



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK HİZMETLERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ



ANKSİYETE BOZUKLUKLARI KLİNİK PROTOKOLÜ

Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı

ANKARA, 2021

Belge Do rulama Kodu: 5ec1188e-a07a-4a06-b72b-d03f84d557a7

Belge Do rulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı
Anksiyete Bozuklukları Klinik Protokolü (Versiyon 1.0)

T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın Numarası: 1197

ISBN: 978-975-590-804-5

Telif Hakkı Sahibi: © Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2021

Tüm hakları Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne aittir.

Kaynak göstermeksizin alıntı yapılamaz.

İLETİŞİM

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı
Adres: Bilkent Yerleşkesi Üniversiteler Mah. Dumlupınar Blv. 6001. Cadde No: 9, Kat: 8, PK: 06800 Çankaya/Ankara
Tel: 0312 471 15 37
Web: www.shgm.saglik.gov.tr, <https://shgmargestddb.saglik.gov.tr>, hta.gov.tr



ÖNSÖZ

Bakanlığımızın temel hedeflerinden biri, nitelikli ve etkili sağlık hizmetlerini hakkaniyet içinde sunmak olup sağlık hizmetlerinin erişilebilir, etkili, etkin ve kaliteli sunumunu sağlamak Bakanlığımızın 2019-2023 stratejik amaç ve hedefleri arasındadır. Bu kapsamda Genel Müdürlüğümüz çatısı altında hazırlanan klinik rehber ve protokoller, sağlık olgularının yönetiminde kanıta dayalı iyi klinik uygulamaları tanımlamayı, hasta bakım ve güvenlik standartlarını belirlemeyi, etkili ve sürdürülebilir stratejilerin seçiminde tüm sağlık profesyonellerine rehberlik etmeyi hedeflemektedir.

Bu amaçla, sağlık olgularının tanı, tedavi, rehabilitasyon ve izlem süreçleri ile koruyucu ve önleyici hizmetlerin yönetimine ilişkin uluslararası kanıtların, yerel yapılara uyumu göz önünde bulundurularak hazırlanan rehber ve protokoller ile müdahale ve bakım süreçlerinin standart hale getirilmesi için çalışmalar yürütülmektedir.

Anksiyete (kaygı) kişinin nedenini bilmediği ve genellikle gerçek bir nedene bağlı olmayan, kendisinin ya da yakınlarının başına bir şey geleceği, yaşamakta olduğu, gelecekte yaşayabileceği bir durum, zorlukla baş edemeyeceğine dair yoğun kaygı ve bunun yarattığı ruhsal ve fiziksel belirtilerle kendini gösteren ruhsal bir sorundur. Kaygı, vücudumuzun strese karşı normal bir tepkisidir. Ancak kaygı duyguları aşırı ise altı aydan uzun sürüyorsa ve yaşama müdahale ediyorsa, kaygı bozukluğu tanısı aklımıza gelmelidir. Anksiyete bozuklukları, duygusal bozukluğun en yaygın şeklidir ve her yaştaki herkesi etkileyebilir. Anksiyete bozuklukları hem sağlık hizmetine başvuranlarda hem de toplumun diğer kesimlerinde çok yaygındır. Anksiyete bozukluğunun prevalansı %5-6 olup her basamaktaki sağlık hizmetlerinde tanınma oranları hâlâ düşük, uygun ve yeterli tedavi alma oranları ise daha da düşüktür.

Biz, her basamakta sağlık hizmeti sunanların anksiyete bozukluklarının tanınmasında, ayırıcı tanısının yapılmasında, tedavisinin düzenlenmesinde ve izlem sürecinde kullanabilecekleri bir protokol sunmayı amaçladık. Bu protokol, temel psikofarmakoloji bilgisine sahip olduğu varsayılarak, başta aile hekimleri ve psikiyatristler olmak üzere her basamaktaki ve her uzmanlık alanındaki hekimlere kanıta dayalı güncel literatür ve önceki protokoller ışığında yol gösterme amacıyla hazırlanmıştır. Kısa, anlaşılabilir ve sık sık bakılabilecek bir tedavi kaynağı oluşturmak hedeflenmiştir. Protokoller bilgi birikimine koşut olarak güncellenmesi gereken dinamik süreçler olduğundan “Anksiyete Bozuklukları Klinik Protokolü” anksiyete bozuklukları için ilk sürümdür.

“Anksiyete Bozuklukları Klinik Protokolü”nün, sağlık hizmetleri sunumunda klinik kalitenin iyileştirilmesi adına beklenen katkıyı sağlamasını ve faydalı olmasını diler emeği geçen tüm çalışma ekibi üyelerine teşekkür ederim.

Prof. Dr. Ahmet TEKİN
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü



ÇALIŞMA EKİBİ

Proje Koordinatörü

Dr. İlker L. SABUNCUOĞLU

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,
Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme
Dairesi Başkanlığı

Yazarlar (Alfabetik sıraya göre düzenlenmiştir.)

Prof. Dr. Murat DEMET

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nesrin DİLBAZ

Üsküdar Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi,
Psikoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Şebnem PIRILDAR

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Prof. Dr. Tunç ALKIN

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Grafik Tasarım/Mizanpaj

Selda CAN

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,
Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi
Başkanlığı

*Prof. Dr. Hatice GÜZ (Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı) ve
Türkiye Psikiyatri Derneği 'ne katkılarından dolayı teşekkür ederiz.*



İÇİNDEKİLER

| | |
|--|-----------|
| ÖNSÖZ | i |
| ÇALIŞMA EKİBİ | ii |
| TABLOLAR LİSTESİ | iv |
| ŞEKİLLER LİSTESİ | iv |
| KISALTMALAR | v |
| 1. ANKSİYETE VE ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ DEĞERLENDİRMESİ, TANI VE TEDAVİSİ | 1 |
| 1.1. Anksiyete Tanısı | 1 |
| 1.2. Anksiyete Bozuklukları | 4 |
| 1.3. Anksiyete Bozukluklarının Tedavisinde Temel İlkeler | 7 |
| 2. ÖZEL GRUPLARDA ANKSİYETEYE YAKLAŞIM | 9 |
| 2.1. Gebelik ve Doğum Sonrası Dönem | 9 |
| 2.2. Yaşlılık Dönemi | 9 |
| 3. YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU | 10 |
| 3.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tedavisi | 12 |
| 4. PANİK BOZUKLUĞU | 17 |
| 4.1. Panik Bozukluğunun Tedavisi | 19 |
| 5. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU | 23 |
| 5.1. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi | 24 |
| 6. AGORAFOBİ | 28 |
| 6.1. Agorafobinin Tedavisi | 29 |
| 6.1.1. İlaç Tedavileri | 30 |
| 6.1.2. Psikoterapiler | 30 |
| KAYNAKÇA | 32 |



TABLolar LİSTESİ

| | |
|---|----|
| Tablo 1. Anksiyetenin Bedensel, Bilişsel ve Davranışsal Belirtileri..... | 2 |
| Tablo 2. Anksiyete Belirtilerinin/Bozukluklarının Ayırıcı Tanısında Düşünülmesi Gereken Tıbbi Tanılar, Maddeler ve İlaçlar | 3 |
| Tablo 3. Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları Ayırıcı Tanısında Yapılması Gereken Tıbbi Testler | 3 |
| Tablo 4. Anksiyete Bozukluklarında Temel Özellikler | 5 |
| Tablo 5. Anksiyete Bozukluklarında Sık Kullanılan İlaçların Başlangıç ve Tedavi Dozları | 8 |
| Tablo 6. Yaygın Anksiyete Bozukluğu için Sıralı Farmakoterapi Seçenekleri | 13 |
| Tablo 7. Panik Atağı Belirtileri..... | 17 |
| Tablo 8. Panik Bozukluğu için Sıralı Farmakoterapi Seçenekleri | 20 |
| Tablo 9. Sosyal Anksiyete Bozukluğu için Sıralı Farmakoterapi Seçenekleri | 25 |

ŞEKİLLER LİSTESİ

| | |
|--|----|
| Şekil 1. Anksiyete Bozukluklarının Ayırıcı Tanısı..... | 6 |
| Şekil 2. Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Akut Dönem ve Sürdürüm Tedavileri için Akış Şeması | 14 |
| Şekil 3. Panik Bozukluğunda Akut Dönem ve Tedavileri için Akış Şeması | 21 |
| Şekil 4. Sosyal Anksiyete Bozukluğunda Akut Dönem ve Sürdürüm Tedavileri İçin Algoritma | 26 |



KISALTMALAR

| | |
|------|---|
| BDT | Bilişsel Davranışçı Terapi |
| MAOI | Mono Amino Oksidaz İnhibitörü |
| OKB | Obsesif Kompulsif Bozukluk |
| SAB | Sosyal Anksiyete Bozukluğu |
| SNRI | Serotonin Noradrenalin Gerilim İnhibitörü |
| SSRI | Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörü |
| TSA | Trisiklik Antidepresan |
| TSSB | Travma Sonrası Stres Bozukluğu |
| YAB | Yaygın Anksiyete Bozukluğu |



1. ANKSİYETE VE ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ DEĞERLENDİRMESİ, TANI VE TEDAVİSİ

Anksiyete, hemen herkesin hayatının bazı dönemlerinde bir biçimde yaşadığı, iyi tanıdığı bir duygudur. Aynı zamanda anksiyete strese karşı oluşan yanıtların önemli bir parçasıdır ve kişiyi bir tehlike anında eyleme geçmeye hazırlamaktadır. Bu tehlikelerin mutlaka yakın zamanda gerçekleşecek ve yaşamı tehdit eder boyutta olması da şart değildir. Dolayısıyla normal anksiyete rasyonel, gerekli, koruyucu, hatta bazen yaşamsaldır. Günlük yaşamda karşılaşılan birçok durumda (mülakat, sınav, sunum yapma, yeni bir ortama girme vb.) anksiyetenin olağan ve anlaşılabilir bir duygu olduğu unutulmamalıdır.

Hekimler için klinik açıdan önemi olan anksiyete ise tehdiye göre orantısız, gelecek yönelimli, hem öznel hem de nesnel bedensel yönleri olan, gerçekten nahoş ve olumsuz bir duygudur. Patolojik şiddetteki anksiyete zor anlarda kişinin odaklanabilme, düşünebilme, plan yapma ve harekete geçme becerilerini bozabilir. Tedbirler ve kaçınmalar nedeniyle yaşam kalitesi düşer. Patolojik olarak kabul edilen ve hekimin müdahale etmesi gereken anksiyete “beklenenden fazla ya da şiddetli olan”, “gereğinden daha uzun süren” ve böylece “kişinin işlevlerini bozarak ya da sosyal-mesleki yeti yitimi yaratarak günlük yaşamını olumsuz etkileyen” hallerdir.

1.1. Anksiyete Tanısı

Anksiyete genellikle korku, heyecan, huzursuzluk, panik, kötü bir şey olacak hissi olarak tarif edilir. Bu emosyonel hale ister nesnel, ister öznel olsun;

1. Endokrin yanıtların ve otonomik uyarılmanın (arousal) bir yansıması olarak tek tek görülebileceği gibi farklı bileşimlerde de karşımıza çıkabilen **bedensel belirtiler**,
2. “Tehdit ve tehlike odaklı olan anksiyete, uyarıcı ya da var olan anksiyeteyi artırıcı veya sürdürücü nitelikte düşünceler” ile “kendilerinin bu tehlikelerle başa çıkma becerilerini küçümseyen” düşünce içeriğiyle karakterize **bilişsel belirtiler**,
3. Yukarıdaki duygu ve düşüncelerin dışı vuran davranışa yansımaları olan **davranışsal belirtiler** eşlik etmektedir.



Tablo 1. Anksiyetenin Bedensel, Bilişsel ve Davranışsal Belirtileri

| BEDENSEL | BİLİŞSEL | DAVRANIŞSAL |
|---|--|---|
| Çarpıntı Nefes alamama Boğulma hissi Göğüste sıkışma Terleme Titreme Baş dönmesi, sersemlik Hiperventilasyon Epigastrik rahatsızlık Kas gerilimi/ağrıları Hipertansiyon Uyuşma/karınçalanmalar | Endişeler Felaket düşünceleri İntrusif düşünceler-imgeler Ruminasyonlar | Motor huzursuzluk Kaçınmalar Yardım arama Güvence arama davranışları |

Hangi basamakta olursa olsun ilk kez hekime başvuran anksiyete belirtisi olan hasta, bir ayırıcı tanı sorunu yaratmaktadır. Çünkü anksiyete belirtilerine (*Tablo 1*) yol açabilen ya da anksiyete belirtileriyle karıştırılabilen birçok tıbbi durum vardır ve bunlar dışlanmalıdır (*Tablo 2 ve 3*).

