

**T.C.  
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
PSİKIYATRI ANABİLİM  
DALI**

**ANKSİYETE BOZUKLUKLARINDA CİNSİYETE GÖRE  
SEMPTOM FARKLILIKLARI**

**DR.UFUK BAL**

**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**DOÇ. DR. ŞÜKRÜ UĞUZ**

**ADANA-2010**

## TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanması ve uzmanlık eğitimim süresince bana yardımcı olan; Doç. Dr. Őükru Uğuz'a, uzmanlık eğitimime katkıda bulunan Prof. Dr. Bekir Aydın LEVENT'e, Prof. Dr. Yunus Emre Evlice'ye, Prof. Dr. Nurgül ÖZPOYRAZ'a, Prof. Dr. Lut Tamam'a ve Yrd. Doç. Dr. Gonca KARATAŐ KARAKUŐ'a, çalışmadan elde ettiğim bilgileri istatistiksel olarak yorumlamamda yardımcı olan Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Gülőah ŐEYDAOĞLU'na, ayrıca tüm çalışma arkadaşlarıma saygılarımı sunar ve teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

	SayfaNo
TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLO LİSTESİ	IV
KISALTMA LİSTESİ	V
ÖZET VE ANAHTAR SÖZCÜKLER	VI
ABSTRACT AND KEYWORDS	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Anksiyete Bozuklukları	3
2.1.1. Anksiyetenin Tanımı	3
2.1.2. Anksiyete Bozukluklarının Güncel Sınıflandırmaları	4
2.1.3. Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi	5
2.1.4. Anksiyete Bozukluklarının Etyolojisi	5
2.1.5. Panik Bozukluk	6
2.1.5.1. Epidemiyoloji	6
2.1.5.2. Klinik	7
2.1.5.3. Etyoloji	8
2.1.5.4. Klinik Gidiş ve Eşanı	10
2.1.5.5. Ayırıcı Tanı	11
2.1.5.6. Tedavi	12
2.1.5.7. Panik Bozuklukta Cinsiyet Farklılıkları	12
2.1.6. Sosyal Fobi	13
2.1.6.1. Prevalans	13
2.1.6.2. Klinik ve Alt Tipler	14
2.1.6.3. Etyoloji	15
2.1.6.4. Eşanı	16
2.1.6.5. Prognoz	16
2.1.6.6. Tedavi	17
2.1.6.7. Sosyal Fobide Cinsiyet Farklılıkları	17
2.1.7. Obsesif Kompulsif Bozukluk	18
2.1.7.1. Klinik	18
2.1.7.2. Epidemiyoloji	22
2.1.7.3. Gidiş ve Prognoz	23
2.1.7.4. Etyoloji	23
2.1.7.5. Eşanı	25
2.1.7.6. Ayırıcı Tanı	25
2.1.7.7. Tedavi	26
2.1.7.8. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Cinsiyet Farklılıkları	26
2.1.8. Yaygın Anksiyete Bozukluğu	27
2.1.8.1. Klinik	27
2.1.8.2. Epidemiyoloji	29
2.1.8.3. Gidiş ve Prognoz	29
2.1.8.4. Eşanı	29

2.1.8.5. Ayırıcı Tanı	30
2.1.8.6. Tedavi	31
2.1.8.7. Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Cinsiyet Farklılıkları	31
2.1.9. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	32
2.1.9.1. Epidemiyoloji	34
2.1.9.2. Ayırıcı Tanı	35
2.1.9.3. Eş tanı	36
2.1.9.4. Tedavi	36
2.1.9.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Cinsiyet Farklılıkları	37
2.1.10 Akut Stres Bozukluğu	38
2.1.11 Özgül Fobi	40
2.2. Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyet Farklılıkları	42
2.2.1. Prevalansta Cinsiyet Farklılıklarıyla İlgili Olası Yanlılıklar	43
2.2.2. Anksiyete Bozukluklarının Psikolojik Modellerinde Cinsiyet Farklılıkları	44
2.2.2.1. Cinsiyet Farkları Açısından Öğrenme	44
2.2.2.2. Cinsiyet Rolü Bakış Açısı	45
2.2.2.3. Bağlanma ve Şema Teorisi	45
2.2.3. Genetik ve Biyolojik Faktörler	46
2.2.4. Cinsiyet Farkının Sağaltıma Etkileri	47
3. GEREÇ ve YÖNTEM	49
3.1. Verilerin Toplanması	49
3.2. Veri Toplama Araçları	49
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	49
3.2.2. DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği	49
3.2.3. Beck Depresyon Ölçeği	50
3.2.4. Hamilton Anksiyete Ölçeği	51
3.2.5. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği	51
3.2.6. Panik Agorafobi Ölçeği	51
3.2.7. Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği	52
3.2.8. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği	53
3.3. İstatistiksel İşlemler	53
4. BULGULAR	54
5. TARTIŞMA	65
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	70
KAYNAKLAR	71
EKLER	83
ÖZGEÇMİŞ	99

## TABLO LİSTESİ

Tablo no	:	Sayfa No
Tablo-1	: Anksiyete bozukluklarının güncel sınıflandırması	4
Tablo-2	: Panik atakta semptom kümesi	7
Tablo-3	: DSM-IV'e göre "agorafobisiz panik bozukluk" tanı ölçütleri	8
Tablo-4	: DSM-IV'e göre "sosyal fobi" tanı ölçütleri	15
Tablo-5	: DSM-IV'e göre "obsesif kompulsif bozukluk" tanı ölçütleri	19
Tablo-6	: DSM-IV'e göre "yaygın anksiyete bozukluğu" tanı ölçütleri	28
Tablo-7	: DSM-IV'e göre "travma sonrası stres bozukluğu" tanı ölçütleri	33
Tablo-8	: DSM-IV'e göre "akut stres bozukluğu" tanı ölçütleri	38
Tablo-9	: DSM-IV'e göre "özgül fobi" tanı ölçütleri	41
Tablo-10	: Sosyodemografik özellikler	54
Tablo-11	: Hastalarda DSM-4 ölçütleriyle anksiyete bozukluklarının cinsiyetlere göre dağılımı	55
Tablo-12	: Ölçek puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması	56
Tablo-13	: Ölçek puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması	57
Tablo-14	: Ölçek puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması	58
Tablo-15	: Hamilton anksiyete ölçeği puanlarının cinsiyete göre dağılımı	59
Tablo-16	: Hamilton anksiyete ölçeği psikik ve somatik alt grup puanlarının cinsiyete göre dağılımı	60
Tablo-17	: Hamilton anksiyete alt ölçek puanlarının kadın cinsiyette dağılımı	61
Tablo-18	: Hamilton anksiyete alt ölçek puanlarının erkek cinsiyette dağılımı	61
Tablo-19	: Çalışmadaki OKB hastalarında obsesyonların cinsiyetlere göre dağılımı	62
Tablo-20	: Çalışmadaki OKB hastalarında kompulsyonların cinsiyetlere göre dağılımı	63
Tablo-21	: Çalışmadaki panik bozukluk hastalarında cinsiyete göre semptom dağılımı	64
Tablo-22	: Psikiyatrik eştanıların değerlendirilmesi	64

## KISALTMA LİSTESİ

- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri
- AIDS:** Acquired Immunodeficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Yetmezlik Sendromu)
- BD:** Beck Depresyon Ölçeği
- BDT:** Bilişsel Davranışçı Terapi
- COMT:** Catechol-O-methyltransferase
- ECA:** Epidemiologic Catchment Area Study (Epidemiyolojik Saha Çalışması)
- GABA:** Gama Aminobutirik Asit
- HA:** Hamilton Anksiyete Ölçeği
- 5-HT:** 5-Hydroxytryptamine
- KOMP:** Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği Kompulsiyon Alt Ölçeği
- MAOI:** Monoamin Oksidaz İnhibitörü
- NCS:** National Comorbidity Survey (Ulusal Eştanı Araştırması)
- OBS:** Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği Obsesyon Alt Ölçeği
- OKB:** Obsesif Kompulsif Bozukluk
- PA:** Panik Agorafobi Ölçeği
- SCID:** Structured Clinical Interview for DSM-IV (DSM-IV İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme)
- SNGİ:** Serotonin Noradrenalin Gerilim İnhibitörü
- SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi)
- SSGİ:** Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörü
- STAI:** Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği
- TSA:** Trisiklik Antidepresan
- TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- YAB:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu
- YBOCS:** Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği)

## ÖZET

### Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları

**Amaç:** Bu çalışmada anksiyete bozukluğu tanısı almış hastalarda cinsiyete göre semptomların dağılımı ve farklılıkların değerlendirilmesi amaçlanmıştır

**Gereç ve Yöntem:** Polikliniğimize altı aylık süre boyunca ayaktan başvuran toplam 201 (141 kadın, 60 erkek) anksiyete bozukluğu hastası çalışmaya alınmıştır. Bu çalışmada Sosyodemografik Veri Formu, Psikiyatrik Hastalıkların Tanı ve Sınıflandırması El Kitabı-4'e göre Eksen 1 bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Yaygın Anksiyete Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, Panik Agorafobi Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan anksiyete bozukluğu hastalarının kadın/erkek oranı 2,35'di. Çalışmamızda Beck Depresyon Ölçeği, Panik Agorafobi Ölçeği, Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeği puanlarının şiddeti kadınlarda erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeğinde somatik belirtiler ve depresif mizaç alt ölçek puanları, kadınlarda erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır ( $p<0,05$ ). Panik bozukluk hastalarında, kalp sistemi belirtileri erkeklerde kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında en sık gözlenen obsesyonlar kirlenme obsesyonları; en sık gözlenen kompulsiyonlar ise temizleme-yıkama kompulsiyonlarıydı. Her iki cinsiyette de en sık eşanı ortalaması obsesif kompulsif bozukluk hastalarında görülmüştür.

**Sonuç:** Bu çalışmadaki bulgular, genel olarak anksiyete bozukluklarının kadınlarda daha ciddi belirtilerle seyrettiğini düşündürmektedir. Anksiyete bozukluklarında cinsiyet farklılıklarını araştıran kapsamlı çalışmaların gerekliliği halen devam etmektedir. Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre farklılıkların iyi tanınması, klinisyeni eşanı, belirtilerin ciddiyeti ve bozukluğun değişik görünüşleri konusunda uyanık tutacaktır. Ayrıca tedaviye yönelik girişimlerde daha uygun kararlar alınabilecektir.

**Anahtar Sözcükler:** anksiyete bozuklukları, cinsiyet, semptomlar, dağılım, farklılıklar.

## ABSTRACT

### Gender Differences in Anxiety Disorders Symptoms

**Objective:** The aim of this study was to investigate the distribution and differences in symptoms of anxiety disorders according to gender.

**Material and Method:** A total of 201 psychiatric outpatients (141 females, 60 males) with a DSM-IV-TR diagnosis of anxiety disorder who have applied to university clinics within six months period are included in this study. All patients have undergone a detailed psychiatric interview during which sociodemographic data form, Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I Disorders, Hamilton Anxiety Rating Scale and Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale were evaluated by the physician in charge. They also completed Beck Depression Scale, Generalized Anxiety Disorder Rating Scale, , Panic Agoraphobia Rating Scale, State-Trait Anxiety Inventory for evaluation of relevant anxiety symptoms.

**Results:** The female/male ratio in the sample was 2,35. Beck Depression Scale, Panic Agoraphobia Rating Scale, State-Trait Anxiety Inventory severity scores were significantly higher in females than in males ( $p < 0,05$ ). Moreover Hamilton Anxiety Rating Scale somatic complaints and depressed mood subscale scores were significantly higher in females in comparison to males ( $p < 0,05$ ). On the other hand severity of cardiac symptoms of panic disorder patients were significantly higher in males with respect to females ( $p < 0,05$ ). Dirt/contamination obsessions were the most common obsessions; while washing/cleaning compulsions were the most frequently observed compulsions in obsessive compulsive patients. Average number of comorbid disorders ranked highest in obsessive compulsive disorder patients in both genders.

**Conclusion:** The results of this study has yielded the notion that the females are usually prone to lead more severe symptoms of the anxiety disorders. The necessity of comprehensive studies regarding gender differences in anxiety disorders is ever growing. Recognition of the gender differences in anxiety disorders will help clinician to keep vigil on comorbidity, symptom severity and diverse presentations of the disorder. Besides, convenient treatment interventions may be more readily applied.

**Keywords:** anxiety disorders, gender, symptoms, distribution, differences.



# 1. GİRİŞ

Anksiyete bilişsel, somatik, duygusal ve davranışsal bileşenleri olan ruhsal ve fizyolojik bir durumdur. Bu bileşenler tipik olarak huzursuzluk, kaygı, korku ve tasalanmayla ilişkili hoş olmayan bir his oluştururlar. Genellikle tetikleyici bir unsurun tanımlanamadığı bir duygudur. Bu özelliğiyle gözlenebilen bir tehlikenin varlığında ortaya çıkan korkudan ayrılır. Korku, kaçma ve sakınma gibi özgün davranış örüntüleri ile ilişkilirken, anksiyete kaçınılmaz ve kontrol edilemez olarak algılanan bir tehdit algısının sonucudur.<sup>1</sup>

Anksiyete bozuklukları en yaygın ruhsal bozukluklardandır (%25). Bu oran yine yaygın görülen depresyondan (%17) fazladır. Amerikan Ulusal Eşitlik Çalışması verilerine göre yaşam boyu sıklık oranları kadınlarda %30,5, erkeklerde %19,2'dir. Tüm anksiyete bozuklukları için bir yıllık sıklık %12,6 iken yaşam boyu sıklık %14,6'dır.<sup>2</sup>

DSM-IV-TR'de anksiyete bozuklukları sınıflandırılması agorafobiyi, panik bozukluğunu, özgül fobiyi, sosyal fobiyi, obsesif kompulsif bozukluğunu, travma sonrası stres bozukluğunu, akut stres bozukluğunu, yaygın anksiyete bozukluğunu, 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 alttıplerde kadınların erkeklerden daha fazla tanı aldıkları görülür. Sosyal fobi ve obsesif kompulsif bozukluk ise her iki cinsiyette benzer oranlarda gözlenir. Sosyal fobinin ortaya çıktığı durum sıklıkla cinsiyetler arasında farklılık gösterir. Örneğin kadınlar otorite figürleriyle ve topluluk önünde konuşurken, çalışırken gözlemlenirken daha fazla korku yaşadıklarını bildirirler. Erkeklerse halka açık tuvaletleri kullanırken, mağazadan aldıkları eşyaları iade ederken daha fazla korku yaşadıklarını belirtmişlerdir.<sup>3</sup> Obsesif kompulsif bozuklukta ise kompulsif davranışın tipi cinsiyetler arasında farklılık sergiler; örneğin kompulsif yıkama kadınlarda, törensel kontrol etme davranışı erkeklerde daha sık gözlenir.<sup>4</sup>

Anksiyete bozukluğu tipleri içerisinde kadın ve erkek cinsiyet arasındaki farklılıkların araştırılması, kadınlarda daha ciddi belirtilerin varlığını ortaya koymuştur. Örneğin, agorafobik durumların profilleri her iki cinsiyette benzerlik gösterse de, kadınların bu hastalıktaki özürüllükleri ve bir başkasının refakatine gereksinim duyma

oranları erkeklerden fazladır.<sup>5</sup> Panik bozukluğunda relaps oranları 8 yıllık bir izlem çalışmasında kadınlarda erkeklerden 3 kat fazla bulunmuştur. Sosyal fobinin kadınlarda daha ciddi seyrettiği görülmektedir. Travma sonrası stres bozukluğu yaygınlığının ve belirtilerin sürekliliğinin kadınlarda daha fazla olduğu bildirilmiştir.<sup>6,7</sup>

Kadınlarda anksiyete bozukluklarının yaygınlığının erkeklere göre yüksekliği yaşam döngüsünün her evresinde devam eder.<sup>8</sup>

Biyolojik ve psikososyal etkenlerin birbirlerini etkileyerek anksiyete bozukluklarında cinsiyetler arasındaki farklılıklara neden oldukları düşünülebilir.

Klinik bir bakış açısıyla cinsiyete özgü demografik özellikler eşanı, belirtilerin temsili, ciddiyeti ve bozukluğun değişik görünümüleri konusunda klinisyeni uyanık tutar. Tedavide hangi tür girişimin seçileceğini ve cinsiyetle ilişkili hangi noktaların göz önünde tutulacağını öngörmesini sağlar.

Bu çalışmanın amacı, anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre belirtilerin dağılımını ve farklılıklarını araştırmaktır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Anksiyete Bozuklukları**

#### **2.1.1. Anksiyetenin Tanımı**

Anksiyete somatik belirtilerin eşlik ettiği, normal dışı, nedensiz bir tedirginlik ve korku hali olarak tanımlanabilir. Korku ise dışarıdan gelebilecek kaynağı belli gerçek bir tehlike karşısında ruhsal ve bedensel olarak verilen bir tepkidir.<sup>1</sup> Böyle gerçek bir tehlike ile karşılaşan kişi şiddetli bir korku duygusuyla beraber fiziksel tepkiler de gösterir. Anksiyetede kişi sanki kötü bir şey olacaktı gibi nedeni belirsiz bir endişe hisseder. Anksiyete, nedeninin tam olarak bilinemediği içsel bir tehlike ya da tehdit karşısında gösterilen psikolojik bir tepki olmasına rağmen, korkuda olduğu gibi bedensel belirtiler de eşlik eder. Bu durum çok hafif bir tedirginlik ve gerginlik duygusundan panik derecesine kadar varan değişik yoğunluklarda yaşanabilir.<sup>9</sup> Bu bakış açısıyla anksiyete, gelecekte gerçekleşebilecek olumsuz olaylara karşı hazırlıklı olunması düşüncesi üzerine gelişen bir duygudurum halidir. Gelecekte ve şimdiki zamanda var olan tehlikenin algısı anksiyete ve korku arasındaki ayrımı doğurur.<sup>10</sup>

Normal anksiyetenin organizmayı uyarıcı, koruyucu ve motive edici özellikleri vardır. Kişinin zor durumlarla başa çıkabilmesine yardımcı olur. 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. Bu durumda anksiyete kişinin mesleki ve ailevi yaşantısını etkilemeye başlar, kişilerarası ilişkilerinde bozulmalara neden olur, gün içinde sık sık ortaya çıkar ve günün büyük bir kısmını kaplar, kişi bu durumu kontrol edemez ve başa çıkamaz. Bu belirtilerin yanında huzursuzluk, gerginlik, tedirginlik, sıkıntı, daralma, çabuk yorulma, odaklanma güçlüğü, kolay irkilme ve tetikte olma da gözlenir. Anksiyetede görülebilecek psikosomatik reaksiyonlar arasında baş ağrısı, baş dönmesi, kulak çınlaması, ağız kuruluğu, çarpıntı, nefes darlığı, çeşitli ağrılar, kas güçsüzlüğü, yorgunluk ve gastrointestinal yakınmalar sayılabilir. Anksiyete yukarıda değinildiği gibi aşırı boyutlara ulaşırsa, anksiyete bozuklukları arasında sınıflandırılabilir.<sup>9</sup>

## 2.1.2. Anksiyete Bozukluklarının Güncel Sınıflandırmaları (DSM ve ICD)

Anksiyete bozuklukları birçok farklı anormal ve patolojik korku ve anksiyete biçimini içine alan, psikiyatrinin ilgi alanına ancak 19. yüzyılın sonlarında girebilmiş bir terimdir. Güncel psikiyatrik tanı ölçütleri çok çeşitli anksiyete bozuklukları grubunu hedef alır ve klinik uygulamalarda anksiyete bozukluklarının tanı ve tedavisinde önemli yararları vardır.

**Tablo 1: Anksiyete bozukluklarının güncel sınıflandırması**

DSM-IV-TR sınıflandırması	ICD-10 sınıflandırması
Panik bozukluğu, agorafobisiz	<u>Fobik bunaltı bozuklukları:</u> Agorafobi, panik bozukluğu yok Agorafobi, panik bozukluğu var Sosyal fobi Özgül fobiler Başka fobik bunaltı bozuklukları Fobik bunaltı bozukluğu, belirlenmemiş
Panik bozukluğu, agorafobili	
Agorafobi, panik bozukluğu öyküsü olmayan	
Sosyal fobi	
Özgül fobi	<u>Başka bunaltı bozuklukları:</u> Panik bozukluğu Yaygın bunaltı bozukluğu Karışık tip bunaltı ve depresyon bozukluğu Başka karışık tip bunaltı bozuklukları Başka belirlenmiş bunaltı bozuklukları Bunaltı bozukluğu, belirlenmemiş
Travma sonrası stres bozukluğu	
Akut stres bozukluğu	
Yaygın bunaltı bozukluğu	
Bunaltı bozukluğu bedensel bozukluğa ya da maddeye bağlı	<u>Obsesif-kompulsif bozukluk:</u> Obsesyonel düşünceler ve ruminasyonların baskın olduğu tip Kompulsif hareketlerin baskın olduğu tip Obsesyonel düşüncelerin ve kompulsif hareketlerin birlikte bulunduğu karışık tip Obsesif-kompulsif bozukluk, belirlenmemiş
Bunaltı bozukluğu başka türlü adlandırılmayan	<u>Ağır strese tepki ve uyum bozuklukları:</u> Akut stres tepkisi Travma sonrası stres bozukluğu Uyum bozuklukları Ağır strese karşı başka tür tepkiler Ağır strese karşı tepki, belirlenmemiş

### 2.1.3. Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Sık görülen ruhsal bozukluklardan olan anksiyete bozukluklarına ilgi son 20 yılda artmıştır. Kliniklerdeki konsültasyon ve tetkiklerin çok önemli bir kısmı anksiyete bozukluklarına bağlı ortaya çıkan bedensel belirtiler nedeniyle yapılmaktadır. Ekonomik yönden topluma maliyeti yüksektir. Greenberg ve ark, ABD’de direkt ve indirekt harcamaların yılda 42,3 milyar doları bulunduğunu bildirmiştir.<sup>11</sup>

Geniş epidemiyolojik araştırmalar anksiyete bozuklukları hakkında daha fazla bilgi edinilmesini sağlamıştır. Epidemiyolojik Saha Çalışması (ECA), ABD’deki Ulusal Eştanı Araştırması (NCS) ve Avrupa’daki Münih İzlem Çalışması bu alandaki önemli araştırmalardandır.<sup>2</sup>

Klinik çalışmalarda toplum tabanlı çalışmalara göre farklı prevalans ve eştanı oranları gözlenmektedir. Bu durum hasta seçiminde taraflı olunmasına, tanı ölçütlerine ve kullanılan araçlara bağlanabilir. Bu nedenle Angst ve ark. tanı sistemlerinin geçerliliğini arttırmak için eşikaltı sendromları kullanmayı önermişlerdir. Eğer eşikaltı sendromlar (özellikle depresyon ve anksiyete ile ilgili) tanı sistemlerine dahil edilirse, hasta oranı üçte bir artmaktadır.<sup>12</sup>

Anksiyete bozuklukları en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklardandır (%25), depresyon ise ikinci sırada yer alır (%17). NCS verilerine göre; yaşam boyu sıklık oranları kadınlarda %30,5, erkeklerde %19,2’dir. ECA verilerine göre tüm anksiyete bozuklukları için bir yıllık sıklık %12,6 iken yaşam boyu sıklık %14,6’dır.<sup>2</sup>

Epidemiyolojik çalışmalar açısından bir diğer önemli konu da eştanıdır. Yaşam boyu eştanı oranı %30 ile %60 arasında değişmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile diğer psikiyatrik bozukluklar arasındaki eştanı oranları oldukça yüksektir (yaşamboyu eştanı oranı YAB için %80, TSSB için %90). Anksiyete bozukluklarının (özellikle panik bozukluk, YAB ve agorafobi) birçok medikal hastalıkla (kardiyak, pulmoner, serebrovasküler, gastrointestinal, dermatolojik hastalıklar, diyabet) birlikte görülmesi epidemiyolojik araştırmalarda göz önünde tutulması gereken bir diğer noktadır.<sup>2</sup>

### 2.1.4. Anksiyete Bozukluklarının Etyolojisi

Anksiyetenin etyolojisinde genetik belirteçlerin önemli rol oynadığına dair birçok kanıt vardır. Özellikle panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ve daha geniş bir

tanımlamayla nörotizm ve zarardan kaçınma gibi anksiyete özelliklerine duyarlılığa neden olan genler araştırılmaktadır. Alkolizm, otizm ve yeme bozukluklarında olduğu gibi anksiyete bozukluklarında da çevresel faktörlerle bağlantılı genetik yatkınlık olduğu düşünülmektedir.

1980'lere kadar psikodinamik ve bilişsel teoriler anksiyete bozukluklarının etiyolojisinin açıklanmasında ağırlık taşımıştır. Bu teoriler önemini korurken son yıllarda ilgi etiyolojide genetiğin yerine odaklanmıştır. Etiyolojide genetiğin rolü hakkında bilinenler aile, ikiz, evlat edinme, genetik linkaj ve assosiyasyon çalışmalarına dayanmaktadır. Aile ve ikiz çalışmaları da anksiyete bozukluklarının nozolojik kategorileri içinde yürütülmüştür.<sup>13</sup>

Her bir anksiyete bozukluğunun etiyolojisine ilgili bölümlerde özgün olarak değinilecektir.

