, örtüşen belirtiler, ayırıcı tanı

ABSTRACT

The importance of overlap in anxiety disorders regarding the diagnosis and treatment

Despite the fact that anxiety is the core symptom of the anxiety disorders, it may be experienced in normal daily life. Clinical resemblance within the anxiety disorders is apparent by the overlapping symptoms. The conceptual overlapping of phenomenological constructs injures the diagnostic validity of anxiety disorders. Anxiety disorders have been classified under the title of "anxiety neuroses" as a group, until the release of DSM-III. It is relatively novel that the anxiety disorders are considered as distinct diagnoses. Anxiety disorders promoted to a more homogenous diagnostic class with the reorganization of DSM-5. In this article the overlapping symptoms and differential diagnosis of anxiety disorders are discussed.

Key words: anxiety, overlapping symptoms, differential diagnosis

“Hayatımızın sona ereceğinden korkacağınıza, hiç başlamayacağınızdan korkun.”

I.D. Yalom

Bunalıtı, anksiyete bozukluklarında temel belirti olmakla birlikte psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları ile obsesif kompulsif bozuklukta ve gündelik hayatın içinde normal çerçevede de görülebilmektedir¹. Anksiyete bozukluklarının birbiriyle yakın ilişkisi, bu bozuklukların eştanı oranının yüksekliği, örtüşen klinik belirtileri ile kendini göstermektedir². Bu bozukluklarda ortak genetik ve temperamental özelliklerin yanı sıra ortak farmakolojik ve psikoterapotik yaklaşımların etkili olduğu bildirilmiştir^{3,4,5}.

Fiziksel belirtilerin ötesinde, altta yatan ortak bilişsel çarpıtmalar nedeniyle anksiyete bozukluklarının çok sayıda örtüşen belirti ve klinik görünümü bulunmaktadır. Psikodinamik özellikler, anksiyete modülasyonunu olumsuz etkileyerek anksiyete bozukluklarının oluşması ve sürmesinde rol oynamaktadır. Erken dönem ebeveyn-çocuk ilişkisindeki sorunlar ile ayrılık ve kayıplar, çocukluk çağında fiziksel ve duygusal istismarla bağımlılık ve ayrılığa ilişkin çarpıtmalar başta anksiyete bozuklukları olmak üzere neredeyse tüm ruhsal bozukluklar açısından yatkınlık yaratan özelliklerdir¹.

Gelişimsel açıdan ele alındığında anksiyete bozukluklarında görülen belirtilerin diğer ruhsal hastalıklarla örtüşmesi şaşırtıcı değildir. Anksiyetenin doğası gereği, çok sayıda örtüşen belirtinin bulunmasına karşın, farklı anksiyete bozukluklarını birbirinden ayırt eden belirtiler de bulunmaktadır.

Anksiyete bozukluklarının örtüşen belirtilerini kavramak ek tanıların atlanması olasılığını azaltacağı gibi genel olarak hastalıkların altta yatan nedenlerinin anlaşılmasını da sağlayacaktır. Ruhsal rahatsızlıklarda sıkça görülen örtüşen belirtiler hastanın tanısının net bir şekilde konulmasını zorlaştırır. Çoğu zaman hastalara özelleşmiş bir anksiyete bozukluğu tanısı koymak yerine genel olarak anksiyete bozukluğu tanısı konulmaktadır. Bu durum, özellikle bazı belirtilerin gözden kaçmasına ve rahatsızlığın sürüp gitmesine neden olmaktadır. Ayrıca, kalıntı belirtiler alevlenmeler için risk oluşturmakta ve hastalığa özgü tedavi ve müdahalelerin yapılmasını engellemektedir.

“**Panik atakları panik bozukluğuna özgü değildir ve tüm anksiyete bozukluklarında görüldüğü gibi diğer ruhsal hastalıklarda da bir bulgu olarak eşlik etmektedir.**”

Anksiyete bozukluklarında fenomenolojik olarak var olan kavramsal örtüşme tanısal güvenilirliği de düşürmektedir. İlk sürümü 1980’de yayınlanan *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*’nın üçüncü sürümüne (DSM-III) kadar tüm anksiyete bozuklukları “anksiyete nevrozu” ortak başlığı altında sınıflandırılmıştır⁶. Anksiyete bozukluklarının ayrı ayrı tanımlar olarak ele alınması görece yenidir. Saplantı zorlantı bozukluğunun DSM-5’ten çıkarılması ile anksiyete bozuklukları daha homojen bir yapı kazanmıştır⁷. Anksiyete bozuklukları birbirleriyle ilişkili ancak birbirinden ayrı ayrı ruhsal bozukluklardan oluşmaktadır.