Tıbbi hastalıkların seyrinde görülen anksiyete, ya stres yaratan bir tıbbi hastalığa tepki olarak ortaya çıkar, ya önceden var olan herhangi bir anksiyete bozukluğunun alevlenmesi şeklinde görülür ya da tıbbi hastalığın yarattığı patofizyolojiye bağlı olarak gelişir. Genel olarak hastanede görülen hastalarda anksiyete belirtilerinin görülme prevalansı ise %15–30'dur. Yatan hastalar açısından en sık olarak onkoloji, nöroloji, cerrahi ve yoğun bakım birimlerinde anksiyeteyle karşılaşmaktadır. Anksiyete değerlendirildiğinde, en fazla yaşlılarda, akut gelişen hastalıklarda uzun süreli yatışlarda ve yaşamı tehdit eden ciddi hastalıklarda görüldüğü tespit edilmiştir. Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu tedavisinde temel yaklaşım ise neden olan tıbbi hastalığın tedavisidir.



Tablo 2. Anksiyete Belirtilerinin/Bozukluklarının Ayırıcı Tanısında Düşünülmesi Gereken Tıbbi Tanılar, Maddeler ve İlaçlar

| | |
|------------------------------------|---|
| Kardiyovasküler Hastalıklar | Mitral kapak prolapsusu, aritmiler, kardiyomyopati, konjestif kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, hipovolemik durumlar, anemi |
| Respiratuar Hastalıklar | Astım, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), hipoksi, pnömoni, pnömotoraks, pulmoner emboli ve bazı karsinomlar |
| Endokrin Hastalıklar | Hipoglisemi, adrenal işlev bozukluğu, menopoza, tiroid ve paratiroid hastalıkları, feokromasitoma, hipofiz hastalıkları, premenstrual sendrom |
| Metabolik Hastalıklar | Asidoz, hipertermi, hipokalsemi, hipokalemi, hipofosfatemi, akut intermittant porfiri, vitamin B12 eksikliği |
| Nörolojik Hastalıklar | Vestibüler sorunlar-vertigo, serebrovasküler hastalıklar, ensefalopati, multipl skleroz, myastenia gravis, parkinson, polinöropati, kompleks parsiyel nöbetler |
| Toksik Tablolar | Karbondioksit, karbonmonoksit, gazolin, ağır metaller, insektisitler ve organik fosfat bileşikler, boya ile oluşan zehirlenmeler |
| Madde Kullanımı | Alkol, esrar, eroin, kokain, ekstazi vb. kullanımı ya da alkol, benzodiazepin, barbitürat, narkotik vb. yoksunluğu |
| Tıbbi İlaçlar | Aminofilin, teofilin, psödoefedrin, levodopa, dopamin, amfetamin, metilfenidat, fenilefrin, kafein, lidokain, antikolinergik ilaçlar, bazı antihipertansifler (rezerpin, hidralazin), steroidler, tiroid preparatları vb. |

Tablo 3. Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları Ayırıcı Tanısında Yapılması Gereken Tıbbi Testler

| |
|--|
| Hemogram |
| Karaciğer fonksiyon testleri |
| Açlık Kan Şekeri (AKŞ) ve lipid profili |
| Tiroid fonksiyon testleri |
| Elektrolit paneli |
| EKG ve endikasyon varsa ekokardiyografi |
| Endikasyon varsa ve imkan varsa toksikolojik incelemeler |



1.2. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete belirtilerinin odaklandığı durum, özgül tetikleyicileri, ortaya çıkışı, prognozu, yarattığı yeti yitimi gibi klinik özellikleriyle tanımlanmış farklı anksiyete bozukluğu kategorileri/sendromları mevcuttur. Anksiyete bozuklukları, genel toplumda oldukça sıktır ve yaşam boyu prevalansları %17-25'i bulmaktadır.

Ancak bu kategoriler kesin sınırlar oluşturmaz ve dolayısıyla bozukluklar arasında önemli ölçüde semptomatik örtüşme (overlap) söz konusudur. Örneğin, panik atakları hem normal bireylerde, hem de neredeyse tüm anksiyete bozukluklarının yanı sıra depresyon, psikozlar ve bipolar bozukluk gibi başka ruhsal bozuklukları da içeren geniş bir spektrumda görülmektedir. Ruhsal bozukluk ek tanıları, anksiyete bozuklukları için neredeyse bir kural gibidir. Bu durum ayırıcı tanı sorunları ve tedavide güçlükler yaratmaktadır. Tanı ölçütleriyle bakıldığında, anksiyete bozukluğu tanısı alanların %70'inde bir başka anksiyete bozukluğu daha saptanmaktadır. Yaygın Anksiyete Bozukluğuna %90 oranında başka bir ruhsal bozukluk -*büyük çoğunlukla depresyon*- eşlik etmektedir. Uzun süre tanı konulmayan ve tedavi edilemeyen durumlarda yaşanan kronik anksiyete zaman içinde alkol-madde kullanımı sorunlarının eklenmesine yol açabilmektedir. Anksiyete bozukluklarının kısa tanımları ve ayırıcı tanı ağacı Tablo 4 ve Şekil 1'de sunulmuştur.

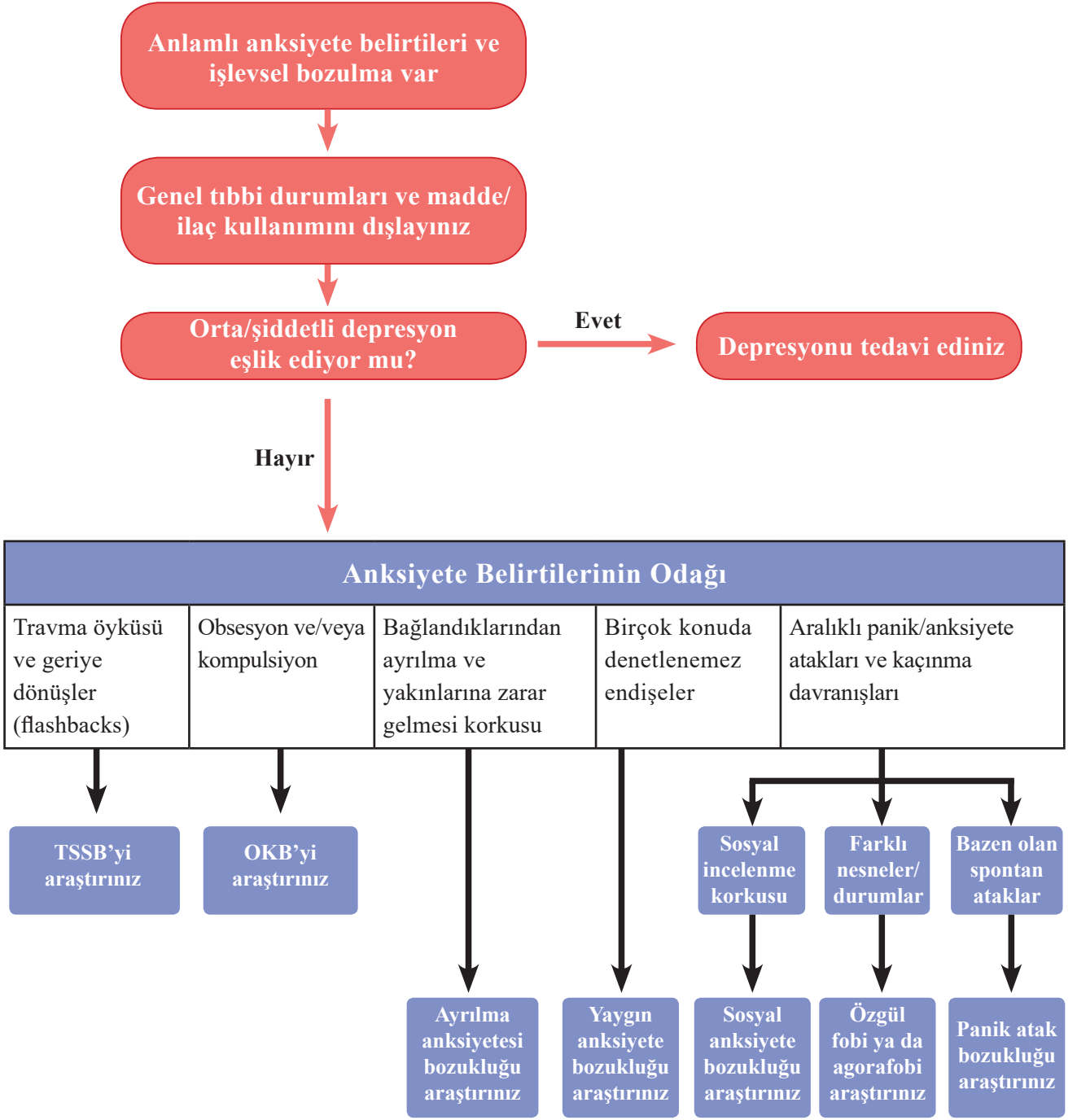


Tablo 4. Anksiyete Bozukluklarında Temel Özellikler

| | AGORAFOBİ VE ÖZGÜL FOBİLER | PANİK BOZUKLUĞU | SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU | YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU |
|--------------------------------|--|--|--|--|
| Temel Özellikleri | <ul style="list-style-type: none">Agorafobi; anksiyete ya da benzeri belirtiler gelişirse yardım almanın, kaçıp kurtulmanın zor olduğu birçok durumdan kaçınma ya da güçlüklerle yapabilmeye halidir.Özgül fobi; belli durum, nesne, kişi ya da hayvanlardan (diş hekimi, asansör, kan-yaralanma vb.) aşırı korkma ve kaçınma ile kendini gösterir. | <ul style="list-style-type: none">Beklenmedik ve yineleyici, şiddetli panik atakları (yoğun huzursuzluk ve korku yaratan, şiddetli bedensel ve bilişsel belirtilerin olduğu, 10-45 dakikalık dönemler) ile karakterizedir.Panik atakları arası dönemde ise süreklilik gösteren tetikte olma hali ve beklenti anksiyetesi yaşanır. | <ul style="list-style-type: none">Toplumsal ya da performans sergilenecek durumlarda yaşanan başkalarının incelenmek, olumsuz değerlendirilmekle ilişkili, ısrarlı, aşırı ve makul olmayan bir anksiyete ile karakterizedir.Bu durumlardan kaçınılır ya da zorlukla katlanılabilir. | <ul style="list-style-type: none">Yaygın Anksiyete Bozukluğu belli bir durumla doğrudan bağlantılı olmayan ısrarlı, abartılı ve uygunsuz bir anksiyete ile karakterizedir.Çok sayıda durum konusunda denetlenemeyen endişe hali mevcuttur.Hastalardaki endişeler ve psikolojik belirtiler kadar bedensel belirtiler de ön plana çıkar. |
| Algılama | <ul style="list-style-type: none">Özgül nesnelere, olaylar, ortamlar ve durumlar tehlikeli, riskli ya da tehdit edici olarak algılanır. | <ul style="list-style-type: none">Panik atağın yinelemesi tehdit edici olarak algılanır.Dikkat bedene yönelmiştir. | <ul style="list-style-type: none">Sosyal ortamlarda dikkat çekme, bakılma, başkalarının incelenme, eleştirilmek ya da hata yapmak kişi için tehdit edicidir. | <ul style="list-style-type: none">Tüm çevre ve gelecekteki olası olumsuz olaylar tehdit edici olarak algılanır. |
| Bilişsellik (Cognition) | <ul style="list-style-type: none">Özgül nesneyle temas ya da fobik duruma girmek felaketle sonuçlanacaktır. | <ul style="list-style-type: none">Panik atakları ölüme ya da ciddi hastalıklara yol açar.Benign bedensel duyumlar yanlış biçimde zarar verici olarak yorumlanır. | <ul style="list-style-type: none">Sosyal ortamlarda pot kıracak ve rezil olacak ve kınanacaktır. | <ul style="list-style-type: none">Gündelik hayattaki birçok sıradan olay felaketle sonuçlanacaktır. |
| Duygulanım (Affect) | <ul style="list-style-type: none">Korkulan nesne ya da durumla temas etmek korku ve öfke yaşatır. | <ul style="list-style-type: none">Panik atakları sırasında yoğun korku oluşur.Ataklar arası dönemde daha düşük şiddette beklenti anksiyetesi yaşanır. | <ul style="list-style-type: none">Sosyal ortamlar ve bu ortamlarda yapılan etkinlikler korku ve anksiyeteyi uyarır. | <ul style="list-style-type: none">Sürekli olarak orta-yüksek düzeyde ve bazen serbest yüzen anksiyeteye benzer anksiyete ve endişe hali yaşanır. |
| Uyarılma (Arousal) | <ul style="list-style-type: none">Aşırı uyarılma (hiperarousal) epizodları olur.Uyku sorunları yaşanır. | <ul style="list-style-type: none">Orta düzeydeki aşırı uyarılma zemininde bile çok şiddetli aşırı uyarılma epizodları (panik atakları) olur.Uyku sorunları yaşanır. | <ul style="list-style-type: none">Sosyal ortamlarda olan aşırı uyarılma (hiperarousal) epizodları olur. | <ul style="list-style-type: none">Sürekli bir aşırı uyarılma (hiperarousal) hali olur.Uyku sorunları yaşanır.Kas ağrıları olur. |
| Davranış | <ul style="list-style-type: none">Fobik nesne ya da durumlardan kaçınılır ve bir eşlikçi ile gidilir. | <ul style="list-style-type: none">Panik atağı korkusuyla olan agorafobik kaçınma davranışları olur. | <ul style="list-style-type: none">Korkulan sosyal ortamlarda ya belirgin anksiyete yaşamak ya da tümünden kaçınma görülür.Çekingene/utangaç tutumlar görülür. | <ul style="list-style-type: none">Endişe şiddetlendiğinde sosyal etkinlikler kısıtlanır.Bilişsel kaçınmalar olur, örneğin kötü haber dinleyememek |
| Kişiler Arası Uyum | <ul style="list-style-type: none">Kişiler arası sorunlar fobik durumla sınırlıdır. | <ul style="list-style-type: none">Agorafobi geliştirse ilişkiler kısıtlanır hatta sosyal izolasyon olabilir. | <ul style="list-style-type: none">Genelleşmiş sosyal fobide sosyal izolasyon olabilir.Mesleki yeti yitimi görülebilir. | <ul style="list-style-type: none">Ailesel ve toplumsal yakın ilişkiler bozulabilir. |
| Diğer Önemli Özellikler | <ul style="list-style-type: none">Agorafobinin panik ataklarına ikincil olarak gelişmesi sıktır. | <ul style="list-style-type: none">Hastaların 2/3'ünde agorafobi gelişir.İyi tedavi edilmeyen olgularda sağlık anksiyetesi gelişebilir. | <ul style="list-style-type: none">Kaçınmalar nedeniyle işsizlik, bekar kalma sıktır.Alkol ve madde bağımlılığına yatkınlık yaratır. | <ul style="list-style-type: none">Sıklıkla depresyon, fobik anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve sağlık anksiyetesi ile birlikte görülür.Yaşlılarda en sık görülen anksiyete bozukluğudur. |