### **2.1.5. Panik Bozukluk**

Panik bozukluk, yineleyici ve beklenmedik bir şekilde gelen panik ataklar ve bu panik atakları izleyen çeşitli belirtilerle karakterize bir anksiyete bozukluğudur. Panik Bozukluk, adını yunan mitolojisinde bir tanrı olan, mağarada yaşayan ve aniden ortaya çıkıp insanları korkutan "Pan"dan almaktadır. Aniden gelen ölüm korkusu, öleceği, aklını kaybedeceği, felç ya da kalp krizi geçireceği gibi düşünceler ile birlikte fiziksel belirtiler vardır.<sup>14</sup>

#### **2.1.5.1. Epidemiyoloji**

İnsanların %10'u yaşamları boyunca en az bir kez panik atak yaşamaktadırlar. Panik bozukluğun (agorafobili veya agorafobisiz) yaşam boyu sıklığı toplum örneklemlerinde % 3,5 kadar yüksek bildirilmişse de birçok çalışmada %1 ile %2 arasında değişen oranlar bulunmuştur. Panik bozukluğu tanısı alan hastaların 1/3'ne agorafobi eşlik etmektedir.<sup>15</sup> Hastalık genelde geç ergenlikte ve erken erişkinlik döneminde başlamaktadır. Kabaca hastaların %50'sine yakını 24 yaşından önce rahatsızlığa yakalanmaktadır. Yaşlandıkça sıklığı azalmakta ve 65 yaş üzerinde nadiren görülmektedir. Kadınlarda 2,5 kat fazladır. Panik bozukluğu olan hastaların birinci derece akrabalarında panik bozukluğun yaşam boyu sıklığı %10-20 olarak

verilmektedir.<sup>20</sup> Başlangıç yaşı, özellikle kadınlarda, erken başlangıçlı (15-34) ve geç başlangıçlı (45-54) olarak bimodal dağılım göstermektedir. Dul, bekar ve ayrı yaşayanlarda, kırsal kesimlerde yaşayanlara göre 1,5 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir.<sup>16</sup>

## 2.1.5.2 Klinik

### 2.1.5.2.1.Panik Atak

Panik ataklar, çarpıntı ve nefes alma güçlüğü gibi bedensel belirtilerin eşlik ettiği, ansızın ve beklenmedik biçimde ortaya çıkan yoğun anksiyete nöbetleridir. Tipik belirtileri arasında nefes almada güçlük, çarpıntı, titreme, baş dönmesi, sıcak veya soğuk basması, göğüste rahatsızlık hissi, depersonalizasyon, derealizasyon ve ölüm korkusu yer alır. Bu belirtilerin yanı sıra plan yapma, düşünme, akıl yürütme gibi yetilerin geçici olarak kaybedilmesi ve bulunulan ortamdan kaçmak ya da uzaklaşmak için yoğun bir istek duyulması panik atağın diğer temel özellikleridir.<sup>17</sup> Genellikle ilk panik atak, stresli bir yaşam olayını takiben gelişir. Bu hastalar sıklıkla acil servislere, kardiyoloji, dahiliye ya da nöroloji polikliniklerine başvururlar.

DSM-IV'e göre bir panik atakta aşağıdaki (Tablo 2) belirtilerden en az dördünün (ya da daha fazlasının), ansızın başladığı ve 10 dakika içinde en yüksek düzeyine ulaştığı, şiddetli bir korku ya da rahatsızlık döneminin olması gerekmektedir.<sup>17</sup>

Tablo 2:	Panik atakta semptom kümesi
	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Çarpıntı,</li><li>2. Terleme,</li><li>3. Titreme ya da sarsılma,</li><li>4. Nefes darlığı ya da boğulma hissi,</li><li>5. Soluk kesilmesi,</li><li>6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi,</li><li>7. Bulantı ya da karın ağrısı,</li><li>8. Baş dönmesi, dengesizlik, sersemlik hissi ya da bayılacakmış gibi olma,</li><li>9. Derealizasyon ya da depersonalizasyon,</li><li>10. Kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu,</li><li>11. Ölüm korkusu,</li><li>12. Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma hissi),</li><li>13. Üşüme ya da ateş basmaları gibi belirtilerdir.</li></ol>

### 2.1.5.2.2. Panik Bozukluk

Panik bozukluk, yineleyen panik ataklar sonrasında en az bir ay boyunca, atakların tekrarlanabileceğine ya da olumsuz sonuçlarına ilişkin kaygı yaşanması ve kişinin yaşantısında buna uygun değişikliklerin olması olarak tanımlanmaktadır. Şiddetli birkaç ataktan sonra “beklenti anksiyetesi”, yani yeni bir panik atağı geçirme korkusu gelişir. Beklenti anksiyetesi, doğal olarak birçok yanlış çıkarsama ve inanca yol açar ve durumsal panik atakların ve agorafobik kaçınmanın temelini oluşturur. Toplumun %10’u yaşamlarının herhangi bir döneminde en az bir kez panik atak geçirmiş olmasına rağmen davranış değişiklikleri ve işlevsellikte bozulma ve beklenti anksiyetesi oluşmadığı için panik bozukluk tanısı almamaktadır.<sup>16</sup>

<b>Tablo 3: DSM-IV’e göre “agorafobisiz panik bozukluk” tanı ölçütleri:</b>
<p>Aşağıdakilerden hem (1) hem (2) vardır:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Yineleyen beklenmedik panik atakları</li><li>2. Ataklardan en az birini, bir ay süreyle (ya da daha uzun bir süre) aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) izler:<ol style="list-style-type: none"><li>a. Başka atakların da olacağına ilişkin sürekli bir kaygı</li><li>b. Atağın yol açabilecekleri ya da sonuçlarıyla (ör. kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, çıldırma) ilgili olarak sıkıntı duyma.</li><li>c. Ataklarla ilgili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme</li></ol></li></ol> <p>A- Agorafobinin olmaması</p> <p>B- Panik atakları bir maddenin (ör. kötüye kullanılabilen bir ilaç, sağaltım için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (ör. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.</p> <p>C- Panik atakları, sosyal fobi, özgül fobi, obsesif kompulsif bozukluk, posttravmatik stres bozukluğu ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.</p>

### 2.1.5.3. Etyoloji

Panik bozukluğu etiyolojisiyle ilişkili kuramlar nörobiyolojik ve psikososyal olarak iki grupta ayrılabilir. Panik bozukluk için tek ve özgün bir neden belirlenememiştir. Bununla birlikte aile öyküsünün fazla oluşu kalıtımı



düşündürmektedir. Agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluk hastalarının, çocukluk ve ergenlikte ebeveyn ölümü veya boşanması, aileden uzamış ayrılık gibi travmatik yaşam olaylarını sağlıklı bireylere göre daha fazla yaşadıkları gözlenmiştir. Yapılan bir çalışmada, 5 yaşından önce fiziksel ve cinsel istismara uğrayan çocukların yarısına yakınında agorafobinin geliştiği belirlenmiştir.<sup>18</sup>

Birçok klinik araştırma, ilk panik atağın öncesinde erken dönem olumsuz yaşam olayları ve stresli yaşantıların bulunduğunu göstermektedir.<sup>19</sup>

### **2.1.5.3.1. Genetik ve Nörobiyoloji**

Bozukluğa yatkınlığa yol açan kesin bir gen gösterilemese de 16. kromozom ve 22. kromozom (COMT geni) şüpheli genlerdir.<sup>21</sup>

Hastalığın gelişiminde noradrenalin, serotonin ve gama aminobütirik asidin rol oynadığı düşünülmektedir. Bu bireyler artmış sempatik tonüs gösterirler. Uyarılara şiddetli tepki verirler ve tekrarlayan uyarılara geç uyum sağlarlar.<sup>22</sup>

Yapılan çalışmalarda panik bozukluğu hastalarında noradrenalin fazlalığı olduğu, alfa2 agonisti olan yohimbinin presinaptik noradrenalin reseptörünü etkileyerek noradrenalini arttırdığı ve böylelikle panik ataklara neden olduğu bildirilmektedir.<sup>22</sup>

Fenfluramin ve m-cccp gibi serotoninini (5-HT) arttıran maddelerin anksiyeteye neden olmaları, panik bozukluk tedavisinde SSGİ'lerin etkili bulunması, etyolojide ağırlıklı 5-HT'nin yer aldığını düşündürmektedir.<sup>23</sup>

Panik bozukluğun oluşumunda gama aminobütirik asit'in (GABA) rolü, tedavide benzodiyazepinlerin kullanılması, flumazenilin panik bozukluğu olanlarda panik atak oluşturmaya desteklenmektedir.

Beyin sapı kemoreseptörleri düzeyindeki bir sorunun panik atağa neden olduğuna yönelik bir teori de vardır. Bu merkez, sinyalleri yanlış biçimde yorumlayıp “boğulma alarmı” başlatabilmektedir. Kronik hiperventilasyon ve karbondioksit hipersensitivitesi bu hipotezle uyumludur.<sup>22</sup>

### **2.1.5.3.2. Bilişsel-Davranışçı Kuram**

Davranışçı kurama göre anksiyete, anne ve babanın davranışlarını örnekleme ya da klasik koşullanma süreciyle öğrenilmiş bir yanıttır. Bilişsel kurama göre ise panik atak yaşayan kişi atak sırasında oluşan belirtilerin bedensel ya da ruhsal açıdan tehlikeli,

zararlı ve hatta ölümcül olabileceği inancındadır. Panik hastaları korkunun kendisinden korkmakta ve dikkatini bu belirtilere yoğunlaştırmaktadır. Felaket beklentisi içeren inançlar anksiyete ve bedensel duyumların artışına neden olmaktadır. Böylelikle gelişen kısır döngü, anksiyete ve otonomik uyarılmanın artışına ve yeni panik ataklara yol açmaktadır. Sonuçta, koşullanmış uyaranlara karşı koşullanmış yanıtlar ortaya çıkmaktadır. Bu durum sıklıkla agorafobiye ve birçok kaçınma davranışına da neden olmaktadır.<sup>24,25</sup>

#### **2.1.5.3.3. Psikanalitik Teoriler**

Psikoanalitik açıdan agorafobide, ayrılık anksiyetesi ve çocukluk döneminde ailenin yitirilmesine bağlı gelişmiş olan bir patolojik süreç vardır. Kalabalık ortamlarda tek başına bulunma, çocukluk döneminde yaşanan yalnız bırakılma veya terkedilmiş olma duygularını canlandırır. Burada kullanılan savunma düzenekleri yer değiştirme ve kaçınmadır. Freud, çocuklukta ayrılma anksiyetesinin, annenin kaybolması ve terk edilebileceği tehdidinin algılanmasıyla ortaya çıktığını bildirmiştir. Ayrılma anksiyetesi ile agorafobinin tedavisinde kullanılan ilaçların benzerliği, agorafobili hastaların öyküsünde ayrılma anksiyetesinin varlığı, aile öykülerinin olması agorafobi ile ayrılma anksiyetesi arasında bir bağ olduğunu düşündürmektedir.<sup>26</sup>

#### **2.1.5.4. Klinik Gidiş ve Eştanı**

Panik bozukluk, kronik gidişli, hastayı yoğun sıkıntıya sokan, işlevsellikte bozulmaya neden olan, gidişi oldukça çeşitlilik gösteren, eştanı oranı fazla bir hastalıktır.<sup>25</sup>

Yapılan çalışmalarda bir yıl sonra %25-70 oranında iyileşme, on yıl sonra %10-30'nda tam düzelme bulunmuştur.<sup>24</sup> Agorafobinin eşlik ettiği olgularda, bulgular daha şiddetli olmakta ve hastalık daha uzun süre devam etmektedir. Panik bozukluğunda yaşam kalitesi belirgin olarak bozulmuştur. Yaşam kalitesinin bozulması, sağlıkla ilgili kaygılar, ekonomik sorunlar, mesleki ve toplumsal işlevsellikteki bozulmalar üzüntü ve ümitsizliğe neden olarak özkıyım riskini arttırabilmektedir.<sup>26</sup>

Panik bozukluğuna eşlik eden agorafobi, sıklıkla panik bozukluğun bir sonucu olarak ya da nadiren panik bozukluğu öyküsü olmadan ortaya çıkabilir. Bireyin yalnız

kalmaktan, kaçınmanın zor olacağı ya da yardım alamayacağını düşündüğü toplumsal ortamlardan, açık yerlerde bulunmaktan belirgin bir korku duyması ve kaçınması şeklinde tanımlanmaktadır. Agorafobik kaçınma çok sayıda yer ve durumu içerebilir. Bunlar içinde toplu taşıma araçları, kalabalık ortamlar, kuyrukta beklemek, kapalı yerler, otomobile binmek, sokakta yürümek, evden uzaklara gitmek, evde tek başına kalmak, yüksek yerler ve köprülerden geçmek sayılabilir. Agorafobi, kadın panik bozukluğu hastalarında daha siktir.<sup>25</sup> Panik bozuklukta agorafobi dışında depresyon, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, hipokondriazis, alkol ve madde kullanımı gibi eştanılar da sıklıkla bildirilmektedir.<sup>27,28</sup>

#### **2.1.5.5. Ayırıcı Tanı**

Kardiyovasküler hastalıklar arasında angina pektoris, aritmiler, kalp yetmezliği, myokard enfarktüsü, supraventriküler taşikardi ve mitral valv prolapsusu bulunmaktadır. Endokrin bozukluklar arasında hipertiroidizm, hipotiroidizm, hipoparatroidizm, feokromasitoma, cushing sendromu, insülinoma, hipoglisemi ve menapoz yer alır. Nörolojik hastalıklar arasında ensefalopatiler, temporal epilepsi, multipl skleroz, vestibüler işlev bozukluğu, Wilson hastalığı bulunmaktadır. Madde kullanım bozukluklarından alkol, barbiturat gibi depresanların yoksunluğu ve kokain, amfetamin gibi merkezi sinir sistemi uyarıcılarının kullanımı ayırt edilmelidir. Metabolik sorunlardan hipokalsemi, hiperkalsemi, hiponatremi, hipertermi akla getirilmelidir. İmmunolojik patolojiler arasında anaflaksi ve sistemik lupus eritematozus bulunmaktadır. Solunum Sistemi hastalıklarından astım, kronik obstruktif akciğer hastalığı, pnömoni gibi organik hastalıklar panik bozukluğun ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır.

#### **2.1.5.6. Tedavi**

Panik bozuklukta en etkili tedavi yöntemleri farmakoterapi ve bilişsel davranışçı terapidir.

Farmakoterapide trisiklik ve tetrasiklik ilaçlar, monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI), serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) ve benzodiyazepinler etkilidirler.

Etkinliklerinin yüksek kanıt düzeyiyle gösterilmesinden sonra SSGİ'ler ilk seçenek olarak kullanılmaktadır. Depresyon eştanısının yüksek olması nedeniyle, SSGİ kullanımıyla aynı anda hem panik bozukluğun hem de depresyonun tedavisi mümkün olabilmektedir. Birçok çalışmada farklı SSGİ'lerin panik bozuklukta eşit derecede etkili oldukları gösterilmiştir. Bu ilaçların öncelikli kullanımında daha çok yan etki profilleri göz önünde tutulmaktadır. Fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin, sertralin, sitalopram, essitalopram sık kullanılan ilaçlardır.<sup>22</sup>

Farmakoterapide kullanılan diğer bir seçenek benzodiyazepinlerdir. Bağımlılık potansiyeli, kesilme belirtileri, bilişsel bozulma, alkol ile etkileşme ve kötüye kullanım gibi dezavantajları yüzünden kullanımları sınırlıdır. Diğer ilaçlara göre daha hızlı etki başlangıcına sahip olmaları ise en önemli avantajıdır. Yüksek etki gücüne sahip olan benzodiyazepinler (alprazolam gibi), genellikle düşük etki gücüne sahip benzodiyazepinlerden (diazepam gibi) daha etkilidir.<sup>22,25</sup>

Diğer bir tedavi seçeneği, bilişsel davranışçı terapilerdir. Agorafobinin eşlik ettiği ya da etmediği panik bozukluğu tedavisinde bilişsel davranışçı terapiler tek başına ya da farmakoterapiyle birlikte kullanılmaktadır. Bilişsel terapilerin amacı, bilişsel bozuklukların tanımlanması ve değiştirilmesi; davranışçı terapilerde ise kişinin tepkilerini (özellikle fobik kaçınma) değiştirmektir.<sup>22</sup>

#### **2.1.5.7. Panik Bozuklukta Cinsiyet Farklılıkları**

Kadınlarda 2,5 kat fazladır. Cinsiyet farklılığının yaşla birlikte arttığı bildirilmiştir. ABD'de yapılan bir çalışmada, panik bozukluk hastalarının %70'nin kadın olduğu görülmüştür.<sup>14,18</sup>

Wittchen ve Essau, kadınlarda panik bozukluk yaygınlığının en sık 25-34 yaşları arasına, erkeklerde ise 30-44 yaşları arasında olduğunu bildirilmiştir. Clayton ve arkadaşları ise yayınladıkları bir çalışmada panik bozukluk başlangıç yaşının kadınlarda erkeklere oranla nisbeten daha geç olduğunu belirtmişlerdir.<sup>8</sup> Aynı çalışmada panik bozukluğu olan postmenapozal kadınların gençlere oranla belirgin derecede düşük beklenti anksiyetesine, panik atak sıklığına ve şiddetine sahip oldukları bildirilmiştir.<sup>8</sup>

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. Agorafobili panik

bozukluk tanısı olan kadın hastalar daha ciddi agorafobik kaçınma, daha fazla felaketleştirme düşüncesi ve bedensel duyum bildirmişlerdir.<sup>2,26</sup>

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).<sup>27,28</sup>

### **2.1.6. Sosyal Fobi**

Sosyal anksiyete bozukluğu ve sosyal fobi genellikle eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Kaygı bozuklukları arasında yer alan sosyal fobi, 1994 yılında yayımlanan DSM-IV ile sosyal anksiyete bozukluğu adını almıştır. Sosyal fobi, belirli toplumsal durumlarda küçük düşme korkusunun neden olduğu, psikolojik, somatik ve davranışsal belirtilerin eşlik ettiği, işlevsellikte önemli kayıplara neden olan bir anksiyete bozukluğudur.

#### **2.1.6.1. Prevalans**

Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'da yapılan çalışmalarda sosyal fobinin en sık rastlanan anksiyete bozukluğu olduğu gözlenmiştir.<sup>29</sup> Sosyal fobi yaygın olarak ergenlik döneminde başlamasına rağmen, çocuk ve ergenlerde çok az çalışma yapılmıştır. Elli yaşın üzerindeki bireylerin alındığı çalışmalarda daha düşük oranlarda saptanması, hastalığın yaşla beraber düzelme gösterdiğini düşündürmektedir.<sup>30</sup>

Yaşam boyu yaygınlığı kullanılan tanı ölçeklerine göre değişiklik göstermekle birlikte genel olarak %3-13 arasındadır.<sup>31</sup> Türkiye'de yürütülen 'Ruh Sağlığı Profili' alan taramasında yaygınlığı %1,8 olarak bildirilmiştir.<sup>15</sup> Diğer psikiyatrik bozukluklarla belirtilerin sıklıkla üst üste binmesi ve kesin sınırları olmayan tanı ölçütleri nedeniyle sıklık oranları değişkenlik göstermektedir. Klinik ve toplum örneklemi de yardım arama davranışının nispeten düşük olması nedeniyle belirgin farklılık sergiler.

Sosyal fobi genellikle onlu yaşlarda başlar. Ortalama başlangıç yaşı 5-20 yaş arasındadır. İleri yaşta görülmesi nadirdir. Çalışmalar erken yaştaki başlangıçta genetik ve ailesel ilişkinin varlığını ortaya koymuştur. Yaygın alt tipinde başlangıç yaşı daha erkenken, sınırlı tipte daha geçtir. Erken çocukluk döneminde başlayanlarda tedaviye yanıt oranı daha az, eştanı ise daha fazladır.<sup>32</sup>

### 2.1.6.2. Klinik ve Alt Tipler

Toplumların tutumlarına ve değer yargılarına göre sosyal fobinin klinik görünümü ve işlevsellikte bozulma değişkenlik gösterebilir. Sosyal fobik kişilerin anksiyetesi sosyal ortamlarda; yemek yemek, konuşmak, başkalarının önünde yazı yazmak, partilere katılmak, biriyle tanışmak gibi durumlarda artmaktadır. Korkulan bu ortamların sayısı ve tipi, sosyal fobinin alt gruplara sınıflandırılmasına yol açmıştır. Yaygın olan tipinde bütün sosyal ortamlarda fobik belirtiler ortaya çıkmaktadır ve %50-80 oranında görülmektedir.<sup>33</sup> Bu tipte ailesel özellikler, yeti yitimi, direnç ve eşitlik oranı daha fazladır. Sınırlı tipinde ise anksiyeteye neden olan tek bir durum vardır. Dolayısıyla işlevsellik kaybı da daha azdır.<sup>30</sup>

Sosyal fobik kişiler genellikle eleştirilmeye, olumsuz değerlendirmeye ya da reddedilmeye karşı aşırı duyarlıdırlar. Kendilerini savunmada güçlük çekerler ve kendilerine güven duyguları azalmıştır. Başkalarının onları nasıl değerlendirdiklerinin farkında olmayıp gerçekte kendilerini olumsuz değerlendirmektedirler. Rahatsızlığın şiddeti ne kadar fazlaysa başka insanlar için sıradan durumlar rahatsızlık kaynağı olur. Dikkatleri kendilerine yönelmiştir; diğer insanların kendileriyle ilgili ne düşündüğüyle fazla uğraşırlar. Korkulan ortamlarda yüzde kızarma, ellerde titreme, ağız kuruluğu, çarpıntı, kaslarda gerginlik, terleme, bulantı gibi otonomik hiperaktivite ile ilişkili belirtiler ortaya çıkar. Oluşan anksiyete kişinin performansını, toplumsal ve mesleki işlevselliğini bozmaktadır. Bazı çalışmalarda davranışsal inhibisyonu olan çocukların daha sonra belirgin düzeyde utangaçlık ve sosyal fobi geliştirdikleri görülmüştür.<sup>34</sup>

Çocukluk çağında yakın ilişkinin eksikliği, ana babada psikiyatrik hastalık öyküsünün, fiziksel ve cinsel istismar gibi faktörlerin sosyal fobi gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir.<sup>34</sup>

<b>Tablo 4:</b>	<b>DSM-IV'e göre "sosyal fobi" tanı ölçütleri:</b>
A-	Tanımadık insanlarla karşılaştığı ya da başkalarının gözünün üzerinde olabileceği, bir ya da birden fazla toplumsal ya da bir eylemi gerçekleştirdiği durumdan belirgin ve sürekli bir korku duyma. Kişi, küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkar.
B-	Korkulan toplumsal durumla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur, bu da duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir panik atağı biçimini alabilir.
C-	Kişi, korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir. (çocuklarda bu özellik bulunmayabilir.)
D-	Korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla bunlara katlanılır.
E-	Kaçınma, kaygılı beklenti ya da korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır.
F-	18 yaşın altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

### **2.1.6.3. Etyoloji**

Sosyal fobinin nedenlerine yönelik araştırmalar sinir biliminden sosyolojiye kadar uzanan geniş bir alanı kapsar. Çalışmalar serotonerjik, dopaminerjik ve noradrenerjik sistemler ve hipotalamik-pituiter-adrenal eksen üzerinde yoğunlaşmıştır.<sup>35</sup> Yapılan bir çalışmada sosyal fobide amigdalada metabolik değişiklikler olabileceğini gösteren bulgulara rastlanmıştır.<sup>36</sup> Özellikle sınırlı tipinin beta blokerlerle tedavi edilmesi, etyolojide noradrenalin aktivitesinin fazla olduğunu düşündürmektedir. SSGİ'lerin yaygın tipinde yararlı olması serotonerjik sistemdeki bir bozukluğu düşündürmüştür. Genetik faktörlerin sosyal fobi ve agorafobide önemli olduğu fakat durumsal fobide daha az etkiye sahip olduğu bildirilmiştir. Birinci derece akrabada sosyal fobi gözlenmesi, bozukluğun ortaya çıkma riskini iki veya üç kat arttırmaktadır.<sup>37</sup>

Sosyal fobi gelişiminde çocukluk dönemindeki çevresel etkenlerin de önemli yeri vardır. Sosyal fobik kişiler genel olarak ailelerini reddedici, aşırı koruyucu ve duygusal sıcaklıktan yoksun olarak tanımlamaktadır. Ancak bu ailesel özellikler diğer birçok

ruhsal bozuklukta da görülmektedir. Davranışsal inhibisyon gösteren çocukların, ailelerinin dışındaki ortam ve kişiler karşısında aşırı korku duydukları ve daha sıklıkla sosyal fobi geliştirdikleri de bilinmektedir.<sup>33</sup>

Nöropsikolojik işlevleri değerlendiren çalışmalarda ise sosyal fobide sözel bilgi için anlamlı hatırlama ve epizodik bellek kusurlarının olduğu gösterilmiştir.<sup>30</sup>

#### **2.1.6.4. Eştanı**

Yapılan çalışmalarda sosyal fobide en sık olarak depresyon ve distimik bozukluk eştanısı görülmüştür. Alkol ve madde kullanım bozuklukları da sık görülen eştanılardandır. Sosyal fobili kadınlarda panik bozukluk ve özgül fobi eştanısı erkeklerden daha fazla iken, erkeklerde alkol ve madde kullanım bozukluğu daha belirgindir.<sup>31</sup> Yaygın tip sosyal fobide eştanı oranı daha sıktır. Özellikle depresyon yaygın tipte daha sık görülür, yaşam kalitesinin düşmesine ve kronikleşmeye neden olur.<sup>32</sup> Yaygın tip sosyal fobiklerin özgeçmişlerinde %70 gibi yüksek bir oranda başka psikiyatrik hastalık öyküsü gözlenmektedir.

Sosyal fobi ile kaçınan kişilik bozukluğu çok yakın ilişki içindedir. Dahası, kaçınan kişilik bozukluğunun sosyal fobinin şiddetli formu olabileceği düşünülmektedir ve sosyal fobinin yaygın tipiyle ayrımı çok güçtür.<sup>9</sup>

Anksiyete bozukluklarının tamamında eştanı özkıyım oranlarını arttırmakta, yeti yitimine ve yaşam kalitesinin bozulmasına, gidişin kötüleşmesine neden olmaktadır.<sup>32</sup>

#### **2.1.6.5. Prognoz**

Sosyal fobi genelde yaşam boyu kronik ve dalgalı bir gidiş gösterir. Belirtiler ortalama olarak 10 yıl sürmektedir. Sosyal korkusu olan çocuklarda bu korku ergenlik döneminde de devam etmektedir. Rahatsızlık erken çocukluk yaşlarında başlamışsa kronikleşme daha sık gözlenir. Hastalığın yarattığı yeti yitimi nedeniyle sosyal fobiklerde evlenme oranları da düşüktür. Bu kişiler daha az eğitim almakta ve işsizlik oranı daha yüksek olmaktadır.<sup>33</sup>

Etkin tedavi prognoz üzerine uzun dönemde olumlu etki göstermektedir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte az da olsa spontan remisyonlara rastlanmaktadır.<sup>30,31</sup>



İlk başlangıç şiddetinin yüksek olması, tedaviye geç başlangıç, alkol kullanımı, nabız ve tansiyonun yüksek olması, B kümesi kişilik bozukluğunun bulunması olumsuz prognostik faktörler arasında gösterilmektedir.<sup>38</sup>

#### **2.1.6.6. Tedavi**

Sosyal fobik hastalar sosyal iletişimden çekindikleri için nadiren kendiliğinden yardım arayışına girerler. Ancak eşanlı hastalıklar oluştuğunda sıkıntıları artar ve hastalıklarını fark ederler.<sup>39,40</sup>

Başvuranların çoğu erkektir. Eğitim düzeyi ortalamanın üstünde, bir işte çalışan, hastalık nedeniyle işlevleri etkilenen erkekler özellikle iş yaşantısı ile ilgili güçlüklerden dolayı tedavi arayışına girmektedir.<sup>41,42</sup>

Tedavide yer alan farmakoterapi ve psikoterapötik uygulamalarla ilgili araştırmalar son yıllarda hız kazanmıştır. Farmakoterapiyle belirtiler azalabilir. Sosyal beceri eğitimi ve bilişsel davranışçı terapi, sosyal fobide etkin olan psikoterapötik yaklaşımlardır.<sup>43</sup> Tedavide kullanılan başlıca ilaçlar, SSGİ'leri, TSA'lar, SNGİ'leridir.