Bu yazıda birbirinden farklı klinik görünümleri olan anksiyete bozukluklarının en sık gözlenen ortak belirtileri ve altta yatan fizyolojik düzenekleri ile eşlik eden bilişsel çarpıtmalar ele alınarak aynı belirtinin farklı rahatsızlıklardaki görüntüsü ele alınacaktır.

Panik bozukluğu

Panik bozukluğu yineleyici ve beklenmedik panik ataklarla karakterize bir ruhsal hastalıktır. Ancak panik atakları panik bozukluğuna özgü değildir ve tüm anksiyete bozukluklarında görüldüğü gibi, diğer ruhsal hastalıklara da bir bulgu olarak eşlik edebilmektedir. Panik atakların diğer ruhsal hastalıklarda görüldüğünde hastalık şiddetini arttırdığı ve tedavi yanıtını olumsuz etkilediği bildirilmiştir. Bu nedenle DSM-5’te diğer ruhsal hastalıklarla birlikte görüldüğünde, gidiş belirleyicisi olarak değerlendirilmiştir⁷.

Panik atak, ani nedensiz ve şiddetli bir anksiyete halidir. Klinik görünümü değişkendir. Belirtiler otonom sinir sistemi (çarpıntı, terleme), solunum sistemi (nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi ve merkezi sinir sistemine ait (depersonalizasyon, baş dönmesi) belirtiler olabilir. Hastalar panik atağı belirtilerini kalp krizi geçirdiği, felç olacağı, bayılacağı, kontrolünü kaybedeceği ya da delireceği ve çoğunlukla bunun sonucunda öleceği

şeklinde yorumlar. Bunlar, atağın bilişsel belirtileridir. DSM-5'te kültüre özgü belirtiler de tanımlanmıştır (boyun ağrısı ve kontrolsüz ağlama, çılglık atma). Ancak bu belirtilerin tanı konması için gerekli dört belirtiden bir tanesi olmaması gerektiği vurgulanmıştır.

Panik bozukluğunda görülen panik ataklarının ayırt edici özelliği kendiliğinden ve beklenmedik olmalarıdır. Beklenmedik atakların daha şiddetli olduğu da bildirilmiştir. Durumsal panik atakları ise daha çok sosyal ve özgül fobilerde görülmekle birlikte, panik bozukluğu hastalarında da karşımıza çıkabilmektedir. Durumsal panik ataklar daima belirli bir tetikleyici durumla karşılaşıldığında ya da karşılaşma olasılığı olduğunda yaşandığından durumsal atakların ne zaman nerede olacağı önceden kestirilebilmektedir. Durumsal ataklar çoğunlukla sosyal ve özgül fobilerde görülse de panik bozukluğu hastalarında da olabilir. Panik bozukluğundaki durumsal ataklarda ölüm korkusu, çıldırma korkusu ve parestezi belirtilerinin daha şiddetli olduğu bildirilmiştir^{8,9,10}.

Panik bozukluğunun ayırıcı tanısında korkunun doğasının değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Özgül fobide belli bir nesneden korku söz konusu iken sosyal anksiyete bozukluğunda ataklar, sosyal durumlarda (örneğin toplum önünde söz alma) tetiklenmektedir. Panik ataklarında yaşanan anksiyete yaygın ise ve çok yavaş azalıyorsa yaygın anksiyete bozukluğunda görülen kaygılı beklenti belirtisi ile örtüşmekte ve ayırt edilmesi güçleşebilmektedir. Tüm bu nedenlerle, panik ataklar başka bir ruhsal hastalık tanısı ile daha iyi açıklanıyorsa panik bozukluğu tanısı konmamalıdır^{7,8}.

Agorafobi

Agorafobi, toplumsal alanlara gerçek ya da olası bir maruz kalma söz konusu olduğunda anksiyete bulgularının ortaya çıkması ile karakterizedir. DSM-5'te beş farklı durum tanımlanmış ve agorafobi tanısı için iki alanda kaygı olması koşulu aranmıştır⁷:

1. Toplu taşıma araçlarını (ör. otomobil, otobüs, tren, gemi, uçak) kullanma
2. Açık yerlerde (ör. otopark, alışveriş merkezi, köprü) bulunma
3. Kapalı yerlerde (ör. mağaza, tiyatro, sinema) bulunma
4. Sırada bekleme ya da kalabalık bir yerde bulunma
5. Tek başına, evin dışında olma