1. ANKSİYETE VE ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ DEĞERLENDİRMESİ, TANI VE TEDAVİSİ



TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

Şekil 1. Anksiyete Bozukluklarının Ayırıcı Tanısı



HASTALIK ANKSİYETESİ BOZUKLUĞU: ANKSİYETE BOZUKLUKLARI KATEGORİSİ DIŞINDA KALAN BİR ANKSİYETE TABLOSU

Sağlık anksiyetesi, kişinin sağlık konusundaki inançlarıyla doğrudan bağlantılı olan ve kendi sağlığıyla ya da hastalanacağıyla ilgili korkularıdır. Tıbbi hastalığı bulunanlarda daha fazla görülmektedir. Sağlık endişeleri toplumda normal olarak bulunur ve yaşlanmayla birlikte bir miktar artar. Sağlık anksiyetesi, yeti yitimi yarattığında ya da günlük işlevleri bozduğunda patolojik boyuta varmıştır. En sık olarak panik bozukluğu ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu hastalarında olmak üzere, bedensel anksiyete belirtilerinin ciddi hastalıklar lehine yorumlanmasının hastalık korkularına yol açtığı bilinmektedir. Sağlık anksiyetesinin nesnel tıbbi bir temelinin olmaması, gereksiz sağlık hizmeti almaya ve hatta kronik prognozu olan klasik bir “hipokondriyazis” tablosuna yol açabilir.

1.3. Anksiyete Bozukluklarının Tedavisinde Temel İlkeler

Tedavide amaç psikolojik ve fiziksel belirtilerin ve işlevselliğin iyileştirilmesidir. İyi bir hasta hekim ilişkisi kurulması önemlidir. Hastaya tedavi seçenekleri anlatılmalı ve hastanın tedavi kararı sürecine katılımı sağlanmalıdır. Hastalar, ilaç tedavisine tolerans geliştirebileceği ya da ilaçların bağımlılık yaratacağı endişesiyle ilaçlara başlamak istemeyebilirler. Hastalar, hatta bazı sağlık profesyonelleri, ilaç tedavisinin semptomatik olduğunu düşünürler, gerçekçi bir tedavi olmadığına inanırlar. Bu nedenle aslında tedaviden yararlanabilecek hastalar için farmakoterapi ihmal edilebilir.

İlaç tedavisi verilecekse anksiyete bozukluğu hastalarının (özellikle panik bozukluğu hastaları) hem yapısal yatkınlıkları hem de bedensel belirtilere odaklanma, her durumu felaket olarak algılama eğilimlerinden dolayı antidepresan tedavinin başlangıcında, anksiyete belirtilerinde bir kötüleşme yaşayabilecekleri, sinirlilik (jitteriness) ve bazı yan etkilerin görülebileceği, düzelmelerin ise daha sonra oluşacağı bilinmeli ve bu belirtilere 7-10 gün içinde tolerans gelişeceği mutlaka hastalara açıklanmalıdır. Hastaların bu durum nedeniyle farmakoterapiyi daha başında kesmemeleri için ilaçlar düşük dozda başlanmalı, terapötik doza 1-2 hafta içinde çıkılmalıdır (*Tablo 5*).



Tablo 5. Anksiyete Bozukluklarında Sık Kullanılan İlaçların Başlangıç ve Tedavi Dozları

| | Başlangıç Dozu | Ortalama Doz | Doz Aralığı |
|--------------------|----------------|--------------|-------------|
| Sertralin | 25 mg | 100 mg | 50-200 mg |
| Paroksetin | 10 mg | 40 mg | 20-50 mg |
| Fluvoksamin | 25-50 mg | 100 mg | 50-200 mg |
| Fluoksetin | 5-10 mg | 20 mg | 10-60 mg |
| Citalopram | 20 mg | 40 mg | 20-60 mg |
| Venlafaksin | 37.5 mg | 150 mg | 75-375 mg |
| Klomipramin | 10-12.5 mg | 75 mg | 50-225 mg |

Tedavi sürecinde hastanın belirtileri ve işlevselliği izlenmelidir. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği genel anksiyete belirtilerinin izlenmesinde kullanılabilir. Hekimin uyguladığı 14 maddelik bu ölçekte, fiziksel ve psikolojik anksiyete belirtileri sorgulanmaktadır. Her madde 0 (yok) ve 4 (şiddetli) olarak değerlendirilen ölçekte, 17 puan altı hafif, 18-24 puan hafif orta, 25-30 puan orta şiddetli anksiyete hali olarak değerlendirilmektedir. Bu ölçek hem hastalık şiddetinin hem de iyileşmenin belirlenmesinde önemlidir.

Anksiyete bozuklukları çoğu zaman ayakta tedavi edilebilir. Belirtilerin doğası, şiddeti, kişinin işlevselliğine olan etkisi ve zorlanma derecesi sorgulanmalıdır. İntihar riski olan, standart tedavilere yanıt vermeyenler ya da tedaviye uyumu yetersiz olanlar ile depresyon, kişilik bozukluğu, madde kullanım bozukluğu gibi ek tanısı olan hastalar ilgili birimlere yatışı yapılarak tedavi edilmelidir.



2. ÖZEL GRUPLARDA ANKSİYETEYE YAKLAŞIM

2.1. Gebelik ve Doğum Sonrası Dönem

Gebelik ve doğum sonrası dönemde ortaya çıkan anksiyete ve ilişkili bozuklukların, gebelik süreci, anne ve çocuk üzerinde olumsuz etkileri olabilir. Erken doğum, sık olarak sezaryen, anemi, daha sık olarak depresyon ve madde kullanımı, gebelik sırasında görülen anksiyete ile ilişkili olumsuz durumlardır. Gebelik dönemindeki anksiyete belirtileri veya anksiyete bozuklukları, annenin psikolojik durumu kadar gebelik sürecini hatta bebeği de etkilemektedir. Gebelik sırasındaki yoğun anksiyete halleri doğum sonrasında çocuğun bilişsel gelişimini olumsuz etkileyerek bir dizi davranışsal ve emosyonel sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Gebelik ve doğum sonrası dönemdeki anksiyete ve anksiyete bozukluklarının tedavisinde “bilişsel davranışçı psikoterapiler” önemli yer tutar. Anksiyete bozukluğunun fetus ve yenidoğanın üzerindeki olumsuz etkilerinin yanısıra, gebelik sürecine ve annenin sağlığına olası etkileri göz önünde bulundurularak, (farmakolojik tedavinin gerektiğine karar verildiyse) teratojenite riski olmayan, yan etkisi düşük ilaçlar ile tedavi edilmelidir.

2.2. Yaşlılık Dönemi

Yaşlıların yaklaşık %10’unda anksiyete ile ilişkili bozukluk görülmektedir. Yaşlı bireyde görülen olası bilişsel yetersizlikler, ruhsal ve bedensel ek tanıları ve ayrıca kullanılacak ilaçların yan ve advers etkileri, anksiyetenin ilaçlar ile tedavisinde, ilaç seçiminin ve doz ayarlamasının son derece dikkatli yapılmasını gerektirmektedir. Gevşeme alıştırıcıları, bilişsel davranışçı psikoterapi teknikleri, destekleyici psikoterapi uygulamaları, yaşlılarda görülen anksiyete ve ilişkili bozuklukların tedavisinde yararlı olmaktadır.



3. YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU

Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), kontrol edilemeyen aşırı endişe, kronik anksiyete ve gerginlik ile karakterize, oldukça sık görülen bir anksiyete bozukluğudur. Depresyon ve diğer anksiyete bozuklukları başta olmak üzere ikincil psikiyatrik bozuklukların gelişmesi ve intihar riskini arttırması nedeniyle tanı konması ve tedavi edilmesi önemlidir.

Yaygın Anksiyete Bozukluğunda en az 6 ay süreyle bir takım olaylar ya da etkinliklerle (günlük yaşam sorunları, işte ya da okulda başarı gösterememe, ekonomik sorunlar gibi) ilgili olan, aşırı kaygı ve endişe ile karakterizedir. Kişi, anksiyetesini ve endişelerini denetlemekte güçlük çeker. Bu endişelere aşağıdaki altı belirtiden en az üç tanesi eşlik eder:

- 1- Dinginleşememe (huzursuzluk), gergin ya da sürekli diken üzerinde olma,
- 2- Kolay yorulma,
- 3- Odaklanmada güçlük çekme ya da zihin boşalması,
- 4- Kolay sinirlenme,
- 5- Kas gerginliği,
- 6- Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta, uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan uyku).

Yaygın Anksiyete Bozukluğu, endişe, bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya, sosyal ve mesleki alanlarda veya önemli diğer alanlarda işlevsellikte bozulmaya neden olur. Bu belirtiler bir madde kullanımına ya da tıbbi bir duruma bağlanamaz ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu olan kişilerde günlük yaşam olayları ve etkinlikleri hakkında ve pek çok farklı konuda sürekli ve denetlenemez bir endişe vardır. Kişilerin endişeleri belli bir konuyla sınırlı değildir. Sürekli olarak gelecekte olabilecek olumsuz durumlara ilişkin düşünürler. Günlük yaşam sorunları, gelecekte oluşabilecek, olumsuz durumlar hakkında endişelenmek normaldir. Ancak bu kişilerde **endişe aşırıdır ve kontrol edilemez.**

Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı alan hastalar, sıklıkla bedensel anksiyete belirtilerinden yakınır. Tremor, çarpıntı, baş dönmesi, bulantı, kas gerginliği gibi fiziksel belirtiler sık görülür.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu kronik bir durumdur ve bu endişeler uzun sürelidir (aylar/yıllar). Hemen her gün, gün boyu devam eder. Olumsuz yaşam olayları, hastalığın ortaya çıkma ya da tekrarlama riskini artırabilir. YAB tek başına ya da sıklıkla diğer anksiyete bozuklukları ve depresyon ile birlikte görülebilir. Ek tanı oranı yüksektir. Ek tanısı olan olgularda hastalık şiddeti daha fazla, işlevsellik daha kötüdür ve bu olgularda iyileşme daha uzun zaman alabilir. Eşlik eden depresyon, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozukluğu ve diğer psikiyatrik bozuklukların belirtileri mutlaka sorgulanmalıdır. Özellikle fiziksel belirtilerin eşlik ettiği olgularda olası tıbbi durumun ayırıcı tanısının yapılması önceliklidir.



3. YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU İLE NORMAL ENDİŞENİN AYIRT EDİLMESİ

- Yaygın Anksiyete Bozukluğu olan kişilerde endişeler gün içinde uzun süre devam eder. İşler yolunda olduğunda da gelecekte olabilecek olumsuzluklar hakkında endişeler devam eder.
- Endişe, yaygın ve kontrol edilmesi güç olup herhangi bir uyaran olmadan ortaya çıkar. Bu endişeler zorlayıcıdır ve kişinin başka konulara odaklanmasını engeller.
- Endişeler uzun süredir vardır ve ilk ne zaman başladığını saptamak güçtür.
- Endişeler yaşam kalitesini bozar. Kas gerginliği, uykusuzluk, ilişki sorunları yaşamaya ve iş veriminin düşmesine neden olur.

NORMAL ENDİŞE İLE YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞUNU AYIRT ETMEDE AŞAĞIDAKİ SORULAR YARARLI OLABİLİR:

- Diğer kişilere göre daha fazla endişelendiğinizi düşünüyor musunuz?
- Çevrenizdeki kişiler fazla endişeli olduğunuzu söylüyor mu?
- Her şey yolunda olduğunda da endişeleniyor musunuz?
- Endişelerinizi durdurmakta ya da dikkatinizi toplamakta zorlanıyor musunuz?
- Endişelenmeye başladığınızda endişeyi durdurmanız zor mu oluyor?

DEĞERLENDİRME

- İyi bir hasta-hekim ilişkisinin kurulması,
- Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı konulması,
- Ayırıcı tanı yapılması,
- Tedaviyi ve prognozu etkileyebilecek ek tanıların saptanması,
- Tedavi için temel bir yapı oluşturulmasına dikkat edilmelidir.

DEĞERLENDİRME AŞAMASINDA ALINMASI GEREKLİ BİLGİLER

- Endişenin süresi ve şiddetinin sorgulanması,
- Zorlanma ve işlevselliğin etkilenmesinin sorgulanması,
- Madde kullanım bozukluğunun sorgulanması,
- Eşlik eden depresyon ve anksiyete bozukluğunun saptanması,
- Özgeçmiş ve aile öyküsünün sorgulanması,
- Önceki tedavi ile tedaviye yanıtın ve uyumun değerlendirilmesi,
- Kişilerarası ilişkiler, yaşam koşulları ve iş yaşamının değerlendirilmesi,
- Hastaların tedaviden beklentilerinin ve tedavi hedeflerinin değerlendirilmesi.



3. YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU

TANI

- Eşlik eden depresif belirtilerin sorgulanması,
- Depresyon belirtileri ve eşlik eden fiziksel belirtilerin olduğu olgularda anksiyete ve endişe belirtilerinin sorgulanması,
- Tıbbi hastalık, alkol ve madde kullanımının sorgulanması (Tablo 2 ve 3),
- Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) tanısının konulması.

3.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tedavisi

Yaygın Anksiyete Bozukluğu tedavisinde psikoterapi ile farmakoterapi etkilidir. Tedavideki hedef, fiziksel ve psikolojik belirtilerin iyileşmesi ve belirtilerin işlevselliğe olan etkisinin en aza indirilmesidir. Şiddeti ne olursa olsun bu hastalarda hangi tür tedavinin uygulanacağı hastanın tercihi, ekonomik etkenler, sertifikalı terapistin erişilebilirlik ve hastalardaki ek tanılara göre belirlenmelidir. Tedavi öncesinde hastanın düşünceleri, beklentileri sorgulanmalı, tedavi ve durum hakkındaki mevcut yanlış bilgiler saptanmalı ve doğru bilgilendirme yapılmalıdır. Bu olgularda tedavi sürecinde psiko-eğitim çok önemlidir. Hastalığı hakkında hem kişiye hem de yakınlarına psiko-eğitim verilmelidir. YAB'ın belirtileri, olası nedenleri, tedavi seçenekleri ve bu tedavilerin etkileri, yan etkileri, avantaj ve dezavantajları hastaya ve ailesine anlatılmalıdır. Psiko-eğitim; anksiyetenin işlevlerinin yanısıra “normal endişe” ve “patolojik endişe” hakkında kişinin bilgilendirilmesini de içermelidir. Ek olarak hastalar “*yaşam biçimi önerileri*” ile sağlıklı davranışlara yönlendirilmelidir. Hastalara gevşeme egzersizleri de anlatılarak gösterilmelidir.

Tedavide çeşitli psikotrop ilaçlar ile Bilişsel ve Davranışçı Terapi (BDT) eşit derecede etkilidir. İki yaklaşım da birinci sıra tedavilerdir. Genellikle “BDT + Farmakoterapi” uygulamalarının, “tek başına BDT” ya da “tek başına ilaçtan” daha etkili olduğu gösterilmiştir. Ancak her iki tedavinin rutin olarak birlikte başlanmasına yönelik veriler sınırlıdır. Şiddetli belirtileri olan ya da tedaviye dirençli olgularda farmakolojik ve psikolojik tedaviler birlikte uygulanabilir. Tedaviye psikoterapilerin eklenmesi hastanın tedaviye uyumunu artırmakta ve ilaç yan etkilerinin azalmasını sağlamaktadır. BDT'ye yeterli yanıt vermeyen kişilerde farmakoterapi ve farmakoterapiye yeterli yanıt vermeyen kişilerde de psikoterapi denenmelidir.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nda etkinliği gösterilmiş farmakolojik tedaviler, Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri (SSRI) ve Serotonin Noradrenalin Gerilim İnhibitörleri (SNRI) grubu antidepresanların yanısıra Trisiklik Antidepresanlar (TSA), benzodiyazepinler, pregabalin ve ketiyapindir.

Hangi basamakta olursa olsun YAB hastalarında, birinci sıra farmakoterapi seçeneklerinden, Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörü (SSRI) grubu antidepresanlar ya da venlafaksinden birisi kullanılmalıdır. Trisiklik antidepresanlar ve benzodiazepinler de etkin anksiyolitik ilaçlar olmalarına rağmen yalnızca yan etki profilleri nedeniyle ikinci sırada yer almaktadır. Pregabalin bazı tedavi rehberlerinde YAB'da



3. YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU

ilk tedavi seçenekleri arasında yer almasına rağmen son yıllarda giderek artan bağımlılık potansiyeli ve zararlı kullanım riski olması nedeniyle reçete edilmeleri konusunda hekimlerde haklı çekimserliğe neden olmuştur. Randomize çalışmalarda plasebodan daha etkili olduğu ve benzodiyazepinlerle benzer bir etkinlik gösterdiği bildirilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından periferik nöropatik ağrı, fibromyalji, YAB ve epilepside 600 mg/gün dozda kullanılması onaylanmıştır. Pregabalin bağımlılık potansiyeli olan olgularda kullanılmamalıdır.

Ketiyapinin YAB'da etkinliğine dair güçlü veriler vardır. Bu olgularda 50-300 mg/gün doz aralığında etkinliği gösterilmiştir. Başlangıç dozu olan 25-50 mg dozda daha iyi tolere edilir, ancak doz arttıkça yan etkiler artar. Düşük doz başlamaya ve basamaklı olarak doz artırmaya dikkat edilmelidir. Ancak kilo alma ve sedasyon gibi yan etkileri nedeniyle tedavinin bırakılma oranları yüksektir. Yan etkileri ve uzun dönemde güvenlik sorunları nedeniyle ketiyapin ancak ikinci sıra tedavi olarak önerilebilir. Ayrıca, antidepresanlara ve benzodiyazepinlere yeterli yanıt alınamayan tedaviye dirençli olgularda da tedavi seçeneğidir.

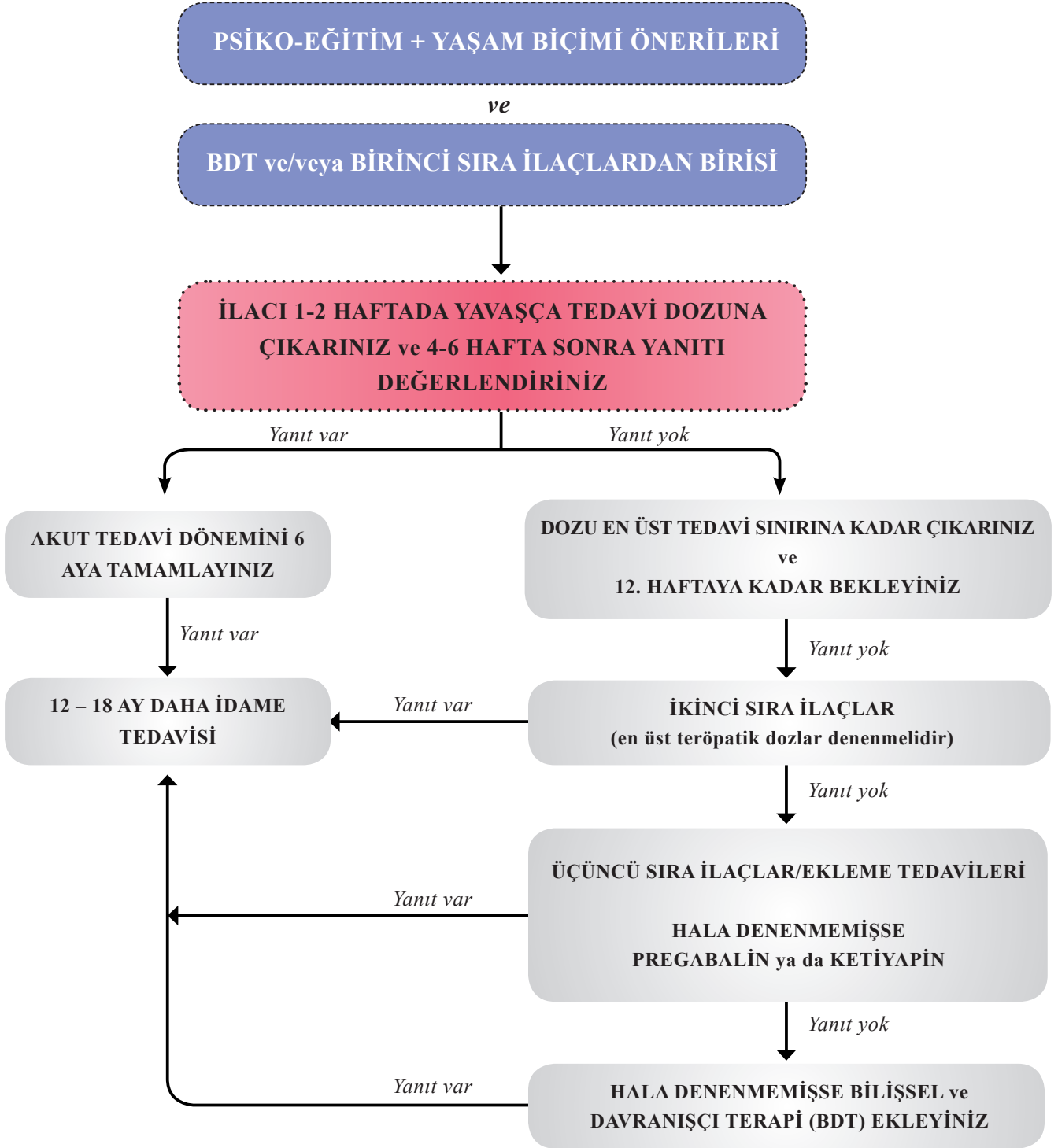
Üçüncü sıra tedaviler ve ekleme stratejilerinin kanıt düzeyleri zayıf olup hangisinin seçileceği daha çok hastanın durumuna, ek tanılara, ilaç yan etkilerine ve hekimin deneyimine kalmaktadır (Tablo 6 ve Şekil 2). Antihistaminikler, özellikle benzodiyazepin kullanılması sakıncalı olgularda alternatif olabilir.