Sınırlı tip sosyal fobide bilişsel davranışçı terapi (BDT) uygulanmalıdır. Gerekli durumlarda beta bloker verilebilir. Yaygın sosyal fobide SSGİ ile birlikte BDT uygulanmalıdır. Anksiyete düzeyi yüksekse, kullanımı hedefe yönelik ve sınırlı olmak kaydıyla benzodiyazepin verilebilir.

Sosyal fobi 15 yaşından önce başladığı için erken tanı ve tedavi çok önemlidir. Eştanı ve özkıym riski nedeniyle etkin şekilde tedavi edilmelidir.

#### **2.1.6.7. Sosyal Fobide Cinsiyet Farklılıkları**

Amerikan Ulusal Eştanı Araştırmasında sosyal fobi kadınlarda erkeklerden 1,5 kat fazla bulunmuştur.<sup>44</sup> Yaşam boyu yaygınlığı kadın ve erkeklerde sırasıyla; %15,5 ve %11,1'dir. Bununla birlikte erkeklerin kadınlara oranla tedavi arayışı daha fazla olmaktadır.<sup>45</sup>

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 bildirilmiştir.<sup>46</sup>

Panik bozuklukta olduğu gibi sosyal fobide de komorbid psikiyatrik hastalıklar kadınlarda daha yüksek oranda gözlenmiştir.<sup>47</sup>

Genel olarak çalışmalardan kadınlarda daha kronik bir seyir, belirti şiddetinin ve işlevsellikteki bozulmanın daha fazla olduğu sonucu çıkarılabilir.

### **2.1.7. Obsesif Kompulsif Bozukluk**

Obsesyon; uygunsuz ve belirgin anskiyeteye neden olan, zorlayıcı, benlikle uyumlu olmayan, ısrarlı fikir, düşünce, dürtü ve imgelerdir. Günlük yaşam sorunları konusunda abartılı endişeler obsesyon olarak değerlendirilmez. Kompulsiyon ise; saplantılı düşünceleri etkisizleştirmek ya da uzaklaştırmak için yapılan tekrarlayıcı, amaca yönelik, çoğu zaman bir ritüel benzeri belirli kuralları olan, stereotipik hareketlerdir. Kişi takıntılı ve saplantılı düşüncelere ve davranışlara direnmeye çalışır ancak çoğu kez başaramaz. DSM-IV’de kompulsiyonlar davranışsal ve zihinsel olarak iki gruba ayrılmıştır. Kompulsiyonların ardında zarardan kaçınma ve riski azaltma amacı yatar. İyi bir içgörü olabileceği gibi, içgörünün zayıf olduğu bir alt tip de vardır. OKB hastaları düşünme, hissetme, eyleme geçmede zorlanma yaşarlar. Bu da belirgin zaman kaybına yol açar ki işlevsellikteki bozulmanın ana nedenlerinden birisidir. Kompulsiyonlar, anksiyete ve gerginliğin azaltılmasını amaçlarlar ve bunların yerine getirilmesinden haz alınmaz.<sup>9</sup>

#### **2.1.7.1. Klinik**

OKB’de üç önemli öge dikkati çekmektedir. İlk olarak kişide tekrarlayıcı ve zorlayıcı nitelikte düşünce, imge ve dürtüler bulunur. İkinci olarak bu düşünce ve eylemlerin bilişsel ve davranışsal olarak kontrol edilmeye çalışılır. Çoğu zaman kişi bunlarla baş etmekte başarılı olsa da bazen de kontrol çabasından vazgeçer ve bunlara bütünüyle teslim olur. Üçüncü nokta ise obsesyonların kendisinden kaynaklandığını ve içsel olduğunu bilmesidir.<sup>48</sup>

Tablo 5:	DSM-IV'e göre "obsesif kompulsif bozukluk" tanı ölçütleri:
	<p>A- Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:</p> <p>Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3) ve (4) ile tanımlanır:</p> <p>(1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler,</p> <p>(2) Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.</p> <p>(3) Kişi bu düşünce, dürtü ve düşlemlerine önem vermemeye ya da baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.</p> <p>(4) Kişi, obsesyon düşüncelerini, dürtü ve düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür.</p> <p>Kompulsiyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:</p> <p>(1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (el yıkama, düzene koyma, kontrol etme gibi) ya da zihinsel eylemler (dua etme, sayı sayma, bir takım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma gibi),</p> <p>(2) Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.</p> <p>B- Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman, kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. (çocuklarda bu özellik bulunmayabilir.)</p> <p>C- Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten fazla zaman alır) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar.</p> <p>D- Başka bir eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir.</p> <p>E- Bu bozukluk bir madde kullanımı ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.</p>

### 2.1.7.1.1. Obsesyon Tipleri

Saldırganlık Obsesyonları: Çoğunlukla başkalarını öldürme, yaralama, zarar verme düşünceleri biçiminde ortaya çıkar. Düşüncenin büyüsel bir gücü olduğuna inanılır ve eylemle eşdeğer tutulur. Sevilen bir kişiye karşı duyulan nefret, onun öleceğine ilişkin bir düşünce, bu kişiler üzerinde yoğun suçluluk duygularına, o kişi gerçekten ölmüş ya da ölecekmiş gibi bir etkiye neden olur. Zarar verme obsesyonu olan kişiler bıçak gibi sivri nesnelere uzak durur, sevdikleri kişilerle yalnız kalmaktan kaçınırlar. Hastaların bazıları da daha çok kendilerine zarar vermektan korkarlar. Bu tür obsesyonlar araçların önüne atlama, kendini yüksekten aşağı atma düşünceleri şeklinde olabilir.

Bulaşma Obsesyonları: En sık görülen obsesyonlardandır. Çoğu kez yıkanma kompulsiyonuyla birlikte görülür. Tuvalette üzerine idrar sıçramış olabileceği, el sıkışmayla ya da kapı tokmakları, para gibi nesnelere dokunmayla idrar, dışkı, sperm bulaşabileceği düşünceleriyle ortaya çıkar. Eşyalara dokunmaktan, insanlarla yakın temastan kaçınırlar. Diğer obsesyonlarda olduğu gibi, bulaşma konusundaki düşünceler sanrı düzeyine yaklaşabilir.

Kuşku Obsesyonları: Pierre Janet, OKB'ye kuşku hastalığı adını vermiştir. Bir eylemin yapıldığından emin olmama durumu vardır. Ütüyü prizden çekip çekemediğinden, kapıyı kilitleyip kilitlemediğinden, tüpü açık unutup unutmadığından emin olamaz. Kontrol etmeden rahatlayamaz, ancak bu kontrol çok uzun zaman alabilir.<sup>48</sup>

Cinsel Obsesyonlar: Bu obsesyonların içeriği sıklıkla kişi için utanç verici ve kabul edilemez bir niteliktedir. Kişi çocuklarıyla, ebeveyniyle cinsel ilişkiye girdiği düşünce ya da imgeleri nedeniyle yoğun sıkıntı yaşayabilir. Bazen eşcinsel olmakla ilgili korkuları içeren düşünceler biçiminde de görülebilir.<sup>49</sup>

Simetri ve Kesinlik İhtiyacı ile Birlikte Olan Obsesyonlar: Nesnelere ve olayların belirli bir düzen ve konumda olması ya da eşyaların tam bir simetri içinde olması düşüncesinden kaynaklanır. Belirgin zaman kaybına yol açabilir.

Dinsel Obsesyonlar: Çoğunlukla dindar bir insanda günah sayılan düşüncelerin akla gelmesi şeklindedir ve yoğun suçluluk duyguları ve sıkıntıya neden olabilir.

Somatik Obsesyonlar: Kanser, AİDS, kuduz gibi hayatı tehdit eden bir hastalığa yakalanacağı düşüncesi takıntı düzeyindedir. Sürekli bu hastalıklara yakalanma korkusu içindedir ve korunmak için çeşitli önlemlere başvurmaktadır.<sup>49</sup>

### **2.1.7.1.2. Kompulsiyon Tipleri**

Kompulsiyonlar obsesyonlara tepki olarak ortaya çıkan, genellikle belli kurallarla ritüeller şeklinde, bazen de tekdüze bir biçimde uygulanan, yineleyici ve belirli bir amacı olan davranışlardır. En sık görülen kompulsiyonlar temizlik ve kontrol etmeyle ilgilidir. Bu davranışların amacı bir sıkıntıyı gidermek, korku oluşturan bir olayı etkisizleştirmek ya da önlemektir. Ancak çoğu zaman sergilenen etkinlik önlemek istenen şeyle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da aşırıdır. Kompulsiyonlar; zihinsel eylemler olarak da gözlenebilir. Yineleyici tarzda dua etme, otomobil plakalarını ve evlerin yerini sayma, bazı kelimeleri belli sayılarda yineleme gibi düşünsel süreçler anksiyeteyi azaltmayı amaçlar. Kişinin odaklanma yeteneğini oldukça bozabilir.<sup>9</sup>

Temizlik Kompulsiyonları: Yineleyen tarzda ve uzun süreler el yıkama, banyo yapma, evin ve eşyaların temizliğiyle, bulaşık ve çamaşır yıkamayla saatlerce uğraşma şeklinde görülen kompulsiyonlardır. Böylelikle kişi kendini, eşyalarını ya da çevresini kirli ve pis hissetmesinin üstesinden gelmeye çalışmaktadır. Ancak tüm çabalarına karşın tam anlamıyla rahatlayamaz.

Kontrol Etme Kompulsiyonları: Sıklıkla güvenliği sağlamaya yönelik davranışlar şeklinde ortaya çıkar. Tüpün açık olup olmadığını ya da ütünün prizde unutulup unutulmadığını defalarca kontrol edebilir.

Düzeltilme Kompulsiyonları: Eşyalar bir denge ve simetri sağlamak üzere belli bir düzen içinde tutulmaya çalışılır. Böylelikle genel bir rahatsızlık duygusu hafifletilmeye çalışılır.

Tekrarlama Kompulsiyonları: Bunlar bir takım davranışların belli bir tarzda ve sayıda yapılmamasının kötü sonuçlar doğuracağı inancıyla ortaya çıkan kompulsiyonlardır. Bu tür durumlarda törenselleştirilmiş davranışın tam olarak yapıldığından emin olunamaz ve davranış uzun süre yinelenir.

Sayma Kompulsiyonları: Otomobil plakalarını, apartman katlarını sayma, evlerin numaralarını okuma tarzında ortaya çıkar. Zihinsel kompulsiyonlardır.

Dokunma Kompulsiyonları: Kişinin kendini belli nesnelere dokunmak zorunda hisseder.

Biriktirme Kompulsiyonları: Bir şeyi gereksinim duyulmadığı halde satın alma, sahip olunan hiçbir şeyi atamama ve biriktirme tarzındadır.<sup>49</sup>

### 2.1.7.2. Epidemiyoloji

Toplum tarama çalışmalarında OKB'nin altı aylık prevalansı %1,5, yaşam boyu prevalansı %2,5 olarak belirlenmiştir.<sup>50</sup> OKB'nin yaşam boyu prevalansı ülkeler arasında değişiklik gösterir. Çalışmaların birçoğunda erişkin popülasyonda cinsiyet farkı gözlenmemiştir, bazı çalışmalarda ise kadınlarda daha fazladır. Yedi ayrı ülkede yürütülen epidemiyolojik çalışmaların analizinde, kadın-erkek oranı 1,2-1,8 arasında saptanmıştır.<sup>51</sup> Çocuk ve ergenlerin yer aldığı yaş grubunda ise erkeklerde daha sıktır. Irk, etnik grup, eğitim, medeni durum, meslek, kültür, ekonomik durum gibi sosyodemografik değişkenlerle anlamlı ilişkisi bulunmamaktadır.<sup>51</sup> Hastaların %25'nde bulgular çocuklukta, %29'unda ergenlik döneminde başlamaktadır. Ergenlerde yapılan çalışmalarda bulguların 9-18 yaşları arasında görüldüğü belirtilmiştir.<sup>52</sup> Erken yaşta başlangıçta tik bozukluğu ve trikotillomani sıklığının daha yüksek, aile yükünün artmış, farmakolojik tedaviye yanıtın kötü olduğu ve simetri obsesyonu ile düzenleme kompulsiyonunun görülme sıklığının daha fazla olduğu belirlenmiştir.<sup>53</sup>

OKB'nin başlangıcı genellikle sinsidir. Çoğunlukla tetikleyici bir etken saptanamaz. Stresli yaşam olayları bulgularda alevlenmelere yol açabilir. Gebelik ve streptokok infeksiyonunu takiben ani gelişen bazı vakalar bildirilmiştir. Kronik, progresif gidişli veya dalgalı seyirli olabilir. Bazı çalışmalarda bir yıl içinde OKB epizodunun yaklaşık %60 oranında düzeldiği görülmüştür.<sup>54</sup> Bu durum tedavisiz de bulgu şiddetinin artıp azalabildiğini göstermektedir. Bazı çalışmalarda ise OKB bulgularında dalgalanmalar görülmekle birlikte, çoğu vakada bulgular aynı şekilde seyretmiştir.<sup>55</sup> Bu durum da bazı hastaların bulgularıyla yaşamayı ve baş etmeyi öğrendiklerini ya da hastalığa tamamen teslim olduklarını düşündürmektedir. Hastalık bulgularının başlaması ve tedavi arasındaki süre ortalama yedi yıldır.

### **2.1.7.3. Gidiş ve Prognoz**

Hastalığın erken yaşta başlaması, bekar olma, başlangıcın şiddetli olması, hastalığın uzun ve süregelen olması, belirgin büyüsel düşüncenin, sanrıların, kişilik bozukluklarının (özellikle şizotipal, paranoid ve sınır kişilik) varlığı, OKB'nin bipolar bozukluk ve yeme bozukluğu ile birlikte olması, kötü sosyal uyum ve sosyal becerilerin yetersiz olması kötü gidişin belirleyicileridir.<sup>54,55</sup>

### **2.1.7.4. Etiyoloji**

#### **2.1.7.4.1. Biyolojik Etkenler**

OKB etiyojisinin güncel modelleri, bozukluğun nöropsikiyatrik temelleri üzerinde yoğunlaşmaktadır. OKB'de kalıtımın önemi 20. yüzyılın başından beri bilinmektedir. Bugünkü araştırmalar bozukluğun ailesel, genetik, nöroanatomik, hormonal, immunolojik, nörokimyasal ve bilişsel bağlantılarına odaklanmaktadır. Travmatik beyin zedelenmesi, ensefalit, Sydenham koresi, tik bozukluğu ve Huntington koresi ile ilişkili OKB tanımı hastalığın beyin kaynaklı ve olasılıkla striatal fonksiyonların bozukluğunu içeren geniş bir kavram olduğunu düşündürmektedir.<sup>56</sup>

Tek yumurta ikizlerinde %80'nin üstünde eşhastalanma oranı gözlenmiştir. OKB hastalarının en azından %30'unun birinci derece yakınlarının da OKB olduğu, OKB oranlarının babalarda %25, annelerde %9 olduğu bildirilmiştir. Gilles de la Tourette olanlarda ve bunların birinci derecede akrabalarında daha yüksek oranda obsesif kompulsif bozukluk görülmektedir.<sup>57</sup>

Bu hastalarda beyin omurilik sıvısı serotonin ve serotonin metaboliti 5-hidroksi-indolasetik asit düzeyleri, serotonin reseptörlerinin moleküler incelemesi ve serotonerjik genlerle ilişkin bulgular, obsesif kompulsif bozuklukta serotonerjik sistemin rolünü işaret etmektedir. Dopamin agonisti ilaçların ise garip ve yineleyici devinimlere yol açtıkları bilinmektedir.<sup>58</sup>

Beyin görüntüleme çalışmalarında en tutarlı ve kesin bulgu orbitofrontal korteks ve kaudat çekirdeğin başındaki etkinlik artışıdır. Bu alandaki en dikkat çekici çalışma bulgusu sağaltım öncesi prefrontal kortekste etkinlik artışının sağaltıma (ilaç ve bilişsel davranışçı psikoterapi) iyi yanıt vermesidir.<sup>59</sup>

Streptokok enfeksiyonları sonrası oluşan otoimmün yanıtın striatumda işlev bozukluğuna yol açarak kompulsiyonlara, tiklere ve duygulanımda oynaklığa neden olduğu düşünülmektedir.<sup>59</sup>

#### **2.1.7.4.2. Psikososyal Etkenler**

Obsesif kompulsif bozukluk bir kültüre ya da çağa özgü değildir. Temel özellikleri farklı çağlarda ve farklı kültürlerde aynı olmakla birlikte kültürel etkiler hastalığı çeşitli yönlerden etkiler. Özellikle dini inançların belirtilerin şekillenmesinde önemli rolü vardır.<sup>60</sup>

#### **2.1.7.4.3. Psikodinamik Etkenler**

Son yıllarda obsesif kompulsif bozukluk için psikoanalitik kuramın geçersiz olduğunu öneren görüşler artmış ve nörobiyolojik çalışmalar ağırlık kazanmıştır. Yine de psikanalitik kuramın getirdiği özgün açıklamaların ve düzeneklerin tümünden geçersiz olduğu söylenemez.

Klasik psikanalitik kuramda, obsesif-kompulsif kişiliğin anal kişilik özellikleri taşıdığı ve anal dönemde saplanma belirtileri gösterdiği kabul edilir. Anal dönemde çocuk, birbirine karşıt ve dürtüsel yönden yüklü iki yetiyi (tutma ve boşaltma) ilk kez kullanabilmektedir. Başlangıçta bu yetiyi annenin isteklerine ve eğitim biçimine göre kullanmaktadır. Çocuğun aşırı denetlenmesi, annenin istediği zamanda ve yerde işeme ve dışkılamaya zorlanması, aşırı cezalandırıcı ve baskıcı tutumlar anal dönemde saplanma belirtilerine neden olur. Cimrilik, aşırı düzenlilik, aşırı titizlik, inatçılık ve kararsızlık göze çarpar. Bu dönemde saplanmaya bağlı karşıt iki-değerli tutum ve duyguların artışı gözlenir. Kişi bir eylemi yapma ve yapmama arasında kararsız kalır. Aynı şekilde obsesif kompulsif bozuklukta da her istek, düşünce ve eylemin bir olumlu, bir de olumsuz yanı vardır.<sup>61</sup>

Obsesif-kompulsif kişilikte sıklıkla görülen savunma düzenekleri bastırma, karşıt tepki kurma ve yalıtmadır. Obsesif-kompulsif bozukluk geliştikten sonra yer değiştirme ve yapma-bozma düzeneklerinin eklenmesiyle ile rahatsızlığın belirtileri oluşur.



### 2.1.7.5. Eştanı

Birincil OKB'ye en sık eşlik eden 1. eksen bozuklukları sırasıyla major depresyon (%67), özgül fobi (%22), sosyal fobi (%18) ve yeme bozukluklarıdır (%17). Yapılan çalışmalar OKB'nin yaşam boyu %50 gibi büyük bir oranda diğer bir anksiyete bozukluğuyla eştanı gösterdiğini bildirmektedir. Epidemiyolojik saha çalışmaları OKB'nin şizofreni ile %12,2, şizofreniform bozukluk ile %1,3 oranında bir arada bulunduğunu, OKB ve şizofreninin bir arada bulunduğu durumlarda şizofreninin OKB'den önce ortaya çıktığını göstermiştir. En sık görülen eştanı olan major depresyonun yıkama, kontrol etme veya sürekli yineleyen düşünceler nedeniyle üretken olamayan hastalarda ikincil olarak geliştiği de düşünülebilir. İlk başvuruda ikincil depresyon görülme oranı %30'dur. Eştanı olarak depresyonun varlığı daha ciddi bir OKB tablosunu ortaya çıkarır, süregenleşme eğilimini artırır, tedaviye yanıtın azalmasına ve gidişin kötüleşmesine yol açabilir.<sup>62</sup>

### 2.1.7.6. Ayırıcı Tanı

Şizofrenin özellikle başlangıç döneminde obsesif kompulsif bozukluğuna benzer belirtiler görülebilir. Şizofrenideki saplantılar ve zorlantılar genellikle acayıptır ve kalıplaşmış yinelemeler şeklindedir. Hastada sıklıkla künt duygulanım gözlenir.

Tipik fobik bozuklukta fobiye özgü korkular vardır. Zorlantılı yinelemeler gözlenmez. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların birçoğunda eştanı olarak fobiler de bulunur. Pierre Janet bu iki bozukluğu "psikastenî" adını altında tek bir hastalık olarak değerlendirmiştir.

Hipokondriak hastaları değerlendirirken ciddi bir hastalığı olduğu korkusu ile ciddi bir hastalığa yakalanma korkusunun ayrımı yapılmalıdır. OKB'de kişi gelecekte karşılaşılabileceği bir tehlikeleri denetlemeye yönelik davranışlar sergilerken, hipokondriazisde var olduğuna inandığı bir hastalığın saptanmasına yönelik davranışlar gösterir.

Beden dismorfik bozukluğunda kişi fiziksel görünümündeki hayali ya da hafif bir kusurla aşırı uğraşır. Burada kişinin saçma bulduğu ancak aklından atamadığı bir saplantıdan çok, aşırı değer verilmiş bir düşünce, sanrıya oranla daha az mantıksız ve uzun süreli bir inanç vardır.

Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda değişik düzeylerde çöökkünlük durumu sıklıkla görülür. Çöökkünlüğün tanınması sağaltımın başarısında çok önemlidir. Kimi çöökkün hastalarda özellikle çeşitli hastalıklarla, sevdikleri, merak ettikleri kişi ve durumlarla ilgili saplantılı kuruntular olabilir.

Obsesif kompulsif bozukluk çocuklarda görüldüğünde Gilles de la Tourette ya da başka tik hastalıkları da akla gelmeli, tik bozukluğu belirtileri araştırılmalıdır.<sup>9</sup>

#### 2.1.7.7. Tedavi

Obsesif kompulsif bozuklukta en verimli sağaltım ilaç ve bilişsel davranışçı sağaltımın birlikte uygulanmasıdır.

Serotonin geri alım önleyici ilaçlar, obsesif kompulsif bozukluğun sağaltımında depresyon ve başka bunaltı bozukluklarında olduğundan daha yüksek dozda ve uzun süre kullanılmalıdır. Klomipramin bütün SSGİ'lerden daha etkili bulunmasına rağmen, sağaltıma uyum SSGİ'lerle daha iyidir. İlaçların etkileri obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların ancak %30'unda tatminkar düzeydedir. Özellikle toplama ve biriktirme kompulsiyonları ile cinsel, dinsel ve somatik saplantılarla giden ve zayıf içgörüsü olan hastalar ilaçlara daha az yanıt vermektedir.<sup>63,64</sup>

Obsesif kompulsif bozukluğun sağaltımında bilişsel davranışçı psikoterapinin yeri gün geçtikte artmaktadır. Karşılaştırmalı çalışmalarda bilişsel davranışçı sağaltımın en azından serotonerjik ilaçlar kadar etkili olduğu gösterilmiştir. Bu sağaltım planında bozukluğun belirtilerine zemin hazırladığı, hastalığı başlattığı ve hastalığı sürdürdüğü düşünülen etkenler, hastanın temel inançları, saplantıları, yorumları, bunların yol açtığı duygular, başa çıkma yöntemleri araştırılır. Hastanın bu temel inançlarına seçenek oluşturacak düşünceler geliştirmesine yardım edilir. Kullanılan davranışçı yöntemler arasında özellikle *exposure* ile yanıtı erteleme birliktedir.<sup>65</sup>

#### 2.1.7.8. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Cinsiyet Farklılıkları

Epidemiyolojik Saha Çalışması verilerine göre yaşamları boyunca OKB geliştirme olasılığı kadınlarda erkeklerden 1,5 kat fazladır.<sup>66</sup> Ancak puberte öncesi erkek çocuklar, puberte öncesi kızlara oranla 3 kat daha fazla OKB tanısı almaktadırlar, bu da başlangıç yaşının her iki cinsten farklı olduğunu işaret etmektedir. Ortalama başlangıç yaşı erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla 20 ve 25'dir.<sup>67</sup> 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 menapoz esnasında OKB’de relaps görülebildiği bildirilmiştir.<sup>68,69</sup>

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 kompulsiyonlarının kadınlarda; saldırganlık, cinsellik, düzenlilik, simetri obsesyonları ve kontrol kompulsiyonunun erkeklerde daha fazla görüldüğü saptanmıştır.<sup>69</sup>

OKB’nin yeme bozukluğu veya depresyon öyküsü olan kadınlarda; kaygılı ve titiz kişilik özelliklerine sahip erkeklerde daha fazla gözlemlendiği bildirilmektedir.<sup>70</sup>

Lensi ve arkadaşları hastalığın temsilinde de cinsiyet farklılıkları olduğunu göstermiştir. Kadınlarda OKB başlangıcından sonra ilişkili panik atak oranı ve saldırgan temalı obsesyonların sıklığı yüksek bulunmuştur.<sup>71</sup> OKB’li ergenlerde; kızlarda kompulsif ritüeller, erkeklerde ise obsesif düşünceler görülme oranı daha yüksektir.<sup>71</sup>

## **2.1.8. Yaygın Anksiyete Bozukluğu**

### **2.1.8.1. Klinik**

Bunaltı temelde korkuya benzetilebilir. Kötü bir haber alacakmış, bir felaket olacakmış gibi nedeni belli olmayan bir sıkıntı, bir endişe duygusu tanımlanır. Anksiyete, çok hafif tedirginlik ve gerginlik duygusundan panik derecesine varan bir yelpazede yer alabilir. Şiddetli anksiyetede kişinin benliği bu ruhsal acı altında ezilir, hasta bu yaşantıyı dayanılmaz olarak tanımlar.