Panik benzeri ya da yetersizleştirilen ya da utanç veren diğer belirtilerin olması ile kişi kaçmanın güç olabileceğini veya yardım alamayabileceğini düşündüğünden bu tür durumlardan kaçınır. Sosyal anksiyete bozukluğu ve agorafobi belirtileri de örtüşebilmekte ve ayırıcı tanısı zor olabilmektedir. Her iki durumda da hastalar diğer insanlarla bir arada olması gereken durumlardan korkmaktadır. Burada değerlendirilmesi gereken korkulan durumun doğasıdır. Sosyal anksiyete bozukluğu hastaları temel olarak insanlarla birlikte olmaktan korkar ve kaçınır. Agorafobili kişiler için ise esas korkutucu olan insanlar değildir; onlar için korkulan panik benzeri belirtiler yaşadığında kaçıp kurtulması zor olan durumlardır ve bu nedenle de agorafobisi olanlar için diğer kişilerin varlığı güvence kaynağı olmaktadır.⁷

Ayrılma anksiyetesi bozukluğu

Ayrılma anksiyetesi bozukluğu, kişinin birincil olarak bağlandığı kişilerden ayrılmasıyla ilgili olarak, gelişimsel olarak uygun olmayacak aşırı düzeyde bir kaygı ve korku ile karakterizedir. Kişi böyle bir durumda bağlandığı kişileri yitirebileceği, onların başına hastalık, yaralanma, ölüm gibi bir yıkım gelebileceği ya da bağlandığı kişilerden ayrılmasını gerektirecek kötü bir olay yaşayacağı ile ilgili sürekli kaygılanır. Ayrılma korkusu nedeniyle dışarı çıkmayı, bir yere gitmeyi ve evden uzaklaşmayı istemez. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu anksiyete ve duygudurum bozukluklarına sıklıkla eşlik etmektedir ve birlikte görülen bu iki durumun belirtileri de örtüşmektedir. Özellikle yaygın anksiyete bozukluğu ve agorafobi belirtileri ile ayrılma anksiyetesi bozukluğu belirtileri benzerlik göstermektedir. Ayrılma anksiyetesi bozukluğunda anahtar belirti bağlanma figürlerine yakınlık isteği ve bu kişilerden ayrılma korkusu ile karakterizedir⁷.

Sosyal anksiyete bozukluğu

Sosyal kaygı ve kaçınma, sosyal anksiyete bozukluğunun (SAB) temel belirtileridir. Sosyal izolasyon ve kaçınma, anksiyete bozukluklarının yanı sıra, depresyon ve psikotik bozukluklar gibi çeşitli ruhsal hastalıklara da bir belirti olarak eşlik etmektedir. Bu noktada üzerinde durulması gereken, sosyal anksiyete bozukluğunda belirtilerin sosyal durumdan korku ve kaçınmayla sınırlı olmasıdır. Oysa, depresyon ve psikoz gibi ruhsal

hastalıklarda, kişiler kendilerini başka nedenlerle izole ederler. SAB'da kişiler korkularının anlamsız ve aşırı olduğunu bilirler. Gerçekten korku duyması için anlamlı bir durum varsa, tanı SAB değildir. Örneğin önemli bir sunum öncesi hazırlık yapılmadığında korku duyulur. Yaklaşmakta olan toplumsal bir durumla ilgili olarak kişi kaygı duyabilir ve çok önceden belirgin bir beklenti anksiyetesi ortaya çıkabilir. Sosyal anksiyeteye eşlik eden özellikler arasında eleştirilmeye, olumsuz değerlendirmeye ya da reddedilmeye aşırı duyarlılık, haklarını savunmada güçlük çekme ve benlik saygısında düşüklük ya da aşağılık duyguları yer alır. Agorafobinin B tanı ölçütlerine benzer şekilde korkulan durumlarla karşılaşıldığında kızarma ya da titreme, kusma, idrara sıkışma, idrar dışkı kaçırma korkuları eşlik edebilir^{1,7}.

Anksiyete bozukluklarında örtüşen belirti kümeleri

Aşırı uyarılmışlık (hipervijilans) fiziksel belirtileri: Hayatta kalmayı sağlayan düzenekler duyguların tiktlediği fizyolojik değişiklikler için temel oluşturur.¹¹ Yaşamın devamlılığını sağlayan uyarılara karşı yaklaşma yanıtı ortaya çıkarken yaşamı tehdit eden uyarıların "kaç ya da savaş" şeklinde basitleştirilen savunma yanıtına yol açar¹². İnsan beyni diğer canlılara görece daha karmaşıktır. Bu nedenle uyarılara verilen yanıtlar da karmaşıktır ve insanlar belki de hiç karşılaşmayacakları uyarılara karşı bile zihinsel tepki verebilirler. Kişinin zihninde canlandırdığı olumsuz uyarılara karşı verdiği yanıt somatik bileşenleri de içermekte ve bunalıtı şeklinde kendisini göstermektedir¹³.