Tablo 6. Yaygın Anksiyete Bozukluğu için Sıralı Farmakoterapi Seçenekleri

| | |
|--------------------------|---|
| Birinci Sıra | Fluoksetin, Fluvoksamin, Sertralin, Paroksetin, Sitalopram, Essitalopram, Venlafaksin XR |
| İkinci Sıra | Klomipramin, İmipramin, Mirtazapin Alprazolam, Klonazepam, Diazepam, Lorazepam Ketiypin, Pregabalin |
| Üçüncü Sıra | Buspiron, Antihistaminikler |
| Ekleme Tedavileri | Alprazolam, Diyazepam, Lorazepam, Ketiypin, Pregabalin Olanzapin, Risperidon, Aripiprazol |



3. YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU



Şekil 2. Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Akut Dönem ve Sürdürüm Tedavileri için Akış Şeması (Ayrıca bk. Tablo 5 ve 6).



3. YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU

TEDAVİ

- Hastalığın şiddeti, hastanın tedavi tercihi, tedavinin ulaşılabilirliği, etkinliği ve güvenilirliği değerlendirilmelidir.
- Psiko-eğitim, yaşam biçimi önerileri, sağlıklı beslenme, iyi uyuma, düzenli egzersiz, kafein, alkol ve sigara tüketimi sınırlandırılmalıdır.
- Yaygın Anksiyete Bozukluğunda BDT ve farmakoterapi birinci sıra tedavilerdir.
- Hafif olgularda “psiko-eğitim ve BDT” tek başına tercih edilebilir. İnternet ortamında bilgisayar aracılığıyla uygulanan terapi programlarının etkinliği gösterilmiştir.
- Orta ve ağır şiddetteki olgularda SSRI ve SNRI grubu ilaçlar tercih edilir.
- Rutinde BDT ve ilaç tedavisi birlikte uygulanmaz.
- Bilişsel Davranışçı Terapiden yararlanmayan hastaya ilaç tedavisi ve ilaç tedavilerinden yararlanmayan hastaya BDT mutlaka uygulanmalıdır.

AKUT DÖNEM FARMAKOLOJİK TEDAVİ

- Farmakoterapi uygulamalarında ilk seçenek SSRI ya da SNRI grubu antidepresanlardır.
- Tedavi başlangıcında antidepresan etkinliği ortaya çıkana kadar düşük doz ve kısa süreli olarak benzodiyazepinler kullanılabilir.
- Tedavinin 4-6'ncı haftasında tedaviye yanıt değerlendirilmelidir.
- 4-6 haftada kısmi yanıt alınan olgularda doz ayarlanması ile tedaviye devam edilebilir.
- 4-6 haftada tedaviye kısmi yanıt alınan olgularda 12 haftaya kadar beklendiğinde tedavi yanıtı artabilir.
- Ancak ilk 4 haftada tedaviye yanıt yoksa ilerleyen dönemde tedaviye yanıt verme olasılığı azdır ve bu olgularda ilacın değiştirilmesi düşünülebilir.
- Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörünün etkili olduğu ama tolere edilemeyen olgularda başka bir SSRI ya da SNRI ilaca geçilebilir.
- 4-6 haftada tedaviye yanıt alınmadıysa, ilacın dozu, tedaviye uyum ve tanı gözden geçirilmeli, tıbbi durum, kişilik sorunları, madde kullanımı değerlendirilmelidir. Bu durumlarda farklı bir SSRI ya da SNRI antidepresana geçilebilir.

PSİKOTERAPİLER

- Bilişsel davranışçı psikoterapiler tedavide etkilidir. Hafif olgularda, hastanın ilaç kullanmayı istemediği ya da ilacın kontrendike olduğu olgularda seçilebilirler.
- İlaçlar ve psikoterapiler rutinde birlikte başlanmaz.



3. YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU

UZUN SÜRELİ TEDAVİ

- Tedaviye yanıt alınan olgularda tedaviye en az 1 yıl devam edilmelidir. Bu olgularda tedaviye 18 aya kadar devam edebilir.
- Yinelemelerin önlenmesine yönelik tedavi planlanmalıdır.
- Tedavi kesilmesi sürecinde ilaçlar birden bırakılmamalıdır.
- İlaçların doz azaltılarak kesilmesi, kesilme belirtileri ve hastalık belirtilerinin geri gelmesinin önlenmesi bakımından önemlidir.
- İlaç dozu basamaklı olarak azaltılmalı ve kesilme süreci en az 3 ay olmalıdır.

TEDAVİYE DİRENÇ

- Yeterli doz ve süre kullanılmasına rağmen yanıt alınamayan olgularda, diğer birinci sıra tedaviler denenmelidir. Yine yanıt alınmadıysa ikinci sıra tedavi seçeneklerine geçilmelidir.
- Birinci sıra tedavilere yanıtız olgularda pregabalin ve ketiyapin mutlaka denenmelidir.
- Birinci ve ikinci sıra tedavilere yanıt vermeyen olgularda ekleme tedavi stratejileri düşünülmelidir.
- Farklı tedavi seçeneklerine yanıt vermeyen olgular “tedaviye dirençli olgular” olarak değerlendirilmelidir.
- Dirençli olgularda tanı tekrar değerlendirilmeli ve eşlik eden tıbbi ve psikiyatrik ek tanılar araştırılmalıdır.



4. PANİK BOZUKLUĞU

Bozukluğun temel özellikleri “*yineleyici panik atakları*” ve “*beklenti anksiyetesi*”dir.

Panik atağı, aniden ve nedensiz oluşan şiddetli bir anksiyete halidir. Şiddetli korku ve huzursuzluğa ek olarak dispne, çarpıntı, göğüs ağrısı, terleme gibi bedensel duyumlar ve ölüm, kontrolünü kaybetme ya da aklını yitirme düşünceleri gibi bilişsel belirtiler eşlik etmektedir. Bu belirtiler hızla ortaya çıkar, şiddeti giderek artar ve başlangıcından sonraki birkaç dakika içinde doruğa ulaşır. Genellikle 10-40 dakika devam eder, yine kendiliğinden sonlanır. Yaşayanlar bu belirtileri kalp krizi geçirdiği, felç olacağı, bayılacağı, kontrolünü yitireceği ve öleceği biçiminde yorumlar (felaketleştirme). O sırada yapmakta oldukları etkinlikleri sürdürmek güçleşmiş, hatta olanaksız hale gelmiştir. Hastalar buldukları ortamdan kaçmak ya da uzaklaşmak için yoğun bir istek duyarlar. Panik atağı hızla tıbbi yardım arayışına neden olur. Bu hastalar önce acil sevislere, sonra da sıklıkla pratisyen hekimlere, kardiyolog ve nörologlara başvururlar. Hala netleşmediyse tıbbi durumun ayırıcı tanısı yapılmalıdır (Tablo 2 ve 3). Panik atağı diyebilmek için atak sırasında, Tablo 7’de sıralanan toplam 13 bedensel ya da bilişsel belirtiden en az dördünün, yoğun korku duygusuna eşlik etmesi gereklidir.

Tablo 7. Panik Atağı Belirtileri

| |
|--|
| • Çarpıntı, kalp atımlarını duyumsama ya da kalp hızında artma olması |
| • Terleme |
| • Titreme ya da sarsılma |
| • Nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma duyumları |
| • Soluğun kesilmesi |
| • Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi |
| • Bulantı ya da karın ağrısı |
| • Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma |
| • Derealizasyon (gerçek dışılık duyguları)/depersonalizasyon (benliğinden ayrılmış olma) |
| • Kontrolünü yitireceği ya da çıldıracağı korkusu |
| • Ölüm korkusu |
| • Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma duyumları) |
| • Üşüme, ürperme ya da ateş basmaları |



4. PANİK BOZUKLUĞU

Bir ya da daha fazla panik atağın yaşanması kişilerde beklenti anksiyetesi denen, daha düşük şiddette ancak süreklilik gösteren bir anksiyete tablosunu tetikler. Beklenti anksiyetesi yeni panik ataklarının olması ve bu atakların sonuçlarıyla (kalp krizi geçirme, ölme, delirme vb.) ilgili ısrarlı bir endişelilik hali ve ataklar sonucunda ortaya çıkan uyum bozucu davranış değişikliklerinin (nabız sayma, egzersizden kaçınma, birilerine yapışma gibi panik ataklarından kaçınma tedbirleri, günlük hayatını tedbirler odaklı yeniden organize etme) oluşması halidir.

Panik bozukluğu tanısı koyabilmek için panik ataklarının yanı sıra en az 1 ay süren beklenti anksiyetesinin de bulunması şarttır.

PANİK BOZUKLUĞU TARAMA SORULARI

- Hiç, beklenmedik bir anda ve nedensiz oluşan, aniden gelen, yoğun bir korku ya da huzursuzluk atakları/dönemleri/nöbetleri yaşadınız mı?

Yanıt EVET ise

- Bu ataklar en şiddetli haline birkaç dakika içinde ulaşıyor muydu?
- Bu atakları birden çok kez yaşadınız mı?
- Bu ataklardan en az bir tane yaşadıktan sonraki bir ay veya daha uzun sürelerde yeniden bir atak gelmesinden korktunuz mu? Bu atakların sonuçlarından endişelendiniz mi?

Hastaların ortalama 2/3'ünde panik ataklarına ikincil agorafobik kaçınmalar gelişebildiğinden her hastada mutlaka agorafobi sorgulanmalıdır. Ancak agorafobi tanı için mutlak gerekli bir durum değildir ve eğer varsa bir ek tanı olarak ele alınmalıdır. Kişilerde *-özellikle iyi tedavi edilmezlerse-* sağlık anksiyetesinden, ciddi bir hastalık anksiyetesi bozukluğuna kadar varan bedensel uğraşlar gelişebilmektedir. Depresyon ve alkol kullanım bozukluğu ek tanısı da sık olarak görülmektedir.

YAŞLILIKTA PANİK

Panik bozukluğunun 45 yaşından sonra başlaması olağan değildir. Bu durumda öncelikle organik bir bozukluğu ya da depresyon gibi başka bir psikiyatrik bozukluğu akla getirmelidir (Bk. Tablo 2 ve 3).



4.1. Panik Bozukluğunun Tedavisi

Her hastada **psiko-eğitim** için bir zaman ayrılması çok önemlidir. Psiko-eğitim; atakların kendiliğinden gelişinin ve belirtilerin oluş düzeneklerinin açıklanması, zararsız olduklarının belirtilmesi, tehlike/tedbir odaklı yaşam biçimi değişikliklerinin yapılmaması, agorafobi geliştirse nasıl ele alınacağı, tedavi seçenekleri, ilaçların yan etkileri vb. gibi konuları içermelidir. Ek olarak “**yaşam biçimi önerileri**” ile hastalar sağlıklı davranışlara (uyku hijyeni, spor, kafein-alkol-sigaradan uzak durma gibi) yönlendirilmelidirler.

Panik bozukluğu tedavisinde ilaçlar ve BDT eşit derecede etkili kabul edilmektedir. *Bu iki yaklaşım da birinci sıra tedavilerdir.* Çoğu olguda 4-6 haftada verilecek, 8-12 seans BDT remisyon sağlamaktadır. Genellikle “BDT + Farmakoterapi” uygulamalarının, “tek başına BDT” ya da “tek başına ilaçtan” daha etkili olduğu gösterilmiştir. Şiddeti ne olursa olsun hangi tür tedavinin uygulanacağı hastanın tercihi, ekonomik etkenler, sertifikalı terapistin erişilebilirlik ve hastalardaki ek tanılara göre belirlenmelidir.

Hangi basamakta olursa olsun panik bozukluğu hastalarında, birinci sıra farmakoterapi olarak SSRI ya da venlafaksinden birisi uygulanmalıdır. İlk ilaç tolere edilemediyse bir başka birinci sıra ilaç verilir. Trisiklik antidepressanlar ve benzodiazepinler oldukça etkin antipanik ilaçlar olmalarına rağmen, görece olumsuz yan etki profilleri nedeniyle *ikinci sıra tedavi* seçenekleri arasında yer almaktadır.

“*Üçüncü sıra tedaviler*” ile benzodiazepinler hariç “*ekleme stratejilerinin*” kanıt düzeyleri oldukça zayıf olup seçenek çeşitliliği kafa karıştırıcı olmaktadır. Hangi hastaya hangi ilacın seçileceği daha çok hastanın klinik durumuna, ek tanılarına ve hekimin deneyimine kalmaktadır (*Tablo 8 ve Şekil 3*). İlaç çalışmalarında bupirion, propranolol, tiagabin ve trazodon panik bozukluğunda etkin bulunmamıştır.