Yaygın anksiyete bozukluğunda kişi gündelik hayatta karşılaştığı olaylarla ilgili olarak, engelleyemediği aşırı bir endişe ve kuruntulu beklenti içindedir. Genel olarak ekonomik durum, iş yükümlülükleri, sağlık sorunları, çocukların yaşayabileceği olaylar,

ev işleri, onarımlar gibi günlük konularla ilgili olarak aşırı ve ölçsüz bir endişe görülür. Yaygın anksiyete bozukluğu belli bir nesneye, yere, organa, saplantılı düşünceye ya da zorlantıya odaklanmamıştır. Belli bir düşünsel ya da devinimsel içeriği yoktur, organizmada yaygın ruhsal ve fizyolojik bunaltı belirtilerine yol açar.<sup>72</sup>

Hasta, içinde korkuya benzeyen bir duygu olduğunu, sanki kötü bir şey olacakmış gibi hissettiğini, ancak korkusunun nedenini bilmediğini anlatır. Bunaltı durumu uzun sürdüğünde, hastada derin bir yılgınlığa neden olur ve sıklıkla ruhsal çökkünlük belirtileri de eşlik eder. Öznel bunaltı yaşantısıyla birlikte gözlenen en önemli belirtiler otonomik kamçılanış ile ilgili olanlardır.

DSM-IV'te yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal ya da mesleki işlevlerde önemli bozulmaya ya da hastada belirgin strese neden olan, çeşitli somatik belirtilerle giden yaygın endişe hali olarak tanımlanmıştır.

<b>Tablo 6: DSM-IV'e göre "yaygın anksiyete bozukluğu" tanı ölçütleri</b>
<p>A- En az 6 ay süreyle, hemen her gün, birçok olay ya da etkinlik hakkında (iş başarısı, okul başarısı vs.) aşırı kaygılanma ve kuruntulara kapılma</p> <p>B- Kişi kendini kuruntulara kapılmaktan alıkoyamaz</p> <p>C- Kaygı ve kuruntu, aşağıdaki 6 semptomdan en az üçüne eşlik eder:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1- huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe</li><li>2- kolay yorulma</li><li>3- düşüncelerini odaklayamama ya da zihnin durmuş gibi olması</li><li>4- irritabilite</li><li>5- kas gerginliği</li><li>6- uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ve sürdürmekte güçlük çekme, huzursuz ya da dinlendirmeyen uyku)</li></ol> <p>D- Kaygı ve kuruntunun odağı bir eksen I bozukluğunun özellikleri ile sınırlı değildir.</p> <p>E- Kaygı, kuruntu ve fiziksel yakınmalar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.</p>

### **2.1.8.2. Epidemiyoloji**

Yaygın anksiyete bozukluğunun toplumdaki yaşam boyu yaygınlığı %3-6 olarak bildirilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda en sık görülen bunalıtı bozukluğu yaygın anksiyete bozukluğudur.<sup>73</sup> Kadınlarda erkeklerden iki veya üç kat daha sık görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise erkek kadın oranları arasında önemli fark yoktur. Başlangıç yaşını belirlemek güçtür, çünkü hastaların çoğu kendilerini bildi bileli endişeli olduklarını anlatırlar. Hastalar çoğu kez klinisyenle ilk kez 20'li yaşlarda karşılaşılır. Başlangıç yaşı ortalama 31 yaşındır ancak çocukluktan geç erişkinliğe kadar değişen bir dönemde de olabilir. Birçok çalışma, diğer anksiyete bozukluklarına oranla daha erken yaşta ve sinsi bir başlangıcı olduğunu göstermiştir.<sup>74</sup>

### **2.1.8.3. Gidiş ve Prognoz**

Hastalar dalgalanan şiddet paterni olan ancak ağır uyum bozukluğuna yol açmayan bunalıtıyı yıllarca çekebilir.<sup>75</sup> Ortalama başlangıç yaşı 21 olarak bildirilmektedir. Daha geç başlangıçlı yaygın anksiyete bozukluğu, genellikle başka bozukluklara ikincil olarak gelişmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu olan hastaların 40 yıllık bir izleme çalışmasında yaş ilerledikçe bunalıtının yerini somatizasyon bozukluğu belirtilerinin aldığı görülmüştür. Aynı çalışmada 50 yaşın üzerinde kronikleşme oranı düşük bulunmuştur.<sup>76</sup> Çoğu vakada belirtiler kronik bir hal alır ve stresle birlikte alevlenebilir. Bu kronikleşme potansiyeli nedeniyle iyilik hali sağlanan hastalarda uzun süre tedaviye devam etmek uygundur. Tanının erken konulması ve uygun tedavinin başlanması gidişi olumlu etkiler.

### **2.1.8.4. Eştanı**

Yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalarda sık görülen eştanılar arasında fobiler, panik nöbetleri, ruhsal çökkünlük, süregen alkolizm, ilaç bağımlılığı gibi bozukluklar yer almaktadır. Hastaların birçoğunda ne depresyon ne de anksiyete belirtileri birincil major depresyon ya da anksiyete bozukluğu tanısını koyduracak ölçütleri karşılamaz. Yaygın anksiyete bozukluğunda en sık görülen eştanı distimik bozukluktur. Artan miktarda kanıt anksiyete ve depresyon eştanısının hastalığın şiddetini arttırdığını ve her

bir hastalığı ayrı ayrı tedavi etmekten daha zor bir klinik tablo oluşturduğunu desteklemektedir. Araştırmalar yaygın anksiyete bozukluğunun irritabl barsak sendromu gibi stresle ilişkili diğer durumlarla birlikteliğine dikkat çekmektedir. Ayrıca yaygın anksiyete bozukluğu olan hastaların yarısına yakınında eşlik eden kişilik bozukluğu da bulunmaktadır.<sup>72</sup>

#### **2.1.8.5. Ayırıcı Tanı**

YAB'ın panik bozukluktan ayrımı eğer sık spontan panik ataklar ve agorafobi belirtileri varsa kolaydır. Bazı YAB hastalarında, fırsatçı anksiyete atakları veya panik ataklar gözlenebilir. Bunların YAB tanısı kalmalıdır. YAB ve sosyal fobi arasındaki ayrım, üst üste binmişlerse çok açık değildir. Belirgin fobik kaçınmaları olan hastalar kolaylıkla YAB'dan ayrılır. Belirgin fobik kaçınma davranışı olmayan sosyal anksiyeteli hastalar ise YAB tanısı almalıdır. Genellikle YAB ile obsesif kompulsif bozukluk, akut stres bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğunun ayrımında zorlanılmaz.<sup>77</sup>

Bir çalışmada YAB hastalarının %90'ında yaşamları boyunca en az bir eşanlı psikiyatrik bozukluk ortaya çıktığı bildirilmiştir.<sup>78</sup> Anksiyete bozuklukları arasında, agorafobili panik bozukluk, basit fobi ve sosyal fobi YAB ile en sık birliktelik gösterenlerdir. YAB olan bireylerin %30'nda majör depresyon bildirilmiştir.<sup>74</sup> Diğer anksiyete bozuklukları ve major depresyon ile yaşam boyu eşanlı durumda; bir yıl veya daha fazla süredir aktif değilse ve bu periyotta tedavi gerekmemişse halen YAB tanısını etkilenmeyebilir. Öte yandan eğer eşzamanlı eşik altı depresif semptomlar varsa, YAB tanısı konulabilir, eşiküstü depresif belirtiler varsa major depresif bozukluk tanısı alacaktır. Eğer YAB birincil ise, halen diğer anksiyete bozuklukları ve major depresif bozukluk yok ise minör depresyon ve distimi veya eşikaltı diğer anksiyete bozuklukları belirtileri bulunabilir.

Somatizasyon bozuklukları; günümüzde diğer anksiyete bozukluklarından ayrı olarak sınıflandırılmıştır. Bunların bazıları, özellikle de farklılaşmış somatizasyon bozukluğu YAB ile üst üste binmiş ise tanısal olarak ayrımı zordur.

### 2.1.8.6. Tedavi

Yaygın anksiyete bozukluğunda oldukça uzun sürebilen, zaman zaman azalan veya artan bir bunalıtı durumu vardır. Bu rahatsızlığın sağıaltımında en etkili yöntemler ilaç sağıaltımı ve psikoterapidir.

İlaç sağıaltımında bunalıtı giderici ilaçlardan benzodiyazepin türevleri, adrenerjik etkinliğı kesen ve betablokör diye bilinen ilaçlar, antidepresanlar kullanılmaktadır. Benzodiyazepinler bağımlılık yapabilmeleri nedeniyle özellikle süregen bunaltılarda uzun süre düzenli kullanılmamalıdır. Bağımlılık yapıcı ve uyku verici etkisi nedeniyle bu ilaçlar özellikle süregen bunaltılarda hiçbir zaman ilk seçenek olmamalıdır. Bu ilaçlar kesilirken bunalıtı belirtilerinde önemli oranda geri tepme şeklinde şiddetlenme görülür. Antidepresanlar yaygın bunalıtı bozukluğunun sağıaltımında hem etkili ve güvenilir bulunmaları, hem de eşlik eden çökkünlük belirtilerini de hedef almaları nedeniyle yaygın olarak kullanılırlar. Sağıaltım kılavuzları yan etki profillerindeki avantajları nedeniyle bunalıtı bozukluklarında ilk sağıaltım seçeneğı olarak SSGİ'lerini önermektedir.<sup>77</sup>

Yaygın anksiyete bozukluğunda en etkili psikoterapi yaklaşımı bilişsel davranışçı terapidir. Hastanın bunalıtı öncesi ve sonrası algıları, beklentileri ele alınır. Alıştırma yöntemleri kullanılır. Bilişsel davranışçı terapidde amaçlanan, zorlayıcı yaşam olayları karşısında daha etkin bir rol alınması ile sorun çözme becerilerini arttırmak ve bunalıtı belirtilerine katlanma gücünü yükseltmektedir.<sup>77</sup>

### 2.1.8.7. Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Cinsiyet Farklılıkları

Amerikan Ulusal Eştanı Araştırmasına göre kadınlarda YAB görülme olasılığı erkeklerden iki kat fazladır. Yaşamboyu prevelans oranları kadınlar ve erkekler için sırasıyla %6,6 ve %3,6'dır. Bu prevelans oranı 45 yaşından büyük kadınlarda %10,3'e çıkarken erkeklerde değışmemiştir (%3,6).<sup>44,78</sup>

Kadınlarda YAB başlangıç yaşı daha erkendir. YAB'lu kadınlarda psikiyatrik hastalık eştansı görülme olasılığı erkeklerden yüksektir, bu özellikle distimi ve depresyon için geçerlidir. YAB'da eştanı, artmış işlevsellik kaybı ve daha kötü bir prognozla ilişkilidir.<sup>79</sup>

Çeşitli çalışmalar YAB'lu kadınlarda YAB belirtilerinin premenstruel dönemde arttığını göstermektedir.<sup>80</sup>

Çalışmalar özellikle psikiyatrik hastalık eştanısı olan kadınların erkeklere oranla daha fazla profesyonel yardım arayışına girdiğini bildirmektedir.<sup>81</sup> 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 bulunamamıştır.<sup>82</sup>

### **2.1.9. Travma Sonrası Stres Bozukluğu**

Travmatik yaşam olaylarının ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri uzun yıllardır bilinmektedir. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) son 20 yıldır bir psikiyatrik tanı olarak geçerlilik kazanmıştır. Ruhsal travma, kişinin veya yakınlarının fiziksel bütünlüğüne tehdit oluşturan, insanın deneyim sınırlarını aşan olayların neden olduğu korku, dehşet ve çaresizlik olarak tanımlanır. Bu olaylar arasında tecavüze uğrama, ölümcül bir hastalığa yakalanma, kaçırılma veya ölümcül bir saldırıya uğrama, sistematik işkence mağduru veya tanığı olma, savaş ortamında bulunma, depresyon, sel baskını gibi doğal felaketlerin etkisini yaşama sayılabilir.

Travmatik bir olaya maruz kalmak, TSSB tanısı için gerekli bir faktör olsa da tek başına yeterli değildir. Belirtiler, travmatik olaydan sonraki ilk günlerde kendini göstermeye başlar ve zaman geçtikçe azalma eğilimi gösterir. Travmatik olaya sıklıkla akut stres tepkileri verilir ve çoğu kez ilk ay içinde bu belirtilerde azalma veya iyileşme gözlenir. Bu nedenle, ilk ay içerisinde ortaya çıkan tepkilerin hangi boyutlarda hastalık olarak kabul edilebileceği halen önemli bir tartışma konusudur. Her bireyin bu tür yaşanmış deneyimlere verdiği ruhsal tepki farklıdır. Aynı yoğunlukta bir travma bir bireyde belirgin TSSB bulguları oluştururken, başka bir bireyde bu bulgulara rastlanmayabilir. Genel olarak TSSB'nin travmatik etkenin doğası ve şiddeti, kişilik özellikleri, baş etme yöntemleri, önceden var olan inanç sistemleri, algılama ve tutumlar ve olay sonrası çevresel koşulların etkileşimi sonucu ortaya çıktığı kabul edilmektedir.<sup>83</sup>



**Tablo 7: DSM-IV'e göre "travma sonrası stres bozukluğu" tanı ölçütleri:**

- A- Aşağıdakilerin her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:
- (1) Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayı yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.
  - (2) Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır. (çocuklar; bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışa vurabilirler)
- B- Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:
- (1) Olayı, elde olmadan tekrar tekrar anımsatan sıkıntı veren anılar; bunların arasında düşümler, düşünceler ya da algılar vardır. (çocuklar, travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler.)
  - (2) Olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme
  - (3) Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme
  - (4) Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma
  - (5) Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme
- C- Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan)
- (1) travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları
  - (2) travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları
  - (3) travmanın önemli bir yönünü anımsayamama
  - (4) önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması

**Tablo 7 (devamı)**

(5) insanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları

(6) duygulanımda kısıtlılık

(7) bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama gibi)

D- Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:

(1) uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük

(2) iritabilite ya da öfke patlamaları

(3) düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmakta zorluk çekme

(4) hipervijilans

(5) aşırı irkilme tepkisi gösterme

E- Bu bozukluk (B,C ve D tanı ölçütlerindeki semptomlar) 1 aydan daha uzun sürer.

F- Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

### **2.1.9.1. Epidemiyoloji**

İnsan yaşamı boyu birçok travmatik olayla karşılaşılabilir de, travmatik stres belirtileri ve özellikle TSSB tablosu nisbeten az görülür. Olayın öznel olarak farklı yaşanması tabloyu farklılaştırmaktadır.

Genel nüfusun %93'e yakını travmatik bir olay yaşantılsa da, sadece %5-12 oranında bir grup TSSB geliştirmektedir. Ortalama olarak erkeklerin %5'i, kadınların ise %10'u yaşamlarının bir döneminde TSSB tanısı alır.<sup>83</sup> Ayrıca, eşikaltı TSSB belirtileri de kadınlarda daha yaygındır. Tecavüz ve işkence gibi daha ciddi travmatik olaylara maruz kalan kişilerin yaklaşık yarısının TSSB geliştirdiği görülmektedir.<sup>84</sup>

Doğal afetler sonrası TSSB gelişme olasılığı insan eliyle yol açılan travmalardan daha düşüktür. Ancak, doğal afetleri inceleyen çalışmalar, afetten etkilenen daha büyük grupları kapsamakta ve doğrudan etkilenenlerin yanı sıra daha az şiddetteki travmatik olaylara maruz kalan grupları da içermektedir. Bu da doğal afetlerde görülen TSSB yaygınlığının daha düşük seyretmesini açıklayabilir.<sup>85</sup>

Demografik ve travma öncesi özelliklerin de TSSB açısından bir yatkınlık oluşturduğu bilinmektedir. TSSB'nin epidemiyolojisi ile ilgili bilginiz daha çok gelişmiş ülkelerin verilerine dayanmaktadır.<sup>72</sup>

### 2.1.9.2. Ayırıcı Tanı

TSSB tanı ölçütlerindeki birçok belirti, kaygı ve duygudurum bozukluklarındaki belirtilerle örtüşmektedir. Örneğin ilgi azalması, duygulanımda donukluk, uyku bozuklukları ve odaklanma güçlükleri depresyon belirtileri ile; tahammülsüzlük, tetikte olma hali ve artmış irkilme tepkisi, genelleştirilmiş kaygı bozukluğu belirtileri ile; olayın hatırlatıcılarının bireyde yarattığı fiziksel tepkiler ve kaçınma davranışlarını tetikleme panik atak belirtileri ile çok benzerdir. TSSB belirtileri ile kişilik bozuklukları tanı ölçütleri arasında da üst üste binen belirtiler gözlenmektedir. Örneğin yabancılaşma ve sosyal içe çekilme, kaçınan kişilik bozukluğunun bazı özellikleri ile örtüşür. Sınır kişilik bozukluğu da TSSB ile karışabilir. Özellikle öfke patlamaları gibi duygulanım dengelenmesindeki bozukluklar ve disosiyatif deneyimler her iki durumda da gözlenir.<sup>86</sup>

Ayırıcı tanıda şu hastalıklara da dikkat edilmelidir;

Uyum bozukluğunda stresörün şiddeti travmatik doğada değildir ve belirtiler travmatik stres özelliklerinden farklıdır.

Akut stres bozukluğunda belirti örüntüsü travmatik olaydan sonraki 4 hafta içinde görülmelidir. Dört haftadan uzun süre devam ederse ve TSSB belirtileri varsa tanı değişir.

Obsesif kompulsif bozuklukta, davetsiz düşünceler uygunsuz olarak yaşantılanır ve travmatik bir olayla ilintili değildir.

Şizofreni ve diğer psikotik hastalıklarda tipik olan varsanı ve sanrıların TSSB'deki flashback (geri dönüş)'lerden ayrılması gerekir.

### 2.1.9.3. Eştanı

TSSB hastalarında eştanı sıktır. Bu durum TSSB ve eşlik eden diğer sendromların ayrı hastalıklar olmadığını, ruhsal travmanın karmaşık etkilerinden kaynaklandığını düşündürmektedir. Kessler ve ark. TSSB hastalarının yaklaşık %50'sinin iki veya üç eştanı aldığını belirtmiştir.<sup>44</sup> Ayrıca, TSSB tanısı almış erkekler, TSSB tanısı almamış erkeklere kıyasla altı ile on kat daha fazla duygudurum bozukluğu tanısı almaktadır. TSSB hastalarında kaygı bozukluğu tanısı oranı, TSSB tanısı olmayan bireylere göre 2 veya 4 kat daha fazladır, bu oran madde kullanımı için iki veya üç kattır. Başka çalışmalar madde kullanımı ile tedaviye başvurmuş kişilerin %25 ile %58'inin TSSB eştanısı olduğunu göstermektedir.<sup>87</sup>

TSSB'nin heterojen tablosu ve diğer hastalıklarla gösterdiği yüksek birliktelik, çeşitli klinik belirtiler sergileyen hastalarda altta yatan psikiyatrik hastalık olasılığını akla getirmektedir.

### 2.1.9.4. Tedavi

#### 2.1.9.4.1. Farmakolojik Tedavi

TSSB'nin oluşmasında noradrenerjik, serotonerjik, dopaminerjik ve opiyaterjik sistemler sorumlu tutulmaktadır.<sup>88</sup> Ayrıca, eşik altı uyaranlar bir süre sonra limbik sistemde ateşlenme eşiğini düşürerek duyarlılığın artmasına neden olabilmekte ve TSSB'deki duyarlılık artışının da *kindling* (tutuşma) adı verilen bu fenomen ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. TSSB tedavisinde en etkili yaklaşım psikoterapiyle ilaçların birlikte kullanımınıdır. Hafif olgularda öncelikle psikoterapi, orta ve ağır olgularda ise psikoterapiye eklenen ilaç tedavileri önerilmektedir. TSSB'ye başka bir ruhsal hastalığın, örneğin depresyonun eşlik ettiği durumlarda ise, psikoterapi ve ilaç tedavilerine birlikte hemen başlanması akılcı bir yaklaşımdır.

TSSB'de ilaç tedavisi; kendine zarar verici belirtileri, kaçınma belirtilerini ve aşırı uyarılmayı azaltmak, hayattan zevk almama ve isteksizlik gibi depresif belirtileri gidermek, disosiyatif ve psikotik belirtileri kontrol altına almak amacıyla kullanılır.<sup>89</sup> Bu belirtilerin kontrol altına alınmasıyla özkıyım ya da başkalarına zarar verme riski ve yeti yitimi azalır.

TSSB farmakolojik tedavisinde kullanılan ilaçlar arasında, SSGİ'leri, TSA'lar, MAOI'leri, trazodon, mirtazapin, venlafaksin, tianeptin, lityum, B-blokerler, klonidin, karbamazepin ve valproik asit yer alır. Bunlar arasında en etkili olduğu belirtilen ve en sık kullanılan ilaçlar SSGİ'leridir.

#### **2.1.9.4.2. Psikoterapi Uygulamaları**

Bilişsel ve davranışçı terapiler (BDT) TSSB'nin tedavisinde kullanılan en yaygın ve etkili yöntemlerdir. TSSB'nin BDT uygulamalarında yaşayarak ve imgesel alıştırma, bilişsel yeniden yapılandırma ve anksiyeteyi azaltma yöntemleri öne çıkar.

#### **2.1.9.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Cinsiyet Farklılıkları**

Amerikan Ulusal Eştanı Araştırmasına göre kadınların yaşamboyu TSSB geliştirme olasılığı erkeklerin iki katıdır. Yaşam boyu sıklık kadın ve erkekler için sırasıyla %12,5 ve %6,2'dir.<sup>87</sup>

Erkeklerde en sık TSSB nedeni savaşta çatışma deneyimiyken, kadınlarda cinsel saldırı, cinsel taciz veya çocukluk çağı fiziksel kötüye kullanımındır.<sup>87</sup> 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 erkeklere oranla kaçınma ve duyarsızlaşma tanı ölçütünü yaklaşık 5 kat, uyarılma ölçütünü ise 4 kat fazla karşıladıkları izlenmiştir.<sup>90</sup> 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 etkindirler.<sup>91</sup> Kadınlarda bu belirtilerin daha sık gözlemlendiği verisi göz önünde tutulursa bu ilaçların cinsiyetlere göre farklı etkinlik sergilemesi anlaşılabilir.

### 2.1.10. Akut Stres Bozukluğu

Herhangi bir ruhsal hastalığı olmayan kişilerde olağan dışı bedensel ya da ruhsal zorlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan bir bozukluktur. Kaza, savaş, fiziksel saldırı, tecavüz gibi kişinin baş edemeyeceği bir travmatik yaşantı veya toplumsal durumunda ani bir değişiklikten kaynaklanabilir. Bu tür zorlantılara kişisel hassasiyet ve bunlarla baş etme yeteneği akut stres tepkisinin oluşumu ve şiddeti üzerinde rol oynar. Bu da sıra dışı zorlayıcı durumlarla karşılaşan herkesin benzer belirtileri geliştirmemesini açıklar. Travmayı izleyen günlerde ilk olarak sersemlik ve donukluk hissi, durumu kavrayamama izlenir. Tanıda zorlanmayla belirtilerin ortaya çıkış ve sönme zamanları belirli sınırlar içinde olmalıdır. TSSB'dan farklı olarak belirtiler travmadan hemen sonra ortaya çıkar, daha çabuk yatıştır, ve dissosiyatif belirtiler ağırlıktadır. Erken tanınması ve tedavi edilmesiyle TSSB'na ilerlemesi engellenebilir. Genellikle saatler ya da günler içinde azalarak geçer. Belirtiler bir iki günden 3-4 haftaya dek sürebilir, fakat büyük bir çoğunluk 3-4 gün içinde kaybolur. DSM-IV en az iki gün sürme ölçütünü vurgulamakta ise de ICD-10 daha esnek ve uygun bir tutumla genelde 24-48 saat içinde düzelme olduğunu belirtir.<sup>72</sup> TSSB ile bir çok ortak belirtisi olması nedeniyle, bazı araştırmacılar ve klinisyenler iki ayrı tanı kategorisinin geçerliliğini sorgulamışlardır. 1990-1992 yılları arasında yürütülen Ulusal Eşitlik Araştırmasında, erişkin amerikalılarda travmaya bağlı stres bozuklukları için yaşamboyu yaygınlık % 7,8, kadınlarda ve erkeklerde sırasıyla %10,4 ve %5 oranlarında gözlenmiştir. Bu rakamlar en az bir kez travmatik yaşantı deneyimleyen erişkinlerin çok küçük bir kısmını temsil etmektedir (erkeklerin %60,7'si ve kadınların %51,2'si). Erkeklerin %10'u ve kadınların %6'sı yaşamları boyunca en az dört travmatik yaşantı deneyimlediklerini bildirmiştir.<sup>87</sup>

<b>Tablo 8: DSM-IV'e göre "akut stres bozukluğu" tanı ölçütleri:</b>
A- Aşağıdakilerin her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:  (1) Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.  (2) Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır.

**Tablo 8 (devamı)**

B- Sıkıntı doğuran olayı yaşarken ya da bu olayı yaşadktan sonra kişide aşağıdaki dissosiyatif semptomlardan üçü (ya da daha fazlası) bulunur:

- (1) öznel uyuşukluk, dalgınlık duyuları ya da duygusal tepkisizlik
- (2) çevrede olup bitenlerin farkına varma düzeyinde azalma
- (3) derealizasyon
- (4) depersonalizasyon
- (5) dissosiyatif amnezi (yani, travmanın önemli bir yanını anımsayamama)

C- Travmatik olay şunlardan en az biri yoluyla sürekli olarak yaşanır:

- (1) göz önüne tekrar tekrar gelen görüntüler
- (2) tekrarlayan düşünceler, rüyalar, illüzyonlar, “flashback” epizodları
- (3) o yaşantıyı yeniden yaşar gibi olma
- (4) travmatik olayı anımsatan şeylerle karşılaşınca sıkıntı duyma

D- Travma ile ilgili anıları uyandıran uyaranlardan belirgin kaçınma (örneğin düşünceler, duygular, konuşmalar, etkinlikler, yerler, insanlar)

E- Belirgin anksiyete ya da artmış uyarılmışlık semptomları: (uyumakta zorluk çekme, irritabilite, düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü, hipervijilans, aşırı irkilme tepkisi gösterme, motor huzursuzluk)

F- Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur ya da bireyin travmatik yaşantısını aile bireyelerine anlatarak kişisel destek kaynaklarını harekete geçirme ya da yardım alma yetisini bozar.

G- Bu bozukluk en az 2 gün, en fazla 4 hafta sürer ve travmatik olaydan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkar.

H- Bu bozukluk bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir, kısa psikotik bozukluk olarak açıklanamaz ve daha önceden var olan bir eksen I ya da eksen II bozukluğunun bir alevlenmesi değildir.