Anksiyete bozuklukları hafif düzeydeki tehlikelere veya yansız uyarılara karşı abartılı savunma tepkisi vermede neden olan emosyonel işleme bozukluğu olarak ele alınabilir.¹² Bu yönüyle tüm anksiyete bozukluklarında aşırı uyarılmaya eşlik eden fizyolojik belirtiler bulunması beklenmektedir. Aşırı uyarılmışlık bunalıtının ortak bir bileşeni olduğundan fizyolojik belirtilerin niteliği ve çeşitliliği tüm anksiyete bozuklukları için de ortaktır ve bu nedenle de ayrı ayrı tanımlanmamıştır^{12,14}.

Gerek zihinde canlandırılan gerekse gerçekte karşılaşılan tehlide karşı hemen herkeste benzer aşırı uyarılma belirtileri gözlenir. Laboratuvar ortamında nesnel olarak da ölçülebilecek bu değişikliklerden önde gelenleri otonom sinir sistemi etkinliğinin artışına bağlı olarak

nabızda hızlanma, soluk alıp vermede yüzeyselleşme ve deri iletkenliğinde artış; irkilmede artış olarak kendisini gösteren somatik reflekslerin ortaya çıkışının kolaylaşmasıdır. Ayrıca, dikkate ayrılan kortikal rezervin arttığına işaret eden hipervijilans ve duyguların yüz ifadesi ile iletimini sağlayan corrugator kas tonusunda artış da görülür¹².

Bunalıtı sırasında bedensel belirtilere veya tehdit oluşturan durumlara yönelik hipervijilans bu uyarıların daha kolay algılanmasına neden olur¹⁴. Seçici dikkatteki bu artışla birlikte tehdit edici uyarıların daha fazla algılanması fiziksel belirtileri yoğunlaştırır. Kişi hipervijilans nedeniyle sadece tehdit edici uyarılara dikkat etmez, aynı zamanda yansız uyarıların da tehdit edici şekilde algılamaya başlar. Fiziksel belirtilerin yoğunlaşması da kişinin tehdit altında olduğu algısını şiddetlendirir ve yeni bir kısır döngü başlar¹⁵. Bu yönüyle hipervijilans, anksiyete bozukluklarının sürmesinde kritik bir rol oynar. Bakış yönü izleme çalışmaları travma sonrası stres bozukluğunda tehdit edici uyarıların daha hızlı algılandığını belirlemiştir. Dahası, TSSB hastaları aksi yöndeki yönergeye karşı tehdit edici uyarılardan gözlerini ayırmakta güçlük çekmektedir¹⁴.

Anksiyete ve depresif bozuklukların hemen tümünde fiziksel belirtiler eşlik etmekte ve sıklıkla bu belirtilerle örtüşmektedir. Bu belirtilerin şiddeti çoğu kez hastalığın şiddetini de artırmaktadır. Kardiyopulmoner belirtiler panik bozukluğun tanı ölçütlerindedir. Ancak depresyon ve diğer anksiyete bozukluklarına da eşlik etmektedir. Yorgunluk ve kas gerginliği ise yaygın anksiyete bozukluğu belirtilerindedir ancak depresyona da sıklıkla eşlik etmektedir.

DSM-5'te yer alan bedensel belirti bozukluğunda birden çok bedensel belirti varlığında kişi belirtilerinin önemiyle orantısız bir şekilde bu konuda sürekli düşünür, sağlıklı ilgili sürekli olarak kaygılıdır ve aşırı zaman ve güç harcar. Hastalık kaygısı bozukluğunda ise bir hastalığın olduğu ya da olacağını düşünür. Bedensel belirti yoktur ancak sağlıklı ilgili yüksek düzeyde kaygı vardır. Sağlıkla ilgili davranış değişiklikleri örneğin sürekli doktora gitme, sık tetkik yaptırma gibi güvenlik arama davranışları ya da doktora gitmekten kaçınma gibi uygunsuz kaçınma davranışları söz konusudur. Ancak bu kaygılar yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğunda da görülür. Belirtilerin başka hastalıklarla daha iyi açıklanmaması koşulu konmuştur.

"Bu yazının tümüne ve dergideki diğer yazıların tümüne ulaşmak için dergiyi online satış bölümünden satın alabilirsiniz..."