Antidepressan ilaçların doz yanıt ilişkileri belirsiz olsa da yanıt yetersiz olduğunda en üst terapötik dozlara çıkılması önerilmektedir. Klomipramin ve BDT denenmeden hastanın tedaviye dirençli ya da refrakter olduğu söylenemez. Yanıtsızlık durumlarında tekrar bir tanısal değerlendirme yapılmalı; özellikle tiroid hastalıkları, kardiy-respiratuvar hastalıklar, migren, irritabl bağırsak sendromu başta olmak üzere olası bedensel ve psikiyatrik ek tanılar gözden geçirilmelidir.

Şiddetli olgularda BDT ve ilaç tedavisi birlikte düşünülebilir. BDT’den yararlanmayan hastaya ilaç tedavisi ve ilaç tedavilerinden yararlanmayan hastaya BDT mutlaka uygulanmalıdır. Agorafobi ilaçlara pek yanıt vermediğinden tedaviye en azından yaşayarak uygulanan alıştırma tedavilerinin eklenmesi bir zorunluluktur. BDT ile düzelen hastalarda hastalığın yineleme oranları ilaç tedavilerine göre daha düşüktür.



4. PANİK BOZUKLUĞU

Tablo 8. Panik Bozukluğu için Sıralı Farmakoterapi Seçenekleri

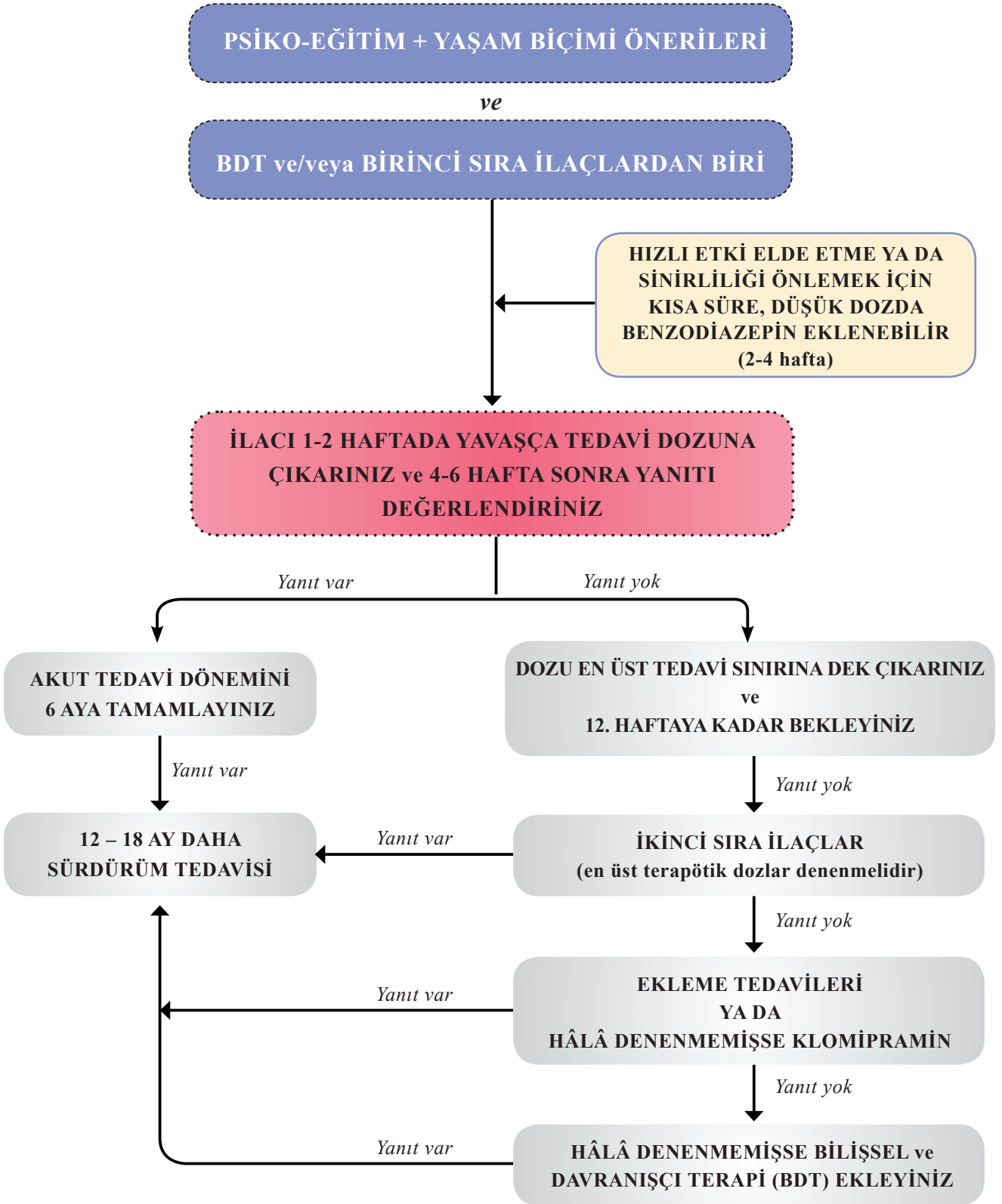
| | |
|--------------------------|---|
| Birinci Sıra | Fluoksetin, Fluvoksamin, Sertralin, Paroksetin, Sitalopram, Essitalopram, Venlafaksin XR |
| İkinci Sıra | Klomipramin, İmipramin, Mirtazapin Alprazolam, Klonazepam, Diazepam, Lorazepam |
| Üçüncü Sıra | Duloksetin, Milnasipran, Moklobemid, Tranilsipromin, Fenelzin, Valproat, Gabapentin, Levatirasetam, Olanzapin, Risperidon, Ketiypin |
| Ekleme Tedavileri | Alprazolam, Klonazepam, Pindolol, Valproat, Aripiprazol, Olanzapin, Risperidon |

PANİK BOZUKLUĞUNDA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ (BDT)'NİN TEMEL YAPISI VE İÇERİĞİ:

- Psiko-eğitim,
- Felaketleştirici düşüncelerin belirlenmesi ve azaltılması,
- İn vivo ve interoseptif alıştırmaları içeren davranışsal deneyler,
- Fobik kaçınmaları ve güvence arama davranışlarının azaltılmasıdır.



4. PANİK BOZUKLUĞU



Şekil 3. Panik Bozukluğunda Akut Dönem ve Tedavileri için Akış Şeması (Ayrıca bk. Tablo 5 ve 8).



4. PANİK BOZUKLUĞU

Tedavi hedefi tam remisyondur. Panik ataklarının -sınırlı belirtili ataklar da dahil olmak üzere- sıfırlanması, beklenti anksiyetesinin tamamen sonlanması ve tüm kaçınma davranışlarının engellenmesi gerekmektedir. Tedavi hastanın kliniğine göre 12-18 ay devam etmelidir. Tedavi kesilmesine karar verildiğinde, ilaçların birden bırakılmaması, ilaçların doz azaltılarak kesilmesi, “kesilme belirtilerinin” oluşmaması ve panik belirtilerinin geri gelmemesi bakımından önemlidir. Dozun basamaklandırılarak azaltılması ve kesilmesi süreci en az 2-3 aya yayılmalıdır.

Panik bozukluğu düzeldikten sonra yinelemeler olabilmektedir. Yinelemelerde aynı tedavi algoritmaları geçerlidir. Tedaviye direnç nadirdir ve daha çok sebat eden şiddetli agorafobi ya da tanı konulmamış bir ayrılma anksiyetesi bozukluğu kaynaklıdır. Dirençli vakalarda ilaç devam sürelerinin uzatılması, farmakoterapiye BDT eklenmesi ve daha “kişiselleştirilmiş BDT tekniklerinin kullanılması” yararlı olmaktadır.



5. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB), bireyin başkaları tarafından yargılanabileceği kaygısını taşıdığı, toplumsal ortamlarda mahcup ya da rezil olacağı konusunda belirgin ve sürekli korkusunun olduğu bir anksiyete bozukluğudur. Hastaların büyük bir kısmı sosyal çekinmeleri nedeniyle tedavi başvurusunda bulunmaz veya başka ek tanılar nedeniyle başvurabilir. Bu nedenle, hastalar değerlendirilirken SAB'ın sıklıkla gözden kaçan bir hastalık olduğunu unutmamak gerekir.

SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞUNUN TEMEL ÖZELLİKLERİ

- Sosyal durumlarda kaygıya yol açan olumsuz değerlendirilme korkusu
- Tipik olarak korkulan durumlarda güvenlik arama davranışları ve/veya kaçınma

Sosyal Anksiyete Bozukluğu olan bireyler başkalarınınca değerlendirilebilecek olduğu toplumsal durumlarda belirgin bir korku ya da anksiyete duyar. Örneğin, karşılıklı konuşma, tanımadıkları insanlarla karşılaşma, gözlenme, başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme gibi. Kişiler olumsuz olarak değerlendirilecek bir biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstereceğinden korkarlar. Küçük düşeceği, utanç duyacağı bir biçimde başkalarınınca dışlanacağı, başkalarının kırılmasına yol açacağı şeklinde endişeleri vardır. Bu nedenle toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı yaratır. Bu durumlardan kaçınılır, ancak yoğun bir korku, kaygıyla bunlara katlanılır. Korku, anksiyete ya da kaçınma süreklilik gösteren bir durumdur, en az altı ay sürmesi gerekir. Kişinin hayatında belirgin bir sıkıntıya neden olur ve işlevselliği düşer.

SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANISI KONULMASINA YARDIMCI SORULAR

- Sosyal durumlarda endişeli görünmekten ya da utanmaktan endişe duyuyor musunuz?
- İnsanların sizin hakkınızda ne düşündükleri hakkında endişeleniyor musunuz?

SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU VE NORMAL UTANGAÇLIK AYIRIMI

- Belirtiler birbirine benzemekle birlikte SAB'da belirtilerin şiddeti, sürekliliği ve kişiye verdiği rahatsızlık derecesi daha fazladır.
- Sosyal Anksiyete Bozukluğu işlevselliği bozar, kişinin aile ve iş hayatında hastalık nedeniyle kayıpları oluşur.
- Sosyal Anksiyete Bozukluğu olan birey, kendi kaygılarına gerektiğinden fazla önem yüklediği için sosyal yaşamı ileri derecede etkilenmiştir.
- Utangaçlıkta, genellikle, başka psikiyatrik ek tanılar ve alkol/madde kullanım bozuklukları bulunmamaktadır.



5. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU

DEĞERLENDİRME

- İyi bir hasta-hekim ilişkisinin kurulması,
- Sosyal Anksiyete Bozukluğu birincil tanısının konulması,
- Ayırıcı tanının yapılması,
- Tedavi ve sonucu etkileyecek eş tanıli durumların belirlenmesi,
- Tedavi planının oluşturulmasıdır.

DEĞERLENDİRME AŞAMASINDA ALINMASI GEREKLİ BİLGİLER

- Belirtilerin doğası, şiddeti ve süresi ile kaçınma davranışları ve güvenlik arama davranışlarının kullanımı,
- Anksiyete şiddeti ve işlevsellikte bozulmanın derecesi,
- Madde kullanım bozukluğu veya tıbbi hastalığı olup olmadığı,
- Eşlik eden başka anksiyete ve/veya depresif bozuklukların varlığı,
- Bireysel ve ailesel psikiyatrik hastalık öyküsü,
- Daha önce aldığı psikiyatrik tedavilerin varlığı, tedavilere yanıtı,
- Kişilerarası ilişkiler, yaşam durumu ve iş hayatının kalitesi,
- Hastanın tedavi beklentilerinin ve tedavi hedeflerinin değerlendirilmesidir.

5.1. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi

Sosyal Anksiyete Bozukluğu tedavisi pragmatik bir yaklaşımla psiko-eğitim ve sağlıklı beslenme, iyi uyku, düzenli egzersiz, kafein, tütün ve alkolün azaltılması gibi yaşam tarzına yönelik öneriler içermelidir. Psiko-eğitim ve yaşam tarzı önerileri mutlaka uygulanmalı ve dikkatlice takip edilmelidir. İlk tedavinin seçimi hastalığın şiddeti, hastanın tercihi, ulaşılabilirlik, ilaçların tolerabilitesi ve güvenilirlikleri gözönüne alınarak randomize kontrollü çalışmalarla desteklenen seçeneklerden yapılmalıdır. Tedavide her şeyden önce iyi bir hasta-hekim ilişkisi kurulması önemlidir.