Çoğu olguda örseleyici durumun sona ermesi ya da böyle bir durumdan uzaklaşma ile belirtiler yatıştır. Ölümler, ağır sakatlıklar olmuşsa, hastanın yakınları önemli destek sağlar ve akut zorlanma bozukluğu yerini doğal bir yas sürecine bırakır. Bozukluk 3-4 haftadan uzun sürerse tanı gözden geçirilerek gelişen travma sonrası zorlanma bozukluğu ya da çökkünlüğe yönelik sağaltıma geçilir.

### 2.1.11. Özgül Fobi

Belirli nesnelere ya da durumlardan anormal derecede korku olarak tanımlanabilir. Korkuyu ortaya çıkaran bir nesne ya da durumun bir yönünden zarar görme düşüncesi (ör. düşeceği korkusu ile uçağa binememe ya da kaza yapacağı korkusuyla araç kullanamama, ısırır düşüncesiyle köpeklerden korkma), ya da korkuya neden olan nesneyle karşılaşınca kontrolünü kaybedeceğinden, paniğe kapılacağından, bayılacağından kaygı duyma tarzında kendisini gösterebilir (ör. yüksek yerlere çıkınca baş dönmesi olabileceğinden, kapalı yerlerde kontrolünü kaybedeceğinden korkma). En sık karşılaşılan özgül fobiler örümcek, kelebek, kedi, köpek, hamam böceği, karanlık, fırtına, kapalı yer ve yükseklik fobileridir. Agorafobi ve sosyal fobilerden ayrımında korkunun özgül durumlar ve nesnelere karşısında belirmesine dikkat edilmelidir. Kişi çoğu kez bu denli korkmanın anlamsız olduğunun bilincindedir. Kişi bu nesne ve durumların nerelerde bulunabileceğini önceden belirler ve ona göre bu ortamlardan kaçınarak sıkıntıdan kendini korumaya çalışır. Ancak sık karşılaşılan nesnelere korku ve kaçınma yaşamı çok kısıtlayabilir. Anksiyete düzeyi bazı durumlarda panik derecesine varır. Birçok kişinin bazı durumlardan ya da nesnelere korkusu olabilir; ancak klinik olarak çok şiddetli sıkıntı yaratmıyor ve kişinin ilişkilerini ve işlev düzeyini bozmuyorsa bu duruma fobi denemez.<sup>72</sup>

DSM-IV tanı ölçütlerinde, korkuyu başlatan etkenler temel alınarak özgül fobinin 5 alt tipi tanımlanmıştır.<sup>9</sup>

1-Durumsal Tip: Korku toplu taşıma araçlarında, tünellerde, köprülerde, asansörde bulunma, uçak yolculuğu yapma, araba kullanma gibi durumlarda ortaya çıkar. Sıklıkla çocuklukta ve yirmili yaşların ortalarında görülür.

2-Doğal Çevre Tipi: Korkuyu fırtına, yüksek yerler, su gibi doğal koşullar başlatmaktadır. Genellikle çocuklukta başlar.

3- Kan-enjeksiyon-yara tipi: Korkuyu kan, yara, enjeksiyon ya da invaziv tıbbi girişimler başlatır. Genellikle ailevidir ve çoğu zaman güçlü bir vazovagal tepki ile belirgindir. Hastaların % 75'i bu durumlarda karşılaştıklarında bayılırlar. Korku nedeniyle müdahaleden kaçınma, diş ya da beden sağlığının bozulmasına neden olabilir.

4- Hayvan Tipi: Korkunun nedeni hayvan ya da böceklerdir. Genellikle çocuklukta başlar.



5- Diğer Tip: Tıkanıp boğulmaktan, soluğun kesilmesine, kusmaya ya da hastalığa yakalanmaya yol açabilecek durumlardan, yüksek ses ya da masal kahramanlarından korkma ile belirli özgül fobi alt tipidir. Boğulma korkusu beslenme bozukluğu oluşturacak şiddette olabilir.

Fobinin görülme sıklığı ve içeriği kültürel farklılık gösterir. Bununla birlikte ABD’de yapılan araştırmalar, fobik bozukluğun en sık rastlanan ruhsal bozukluk olduğunu göstermektedir.<sup>2</sup> Hayvan ve doğal çevre tipi başta olmak üzere özgül fobiler çoğunlukla kadınlarda görülür. Bir yıllık prevalansı % 9, yaşam boyu hastalığa yakalanma riski ise % 11 civarındadır.

Kaçınma davranışı ile bir şekilde yaşantısını sürdüren hastaların çoğunluğu tedaviye başvurmazlar. Erişkin döneme kadar ulaşan fobilerin tedavi edilmeden düzelme şansı düşüktür.<sup>32</sup> Özgül fobi tedavisinde en etkili yaklaşım *exposure* yöntemidir. Bu yöntem motivasyonu yeterli olan, depresif belirtilerin bulunmadığı, fobik uyarının açıkça belli olduğu olgularda uygulanabilir. Korku oluşturan nesne ve durumların gerçekte hiç bir tehlike oluşturmayacağı ve fobik uyarı ile ilgili olası yanlış inanışlar konusunda yeteri kadar çalıştıktan sonra, hastalar fobik uyarı ile hafiften şiddetliye doğru kademeli olarak yüzleştirilir. Amaç hastaları fobik nesne ya da duruma karşı duyarsızlaştırmaktır.

<b>Tablo 9:</b>	<b>DSM-IV’e göre “özgül fobi” tanı ölçütleri:</b>
A-	Özgül bir nesne ya da durumun (uçakla seyahat etme, yüksek yerler, hayvanlar, enjeksiyon yapılması, kan görme gibi) varlığı ya da böyle bir durumla karşılaşacak olma beklentisi ile başlayan aşırı ya da anlamsız, belirgin ve sürekli korku.
B-	Fobik uyarı ile karşılaşma hemen her zaman birden başlayan bir anksiyete tepkisi doğurur, bu da duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir panik atağı biçimini alabilir.(çocuklarda anksiyete; ağlama, huysuzluk gösterme, donakalma, sıkıca sarılma olarak dışavurabilir.)
C-	Kişi, korkusunu aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir.(çocuklarda bu özellik bulunmayabilir.)
D-	Fobik durumdan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla buna katlanılır.

**Tablo 9 (devamı)**

E- Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan durumda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır.

F- 18 yaşın altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

G- Özgül bir nesne ya da duruma eşlik eden anksiyete, panik atakları ya da fobik kaçınma, OKB, TSSB, ayrılma anksiyetesi bozukluğu (okula gitmekten kaçınma gibi), sosyal fobi (utanacak olma korkusu yüzünden toplumsal durumlardan kaçınma gibi) , agorafobi ile birlikte panik bozukluk ya da panik bozukluk öyküsü olmadan agorafobi gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

## **2.2. Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyet Farklılıkları**

Anksiyete bozukluklarının etiolojisi ve sürekliliğiyle ilgili bildiklerimizin ışığında, halen yeterince incelenmemiş birkaç önemli konu vardır. Anksiyeteye ilişkili literatür, kadınlarda sosyal fobi dışındaki anksiyete bozukluklarının yaygınlığının erkeklerden fazla görüldüğünü belirtmektedir.<sup>94,95</sup>

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 gözlemediği, 50 yaşından sonra da azaldığı bildirilmiştir.<sup>96</sup>

Amerikan Epidemiyolojik Saha Çalışması, agorafobi ve özgül fobinin kadınlarda iki ila dört kat oranında daha fazla görüldüğünü, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluk içinse belirgin bir cinsiyet farklılığı gözlenmediğini ortaya koymuştur. Yaygın anksiyete bozukluğunun 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 erkeklerle oranla belirgin düzeyde yüksek anksiyete belirtileri gözlemiştir.<sup>97</sup> Benzer şekilde Hewitt ve Norton, Beck anksiyete ölçeği kullanarak kadınların anksiyetenin bilişsel ve somatik semptomlarını daha ciddi oranlarda sergilediklerini doğrulamışlardır.<sup>98</sup>

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. Bu sonuçlardan kadınlarda anksiyete ve anksiyetenin fiziksel sonuçlarının doğurduğu zarar korkusunun daha fazla olduğu, erkeklerin ise anksiyetenin fiziksel belirtilerinden çok sosyal ve psikolojik bağlamdaki sonuçlarından kaygılandıkları çıkarımı yapılmıştır.<sup>99</sup>

Çalışmalarda gözlenen cinsiyet farklılıklarına yetersiz bildirim de sebep olabileceği düşünülmektedir. Örneğin, erkekler görüşmecilere nadiren doğrudan başvururken, kadınlar bu konuya daha içtenlikle yaklaşabilmektedirler.<sup>100,101</sup>

Kadınlarda fobi ve depresyon komorbiditesinin fazla gözlenmesi dikkat çekmektedir. Anksiyete bozukluğu komorbiditesi ve diğer ruhsal bozukluklar genel olarak erişkinlere oranla gençlerde daha sıktır.<sup>102</sup>

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.<sup>103,104</sup>

### **2.2.1. 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.<sup>105,106</sup>

Meksikada yapılan bir çalışma, erkeklerde posttravmatik stres bozukluğunun alkolizm nedeniyle olduğundan düşük gözlendiğini ileri sürmüştür.<sup>107</sup> Özellikle erkeklerde, erken gençlik yıllarındaki travmatik olaylar alkol kötüye kullanımıyla

ilişkili bulunmuştur. Madde kullanımının kendisi de travmaya maruziyet riskini arttırmaktadır.<sup>108</sup> Bununla birlikte kadınlarda agorafobinin olduğundan düşük çıkmasının nedenleri arasında, anksiyeteyi azaltıcı ilaçların kullanımı veya tıkıncasına 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.<sup>109,110</sup>

Bir başka yanlılık kaynağı tanımlamalar ve istatistiklerle ilgilidir. Örneğin posttravmatik stres bozukluğu 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.<sup>111,112</sup>

### **2.2.2. 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.

#### **2.2.2.1. Cinsiyet Farkları Açısından Öğrenme**

Öğrenme teorisi bu alandaki en geniş araştırmaları içerdiğinden, anksiyete bozukluklarındaki en baskın sağaltım yöntemi olan 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 kaynaklanabilir.<sup>112</sup>

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 bulmuşlardır.<sup>113</sup> Kadınlar erkeklere oranla panik ve diğer ani gelişen hoşaga gitmeyen olaylara daha fazla psikolojik ve davranışsal bozukluk ve sorunlarla yanıt verme eğilimindedirler. Bu bulgu, Nolen-Hoeksema ve Jackson'ın kadınlarda ruminasyonların daha fazla görüldüğü ve Bekker'ın kadınların bedensel duymalara erkeklerden daha fazla bilişsel yanıt verdikleri görüşleriyle uyumaktadır.<sup>114,115</sup>

Kadınların erkeklere oranla, daha sık cinsel şiddete uğradıkları, eşlerinden şiddet gördükleri, tecavüze uğradıkları ve yoksulluk sorunu yaşadıkları bildirilmektedir.<sup>116</sup> Anksiyete bozukluğu hastalarından oluşan bir örnekleme bir toplum örnekleminin karşılaştırmasında, hem kadın hem de erkeklerde anksiyete bozukluğu grubunda fiziksel kötüye kullanım öyküsü daha sık bulunmuştur.<sup>117</sup> Çocukluk çağı kötüye kullanımı, anksiyete bozukluğu olan kadınlarda karşılaştırma grubundaki kadınlara oranla daha sık gözlenmiş ve en yüksek oranda da panik bozukluğu olan kadınlarda izlenmiştir.<sup>118</sup>

#### **2.2.2.2. Cinsiyet Rolü Bakış Açısı**

Geleneksel dişi cinsiyet rolü girişkenliği ve kendine yeten davranış tarzını desteklemez, strese çaresizlik ve bağımlı bir tarzda tepki verilmesine yol açar.<sup>119</sup>

Epidemiyolojik çalışmalarda kadınların işe yerleşmeleriyle fobi sıklığının ters orantılı olarak azaldığı gösterilmiştir.<sup>120,121</sup>

Cinsiyet rolleri açısından farklı bir yaklaşım kültürün erkeksilik, kadınsılık özelliklerine odaklanmaktır. 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 öngörmektedir.<sup>122</sup>

#### **2.2.2.3. Bağlanma ve Şema Teorisi**

Şema, çocukların birincil bakım verenlerle ilişkileriyle oluşturdukları, diğer durumlara tepkilerini belirleyen içselleşmiş bir modeldir.<sup>123,124</sup> Eğer çocuklar birincil

bakım verenlerinin yeterince ulaşılabilir olmadığını deneyimlese, bir güvensiz bağlanma durumu geliştirirler (diğerleri güvenilmez, empati ve ilgiyi hakketmeyenler olarak değerlendirilir).<sup>125</sup>

Anksiyete bozuklukları bağlamında, güvensiz bağlanma ağırlıkla korku içeren ve kaçınan bir bağlanma tarzını içerir. Bu da geniş bir sorunlu davranışlar kümesine ve okul fobisi şeklinde kendini gösterebilen ayrılık anksiyetesine yol açabilir.<sup>123</sup> 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 olmasıdır.<sup>126</sup>

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 yoğundur. Sonuç olarak kızlar bireyleşme ve ayrılmayla ilgili daha çok sorun yaşamaktadırlar.<sup>127</sup>

### **2.2.3. Genetik ve Biyolojik Faktörler**

Anksiyete bozukluklarının nedenleri sıklıkla genetik ve ailesel unsurlarda bulunabilir.<sup>95</sup> Bazı aile çalışmaları belirgin cinsiyet farklılıkları gösterirler. Bunlar diğer çalışmalara zıt olacak şekilde, erkeklerin kadınlardan daha sık fobi yakınması olduğunu öne sürmüşlerdir.<sup>128</sup>

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 çekmektedir.<sup>128</sup>

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 peryodla ilişkilendirilmiştir. Premenstrual peryodda anksiyete depresyona oranla daha sık gözlenmektedir.<sup>129</sup>

Jovanovic ve arkadaşlarının son yıllarda yaptıkları bir çalışmada beyindeki serotonin sisteminin erkek ve kadınlar arasında farklılık sergilediği gösterilmiştir.<sup>130</sup> Bu bulgu kronik anksiyete ve depresyonun kadınlarda daha fazla görülmesiyle paraleldir. Çalışmada kadın ve erkeklerde beyinin 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 antidepresanlara cinsiyetlere göre farklı yanıtlar ortaya çıkmasını açıklayabilir.<sup>130</sup>

#### **2.2.4. Cinsiyet Farkının Sağaltıma Etkileri**

Cinsiyet dağılımlarının detaylandırıldığı çalışmaların çoğunda, cinsiyet farklılıklarıyla ilgili analizlere gidilmemiştir. Dolayısıyla cinsiyete bağlı bir etkinin olup olmadığı veya çalışmacıların 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 açıklanabilir.<sup>131</sup>

Cotton ve arkadaşları, BDT'de terapinin süresi ve semptomların azalmasında cinsiyetin rolü üzerine odaklanmışlardır.<sup>132</sup> 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 sınırlandırıcı unsurlardır.<sup>132</sup>

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 çıkmıştır.<sup>133</sup>

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.



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Verilerin Toplanması**

Eylül 2009 – Mart 2010 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran, yaşları 18-65 arası olan, DSM-IV tanı ölçütlerine göre anksiyete bozukluğu tanısı alan 210 hasta çalışmaya alındı. 9 hasta testleri eksik veya yanlış doldurduğu için çalışma dışı bırakıldı. Çalışmadaki 201 hastanın 141'i kadın, 60'ı erkek hastaydı. Hastalara çalışma hakkında bilgi verilerek yazılı onayları alındı.

Psikozu olanlar, demans tanısı alanlar, alkol ve madde bağımlısı olanlar, bilişsel yetilerinde belirgin bozukluğu olanlar, mental retardasyonu olanlar, Parkinson hastalığı, dejeneratif hastalığı, multipl skleroz gibi nörolojik hastalığı olanlar çalışmaya alınmadı.

Çalışmaya katılan hastalarla ilk görüşmede Sosyodemografik Veri Formu, DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I), Beck Depresyon Ölçeği, Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI), Panik Agorafobi Ölçeği ve Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (Y-BOCS) kullanıldı.

#### **3.2. Veri Toplama Araçları**

##### **3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu**

Çalışmada kullanılan ve tarafımızdan hazırlanılan veri toplama formunda hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, psikiyatrik hastalığın başlama yaşı ve süresi yer almaktaydı.

##### **3.2.2. DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I)**

DSM-IV Eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği (SCID-1), majör DSM-IV Eksen-I tanılarının konması için geliştirilmiş, yarı-yapılandırılmış bir ölçektir. Yapılandırılmış görüşmeler, değerlendirme sürecinin standardizasyonu ile tanının güvenilirliğinin artırılması, DSM-IV tanı ölçütlerinin uygulanmasını

kolaylaştırması ile tanıların geçerliliğinin artırılması, aksi takdirde gözden kaçabilecek bazı semptomların sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir.

SCID'in geliştirilmesindeki amaçlardan biri, etkili ve kullanımı kolay bir ölçek üretmek, böylece yapılandırılmış görüşmelerin avantajlarını klinik değerlendirmede uygulayabilmektedir.

SCID-I altı modülden oluşmaktadır ve toplam 38 tane 1. eksen bozukluğunu tanı ölçütleriyle ve 10 tane 1. eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. İki modül duygudurum epizodları ve duygudurum bozuklukları, iki modül psikotik semptomlar ve psikotik bozukluklar için ayrılırken, madde kullanım bozuklukları, anksiyete ve diğer bozukluklar birer modülde yer almaktadır. SCID-I'in 18 yaşından büyüklerde kullanılması önerilmektedir. Ağır bilişsel kusurları, ağır psikotik belirtileri ve ajitasyonu olan bireylerde kullanımı uygun değildir. Bilgi kaynakları arasında hasta, hastanın ailesi ve yakınları, klinik ortamdaki gözlemler ve tıbbi kayıtlar kabul edilmektedir. Her ne kadar yapılandırılmış görüşme olarak belirtilse de, kullanımı yarı-yapılandırılmış görüşme biçimindedir ve görüşmeci SCID-I'in sorularına ek sorarak araştırmayı sürdürebilir.<sup>134</sup>

### 3.2.3. Beck Depresyon Ölçeği

Ruh sağlığı taramalarında veya depresyon ile ilgili araştırmalarda en sık kullanılan ölçeklerden biridir. Hasta tarafından doldurulur. Ciddi hastalık durumları dışında Hamilton Depresyon Ölçeğiyle korelasyonu yüksektir. 15'i psikolojik, 6'sı somatik belirtileri içeren 21 maddesi vardır.

Beck Depresyon Ölçeğinde her madde 0 ile 3 puan arasında yer alır. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon şiddetinin yüksek olduğunu gösterir. Hisli, yapmış olduğu geçerlilik güvenilirlik çalışmasında kesme noktasını 17 olarak belirlemiş, 17 ve üstündeki Beck Depresyon Ölçeği puanlarının sağaltım gerektirecek şiddetteki depresyonu %90 doğrulukla ayırt edebileceğini bildirmiştir.<sup>135,136</sup>

### 3.2.4. Hamilton Anksiyete Ölçeği

Hamilton tarafından 1959 yılında, anksiyete nevrozlarının şiddetinin tayin edilmesi amacıyla geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Bugün daha çok, yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan hastalarda anksiyetenin şiddetini, ilaçların anksiyete belirtileri üzerindeki etkilerini tayin etmekte kullanılmaktadır. Anksiyetenin bedensel ve psikik belirtilerinin değerlendirildiği 14 madde bulunmaktadır. Değerlendirme belirti şiddetine göre 0-4 puan arasında yapılmaktadır.

Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını Yazıcı ve arkadaşları yapmıştır. Grup içi korelasyon katsayısını 0.94 olarak bulmuşlardır.<sup>137</sup>

### 3.2.5. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-I ve STAI-II)

Durumluk ve sürekli kaygı düzeyini ölçmek amacıyla Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan bu envanter, Spielberger'in iki faktörlü kaygı kuramını temel almıştır. Bir öz bildirim ölçeği olan STAI, her biri 20 maddelik iki ayrı ölçekten oluşur. Bu ölçekler Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeğidir. Durumluk kaygı, bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği öznel korkudur. Fizyolojik olarak da otonom sinir sisteminde oluşan uyarılma sonucu terleme, sararma, kızarma, titreme gibi fiziksel değişiklikler, bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularını gösterir. Bu nedenlerle Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-II) ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler.

Bu ölçek, LeCompte ve Öner tarafından Türkçe'ye çevrilerek geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.<sup>138</sup>

### 3.2.6. Panik Agorafobi Ölçeği

Bandelow tarafından geliştirilerek 1995 yılında yayınlanan bu ölçek, panik bozukluğun (agorafobili ya da agorafobisiz) şiddetini ölçer. Özellikle klinik ilaç çalışmalarında izlem amacıyla geliştirilmiş olmakla beraber, psikolojik tedavilerin etkinliğini ya da bu bozukluğun hangi boyutunun hangi sağaltım biçimine yanıt

verdiğinin saptanmasında kullanılmaktadır. Tanısal değerlendirmede kullanılan bir araç değildir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği, Tural ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Beşli likert tipinde olan bu ölçek, beş başlık altında (A başlığı: panik atakları, B başlığı: agorafobi, C başlığı: beklenti anksiyetesi, D başlığı: yeti yitimi, E başlığı: organik hastalık inancı) toplam 14 soruyla panik bozukluğu ve/veya agorafobinin şiddetini ölçmektedir ve klinik çalışmalarda kullanılmıştır. “U” maddesi (atakların kendiliğinden mi yoksa beklenen durumlarda mı ortaya çıktığı) toplam puanlamaya katılmayarak, geriye kalan 13 maddenin aritmetiksel toplamı ölçeğin toplam puanını oluşturur.<sup>139</sup>

### **3.2.7. Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (Y-BOCS)**

Bu derecelendirme ölçeği, obsesif kompulsif rahatsızlığı olan hastalarda görülen belirtilerin tipi ve ciddiyetini derecelendirmek amacıyla düzenlenmiştir. Genelde tüm bölümde hastanın bildirimleri esas alınmaktaysa da, sonuçtaki değerlendirme görüşmeyi yapanın klinik kararına dayanmaktadır. Görüşmenin yapılmasından bir hafta öncesinden başlayarak her bir madde için hasta gözlenmelidir. Puanlar bütün bu özelliklerin bir haftalık görülme ortalamasını yansıtmalıdır.

Bu derecelendirme ölçeği yarı-yapılandırılmış bir görüşme amacıyla hazırlanmıştır. Görüşmeyi yapan kişi, sırayla ekte sunulan soruları kullanarak değerlendirme yapmalıdır. Bununla birlikte görüşmeyi yapan kişi, duruma açıklık getirecek ek sorular sormakta serbesttir. Eğer hasta görüşme sırasında ek bilgi vermeye istekli olursa, bu bilgiler de değerlendirilmelidir. Derecelendirme, görüşme sırasında verilen yanıtlar ve gözlemlerle sınırlı olmalıdır. Eğer elde edilen bilgilerin büyük oranda yanlış olduğuna karar verilirse, hastanın güvenilirliğine ilişkin bir sorun vardır ve bu durum görüşme sonundaki “güvenilirlik” bölümünde değerlendirilmelidir. Sorulara başlamadan önce, hastaya “obsesyonlar” ve “kompulsiyonlar” tanımlanmalıdır.

Obsesyonların, istenmeyen ancak kişinin elinde olmadan itildiği düşünce ve değerlendirmeler olduğunu, kompulsiyonların ise yapmak zorunluluğunu hissettikleri davranışlar olduğunu hastaya hatırlatmak yeterli olacaktır.

Hedef semptomların bir listesini oluşturabilmek için, hastanın şimdiki obsesyon ve kompulsiyonlarını tek tek anlatması istenir. Şuan varolan semptomları tanımlayabilmek için, obsesyon ve kompulsiyon listesi kullanılmalıdır. Daha sonraki

değerlendirmelerde tekrar ortaya çıkabilecekleri için, geçmişteki belirtileri bilmek ve tanımlamak da yararlı olacaktır.

Ondokuz maddeden oluşan testin hepsi derecelendirilmelidir. Ancak, ilk on madde, toplam puanı belirlemede kullanılır. Obsesyonların toplamı ilk beş, kompulsiyonların toplamı ise ikinci beş maddenin toplamıdır.

Bu testin geçerlilik, güvenilirlik çalışması Karamustafalıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.<sup>140</sup>

### **3.2.8. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği**

Argyropoulos ve arkadaşları, yaygın anksiyete bozukluğunun değerlendirilmesinde kullanılan psikometrik testlerin, bu bozuklukla ilgili güncel kavramlarla uyummadığını ve sınırlılıkları olduğunu düşünmüşlerdir. Buradan yola çıkarak yaygın anksiyete bozukluğunda semptom profilini ve hastalık şiddetini ölçmek amacıyla yeni bir soru formu geliştirip, geçerliliğini araştırmışlardır. Ölçek bilişsel, somatik ve uykuyla ilişkili olmak üzere üç faktörü içerir. Ölçek, hasta olmayan grupla yaygın anksiyete bozukluğu olanları güvenilir bir biçimde ayırabilmiştir. Bilişsel faktör diğer anksiyete bozuklukları ve depresyondan ayırımı sağlamıştır. Yaygın anksiyete bozukluğu ölçeğinin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Uğuz Ş, Aklın T, Seydaoğlu G, Mantar A tarafından yapılmış ve 2009'da 45.Ulusal Psikiyatri Kongresinde poster bildirim olarak sunulmuştur.<sup>141</sup>

### **3.3. İstatistiksel İşlemler**

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 16,0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümlerin özetlenmesi için sayı (n) ve yüzde, normal dağılım gösteren sürekli ölçümler için ortalama ve standart sapma kullanıldı. Kategorik ölçümlerin karşılaştırılmasında Ki Kare test istatistiği kullanıldı. Sürekli ölçümlerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi istatistiği kullanıldı. Birden fazla grup değişkeni olduğu durumlarda sürekli ölçümlerin genel karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans (Anova) Analizi kullanıldı. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alındı.

## 4. BULGULAR

Çalışmaya Eylül 2009 – Mart 2010 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre anksiyete bozukluğu tanısı alan 210 hasta alındı. 9 hasta testlere uyum sağlayamadığı için çalışma dışı bırakıldı. Hastaların 141’i kadın, 60’ı erkekti; kadın/erkek oranı 2,35’di. Hastaların tümünün ortalama yaşı 32,9±10,9 yılı. Erkek hastaların ortalama yaşı 33,8 ±12,9 yıl, kadın hastaların ortalama yaşı 32,5±9,9 yılı. İki grup arasında yaş açısından anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,443). Hastaların büyük bir kısmı evliydi (%60,7). İki grup arasında medeni durum açısından fark anlamlı düzeydeydi (p=0,019). Kadınların %66’sı, erkeklerin ise %48,3’ü evliydi. Her iki grup arasında ortalama hastalık süresi açısından anlamlı bir fark yoktu (p=0,229). Ortalama hastalık süresi 4,5 yılı. Hastaların yarısının eğitimi lisans ve lisansüstü düzeyindeydi (%49,3). İki grup arasında eğitim düzeyi açısından anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,420). Hastaların genel sosyodemografik özellikleri Tablo 10’da gösterilmiştir.

**Tablo 10: Sosyodemografik özellikler**

	Kadın	Erkek	Total	p
EĞİTİM*				
İlkokul	20(14,2)	5(8,3)	25(12,4)	
Orta öğretim	51(36,2)	26(43,3)	77(38,3)	
Yüksek öğretim	70(49,6)	29(48,3)	99(49,3)	0,420
MEDENİ DURUM*				
Bekar ve Dul	48(34,0)	31(51,7)	79(39,3)	
Evli	93(66,0)	29(48,3)	122(60,7)	<b>0,019</b>
YAŞ**	32,5±9,9	33,8±12,9	32,9±10,9	0,443
HASTALIK SÜRESİ**	4,6±4,4	4,6±3,8	4,5±4,4	0,229

\*n(%)

\*\*Ortalama ± standart sapma

Bekar ile dul olanlar tek kategoride birleştirilmiştir.

Tablo 11’de hastalarda DSM-4-TR ölçütleriyle anksiyete bozukluklarının cinsiyetlere göre dağılımı gösterilmiştir. Hiçbir anksiyete bozukluğu alt grubu hasta sayısında cinsiyete göre anlamlı bir fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ). Çalışmadaki panik bozukluk hastalarının %59,1’i kadın, %40,9’u erkek; obsesif kompulsif bozukluk hastalarının %69,4’ü kadın, %30,6’sı erkek; yaygın anksiyete bozukluğu hastalarının %73,6’sı kadın, %26,4’ü erkek; sosyal fobi hastalarının %40’ı kadın, %60’ı erkek; özgül fobi hastalarının %75’i kadın, %25’i erkek; travma sonrası stres bozukluğu hastalarının %33,3’ü kadın, %66,7’si erkekti.

**Tablo 11: Hastalarda DSM-4-TR ölçütleriyle anksiyete bozukluklarının cinsiyetlere göre dağılımı**

	Kadın n(%)	Erkek n(%)	Toplam	Kadın/Erkek	p
<b>Panik Bozukluk</b>					
Var	13(59,1)	9(40,9)	22	1,4	0,198
<b>Obsesif Kompulsif Bozukluk</b>					
Var	35(69,4)	14(30,6)	49	2,5	0,795
<b>Yaygın Anksiyete Bozukluğu</b>					
Var	81(73,6)	29(26,4)	110	2,7	0,167
<b>Sosyal Fobi</b>					
Var	2(40,0)	3(60,0)	5	0,6	0,149
<b>Özgül Fobi</b>					
Var	9(75,0)	3(25,0)	12	3,0	1,000
<b>Travma Sonrası Stres Bozukluğu</b>					
Var	1(33,3)	2(66,7)	3	0,5	0,204
<b>Toplam</b>	141(70)	60(30)	201	2,3	

Hastaların testlerden aldıkları puanların cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 12’de gösterilmiştir. Beck Depresyon Ölçeği ortalaması kadınlarda 23,0±9,8, erkeklerde ise 18,7±9,7 idi. Panik Agorafobi Ölçeği ortalaması kadınlarda 33,3±8,5, erkeklerde 25,6±6,8 ’di. Durumluk Kaygı Ölçeği ortalaması kadınlarda 52,5±10,7, erkeklerde 46,2±12,0’dı. Sürekli Kaygı Ölçeği ortalaması kadınlarda 56,2±8,8, erkeklerde 52,1±8,7 idi. Her iki grup toplamı için Beck Depresyon Ölçeği ortalaması 21,8±9,9, Panik Agorafobi Ölçeği ortalaması 30,4±8,6, Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği ortalaması 37,8±15,2 , Hamilton Anksiyete Ölçeği ortalaması 23,0±6,0, Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği ortalaması 25,5±3,8’di. Beck Depresyon Ölçeği (p=0,005), Panik Agorafobi Ölçeği (p=0,029), Durumluk Kaygı Ölçeği (p=0,001) ve Sürekli Kaygı Ölçeği (p=0,003) puanları kadınlarda istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksekti.

**Tablo 12: Ölçek puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması**

	Kadın		Erkek		Toplam		p
	Ort.±SS	Medyan (min-max)	Ort.±SS	Medyan (min-max)	Ort.±SS	Medyan (min-max)	
BD	23,0±9,8	22,0 (2,0-54,0)	18,7±9,7	16,0 (2,0-46,0)	21,8±9,9	21,0 (2,0-54,0)	<b>0,005</b>
STAI-I	52,5±10,7	52,0 (27,0-76,0)	46,2±12,0	44,5 (25,0-76,0)	50,6±11,5	50,0 (25,0-76,0)	<b>0,001</b>
STAI-II	56,2±8,8	57,0 (36,0-78,0)	52,1±8,7	52,5 (33,0-73,0)	54,9±9,0	55,0 (33,0-78,0)	<b>0,003</b>
PA	33,3±8,5	32,0 (20,0-47,0)	25,6±6,8	23,0 (18,0-36,0)	30,4±8,6	30,0 (18,0-47,0)	<b>0,029</b>
YAB	39,0±15,0	37,0 (2,0-70,0)	34,7±15,4	32,5 (3,0-69,0)	37,8±15,2	36,0 (2,0-70,0)	0,073
HA	23,5±6,2	23,0 (4,0-41,0)	21,9±5,2	21,0 (11,0-37,0)	23,0±6,0	22,0 (4,0-41,0)	0,075
YBOCS	25,4±4,01	26,0 (17,0-34,0)	25,7±3,4	25,5 (21,0-32,0)	25,5±3,8	26,0 (17,0-34,0)	0,799
OBS	13,2±2,3	13,0 (7,0-17,0)	13,0±2,1	13,5 (10,0-16,0)	13,1±2,2	13,0 (7,0-17,0)	0,780
KOMP	12,2±2,1	12,0 (7,0-17,0)	12,7±1,7	12,5 (10,0-16,0)	12,3±1,9	12,0 (7,0-17,0)	0,413

BD: Beck Depresyon Ölçeği, STAI-I: Durumluk Kaygı Ölçeği, STAI-II: Sürekli Kaygı Ölçeği, PA: Panik Agorafobi Ölçeği, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği, HA: Hamilton Anksiyete Ölçeği, YBOCS: Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği, OBS: Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği Obsesyon Alt Ölçeği, KOMP: Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği Kompulsiyon Alt Ölçeği.



Hastaların ölçek puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırması Tablo 13’de gösterilmiştir. Beck Depresyon Ölçeği ortalaması ilkokul çıkışlılarda  $26,1 \pm 9,4$ , orta eğitim çıkışlılarda  $19,9 \pm 8,7$ , lisans ve lisansüstü mezunlarında  $22,1 \pm 10,6$ ’dı. Beck Depresyon Ölçeğinde ( $p=0,024$ ) eğitim durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardı.

**Tablo 13: Ölçek puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması**

	ilkokul		Ortaöğretim		Yükseköğretim		p
	Ort.±SS	Medyan (min-max)	Ort.±SS	Medyan (min-max)	Ort.±SS	Medyan (min-max)	
BD	26,1±9,4	27,0 (4,0-47,0)	19,9±8,7	18,0 (2,0-54,0)	22,1±10,6	22,0 (2,0-49,0)	<b>0,024</b>
STAI-I	53,1±10,0	54,0 (31,0-70,0)	49,4±11,1	50,0 (25,0-75,0)	50,9±12,0	50,0 (27,0-76,0)	0,347
STAI-II	55,2±6,2	55,0 (42,0-69,0)	53,2±8,7	54,0 (33,0-73,0)	56,2±9,5	56,0 (37,0-78,0)	0,098
PA	39,5±10,6	39,5 (32,0-47,0)	26,0±7,1	24,0 (18,0-38,0)	32,5±8,1	32,0 (20,0-40,0)	0,054
YAB	43,0±14,2	36,0 (26,0-69,0)	37,4±14,7	37,0 (8,0-69,0)	36,6±15,7	35,0 (2,0-70,0)	0,175
HA	25,4±4,5	26,0 (18,0-34,0)	22,2±5,4	22,0 (11,0-39,0)	23,0±6,5	22,0 (4,0-41,0)	0,068
YBOCS	23,1±4,4	25,0 (17,0-28,0)	25,3±3,4	25,0 (18,0-31,0)	26,4±3,8	26,0 (17,0-34,0)	0,141
OBS	11,8±3,1	13,0 (7,0-15,0)	13,1±1,9	13,0 (10,0-16,0)	13,6±2,0	13,0 (10,0-17,0)	0,172
KOMP	11,2±1,8	11,0 (9,0-14,0)	12,2±1,8	12,0 (8,0-15,0)	12,7±2,1	13,0 (7,0-17,0)	0,226

BD: Beck Depresyon Ölçeği, STAI-I: Durumluk Kaygı Ölçeği, STAI-II: Sürekli Kaygı Ölçeği, PA: Panik Agorafobi Ölçeği, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği, HA: Hamilton Anksiyete Ölçeği, YBOCS: Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği, OBS: Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği Obsesyon Alt Ölçeği, KOMP: Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği Kompulsiyon Alt Ölçeği

Hastaların ölçek puanlarının medeni duruma göre karşılaştırması Tablo 14’de gösterilmiştir. Beck Depresyon Ölçeği ( $p=0,050$ ) dışında diğer ölçekler arasında medeni duruma göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu ( $p>0,05$ ). Beck Depresyon Ölçeği ortalaması bekar ve dul olanlarda  $20,1\pm 8,8$ , evlilerde  $22,9\pm 10,5$ ’di. Panik Agorafobi Ölçeği ortalaması bekar ve dul olanlarda  $33,4\pm 9,3$ , evlilerde ise  $29,2\pm 8,3$ ’dü.

**Tablo 14: Ölçek puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması**

	Bekar ve Dul		Evli		p
	Ort. $\pm$ SS	Medyan (min-max)	Ort. $\pm$ SS	Medyan (min-max)	
BD	20,1 $\pm$ 8,8	18,0(4,0-45,0)	22,9 $\pm$ 10,5	22,5(2,0-54,0)	<b>0,050</b>
STAI- I	49,0 $\pm$ 10,7	48,0(27,0-76,0)	51,7 $\pm$ 11,8	51,0(25,0-76,0)	0,107
STAI-II	54,7 $\pm$ 9,2	55,0(33,0-73,0)	55,1 $\pm$ 8,9	55,0(36,0-78,0)	0,769
PA	33,4 $\pm$ 9,3	33,0(20,0-46,0)	29,2 $\pm$ 8,3	28,0(18,0-47,0)	0,283
YAB	36,3 $\pm$ 14,6	34,0(3,0-70,0)	38,7 $\pm$ 15,6	36,0(2,0-69,0)	0,270
HA	22,0 $\pm$ 5,5	21,0(11,0-39,0)	23,7 $\pm$ 6,2	23,0(4,0-41,0)	0,057
YBOCS	25,3 $\pm$ 3,5	25,5(17,0-31,0)	25,6 $\pm$ 4,1	26,0(17,0-34,0)	0,777
OBS	13,2 $\pm$ 2,1	13,0(10,0-17,0)	13,1 $\pm$ 2,3	13,0(7,0-17,0)	0,883
KOMP	12,1 $\pm$ 1,8	12,0(7,0-15,0)	12,5 $\pm$ 2,0	13,0(8,0-17,0)	0,471

BD: Beck Depresyon Ölçeği, STAI-I: Durumluk Kaygı Ölçeği, STAI-II: Sürekli Kaygı Ölçeği, PA: Panik Agorafobi Ölçeği, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği, HA: Hamilton Anksiyete Ölçeği, YBOCS: Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği, OBS: Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği Obsesyon Alt Ölçeği, KOMP: Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği Kompulsiyon Alt Ölçeği.

Tablo 15’de cinsiyete göre Hamilton Anksiyete Ölçeği alt ölçek puanlarının karşılaştırması gösterilmiştir. Depresif mizaç alt ölçeği ortalaması kadınlarda  $2,1\pm 0,9$ , erkeklerde  $1,8\pm 0,8$ ’di. Somatik belirtiler alt ölçeği ortalaması kadınlarda  $1,8\pm 0,9$ , erkeklerde  $1,5\pm 0,8$ ’di. Anksiyeteli mizaç ve gerilim alt ölçekleri her iki cinsiyette de en yüksek ortalama puanları aldı. Sırasıyla, kadınlarda  $2,7\pm 0,9$  ile  $2,5\pm 0,8$ ; erkeklerde ise  $2,5\pm 0,9$  ile  $2,3\pm 0,7$ . Uykusuzluk alt ölçeği ortalaması kadınlarda  $1,8\pm 1,0$ , erkeklerde ise  $2,0\pm 1,1$ ’di. Solunum semptomları alt ölçeği ortalaması kadınlarda  $1,5\pm 1,0$ , erkeklerde  $1,3\pm 0,9$ ’du. Genitoüriner Semptomlar alt ölçeği ortalaması kadınlarda  $1,5\pm 0,9$ , erkeklerde  $1,3\pm 0,8$ ’di. Depresif mizaç ( $p=0,029$ ) ve somatik belirtiler ( $p=0,040$ ) kadınlarda istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksekti.

**Tablo 15: Hamilton anksiyete ölçeği alt ölçek puanlarının cinsiyete göre dağılımı**

	Kadın		Erkek		p
	Ort. $\pm$ SS	Medyan (min-max)	Ort. $\pm$ SS	Medyan (min-max)	
HA1- Anksiyeteli Mizaç	$2,7\pm 0,9$	3,0(0,0-4,0)	$2,5\pm 0,9$	3,0(0,0-4,0)	0,294
HA2- Gerilim	$2,5\pm 0,8$	3,0(0,0-4,0)	$2,3\pm 0,7$	2,0(1,0-4,0)	0,072
HA3- Korkular	$1,5\pm 0,9$	1,0(0,0-4,0)	$1,5\pm 1,0$	1,0(0,0-4,0)	0,850
HA4- Uykusuzluk	$1,8\pm 1,0$	2,0(0,0-4,0)	$2,0\pm 1,1$	2,0(0,0-4,0)	0,353
HA5- Entelektüel(kognitif)	$1,7\pm 0,9$	2,0(0,0-4,0)	$1,6\pm 0,8$	1,5(0,0-3,0)	0,510
HA6- Depresif Mizaç	$2,1\pm 0,9$	2,0(0,0-4,0)	$1,8\pm 0,8$	2,0(0,0-3,0)	<b>0,029</b>
HA7- Somatik belirtiler	$1,8\pm 0,9$	2,0(0,0-4,0)	$1,5\pm 0,8$	2,0(0,0-4,0)	<b>0,040</b>
HA8- Kardiyovasküler Semptomlar	$1,7\pm 1,1$	2,0(0,0-11,0)	$1,6\pm 0,8$	1,5(0,0-4,0)	0,590
HA9- Solunum Semptomları	$1,5\pm 1,0$	1,0(0,0-4,0)	$1,3\pm 0,9$	1,0(0,0-4,0)	0,296
HA10- Gastrointestinal Semptomlar	$1,3\pm 0,8$	1,0(0,0-4,0)	$1,3\pm 0,8$	1,0(0,0-3,0)	0,760
HA11- Genitoüriner Semptomlar	$1,5\pm 0,9$	1,0(0,0-4,0)	$1,3\pm 0,8$	1,0(0,0-3,0)	0,073
HA12- Otonomik Semptomlar	$1,7\pm 0,7$	2,0(0,0-4,0)	$1,6\pm 0,7$	2,0(0,0-3,0)	0,257
HA13- Görüşme Sırasındaki Davranış	$1,7\pm 0,7$	2,0(0,0-4,0)	$1,8\pm 0,6$	2,0(1,0-3,0)	0,848

HA: Hamilton Anksiyete Ölçeği

Tablo 16’de Hamilton Anksiyete Ölçeği psişik ve somatik alt grup puanlarının cinsiyete göre dağılımı gösterilmiştir. Psişik semptomlar alt grup puanı Hamilton Anksiyete Ölçeğindeki 1,2,3,5 ve 6 numaralı alt ölçek puanlarının toplamından oluşmaktadır. Somatik semptomlar alt grup puanı ise Hamilton Anksiyete Ölçeğindeki 4,7,8,9,10,11,12 ve 13 numaralı alt ölçek puanlarının toplamından oluşmaktadır. Psişik ve somatik alt grup puanları açısından her iki cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Kadınlarda psişik ve somatik alt grup puanlarının ortalaması sırasıyla  $10,4\pm 3,1$  ve  $13,1\pm 3,9$ ; erkeklerde ise sırasıyla  $9,7\pm 2,3$  ve  $12,2\pm 3,5$ ’dir.

**Tablo 16: Hamilton anksiyete ölçeği psişik ve somatik alt grup puanlarının cinsiyete göre dağılımı**

	Kadın		Erkek		p
	Ort±SS	Medyan(min-max)	Ort±SS	Medyan(min-max)	
<b>PSİŞİK</b>	10,4±3,1	10,0(2,0-19,0)	9,7±2,3	10,0(4,0-14,0)	0,089
<b>SOMATİK</b>	13,1±3,9	13,0(2,0-24,0)	12,2±3,5	12,0(5,0-23,0)	0,134

Tablo 17’de ve 18’de Hamilton Anksiyete Ölçeği alt ölçek puanlarının şiddet düzeyi, kadın ve erkek cinsiyet için detaylandırılmıştır. Anksiyeteli mizaç kadınların %42,4’nde, erkeklerin %41,7’sinde şiddetli düzeyde; gerilim kadınların %42,4’nde şiddetli, erkeklerin %46,7’sinde orta düzeyde; depresif mizaç kadınların %45,3’nde, erkeklerin %56,7’sinde orta düzeyde saptanmıştır. Uykusuzluk kadınların %40,3’nde orta, erkeklerin %33,3’nde şiddetli düzeyde; somatik belirtiler kadınların %40,3’nde, erkeklerin %45’nde orta düzeyde; kardiyovasküler semptomlar kadınların %42,1’nde orta düzeyde; otonomik semptomlar kadınların %49,3’nde, erkeklerin %45’nde orta düzeyde; görüşme sırasındaki davranış kadınların %60,7’sinde, erkeklerin %55’nde orta düzeyde saptanmıştır.

**Tablo 17: Hamilton anksiyete alt ölçek puanlarının kadın cinsiyette dağılımı**

	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli
HA1-Anksiyeteli Mizaç	1(0,7)	9(6,5)	46(33,1)	<b>59(42,4)</b>	24(17,3)
HA2-Gerilim	1(0,7)	14(10,1)	54(38,8)	<b>59(42,4)</b>	11(7,9)
HA3-Korkular	12(8,6)	<b>69(49,6)</b>	40(28,8)	16(11,5)	2(1,4)
HA4-Uykusuzluk	16(11,5)	32(23,0)	<b>56(40,3)</b>	29(20,9)	6 (3,3)
HA5-Entelektüel(kognitif)	9(6,5)	<b>55(39,6)</b>	47(33,8)	23(16,5)	5(3,6)
HA6-Depresif Mizaç	6(4,3)	26(18,7)	<b>63(45,3)</b>	38(27,3)	6(4,3)
HA7-Somatik Belirtiler	7(5,0)	45(32,4)	<b>56(40,3)</b>	26(18,7)	5(1,7)
HA8-Kardiyovasküler Semptomlar	8(5,7)	56(40,0)	<b>59(42,1)</b>	13(9,3)	3(2,1)
HA9-Solunum Semptomları	19(13,6)	<b>60(42,9)</b>	42(30,0)	15(10,7)	4(1,7)
HA10-Gastrointestinal Semptomlar	16(11,4)	<b>75(53,6)</b>	41(29,3)	4(2,9)	4(2,9)
HA11-Genitoüriner Semptomlar	14(10,0)	<b>64(45,7)</b>	47(33,6)	13(9,3)	2(1,4)
HA12-Otonomik Semptomlar	3(2,1)	51(36,4)	<b>69(49,3)</b>	15(10,7)	2(1,4)
HA13-Görüşmedeki Davranış	6(4,3)	37(26,4)	<b>85(60,7)</b>	11(7,9)	1(0,7)

HA: Hamilton Anksiyete Ölçeği

**Tablo 18: Hamilton anksiyete alt ölçek puanlarının erkek cinsiyette dağılımı**

	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli
HA1-Anksiyeteli Mizaç	2(3,3)	3(5,0)	23(38,3)	<b>25(41,7)</b>	7(11,7)
HA2-Gerilim	0(0,0)	9(15,0)	<b>28(46,7)</b>	22(36,7)	1(1,7)
HA3-Korkular	8(13,3)	<b>25(41,7)</b>	17(28,3)	8(13,3)	2(3,3)
HA4-Uykusuzluk	8(13,3)	11(18,3)	19(31,7)	<b>20(33,3)</b>	2 (4,0)
HA5-Entelektüel(kognitif)	3(5,0)	<b>27(45,0)</b>	21(35,0)	9(15,0)	0(0,0)
HA6-Depresif Mizaç	6(10,0)	11(18,3)	<b>34(56,7)</b>	9(15,0)	0(0,0)
HA7-Somatik Belirtiler	6(10,0)	22(36,7)	<b>27(45,0)</b>	4(6,7)	1(3,0)
HA8-Kardiyovasküler Semptomlar	3(5,0)	<b>27(45,0)</b>	24(40,0)	5(8,3)	1(1,7)
HA9-Solunum Semptomları	11(18,3)	<b>26(43,3)</b>	18(30,0)	4(6,7)	1(2,5)
HA10-Gastrointestinal Semptomlar	8(13,3)	<b>32(53,3)</b>	16(26,7)	4(6,7)	0(0,0)
HA11-Genitoüriner Semptomlar	7(11,7)	<b>36(60,0)</b>	12(20,0)	5(8,3)	0(0,0)
HA12-Otonomik Semptomlar	1(1,7)	<b>27(45,0)</b>	<b>27(45,0)</b>	5(8,3)	0(0,0)
HA13-Görüşmedeki Davranış	0(0,0)	21(35,0)	<b>33(55,0)</b>	6(10,0)	0(0,0)

HA: Hamilton Anksiyete Ölçeği

Tablo 19’da çalışmadaki OKB hastalarında, obsesyonların cinsiyetlere göre dağılımı gösterilmiştir. Çalışmadaki OKB hastalarında en sık gözlenen obsesyonlar kirlenme obsesyonlarıydı. Kirlenme obsesyonları olan OKB hastalarının %71,9’u kadın, %28,1’i erkekti. Hiçbir obsesyon alt grubunda cinsiyete göre anlamlı bir fark gözlenmedi ( $p>0,05$ ).

**Tablo 19: Çalışmadaki OKB hastalarında obsesyonların cinsiyetlere göre dağılımı**

	Kadın n(%)	Erkek n(%)	Toplam	
Saldırganlık Obsesyonları	1(33,3)	2(66,7)	3	0,193
Kirlenme Obsesyonları	23(71,9)	9(28,1)	32	1,000
Cinsel Obsesyonlar	0	0	0	-
Biriktirme-Saklama Obsesyonları	1(50,0)	1(50,0)	2	0,494
Dini Obsesyonlar	5(62,5)	3(37,5)	8	0,672
Eşyaların Simetrikliği ve Düzeni ile İlgili Obsesyonlar	2(40,0)	3(60,0)	5	0,133
Somatik Obsesyonlar	0	1(100,0)	1	0,286
Diğer Obsesyonlar	2(40,0)	3(60,0)	5	0,133

Diğer obsesyonlar: Bilme veya hatırlama ihtiyacı, belirli şeyleri söyleme korkusu, doğru şeyi söyleyememe korkusu, bir şeyler kaybetme korkusu, istenmeyen (dehşet içermeyen) görüntüler, anlamsız sesler duyma, uğurlu veya uğursuz sayılar, batıl inançlar, diğer...

Tablo 20’de çalışmadaki OKB hastalarında kompulsiyonların cinsiyetlere göre dağılımı gösterilmiştir. Çalışmadaki OKB hastalarında, temizleme-yıkama kompulsiyonları ve kontrol etme kompulsiyonları en sık gözlenen kompulsiyonlardı. Temizleme-yıkama kompulsiyonları olan OKB hastalarının %80,6’sı kadın, %19,4’ü erkekti. Kontrol etme kompulsiyonları olan OKB hastalarının %61,9’u kadın, %38,1’i ise erkekti. Tekrarlayıcı törensel davranışlar (p=0,033) ve diğer kompulsiyonlar (p=0,033) alt grupları, erkeklerde kadınlara oranla istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fazla gözlemlendi.

**Tablo 20: Çalışmadaki OKB hastalarında kompulsiyonların cinsiyetlere göre dağılımı**

	Kadın n(%)	Erkek n(%)	Toplam	p
Temizleme-Yıkama Kompulsiyonları	25(80,6)	6(19,4)	31	0,061
Kontrol Etme Kompulsiyonları	13(61,9)	8(38,1)	21	0,201
Tekrarlayıcı Törensel Davranışlar	3(37,5)	5(62,5)	8	<b>0,033</b>
Sayma Kompulsiyonları	1(33,3)	2(66,7)	3	0,193
Sıralama-Düzenleme Kompulsiyonları	1(25,0)	3 (75,0)	4	0,065
Biriktirme-Toplama Kompulsiyonları	0	2(100,0)	2	0,077
Diğer Kompulsiyonlar	3(37,5)	5(62,5)	8	<b>0,033</b>

Diğer kompulsiyonlar: zihinsel törenler (kontrol ve sayma dışında), aşırı liste hazırlama, söyleme, sorma, dokunma, vurma gereksinimi, tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları, batıl davranışlar, kendine zarar verici veya yaralayıcı davranışlar, diğer...

Tablo 21’de çalışmadaki panik bozukluk hastalarında kalp, solunum, mide-barsak sistemi ve bilişsel belirtilerin kadın ve erkeklerde dağılımı gösterilmiştir. Kalp sistemi belirtileri erkeklerde kadınlara oranla istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde sık bulunmuştur ( $p=0,039$ ). Kalp sistemi belirtileri ortalaması kadınlarda  $1,7\pm1,0$ , erkeklerde  $2,3\pm1,1$ ’di. Solunum, mide-barsak sistemi ve bilişsel belirtilerde ise cinsiyetler arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ). Mide-barsak sistemi belirtileri ortalaması kadınlarda  $1,6\pm0,8$ , erkeklerde  $1,4\pm0,7$  idi.