Sosyal Anksiyete Bozukluğunda birinci sıra farmakoterapi seçeneği olarak bir serotonin geri alım inhibitörü antidepressan (fluoksetin ve sitolopram hariç) ya da venlafaksinden biri uygulanmalıdır. Etkin olmasına rağmen yan etki profilleri ve bağımlılık riskleri nedeniyle kullanımı kısıtlı olan ilaçlar ikinci sırada yer almaktadır. Üçüncü sıra tedaviler ise az çalışılmış, çalışmaların kalitesinin görece düşük olduğu ya da etkinliği çalışmalarda tutarsız bulunmuş olan ve daha çok hastanın durumu ile hekimin deneyimleri temelinde düzenlenebilen ilaçlardır.

Hastalık şiddeti hafif olan SAB hastalarında BDT önerilebilir. Orta şiddetteki olgularda hastanın klinik özelliklerine ve tercihinine göre “tek başına SSRI ya da SNRI”, “tek başına BDT” ya da “BDT ve farma-



5. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU

koterapi kombinasyonu uygun olmaktadır. Uzun sürmüş ya da şiddetli SAB olanlarda ise tedaviye BDT ve ilaçla (SSRI/SNRI) başlanması önerilir.

Tablo 9. Sosyal Anksiyete Bozukluğu için Sıralı Farmakoterapi Seçenekleri

| | |
|--------------------------|---|
| Birinci Sıra | Fluvoksamin, Sertralin, Paroksetin, Essitalopram, Venlafaksin XR |
| İkinci Sıra | Fenelzin, Klonazepam, Pregabalin |
| Üçüncü Sıra | Tranilsipromin, Moklobemid, Sitalopram, Fluoksetin, Duloksetin, Mirtazapin, Bupropion, Atomoksetin, Olanzapin, Gabapentin |
| Ekleme Tedavileri | Buspiron, Paroksetin, Aripiprazol, Risperidon |

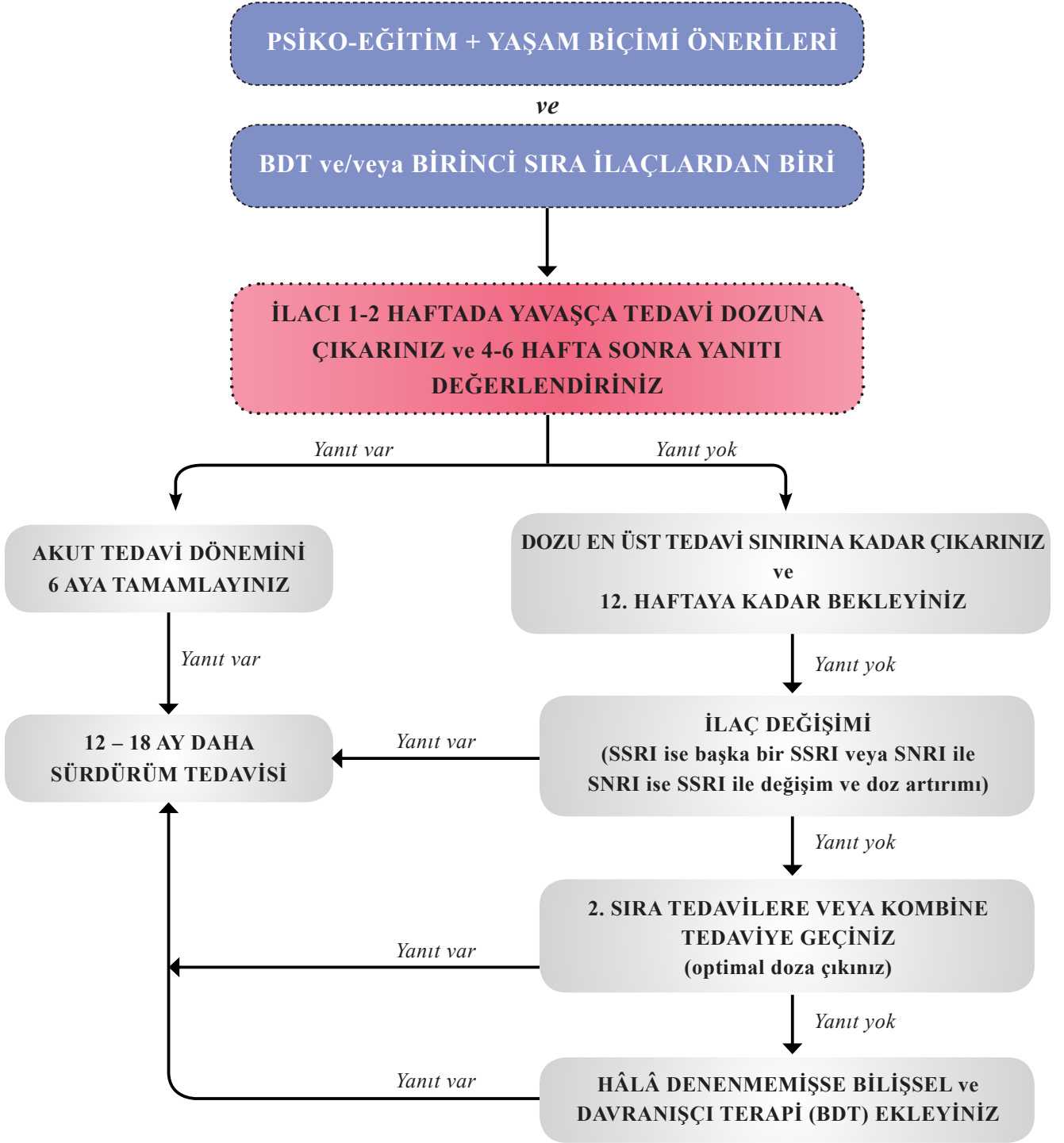
Gerek haftalık uygulanan BDT tedavisi, gerekse ilaç tedavisinin başlanmasından 4-6 hafta sonra tedaviye yanıt konusunda hastanın değerlendirilmesi önerilmektedir. Kısmi yanıt var ise başlangıç tedavisi sürdürülmeli ve hastanın standardize ölçeklerle takibine devam edilmelidir. SSRI etkili ama tolere edilemiyorsa başka bir SSRI ile değiştirilebilir. Eğer ikinci SSRI da tolere edilemiyorsa tedavi SNRI ile değiştirilebilir. Venlafaksine ilk sırada yer vermekle birlikte ilaç seçiminde yan etkilerin göz önüne alınması gerektiği bildirilmiştir. Yan etkilerin doğasına bağlı olarak (ör. cinsel yan etkiler) moklobemide de geçilebilir.

4-6 hafta sonra birinci sıra tedavisine yeterli yanıt olmadığında tedavinin değiştirilmesi gerektiği durumlarda, başlangıç tedavisine BDT ise SSRI veya SNRI eklenebilir. Başlangıç tedavisi olarak ilaç tedavisi seçilmiş ise ya BDT eklenebilir veya önerilen doz aralıkları içinde doz artımı yapılabilir. SAB’da 8 haftada tedaviye yanıt alınamayacağından en az 12 hafta ilacın kullanılması ve maksimum doza çıkılması gereklidir.

Yanıtın olması durumunda en az bir yıl tedavinin sürmesi gerektiği, ilerlemiş hastalarda bu sürenin daha da artabileceği, süreyi azaltmak için BDT’ye başlanabileceği belirtilmiştir. Yanıt alınmadıysa hastanın “yeniden değerlendirilmesi” gereklidir. Burada yanıt alınamayan hastalarda ilk tanının doğru olup olmadığı, eş tanının gözden geçirilmesi, altta yatan tıbbi bir hastalık varlığının araştırılması gibi konular gündeme gelmektedir. Tedavi algoritmasındaki son basamak ise dirençli hastalardır ve burada kombine tedaviye geçmek gerekebilir.



5. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU



Şekil 4. Sosyal Anksiyete Bozukluğu'nda Akut Dönem ve Sürdürüm Tedavileri için Algoritma (Ayrıca bk. Tablo 5 ve 9)



5. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU

BAŞLANGIÇ TEDAVİSİNDE YA DA DEĞİŞİKLİK YAPILDIKTAN 4 HAFTA SONRA HÂLÂ ÇOK AZ YANIT VARSA VEYA HÂLÂ HASTANIN SIKINTILARI DEVAM EDİYORSA:

- Şiddetli kaçınması veya belirgin ek tanıları olan hastaların çok yavaş ilerleme gösterecekleri dikkate alınarak SAB tanısının ve organik hastalıklar, kişilik zorlukları ve madde kullanımı gibi olası ek tanıların (özellikle depresyon ve alkol/madde sorunları) gözden geçirilmesi önerilmektedir.
- Eğer hâlâ kullanılmamışsa BDT ve SSRI veya SNRI kombinasyonu ya da BDT oturumlarının sıklığının artırılması önerilebilir.
- İkinci bir görüş alınması düşünülebilir.

BİRİNCİ SIRA TEDAVİLERE YETERSİZ YANIT VARSA;

Yeterli doz ve yeterli süre iyi uyum gösterilmiş SSRI/SNRI tedavisine ya da BDT tedavisine yanıt yetersiz ise aşağıdaki seçenekler uygulanmalıdır:

- Eğer var olan tedavi iyi tolere ediliyorsa gecikmiş yanıt olabileceği seçeneği göz önüne alınarak var olan tedavi ve takip sürdürülmelidir. En üst tedavi dozunda 12 hafta tedavinin devamı gereklidir.
- Eğer ilk SSRI tolere edilmişse ve SAB belirtileri çok şiddetli değilse farklı bir SSRI denenebilir.
- Serotonin Noradrenalin Gerilim İnhibitörü ile değiştirilebilir.
- Eğer hem SSRI hem de SNRI etkili olmazsa, MAOI (Mono Amino Oksidaz İnhibitörü) tedavisi uygulanabilir.
- Benzodiazepin tedavisi de önerilebilir ancak SAB tedavisinde uzun dönem benzodiazepin kullanımı uygun değildir.
- Pregabalin veya gabapentin tedavisi uygulanabilir.
- Beta blokerler, buspiron ve antipsikotiklerden uzak durulmalıdır.



6. AGORAFOBİ

Sözcük anlamı açık alan korkusu olan agorafobi kişinin, kaçmanın ve diğer insanların yardımını almanın imkansız ya da çok güç olduğu ya da panik atağı veya kusma, düşme, nöbet geçirme gibi kontrol dışı davranışlar sergileyerek utanç duyacağına inandığı bazı durumlardan korku duymasıdır. Yani agorafobiklerin büyük kısmında topluma açık yer ve durumlarda yaşanan ilk ve beklenmedik panik atağından sonra başlama öyküsü vardır. Bu korku mantıksızdır veya yaşanan korkunun şiddeti durumla orantısızdır. Kişi böyle durumlardan kaçınır ya da böyle yerlere gireceği zaman tedbirler almaya gerek duyar.

Otomobil, otobüs, tren, gemi, uçak gibi “*toplu taşıma araçları*”; otoparklar, alışveriş merkezleri, köprüler gibi “*açık alanlar*”; mağaza, tiyatro, sinemalar gibi “*kapalı yerler*”, “*kalabalık yerler de bulunma ve sıra bekleme*”, “*tek başına ev dışına çıkamama*” agorafobinin ve kaçınmanın en sık yaşandığı yer ve durumlardır. Korkuya eşlik eden en belirgin duygu ve düşünceler, söz konusu durumdan kaçmanın güç olacağı düşüncesi ya da bu duruma düşerse yaşayacağı utanma duygusudur.

Agorafobiye neden olan durum ısrarlıdır yani böylesi bir duruma girildiğinde her zaman korku ya da kaygı yaşanır. Kişi, korku, kaygı yaşamamak için durumdan tamamen kaçınır ya da durumu güvendiği bir refakatçi eşliğinde yaşar, duruma yoğun kaygı ya da korku yaşayarak katlanır. Bu şekilde bireyin yaşadığı korku ve kaçınmaya agorafobi tanısı koyabilmek için “en az iki ya da daha fazla sayıdaki fobik durumun”, “en az altı ay boyunca var olması” gereklidir. Ayrıca agorafobide yaşanan korku ve kaygının ya da kaçınmanın kişinin ailesel, sosyal ve mesleki olağan işlevlerinde, belirgin bir bozulmaya yol açması da gerekmektedir.