**Tablo 21: Çalışmadaki panik bozukluk hastalarında cinsiyete göre semptom dağılımı**

	Kadın		Erkek		p
	Ort.±SS	Medyan (min-max)	Ort.±SS	Medyan (min-max)	
Solunum sistemi belirtileri	1,5±0,9	1,0(0,0-4,0)	1,6±0,9	1,0(0,0-4,0)	0,493
Kalp sistemi belirtileri	1,7±1,0	2,0(0,0-4,0)	2,3±1,1	2,0(1,0-4,0)	<b>0,039</b>
Mide-barsak sistemi belirtileri	1,6±0,8	1,0(0,0-4,0)	1,4±0,7	1,0(0,0-4,0)	0,153
Bilişsel belirtiler	1,6±0,9	2,0(0,0-4,0)	1,6±0,8	1,0(0,0-4,0)	0,660

Tablo 22’de çalışmadaki obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk hastalarındaki psikiyatrik hastalık eşanı ortalama sayısı verilmiştir. Heriki cinsiyette de en sık eşanı ortalaması obsesif kompulsif bozuklukta görülmüştür; sırasıyla kadınlarda  $1.65 \pm 0.77$ , erkeklerde  $1.47 \pm 0.91$ . Panik bozuklukta eşanı ortalaması kadınlarda  $1.54 \pm 0.87$ , erkeklerde ise  $1.11 \pm 0.78$  olarak saptanmıştır. Cinsiyetler arasında eşanı ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Özgül fobi, sosyal fobi ve posttravmatik stres bozukluğundaki eşanı oranları, çalışmadaki hasta sayılarının azlığı nedeniyle değerlendirmeye alınmamıştır.

**Tablo 22: Psikiyatrik eşanların değerlendirilmesi**

	Kadınlarda ortalama eşanı sayısı	Erkeklerde ortalama eşanı sayısı	p
Obsesif Kompulsif Bozukluk	$1.65 \pm 0.77$	$1.47 \pm 0.91$	0.481
Panik Bozukluk	$1.54 \pm 0.87$	$1.11 \pm 0.78$	0.255
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	$1.09 \pm 0.75$	$0.98 \pm 0.69$	0.393



## 5. TARTIŞMA

Anksiyetenin bilişsel, somatik, duygusal ve davranışsal bileşenleri vardır. Bu bileşenler huzursuzluk, kaygı, korku ve tasalanmayla ilişkili bir duygu oluştururlar. Genellikle tetikleyici bir unsur tanımlanamaz. Bu özelliğiyle gözlenebilen bir tehlikenin varlığında ortaya çıkan korkudan ayrılır. Korku, kaçma ve sakınma gibi özgün davranış örüntüleri ile ilişkiliyken, anksiyete kaçınılamaz ve kontrol edilemez olarak algılanan bir tehdit algısının sonucudur.<sup>1</sup>

DSM-IV-TR'de anksiyete bozuklukları sınıflandırması agorafobiyi, panik bozukluğunu, özgül fobiyi, sosyal fobiyi, obsesif kompulsif bozukluğunu, travma sonrası stres bozukluğunu, akut stres bozukluğunu, yaygın anksiyete bozukluğunu, genel bir tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğunu, maddeye bağlı gelişen anksiyete bozukluğunu ve başka türlü tanımlanamayan anksiyete bozukluğunu içerir. Anksiyete bozuklukları yaygın görülen ruhsal bozukluklardandır ve topluma maliyeti yüksektir. Amerikan epidemiyolojik verilerine göre tüm anksiyete bozuklukları için bir yıllık sıklık %12,6, yaşam boyu sıklık ise %14,6'dır.<sup>2</sup>

Anksiyeteyle ilişkili birçok çalışma, kadınlarda sosyal fobi dışındaki anksiyete bozukluklarının yaygınlığının erkeklerden fazla görüldüğünü belirtmektedir.<sup>95</sup> Anksiyete bozukluğu tipleri içerisinde kadın ve erkek cinsiyet arasındaki farklılıkların araştırılması, kadınlarda daha ciddi belirtilerin varlığını ortaya koymuştur.<sup>97,98</sup> Bununla birlikte anksiyete bozukluklarında cinsiyet farklılıkları, psikiyatri literatüründe halen yeterince incelenmemiş konulardan birisidir.

Bu çalışmada 6 aylık süre boyunca Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı polikliniğine başvuran anksiyete bozukluğu hastalarında cinsiyet açısından farklılıklarının saptanması amaçlanmıştır. Çalışmamızdaki kadın hasta sayısı 141, erkek hasta sayısı ise 60 idi. Çalışmaya alınan anksiyete bozukluğu hastalarının kadın/erkek oranının(2,35), toplumdaki cinsiyet dağılımıyla da uyumlu olduğu düşünülmektedir. ABD'deki Ulusal Eştanı Araştırması verilerine göre anksiyete bozukluklarının yaşam boyu sıklık oranları kadınlarda %30,5, erkeklerde %19,2'dir.<sup>2</sup> Çalışmalarda gözlenen cinsiyet farklılıklarına yetersiz bildirim de sebep olabileceği

göz önünde tutulmalıdır. Erkekler görüşmecilere nadiren doğrudan başvururken, kadınlar bu konuya daha içtenlikle yaklaşabilmektedirler.<sup>101</sup>

Ölçek puanlarının cinsiyet açısından karşılaştırmasında, Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark gözlenmiştir ( $p=0,05$ ). Beck Depresyon Ölçeği ortalaması kadınlarda  $23,0\pm 9,8$ , erkeklerde ise  $18,7\pm 9,7$  idi. Bu bulgu, Parker ve arkadaşlarının depresyon eşanısının kadınlarda daha fazla olduğunu bildirdikleri çalışmanın sonucuyla uyusmaktadır.<sup>102</sup>

Durumluluk (STAI-I) ve sürekli (STAI-II) kaygı ölçekleri de kadınlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur; sırasıyla ( $p=0,001$ ) ve ( $p=0,003$ ). Durumluluk kaygı, bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği öznel korkudur. Sürekli Kaygı Ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler.<sup>138</sup> Çalışmamızdaki bulgulara benzer şekilde, 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 düşünülmüştür.<sup>97</sup> Anksiyetenin ortaya çıkışında sosyal öğrenme, kadının özgün cinsel rolü ve toplumun kadından beklentileri gibi psikososyal unsurlar da önemli rol oynar.<sup>103</sup> 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.<sup>104</sup> 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 beklenmektedir.<sup>119</sup> 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 uyusmaktadır.<sup>130</sup>

Hamilton Anksiyete Ölçeği ( $p=0,075$ ) puanlarında cinsiyetler arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. Depresif mizaç ( $p=0,029$ ) ve somatik belirtiler ( $p=0,040$ )

alt ölçek puanları ise kadınlarda erkeklere oranla anlamlı düzeyde yüksek gözlenmiştir. Bulgularımız, Hewitt ve Norton'un kadınların anksiyetenin bilişsel ve somatik semptomlarını daha ciddi oranlarda sergilediklerini gösterdikleri çalışmayla uyusmaktadır.<sup>98</sup>

Hamilton Anksiyete Ölçeğinde, depresif mizaç ( $p=0,029$ ) ve somatik belirtiler ( $p=0,040$ ) alt ölçek puanlarının kadınlarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.<sup>98</sup> Bununla birlikte, uykusuzluk dışında her bir alt ölçekte kadınların puanlarının erkeklerden yüksek veya erkeklere eşit olduğu dikkati çekmiştir. Anksiyete bozukluklarının yaygınlığıyla ilgili verilerin çoğu kişinin kendi beyanına dayandığından, geleneksel güçlü erkek sembolünün erkeklerin zayıflıklarını ortaya koymalarını güçleştirdiği düşünülebilir.<sup>105</sup>

Panik Agorafobi Ölçeği puanları kadınlarda erkeklere oranla anlamlı derecede yüksek çıkmıştır ( $p=0,029$ ). Kadınların korku tepkisine şartlanmada erkeklerden daha hassas oldukları düşünülmektedir. Hedlund ve arkadaşları, kadınların erkeklere oranla ani gelişen hoş gitmeyen olaylara daha fazla psikolojik yanıt verdiğini bildirmiştir.<sup>113</sup> Nolen ve Jackson'ın kadınlarda ruminasyonların daha fazla görüldüğü ve Bekker'ın kadınların bedensel duyumlarına erkeklerden daha fazla bilişsel yanıt verdikleri görüşleri bulgularımızla uyusmaktadır.<sup>114,115</sup> Faravelli ve arkadaşları, agorafobili panik bozukluk tanısı olan kadın hastalarda daha ciddi agorafobik kaçınma, daha fazla felaketleştirme düşüncesi ve bedensel duyum görüldüğünü bildirmişlerdir.<sup>26</sup>

Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği puanlarında kadınlarla erkekler arasında anlamlı düzeyde bir fark gözlenmemiştir ( $p=0,777$ ). Obsesyon ( $p=0,883$ ) ve Kompulsiyon ( $p=0,471$ ) Alt Ölçeği puanlarında da cinsiyetler arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Bazı epidemiyolojik çalışmalarda, obsesif kompulsif bozuklukta kadın/erkek oranı 1,2-1,8 arasında saptanmıştır.<sup>51</sup> Bazılarında ise bir fark bulunmamıştır.<sup>50</sup> Bizim çalışmamız da erişkin popülasyonda cinsiyet farkının gözlenmediği obsesif kompulsif bozukluk epidemiyolojisine yönelik çalışmaların sonucuyla benzerlik göstermektedir.<sup>50</sup> Çalışmamıza çocuk ve ergenlerin dahil edilmemesi ile obsesif kompulsif bozukluğu olan hasta sayısının azlığı, cinsiyetler arasında anlamlı bir fark gözlenmemesinin nedenleri olabilir.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeği ( $p=0,073$ ) puanlarında cinsiyetler arasında anlamlı fark gözlenmemiştir.

Hastaların ölçek puanlarının eğitim ve medeni durumuna göre karşılaştırılmasında Beck Depresyon Ölçeği ( $p<0,05$ ) dışında diğer ölçekler arasında anlamlı bir farklılık yoktu.

Çalışmaya katılan hastalara DSM-4-TR ölçütleri temel alınarak SCID-I uygulanmış, hiçbir anksiyete bozukluğu alt grubu hasta sayısında cinsiyete göre anlamlı bir fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ). Çalışmadaki panik bozukluğu hastalarının %59,1'i kadın, %40,9'u erkekti. Panik Agorafobi Ölçeği puanlarında cinsiyetler arasında anlamlı bir fark görülmesine karşın panik bozukluğun sıklığında anlamlı bir farkın olmaması, Panik Agorafobi Ölçeğinin tanısal değerlendirmede kullanılan bir araç olmamasıyla açıklanabilir. Bu ölçek, panik bozukluğun (agorafobili ya da agorafobisiz) şiddetini ölçer.<sup>139</sup> Çalışmadaki panik bozukluk hastalarında kalp sistemi belirtileri erkeklerde kadınlara oranla istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde sık bulunmuştur ( $p=0,039$ ). Bu bulgu ülkemizde kalp krizinin erkeklerde çok sık görülmesiyle ilişkilendirilebilir. Solunum, mide-barsak sistemi ve bilişsel belirtilerde ise cinsiyetler arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ). Çalışmamızdaki bulgulardan farklı olarak, Amerikan Ulusal Eştanı Araştırmasında panik bozukluğu olan kadınlar daha fazla solunumla ilgili semptom, felaketleştirme düşüncesi ve bedensel duyum bildirmiştir.<sup>2</sup> Çalışmaların çoğunda sosyal fobi ve obsesif kompulsif bozukluk dışındaki anksiyete bozukluklarının kadınlarda erkeklere oranla anlamlı oranda daha sık gözlemediği bildirilmektedir. Çalışmamızdaki obsesif kompulsif bozukluk hastalarının %69,4'ü kadın, %31,6'sı erkekti. Bizim çalışmamızda da kadın/erkek oranında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktu ( $p=0,795$ ). Çalışmadaki yaygın anksiyete bozukluğu hastalarının %73,6'sı kadın, %26,4'ü erkekti. Amerikan Ulusal Eştanı Araştırmasında yaygın anksiyete bozukluğunun bir yıllık prevalansı kadınlarda %2,4, erkeklerde %0,9 bulunmuştur.<sup>2</sup> Gelişmekte olan ülkelerde ise erkek kadın oranları arasında önemli fark gözlenmediği bildirilmektedir.<sup>74</sup> Ayrıca anksiyete bozukluklarında cinsiyetler arasındaki sıklık farkının toplum merkezli araştırmalarda, klinik ortamlardakilerden yüksek çıktığı bildirilmiştir.<sup>2</sup> Bu durum hasta seçiminde taraflı olunmasına, tanı ölçütlerine ve kullanılan araçlara bağlanmaktadır.<sup>12</sup> Çalışmadaki travma sonrası stres bozukluğu, sosyal fobi ve özgül fobi tanıları olan hasta sayısının azlığı nedeniyle, bu hasta gruplarının istatistiksel yorumunu yapmak zordur.

Çalışmamızda obsesif kompulsif bozukluk hastalarında obsesyonlarda cinsiyete göre bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Hastalarda en sık gözlenen obsesyonlar, kirlenme obsesyonlarıydı. Kirlenme obsesyonları olan OKB hastalarının %71,9'u kadın, %28,1'i erkekti.

Çalışmadaki OKB hastalarında temizleme-yıkama kompulsiyonları ve kontrol etme kompulsiyonları en sık gözlenen kompulsiyonlardı. Temizleme-yıkama kompulsiyonları olan OKB hastalarının %80,6'sı kadın, %19,4'ü erkekti. Kontrol etme kompulsiyonları olan OKB hastalarının %61,9'u kadın, %38,1'i ise erkekti. Tekrarlayıcı törensel davranışlar ( $p=0,033$ ) ve diğer kompulsiyonlar ( $p=0,033$ ) alt grupları, erkeklerde kadınlara oranla istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fazla gözlendi.

Panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozuklukta, cinsiyet açısından eşanı ortalama sayıları arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır ( $p>0,05$ ). Her iki cinsiyette de en sık eşanı ortalaması obsesif kompulsif bozuklukta görülmüştür. Literatürde de OKB'nin %50 gibi yüksek bir oranda başka bir anksiyete bozukluğuyla eşanı gösterdiği bildirilmektedir.<sup>62</sup> Panik bozuklukta eşanı ortalaması kadınlarda  $1.54 \pm 0.87$ , erkeklerde ise  $1.11 \pm 0.78$  olarak saptanmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olmasa da bu fark, panik bozukluğu olan kadın hastalarda psikiyatrik hastalık eşanısının arttığını gösteren çalışmalarla uyumludur. Özgül fobi, sosyal fobi ve posttravmatik stres bozukluğundaki eşanı oranları ise, çalışmadaki sayılarının azlığı nedeniyle değerlendirmeye alınmamıştır.

Çalışmanın kısıtlıkları arasında; üçüncü basamak sağlık kuruluşu olan bir üniversite hastanesinde yürütülmesi nedeniyle genel topluma ve diğer hastalara genelleştirilememesi ve örneklem grubunun azlığı sayılabilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- 1- Çalışmamızdaki kadın/erkek oranının (2,35), anksiyete bozukluklarının toplumdaki cinsiyet dağılımını iyi yansıttığı düşünülmektedir.
- 2- Hastaların ölçek puanlarının eğitim ve medeni duruma göre karşılaştırılmasında, Beck Depresyon Ölçeği dışında diğer ölçeklerde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. İlkokul çıkışlılarda ve evlilerde depresyon eştanısı daha sık gözlenmiştir.
- 3- Kadın hastaların depresyon eştanısı ortalaması erkeklere oranla anlamlı düzeyde daha sık bulunmuştur.
- 4- Çalışmamızda Panik Agorafobi Ölçeği, Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeği puanlarının şiddeti kadınlarda istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.
- 5- Kadınlarda erkeklere oranla somatik belirtiler ve depresif mizaç, istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır.
- 6- Panik bozukluk hastalarında, kalp sistemi belirtileri erkeklerde kadınlara oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.
- 7- Çalışmaya katılan obsesif kompulsif bozukluk hastalarında en sık gözlenen obsesyonlar kirlenme obsesyonları; en sık gözlenen kompulsiyonlar ise temizleme-yıkama kompulsiyonlarıydı.
- 8- Çalışmadaki bulgular, genel olarak anksiyete bozukluklarının kadınlarda daha ciddi belirtilerle seyredildiğini düşündürmektedir.
- 9- 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 cinsiyetle ilişkili unsurlara göre daha uygun kararlar verilebilir.

## KAYNAKLAR

1. **Ohman A.** Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive and clinical perspectives. *Handbook of emotions*. New York: The Guilford Press, **2000**: 573-593.
2. **Reiger DA, Narrow WE, Rae DS.** The epidemiology of anxiety disorders. *J Psychiatry Res Suppl*, **1990**; 2:3-14.
3. **Turk CL, Heimberg RG, Orsillo SM, Holt CS, Gitow A, Street LL.** An investigation of gender differences in social phobia. *J Anxiety Disord*, **1998**; 12:209-223.
4. **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 Adol Psychiatry*, **1994**; 33:782-791.
5. **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.
6. **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.
7. **Stein MB, Walker JR, Forde DR.** Gender differences in susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*, **2000**; 38:619-628.
8. **Wittchen HU, Jacobi F.** Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*, **2005**; 15:357-376.
9. **American Psychiatric Association.** *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. American Psychiatric Association, Washington DC, **2000**.
10. **Barlow A, David H.** "Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory". *American Psychologist*, **2002**; 1247-1263.
11. **Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC.** The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *J Clin Psychiatry*, **1999**; 60:427-435.

12. **Angst J, Merikangas KR.** Subthreshold syndromes of depression and anxiety in the community. *J Clin Psychiatry*, 1997; 58:8:6-10.
13. **Arnold PD, Zai G, Richter MA.** Genetics of anxiety disorders. *Curr Psychiatry Rep*, 2004; 6:24
14. **Roy-Byrne P, Geraci M.** Life events and the course of illness in patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*, 1986; 146:622-626.
15. **Kılıç C.** *Türkiye Ruh Sağlığı Profili*, Bölüm 4. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel MD, Ankara, 1998.
16. **Weissman MM, Bland RC.** Synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, Baltimore, 1998; 594-602.
17. **Köroğlu E.** Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozukluklar Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-4), çeviri, Ankara Hekimler Yayın Birliği, 1994.
18. **Saunders BE, Villeponteaux LA, Liipovsky JA.** Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women. *Interpersonal Violence*, 1992; 7:189-204.
19. **Finally-Jones R, Brown.** Types of stressful life events and the onset of anxiety and depressive disorders. *Psychol Med*, 1981; 11:803-815.
20. **Knowlws JA, Fyer AJ, Vieland VJ, Weissman MM.** Results of a genome-wide genetic screen for panic disorder. *American Journal of Medical Genetic*, 1998; 81:139-147.
21. **Winguist R, Lundstrom K, Salminen M, Laatikainen M, Ulmaner I.** Mapping of human COMT gene to 22q11.2 and detection of a frequent RFLP with Bg2. *Cytogenesis and Cell Genetics*, 1991; 59:253-257.
22. **Stahl SM.** *Temel Psikofarmakoloji Nörobilimsel Temeli ve Pratik Uygulamaları*, 2.baskı. (çeviri) Taneli B. 2003; 346-358.
23. **Boer JA, Westenberg HG.** Effect of a serotonin and noradrenaline uptake inhibitor in panic disorder; A double-blind comparative study with fluvoksamine and maprotiline. *Intl Clin Psychopharmacol*, 1998; 3:59-74.
24. **Güleç C, Köroğlu E.** *Temel psikiyatri*, Cilt 1. Ankara Hekimler Yayın Birliği, 1997.



25. **Kaplan HI, Sadock BJ.** *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry.* Baltimore, **1998**; 594-602.
26. **Faravelli C.** Life events preceding the onset of panic disorder. *J Affective Disord*, **1985**; 9:103-105.
27. **Noyes R, Reich J, Christiansen J.** Outcome of panic disorder: Relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*, **1990**; 47:809-818.
28. **Klerman GL, Weissman MM, Queller R.** Panic attacks in the community. Social morbidity and health care utilization. *J Am Med Assoc*, **1991**; 265:742-746.
29. **Wittchen U, Fehm L.** Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand*, **2003**; 108:4-18.
30. **Lampe LA.** Social phobia: a review of recent research trends. *Curr opin Psychiatry* **2000**; 13:149-155.
31. **Keller MB.** The lifelong course of social anxiety disorder: a clinical perspective. *Acta Psychiatr Scand*, **2003**; 108:85-94.
32. **Marks IM, Gelder MG.** Different onset ages in varieties of phobia. *Am J Psychiatry*, **1966**; 123:218-221.
33. **Furnak T, Tiltfors M, Statin H.** Social phobia symptoms, subtypes and severity. Findings from a community survey. *Arch Gen Psychiatry*, **2000**; 57:1046-1052.
34. **Bisserbe JC, Weiller E, Boyer P, Lepine JP.** Social phobia in primary care: level of recognition and drug use. *Int Clin Psychopharmacol*, **1996**; 11:25-28.
35. **Potts NLS, Davidson JRT.** Social phobia: biological aspects and pharmacotherapy. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, **1992**; 16:635-646.
36. **Marcin MS, Nemeroff CB.** The neurobiology of social anxiety disorder: The relevance of fear and anxiety. *Acta Psychiatry Scand*, **2003**; 108:51-64.
37. **Kendler KS, Neale MC, Kessler RC.** A population based twin study of major depression in women: the impact of varying definition of illness. *Arch Gen Psychiatry*, **1992**; 49:257-266.

38. **Montejo J, Liebowitz MR.** Social phobia: anxiety disorder comorbidity. *Bull Menninger Clin*, **1994**; 58:21-41.
39. **Zaider TI, Heimberg RG.** Non-pharmacologic treatments for social anxiety disorder. *Acta Psychiatr Scand*, **2003**; 108:72-84.
40. **Muller JE, Koen L, Sedat S, Stein DJ.** Social anxiety disorder: current treatment recommendations. *CNS Drugs*, **2005**; 19:377-391.
41. **Liebowitz MR.** *Social Phobia. Modern problems of pharmacopsychiatry.* **1987**; 22:1411-1473.
42. **Davidson JRT.** Defining an appropriate management strategy for social anxiety disorder. *Int Clin Psychopharmacoll*, **2000**; 158:13-17.
43. **Davidson JRT.** Pharmacotherapy of social phobia. *Acta Psychiatr Scan*, **2003**; 108:65-71.
44. **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**; 62:617-627.
45. **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.
46. **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**; 12:209-223.
47. **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**; 52:637-643.
48. **Rasmussen SA, Eisen JL.** The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clin North Am*, **1992**; 15:743-758.
49. **Rasmussen SA, Eisen JL.** Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, **1990**; 51:10-3.
50. **Robins LN, Helzer JE, Weisman MM.** Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry*, **1984**; 41:949-958.

51. **Nelson E, Rice J.** Stability of diagnosis of obsessive compulsive disorder in the Epidemiologic Catchment Area Study. *Am J Psychiatry*, **1997**; 154:826-831.
52. **Weissman MM, Bland RC, Canino GJ.** The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder: The Cross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry*, **1994**; 55:5-10.
53. **Abramowitz J, Moore K, Carmin C.** Acute onset of obsessive compulsive disorder in males following childbirth. *Psychosomatics*, **2001**; 42:429-431.
54. **Koran LM, Thienemann ML, Davenport R.** Quality of life for patients with obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, **1996**; 153:783-788.
55. **Steketee G, Eisen J, Dyck I.** Predictors of course in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*, **1999**; 89:229-238.
56. **Kim SJ, Kim CH.** The genetic studies of obsessive-compulsive disorder and its future directions. *Yonsei Med J*, **2006**; 47:443-454.
57. **Pauls DL.** The Genetics of Obsessive Compulsive Disorder and Gilles de la Tourette's Syndrome. *Psychiatric Clinics of North America*, **1992**; 15:759-766.
58. **Stein DJ, Lochner C.** Obsessive compulsive spectrum disorders: a multidimensional approach. *Psychiatr Clin N Am*, **2006**; 29:343-351.
59. **Mitterschiffhaller MT, Ettinger U, Mehta MA.** Applications of functional magnetic resonance imaging in psychiatry. *J Magn Reson Imaging*, **2006**; 23:851-861.
60. **Tek C, Uluğ B, Reaki BG.** Religiosity and religious obsessions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, **1995**; 104:99-108.
61. **Veale D.** Psychopathology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Jor*, **2004**; 3:65-68
62. **Stein DJ, Lochner C.** Obsessive-compulsive spectrum disorders: a multidimensional approach. *Psychiatr Clin N Am*, **2006**; 29:343-351.
63. **Denys D.** Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders. *Psychiatr Clin N Am*, **2006**; 29:553-584.

64. **Fineberg NA.** Pharmacological treatment for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Jor*, **2004**; 3:72-76.
65. **Salkovskis PM.** Cognitive-behavioral treatment for panic. *Psychiatry Jor*, **2004**; 6:193-199
66. **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.
67. **Neziroglu FA, Yaryura Tobias JA, Lemli JM, Yaryura RA.** Demographic study of obsessive compulsive disorder. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.* **1994**; 40:217-223.
68. **Buttolph ML, Holland A.** *Obsessive compulsive disorders in pregnancy and childbirth.* 2nd ed. Chicago:Year Book, **1990**.
69. **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**; 169:101-107.
70. **Castle DJ, Deale A, Marks IM.** Gender differences in obsessive compulsive disorder. *Aust N Z J Psychiatry*, **1995**; 29:114-117.
71. **Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS.** Obsessive-compulsive disorder. Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry*, **1996**; 169:101-107.
72. **Öztürk O, Uluşahin A.** *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Yenilenmiş* 11. Baskı 1. Cilt. Ankara, **2008**: 452
73. **Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K.** Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition and management. *J Clin Psychiatry*, **2002**; 8:24-34.
74. **Cameron A.** *Crash Course Psychiatry.* Elsevier Ltd. London, **2004**.
75. **Fisher PL.** Psychopathology of generalized anxiety disorder. *Psychiatry Jor*, **2007**; 6:171-175.
76. **Rubio G, Lopez-Ibor JJ.** Generalized anxiety disorder: a 40-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*, **2007**; 115:372-379.

77. **Durham RC.** Treatment of generalized anxiety disorder. *Psychiatry Jor*, **2007**; 6:183-187.
78. **Wittchen HU.** Generalized anxiety disorder: prevalence, burden and cost to society. *Depress Anxiety*, **2002**; 16:162-171.
79. **Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW.** DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch GenPsychiatry*, **1994**; 51:355-364.
80. **Pigott TA.** Anxiety disorders in women. *Psychiatr Clin North Am*, **2003**; 26:621-672.
81. **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**.
82. **Ballenger JC.** Overview of different pharmacotherapies for attaining remission in generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatr*, **2001**; 62:11-9.
83. **Lee D, Young K.** Posttraumatic stress disorder: diagnostic issues and epidemiology in adult survivors of traumatic events. *International review of psychiatry*, **2001**; 13:150-158.
84. **Resick PA.** *Stress and trauma*. Psychology Press Ltd. London, **2001**.
85. **Tural Ü, Aker T, Önder E, Yüksel G.** *PTSD and Comorbis Depression After The Marmara Earthquake; An Epidemiological Study*. 4th International Congress of Disaster Psychiatry. Miami, **2004**.
86. **Cloitre M, Koenen KC, Gratz KL.** *Differential diagnosis of PTSD in women*. Gender and PTSD. Guilford Press, New York, **2002**.
87. **Kessler RC.** National Comorbity Survey: Posttraumatic Stress Disorder. *Int J Methods Psychiatr Res*, **1995**.
88. **Sutherland SM, Davidson JRT.** Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Clin North Am*, **1994**; 17:409-423.
89. **Davidson J.** Drug therapy of posttraumatic stress disorder. *Br J Psychiatry*, **1992**; 160:309-314.

90. 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**; 158:1486-1491.
91. 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**; 58:485-492.
92. Lewinsohn P, Lewinsohn M, Gotlib I, Seeley J, and Allen N. Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *J. Abnorm. Psychol*, **1998**; 107:109-117
93. Kendler K, Neale M, Kesler R, Heath A, and 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: 273-281.
94. Yonkers K. A. Z. C, Allsworth J, Warshaw M, Shea T, and Keller M. B. Is the course of panic disorder the same in women and men? *Am. J. Psychiatry*, **1998**; 155: 596-602.
95. Kendler K, Neale M, Kessler R, Heath A, and Eaves L. The Genetic epidemiology of phobias in women: The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Arch. Gen. Psychiatry*, **1992**; 49:273-281.
96. Australian Bureau of Statistics. *National Survey of Mental Health and Wellbeing: Summary of Results*. Canberra, **2007**.
97. Lewinsohn P, Hops H, Roberts R, Seeley J, and Andrews J. Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J. Abnorm. Psychol*, **1993**; 102:133-144.
98. Norton G. R, McLeod L, Guertin J, Hewitt P. The growth of anxiety disorders during the 1980s. *Journal of Anxiety Disorders*, **2001**; 9:7585.
99. Wacker H, Mullejans R, Klein K, and Bategay 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.
100. Bekker MH. Agoraphobia and gender: A review. *Clin Psychol Rev*, **1996**; 16:129-146.

- 101. 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.
- 102. Parker G, Hadzi-Pavlovic D.** Is the female preponderance in depression secondary to a primary female preponderance in anxiety disorders? *Acta Psychiatr Scand*, **2001**; 103:252–256.
- 103. Bekker MHJ.** Agoraphobia: Sex specific stress or sex specific stressors? In: Sherr L, St. Lawrence SJ, eds. *Women, Health and the Mind*. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester UK, **2000**; 91–114.
- 104. Al-Ilssa I.** *The Psychopathology of Women*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, New Jersey, **1980**.
- 105. 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.
- 106. 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.
- 107. Chambless DL.** Sex and phobia (in Dutch). *Gedragstherapie*, **1988**; 21:283-293.
- 108. Slone LB, Norris FH, Gutierrez Rodriguez F.** Alcohol use and misuse in urban Mexican men and women: An epidemiological perspective. *Drug Alcohol Depend*, **2006**; 85:163-170.
- 109. Nemeroff CB, Bremner JD, Foa EB.** Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review. *J Psychiatr Res*, **2006**; 40:1-21.
- 110. Turk CL, Heimberg RG, Orsillo SM.** An investigation of gender differences in social phobia. *J Anxiety Disord*, **1998**; 12:209–223.
- 111. Thorpe GL, Burns LE.** *The Agoraphobic Syndrome*. New York: John Wiley, **1983**.
- 112. Peters L, Issakidis C, Slade T, Andrews G.** Gender differences in the prevalence of DSM-IV and ICD-10 PTSD. *Psychol Med*, **2006**; 36:81–89.

- 113. 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**; 4:221-231.
- 114. Nolen-Hoeksema S, Jackson B.** Mediators of the gender difference in rumination. *Psychol Women Quarterly*, **2001**; 25:37-47.
- 115. Bekker MHJ.** Agoraphobia: Sex specific stress or sex specific stressors? *Women, Health and the Mind*. Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd; **2000**; 91-114.
- 116. Chambless DL.** Gender and phobia. *Fresh Perspectives on Anxiety Disorders*. Amsterdam/Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger; **1989**.
- 117. 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**; 153:275-277.
- 118. Fergusson DM, Swain-Campbell NR, Horwood LJ.** Does sexual violence contribute to elevated rates of anxiety and depression in females? *Psychol Med*, **2002**; 32:991-996.
- 119. Wolfe BE.** Gender ideology and phobias in women. *Sex Roles and Psychopathology*. New York, NY: Plenum Press; **1984**: 51-72.
- 120. Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ.** Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry*, **1994**; 151:413-420.
- 121. 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.
- 122. 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 national level variations. *Personality and Individual Differences*, **2004**; 37:627-643.
- 123. Bowlby J.** *Attachment and Loss*. Vol I. New York, NY: Basic Books; **1969**.
- 124. Bowlby J.** *Attachment and Loss*. Vol II. Separation: Anxiety and Anger. London, UK: The Hogarth Press; **1973**.



- 125. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME.** *Schema Therapy: A Practitioners' Guide*. New York, NY: Guilford Press; **2003**.
- 126. Barlow DH.** *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Panic*. New York, NY: Guilford Press; **2002**.
- 127. Bekker MH.** The development of an autonomy scale based on recent insights into gender identity. *Eur J Personality*, **1993**; 7:177–194.
- 128. Torgersen S.** Genetic factors in anxiety disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*, **1983**; 40:1085-1089.
- 129. Shear M and Mammen O.** Anxiety disorders in pregnant and post-partum women. *Psychopharmacol. Bull*, **1995**; 31:693-703.
- 130. Jovanovic H.** PET evaluation of central serotonergic neuro- transmission in women. Doctoral thesis. *ScienceDaily*, **2008**.
- 131. 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**.
- 132. 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.
- 133. Stewart SE, Yen CH, Stack DE, Jenike MA.** Outcome predictors for severe obsessive-compulsive patients in intensive residential treatment. *J Psychiatr Res*, **2006**; 40:511-519.
- 134. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M.** DSM-4 Eksen 1 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç Ve Tedavi dergisi*, **1999**; 12:233-236.
- 135. Hisli N.** Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*, **1998**; 6:118-126.
- 136. Hisli N.** Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, **1989**; 7:3-13.

- 137. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P.** Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, derecelendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türkiye Psikiyatri Dergisi*, **1998**; 9:114-117.
- 138. Öner N, Le Compte A.** *Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri Elkitabı uyarlaması*, İstanbul Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, **1985**.
- 139. Tural Ü, Fidaner H, Aklın T.** Panik ve Agorafobi Ölçeği uyarlaması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2000**: 11.
- 140. Karamustafaloğlu OK, Üçışık AM, Ulusoy M, Erkmén H:** Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı*, **1993**: 86.
- 141. Uğuz Ş, Aklın T, Seydaoğlu G, Mantar A.** Yaygın Anksiyete Bozukluğu Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *45. Ulusal Psikiyatri Kongresi poster bildirimi*, **2009**.

## **EKLER**

- 8.1 EK 1: Sosyodemografik Veri Formu
- 8.2 EK 2: Yaygın Anksiyete Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği
- 8.3 EK 3: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
- 8.4 EK 4: Beck Depresyon Ölçeği
- 8.5 EK 5: Panik Agorafobi Ölçeği
- 8.6 EK 6: Durumluk Kaygı Ölçeği
- 8.7 EK 7: Sürekli Kaygı Ölçeği
- 8.8 EK 8: Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği

EK-1

**SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU**

**TARİH:**.....

**ADI SOYADI:**

**1.CİNSİYET:** 1.Kadın  
2.Erkek

**2.DOĞUM TARİHİ:**

**3.EĞİTİM DURUMU:** 3.İlköğretim  
4.Ortaöğretim  
5.Yüksek öğretim

**4.MEDENİ DURUM:** 1. Bekar  
2. Evli  
3. Eşi ölmüş/boşanmış

**5.MESLEK:** 1. Tam gün  
2. Yarım gün  
3. İşsiz  
4. Emekli

**6.SOSYOEKONOMİK KÜLTÜREL DÜZEY:** 1.Üst  
2.Orta  
3.Alt

**7.KOMORBİD PSİKIYATRİK HASTALIK:** 1.Yok  
2.Var(.....)

**8.AİLEDE RUHSAL BOZUKLUK: 1.Yok**  
**2.Var(.....)**

**9.ALIŞKANLIKLAR:**

**Sigara: 1.Yok**  
**2.Var(Miktar ve süre.....)**

**Alkol: 1.Yok**  
**2.Var(Miktar ve süre.....)**

**Diğer: 1.Yok**  
**2.Var(Miktar ve süre.....)**

**10.HASTALIĞIN BAŞLANGIÇ YAŞI:**

**11.HASTALIĞIN SÜRESİ:.....ay**

**12. DAHA ÖNCE ALDIĞI PSİKİYATRİK TANILAR:**

## EK-2 YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

**Son iki haftanızı göz önüne alarak sizi en iyi tanımlayan kutucuklara çarpı işareti koyunuz. Lütfen tüm soruları cevaplamayı unutmayınız.**

.Sorular üzerinde çok fazla vakit harcamayınız; cevaplarda doğru yada yanlış seçenek yoktur.

.Lütfen her soru için **tek** kutucuğa işaret koyunuz.

		0	1	2	3	4
		Hiç	Çok az	Kısmen	Fazla	Çok fazla
1	Çoğu günler sıkıntılıyım.					
2	Günlük olaylar hakkında endişelenirim (evhamlanırım).					
3	Gevşemek benim için zor oluyor.					
4	Kendimi patlama eşiğinde hissediyorum.					
5	Geceleri uyanıyorum.					
6	Sıcak ya da soğuk basmaları yaşıyorum.					
7	Ağız kuruluğundan yakınıyorum.					
8	Kontrolümü kaybedeceğimden, bayılacağım ya da delireceğimden korkuyorum.					
9	Baş dönmesinden yakınıyorum.					
10	Titreme ve sallanmalar nedeniyle sorun yaşıyorum.					
11	Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum.					
12	Kas gerginliği ya da kas ağrılarından yakınıyorum.					
13	Nefes alma sorunları yaşıyorum.					
14	Kolaylıkla irkiliyorum.					
15	Sıkımı kontrol etmekte güçlük çekiyorum.					
16	Karıncaalanma ve uyuşma sorunları yaşıyorum.					
17	Aşırı derecede endişelenirim (evhamlanırım).					
18	Sinirliyim.					

EK-3 **HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ**

0. Yok

1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)

2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli ortaya çıkar, hastanın bunlara başa çıkması önemli çabalar gerektirir)

3. Şiddetli (sürekli hastanın yaşamına egemen)

4. Çok şiddetli ( kişiyi inkapaste durumuna getirici)

**BİRİNİ İŞARETLEYİN**

**1. Anksiyeteli mizaç:** Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, iritabilite.

0 1 2 3 4

**2. Gerilim:** Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe.

0 1 2 3 4

**3.Korkular:** Karanlıktan, yabancılardan, hayvanlardan, yalnız bırakılmaktan, trafik ve kalabalıktan.

0 1 2 3 4

**4.Uykusuzluk:** Uykuya dalmakta güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları.

0 1 2 3 4

**5. Entelektüel (Kognitif):** Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması.

0 1 2 3 4

**6.Depresif mizaç:** İlgi yitimi, depresyon, hobilerden zevk alamama, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar.

0 1 2 3 4

**7.Somatik (Müsküler):** (Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği miyoklonik sızramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu. (Duygusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu.

0 1 2 3 4

**8. Kardiyovasküler Semptomlar:** Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller.

0 1 2 3 4

**9.Solunum Semptomları:** Göğüste baskı ya da sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne.

0 1 2 3 4

**10.Gastrointestinal Semptomlar:** Yutma güçlüğü, barsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyuları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.

0 1 2 3 4

**11.Genitoüriner Semptomlar:** Sık işeme, amenore, menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.

0 1 2 3 4

**12.Otonomik Semptomlar:** Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.

0 1 2 3 4

**13.Görüşme sırasında davranış:** Yerinde duramama, huzursuzluk ya da gezinme, ellerde titremeler, alında kırışma, gergin yüz, iç çekme ya da hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geçirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus.

0 1 2 3 4

Toplam Puan:

Psişik (1,2,3,5,6):

Somatik (4,7,8,9,10,11,12,13):



Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz.

BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA İÇİNDE kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz

Seçmiş olduğunuz cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız. Eğer bir grupta durumunuzu tarif eden birden fazla cümle varsa herbirini daire içine alarak işaretleyiniz.

1-

- 0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
- 1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- 2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- 3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2-

- 0 Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
- 1 Gelecek hakkında karamsarım.
- 2 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- 3 Geleceğim hakkında umutsuzum ve bana sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3-

- 0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
- 1 Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
- 2 Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
- 3 Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4-

- 0 Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
- 1 Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
- 2 Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- 3 Her şeyden sıkılıyorum.

5-

- 0 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
- 1 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- 2 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- 3 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6-

- 0 Kendimden memnunum.
- 1 Kendi halimden pek memnun değilim.
- 2 Kendime çok kızıyorum.
- 3 Kendimden nefret ediyorum.

7-

- 0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- 1 Zayıf yanlarım ve hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
- 2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
- 3 Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.

8-

- 0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
- 1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
- 2 Kendimi öldürmek isterdim.
- 3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9-

- 0 Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
- 1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- 2 Çoğu zaman ağlıyorum.
- 3 Eskiden ağlıyabilirdim, şimdi istesem de ağlıyamıyorum.

10-

- 0 Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
- 1 Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
- 2 Şimdi hep sinirliyim.
- 3 Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

11-

- 0 Başkaları ile görüşmek konuşmak isteğimi kaybetmedim.
- 1 Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak görüşmek istiyorum.
- 2 Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
- 3 Hiç kimseyle görüşüp, konuşmak istemiyorum.

12-

- 0 Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
- 1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- 2 Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
- 3 Artık hiç karar veremiyorum.

13-

- 0 Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
- 1 Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
- 2 Görüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
- 3 Kendimi çok çirkin buluyorum.

14-

0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum

1 Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.

2 Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

3 Hiçbir şey yapamıyorum.

15-

0 Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1 Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

2 Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

3 Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

16-

0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1 Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

2 Yaptığım her şey beni yoruyor.

3 Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

17-

0 İştahım her zamanki gibi.

1 İştahım eskisi kadar iyi değil

2 İştahım çok azaldı.

3 Artık hiç iştahım yok.

18-

0 Son zamanlarda kilo vermedim.

1 İki kilodan fazla kilo verdim.

2 Dört kilodan fazla kilo verdim.

3 Altı kilodan fazla kilo verdim.

Son haftayı değerlendirin

***A. Panik atakları*****A.1. Panik atağı sıklığı**

0. Geçen hafta hiç panik atağı olmadı
1. Geçen hafta içinde 1 panik atağı oldu
2. Geçen hafta içinde 2-3 panik atağı oldu
3. Geçen hafta içinde 4-6 panik atağı oldu
4. Geçen hafta içinde 6'dan fazla panik atağı oldu

**A.2. Şiddet**

0. Panik atağı olmadı
1. Ataklar genellikle çok hafif şiddetliydi
2. Ataklar orta derecede şiddetliydi
3. Ataklar epeyce şiddetliydi
4. Ataklar çok şiddetliydi

**A.3. Panik ataklarının her birinin ortalama süresi**

0. Panik atağı olmadı
1. 1-10 dakika arası sürdü
2. 10 dakikadan çok, 1 saatten az
3. 1 saatten çok 2 saatten az sürdü
4. 2 saatten daha uzun sürdü

**U. Ataklardan çoğu beklenen ataklar mı (korkulan durumlarda mı ortaya çıkıyor) yoksa beklenmedik (kendiliğinden) mi?**

5. Çoğunlukla beklenmedik
1. Beklenmedikler beklenenlerden çoğunlukta
2. Bazısı beklendik, bazısı beklenmedik
3. Beklenenler beklenmediklerden çok
4. Çoğunlukla beklendik

***B. Agorafobi, kaçınma davranışı*****B.1. Kaçınma davranışı sıklığı**

0. Hiç kaçınma yok (ya da agorafobi yok)
1. Korku yaratan durumlardan oldukça nadir kaçınma
2. Korku yaratan durumlardan bazen kaçınma
3. Korku yaratan durumlardan sık sık kaçınma
4. Korku yaratan durumlardan her zaman kaçınma

**B.2.Kaçınılan durum sayısı**

- 0.Hiç (ya da agorafobi yok)
- 1.1 durum
- 2.2-3durum
- 3.4-8durum
- 4.Pek çok farklı durumda ortaya çıkıyor.

**B.3.Kaçınılan durumların önemi**

- 0.Önemli değil
- 1.Çok az önemli
- 2.Orta derecede önemli
- 3.Epeyce önemli
- 4.Çok önemli

***C.Beklenti anksiyetesi ya da korkudan korkmak*****C.1.Beklenti anksiyetesinin sıklığı**

- 0.Hiç beklenti anksiyetesi yok
- 1.Panik atağı geçirmekten duyulan korku oldukça nadir
- 2.Panik atağı geçirmekten duyulan korku bazen
- 3.Panik atağı geçirmekten duyulan korku sık sık
- 4.Panik atağı geçirmekten duyulan korku her zaman

**C.2.Bu “korkudan korkmak” ne kadar şiddetliydi?**

- 0.Yok
- 1.Çok az
- 2.Orta derecede
- 3.Epeyce
- 4.Çok şiddetli

***D.Yeti Yitimi*****D.1.Aile ilişkilerinde yeti yitiminin (eş, çocuklar vb.) şiddeti**

- 0.Yok
- 1.Çok az
- 2.Orta derecede
- 3.Epeyce
- 4.Çok şiddetli

**D.2.Sosyal ilişkiler ve boş zamanları değerlendirmede (sinema, sosyal olaylar vb.) yeti yitiminin şiddeti**

- 0.Yok
- 1.Çok az
- 2.Orta derecede
- 3.Epeyce
- 4.Çok şiddetli

**D.3.İş yaşamı ve evdeki sorumluluklardaki yeti yitiminin şiddeti**

- 0.Yok
- 1.Çok az
- 2.Orta derecede
- 3.Epeyce
- 4.Çok şiddetli

***E.Sağlık konusunda endişe***

**E.1.Sağlığa zarar geleceği konusunda endişe. Hastanın bedensel zarara uğrayacağı endişesi**

- 0.Yok
- 1.Çok az
- 2.Orta derecede
- 3.Epeyce
- 4.Çok şiddetli

**E.2.Organik hastalık inancı. Hastanın anksiyete semptomlarının psikolojik değil de somatik nedeni olduğunu düşünmesi.**

- 1.Hiçbir zaman (daha çok ruhsal bir hastalıktır)
- 2.Oldukça nadir
- 3.Bazen
- 4.Sık sık
- 5.Her zaman

**Toplam Puan** (U hariç tüm başlıklara ait puanları toplayın)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duyguları anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi, herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin, anında, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

**(Hiç) (Biraz) (Çok) (Tamamıyla)**

- 1-Şu anda sakinim ( ) ( ) ( ) ( )
- 2-Kendimi emniyette hissediyorum ( ) ( ) ( ) ( )
- 3-Şu anda sinirlerim gergin ( ) ( ) ( ) ( )
- 4-Pişmanlık duygusu içindeyim ( ) ( ) ( ) ( )
- 5-Şu anda huzur içindeyim ( ) ( ) ( ) ( )
- 6-Şu anda hiç keyfim yok ( ) ( ) ( ) ( )
- 7-Başıma geleceklerden endişe ediyorum ( ) ( ) ( ) ( )
- 8-Kendimi dinlenmiş hissediyorum ( ) ( ) ( ) ( )
- 9-Şu anda kaygılıyım ( ) ( ) ( ) ( )
- 10-Kendimi rahat hissediyorum ( ) ( ) ( ) ( )
- 11-Kendime güvenim var ( ) ( ) ( ) ( )
- 12-Şu anda asabım bozuk ( ) ( ) ( ) ( )
- 13-Çok sinirliyim ( ) ( ) ( ) ( )
- 14-Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum ( ) ( ) ( ) ( )
- 15-Kendimi rahatlamış hissediyorum ( ) ( ) ( ) ( )
- 16-Şu anda halimden memnunum ( ) ( ) ( ) ( )
- 17-Şu anda endişeliyim ( ) ( ) ( ) ( )
- 18-Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum ( ) ( ) ( ) ( )
- 19-Şu anda sevinçliyim ( ) ( ) ( ) ( )
- 20-Şu anda keyfim yerinde ( ) ( ) ( ) ( )

**SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (STAI-2)**

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duyguları anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genellikle nasıl hissettiğinizi, herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin, anında, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

**(Hiçbir zaman) (Bazen) (Çoğu zaman) (Her zaman)**

21-Genellikle keyfim yerindedir ( ) ( ) ( ) ( )

22-Genellikle çabuk yorulurum ( ) ( ) ( ) ( )

23-Genellikle kolay ağlarım ( ) ( ) ( ) ( )

24-Başkaları kadar mutlu olmak isterim ( ) ( ) ( ) ( )

25-Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım ( ) ( ) ( ) ( )

26-Kendimi dinlenmiş hissederim ( ) ( ) ( ) ( )

27-Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım ( ) ( ) ( ) ( )

28-Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim ( ) ( ) ( ) ( )

29-Önemsiz şeyler için endişelenirim. ( ) ( ) ( ) ( )

30-Genellikle mutluyum ( ) ( ) ( ) ( )

31-Herşeyi ciddiye alır ve etkilenirim . ( ) ( ) ( ) ( )

32-Genellikle kendime güvenim yoktur ( ) ( ) ( ) ( )

33-Genellikle kendimi emniyette hissederim ( ) ( ) ( ) ( )

34-Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım ( ) ( ) ( ) ( )

35-Genellikle kendimi hüzünlü hissederim ( ) ( ) ( ) ( )



36-Genellikle hayatımdan memnunum ( ) ( ) ( ) ( )

37-Olur olmaz düşünceler beni  
rahatsız eder ( ) ( ) ( ) ( )

38-Hayal kırıklıklarını öylesine  
ciddiye alırım ki hiç unutmam ( ) ( ) ( ) ( )

39-Aklı başında ve kararlı bir insanım( ) ( ) ( ) ( )

40-Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder ( ) ( ) ( ) ( )

## YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (9/89)

HASTA ADI: \_\_\_\_\_  
 PROTOKOL : \_\_\_\_\_

Y-BOCS TOPLAM PUANI (Madde 1-10 toplamı) \_\_\_\_\_  
 TARİH: \_\_\_\_\_  
 HEKİM: \_\_\_\_\_

		Yok	Hafif	Orta	Ciddi	İleri
1. OBSESYONLARLA GEÇEN ZAMAN		0	1	2	3	4
1b. OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)						
		Semptom yok 0	Ortalama uzun 1	Uzun 2	Çok kisa 3	Kısa 4
2. OBSESYONLARDAN ETKİLENME		0	1	2	3	4
3. OBSESYONLARDAN RAHATSIZ OLMA		0	1	2	3	4
4. OBSESYONLARA KARŞI DİRENME		0	1	2	3	4
		Sürekli direnme				Tam teslimiyet
5. OBSESYONLARIN KONTROLÜ		0	1	2	3	4
		Tam kontrol	Yeterli kontrol	Orta kontrol	Az kontrol	Kontrol yok
OBSESYON ALTOPLAMI (madde 1-5 toplamı) _____						
		Yok	Hafif	Orta	Ciddi	İleri
6. KOMPULSİYONLARLA GEÇEN ZAMAN		0	1	2	3	4
6b. KOMPULSİYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)						
		Semptom yok 0	Uzun 1	Ortalama uzun 2	Kısa 3	Çok kısa 4
7. KOMPULSİYONLARDAN ETKİLENME		0	1	2	3	4
8. KOMPULSİYONLARDAN RAHATSIZ OLMA		0	1	2	3	4
9. KOMPULSİYONLARA KARŞI DİRENME		0	1	2	3	4
		Sürekli direnme				Tam teslimiyet
10. KOMPULSİYONLARIN KONTROLÜ		0	1	2	3	4
		Tam kontrol	Yeterli kontrol	Orta kontrol	Az kontrol	Kontrol yok
KOMPULSİYON ALTOPLAMI (madde 1-5 toplamı) _____						
11. OBSESYON VE KOMPULSİYONLARI HAKKINDA HASTANIN İÇGÖRÜSÜ		0	1	2	3	4
		Mükemmel				Yok
		Yok	Hafif	Orta	Ciddi	İleri
12. KAÇINMA		0	1	2	3	4
13. KARARSIZLIK		0	1	2	3	4
14. PATOLOJİK SORUMLULUK		0	1	2	3	4
15. YAVAŞLAMA		0	1	2	3	4
16. PATOLOJİK KUŞKU		0	1	2	3	4
17. GLOBAL CİDDİYET	0	1	2	3	4	5
18. GLOBAL DÜZELME	0	1	2	3	4	5
19. GÜVENİRLİK	MÜKEMMEL = 0	İYİ = 1	ORTA = 2	ZAYIF = 3		

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** Ufuk Bal

**Doğum Tarihi ve Yeri:** 22. 02. 1975/ Adana

**Medeni Durum:** Bekar

**Adres:** Yeni Baraj Mah. 68016 Sok. No:12 01150 Seyhan/ADANA

**Telefon:** 0-505-4515533

**Fax:** -

**E mail:** ufukbala@ hotmail.com

**Mezun Olduğu Tıp Fakültesi:** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Varsa Mezuniyet Derecesi:** -

**Görev Yerleri:** 20. Zırhlı Tugay 30 Yataklı Asker Hastanesi –Şanlıurfa  
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

**Dernek Üyelikleri:** Türk Psikiyatri Derneği

**Alınan Burslar:** -

**Yabancı Dil( ler):** İngilizce