Agorafobik kaygılar ve kaçınma davranışları, bir tıbbi hastalığa bağlı olarak yetersizlik yaşayan veya öngörülemeyen tıbbi belirtiler nedeniyle “utanma duygusu” yaşayan hastalarda da görülebilmektedir. Çeşitli kardiyovasküler ve respiratuar hastalıklar, yarattıkları fiziksel belirtilerden dolayı yoğun anksiyeteye neden olabilirler. Sonuçta hastaların kendilerini daha güvende hissetmek istemeleri çeşitli kaçınma davranışlarına yol açabilir. Özellikle kalp yetmezliği ve dispne hastaları belirtiler ortaya çıktığında yardımsız kalmaktan korkabilirler. Bu korku ve endişe durumu sonuçta fizyolojik uyarılmaya, fiziksel belirtilerin daha da şiddetli algılanmasına ve kaçınma davranışına neden olur. Hastalar tarafından doğrudan açıklanmayan bu kaçınma davranışları, hastalıkların temel belirtilerine odaklanan hekimler tarafından atlanabilmektedir.

Agorafobi uzun süre panik bozukluğu tanısıyla ilişkili olarak sınıflandırılmış ve panik bozukluğuna ikincil gelişen bir klinik durum olarak tanımlanmıştır. Artık panik ataklar olmaksızın da agorafobinin gelişebileceği anlaşılmıştır. Eğer tanı konması için yeterli ölçütler varsa *-ki çoğu hastada panik bozukluğu eşlik eder-*, her iki tanı da aynı anda konabilmektedir. Agorafobi tanınmaz ya da iyi tedavi edilmezse hastalık anksiyetesi, sosyal anksiyete bozukluğu, depresyon ve alkol/madde bağımlılığı gibi komplikasyonlara yol açabilir.



6. AGORAFOBİ

AGORAFOBİ İÇİN TARAMA SORULARI

- Son 6 aydır belli durumlardan korkuyor musunuz ya da bu gibi durumlarla ilgili olarak yoğun bir kaygı duyuyor musunuz?
- Korktuğunuz durumlardan söz eder misiniz? (aşağıdaki durumların tek tek sorulması gereklidir, aksi halde hastalar söz etmeyebilirler)
 - Taksiye, otobüse, trene, gemiye ya da uçağa binmekten korkuyor musunuz?
 - Araba park yerleri, açık alanda satış yapılan yerler ya da köprüler gibi açık alanlardan korkuyor musunuz?
 - Mağazalar, sinemalar ya da alışveriş merkezleri gibi kapalı alanlardan korkuyor musunuz?
 - Sırada bekleme ya da kalabalık bir ortamda bulunmaktan korkuyor musunuz?
 - Tek başına evin dışına çıkmaktan korkuyor musunuz?
- Söz konusu durumdan neden kaçınıyordunuz ya da ne olabileceğinden korkuyordunuz?
- Söz konusu durumda olduğunuz her zaman korku içinde ya da kaygılı olur musunuz?
- Bu gibi durumlardan kaçınmak için daha değişik bir yol izler misiniz? Meselâ yanınıza birini almak gibi?
- Bu durumdan korkmanız ya da kaçınmanız son 6 aydır çoğu zaman var mıydı?

6.1. Agorafobinin Tedavisi

Agorafobi tedavisinde uygulanabilecek temel tedavi şekilleri ilaç tedavileri ve psikoterapilerdir. Nispeten yeni bir tanı olduğu için agorafobinin ilaçlarla tedavisindeki temel bilgiler, panik-agorafobik bozukluğu olan hastaların ilaç tedavilerinden elde edilmiştir. İki bozukluğun tanı ölçütleri farklı olmasına karşın tedavi algoritmalarında önerilen tedavi seçenekleri benzerdir. Hafif ve orta şiddette panik bozukluğu veya agorafobisi olan hastalar ilaç tedavisi ve bilişsel davranışçı psikoterapi arasında tercih yapabilirler. BDT, hedef belirtilerin tedavisinde oldukça etkilidir. Ağır agorafobili olgularda ve ilaç tedavisini tercih eden hastalar için çeşitli seçenekler bulunmaktadır. Araştırma sonuçları agorafobik ve panik bozukluğu olgularında ilaç tedavisi ile BDT'nin birlikte uygulanmasının en etkili yaklaşım olabileceğini göstermektedir.



PANİK BOZUKLUĞU/AGORAFOBİ TEDAVİSİNDE TEMEL İLKELER

- Panik ataklarının iyileştirilmesi,
- Beklenti anksiyetesinin iyileştirilmesi,
- Kaçınma davranışlarının aşamalı olarak azaltılması,
- İkincil demoralizasyonun giderilmesi,
- Genel işlevselliğin kazandırılması,
- Sosyal ve mesleki işlevlerin aşamalı olarak geri kazandırılmasıdır.

6.1.1. İlaç Tedavileri

Agorafobili panik bozukluğunda ilaç tedavisi genel olarak antidepresanlara dayanmaktadır. Panik bozukluğu tedavisinde antidepresanların etkinliği gösterilmiştir (bk. Tablo 8). Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI) uygun yan etki profilleri, ekonomik ve kolay ulaşılabilmeleri nedeniyle genellikle ilk sıra seçenektir. Ayrıca panik bozukluğu tedavisinde birinci sıra seçenek olan serotonin geri alım inhibitörlerinin ve ikinci sıra seçenek olan trisiklik antidepresanların agorafobik kaçınma davranışında da etkili olduğu gösterilmiştir. Yine de olguların çoğunda ilaç etkileri geç çıkmakta ve genellikle tedaviye davranışçı teknikler eklenmeden hastalar “örtük kaçınmalarını” ve “yaşam biçimi önlemlerini” sürdürdüklerinden tam remisyona ulaşmamaktadırlar.

6.1.2. Psikoterapiler

Bilişsel psikoterapi: Danışanın korkutucu uyaranlara ilişkin mantık dışı ve işlevsiz düşüncelerini ele alarak, bunları değiştirme esasına dayanmaktadır. İşlev bozucu otomatik düşünceler daha adaptif ve gerçekçi inançlarla değiştirilir.

Gerçek yaşamda alıştırma (in vivo exposure): Agorafobik ana tanı olduğu zaman “gerçek yaşamda korkulan durumlara alıştırma” uygulanan temel davranışçı terapi tekniğidir. Korkulan nesne, durum veya aktiviteye gerçek yaşamda yaşayarak alışmaya dayanmaktadır. İki tip uygulaması bulunmaktadır:

- **Aşamalı alıştırma:** Korkulan duruma alışma seansları en az korku yaratan durumdan en fazla korku yaratan duruma dek hiyerarşik bir süreç içinde “aşamalı olarak yaşayarak” gerçekleştirilir.
- **Flooding tarzında alıştırma:** Bireyi gerçek yaşamdaki korkulan duruma bir kerelik ve spontan olarak rahatlayıncaya kadar şiddetli maruz bırakma şeklinde uygulanır.

İmgelemde alıştırma (imaginal exposure): Eğer kaçınılan/korkulan durum kolaylıkla gerçek yaşamda yaşanabilen bir durum değilse, hastanın aktif olarak korktuğu durumu hayalinde canlandırarak yaşaması esasına dayanmaktadır. Gerçek yaşamda, alıştırma tekniğindeki aşamalı alıştırmalara benzer şekilde aşamalı olarak uygulanır.



6. AGORAFOBİ

Beden duyularına alıştırma (interoseptif exposure): Hastanın çarpıntı, nefes darlığı gibi korkutucu beden duyuları (örn. baş dönmesi, dispne) ile yüzleşmesi amacıyla uygulanan bir tekniktir. Özellikle agorafobiye eşlik eden şiddetli panik benzeri belirtilere etkilidir.

Sanal gerçeklik alıştırmaları (virtual reality exposure): Gerçek yaşamda alıştırma yöntemine benzer şekilde, ancak fobik uyarının hastaya bilgisayar ile verilmesi esasına dayanmaktadır. Görsel sanal gerçeklik uyarıları özel gözlükler ya da özel ortamlarda projeksiyon sistemleri aracılığıyla, işitsel sanal gerçeklik uyarıları ise özel kulaklık ya da yüksek ses aracılığıyla verilir. Amaç, gerçek dünyadan alınmış uyarılarla kişinin sanal ortamda karşılaşmasını sağlamaktır.



KAYNAKÇA

1. Abejuela HR, Osser DN. *The Psychopharmacology Algorithm Project at the Harvard South Shore Program: an algorithm for generalized anxiety disorder. Harv Rev Psychiatry.* 2016; 24: 243-56.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).* Washington, DC: American Psychiatric Association, Fifth Ed. 2013.
3. Andrews G, Bell C, Boyce P, Gale C, Lampe L, Marwat O et al. *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. Aust N Zealand J Psychiatry.* 2018; 52: 1109-72.
4. Andrisano C, Chiesa A, Serretti A. *Newer antidepressants and panic disorder: a meta-analysis. Int Clin Psychopharmacol.* 2013; 28: 33-45.
5. Bakker A, van Balkom A, Spinhoven P. *SSRIs vs. TCAs in the treatment of panic disorder: a meta-analysis. Acta Psychiatr Scand.* 2002; 106: 163-7.
6. Balaram K, Marwaha R. *Agoraphobia.* 2020 Mar 31. *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554387>.*
7. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Allgulander C, Bandelow B, den Boer JA et al. *Evidencebased pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: A revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol.* 2014; 28: 403-39.
8. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Möller HJ; *WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders - first revision. World J Biol Psychiatry.* 2008; 9: 248-312.
9. Bandelow B, Reitt M, Röver C, Michaelis S, Görlich Y, Wedekind D. *Efficacy of Treatments for Anxiety Disorders: A Meta-Analysis. Int Clin Psychopharmacol.* 2015; 30: 183-92
10. Bandelow B, Lichte T, Rudolf S, Wiltink J, Beutel ME. *The German guidelines for the treatment of anxiety disorders. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2015; 265: 363-73.
11. Bandelow B. *Current and Novel Psychopharmacological Drugs for Anxiety Disorders. Adv Exp Med Biol.* 2020; 1191: 347-35.
12. Bighelli I, Castellazzi M, Cipriani A, Girlanda F, Guaiana G, Koesters M et al. *Antidepressants versus placebo for panic disorder in adults. Cochrane Database Syst Rev.* 2018; 4: CD010676.doi: 10.1002/14651858.
13. Borkovec T, Ruscio A. *Psychotherapy for generalized anxiety disorder. J Clin Psychiatry.* 2001; 62 (Suppl 11): 37-42, discussion 43-35.
14. Boschen MJ. *A meta-analysis of the efficacy of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder. Can J Psychiatry.* 2011; 56: 558-66.
15. Canton J, Scott KM, Glue P. *Optimal treatment of social phobia: systematic review and meta-analysis. Neuropsychiatric Dis Treat.* 2012; 8: 203-15.
16. Carl E, Stein AT, Levihn-Coon A, Pogue JR, Rothbaum B, Emmelkamp P et al. *Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. J Anxiety Disord.* 2019; 61: 27-36.
17. Carl E, Witcraft SM, Kauffman BY, Gillespie EM, Becker ES, Cuijpers P, et al. *Psychological and pharmacological treatments for generalized anxiety disorder (GAD): a meta-analysis of randomized controlled trials. Cogn Behav Ther.* 2020; 49: 1-21.



18. Chessick CA, Allen MH, Thase M, Miralha da Cunha AAB, Kapczinski FF, de Lima MS et al. Azapirones for generalized anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; 3: CD006115.doi: 10.1002/14651858.
19. Demet MM. Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozuklukları. Tükel R, Alkın T (eds). *Anksiyete Bozuklukları.* Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006, 563-77.
20. Dilbaz N, Güz H. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun fenomenolojisi. Tükel R, Alkın T.(eds)*Anksiyete Bozuklukları.* Ankara. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006, 185-203.
21. Dilbaz N, Darçın AR. *Psychopharmacology and psychotherapy of social anxiety disorder.* *Turkiye Klinikleri J Psychiatry.* 2015; 8: 61-6.
22. Elbir M, Topbaş AÖ, Bayad S, Kocabaş T, Topak OZ, Çetin Ş et al. DSM-5 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin klinisyen versiyonunun Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *Turk Psikiyatri Derg.* 2019; 30: 51-6.
23. Hofmann SG, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry.* 2008, 69:621-32.
24. Kapczinski F, Lima MS, Souza JS, Schmitt R:. *Antidepressants for generalized anxiety disorder.* *Cochrane Database Syst Rev.* 2003; 2: CD003592. doi: 10.1002/14651858.
25. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M. *Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders.* *The Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf of the Anxiety Disorders Association of Canada and McGill University.* *BMC Psychiatry.* 2014, 14 (Suppl 1): S1. doi: 10.1186/1471-244X-14-S1-S1.
26. LaLonde CD, Van Lieshout RJ. *Treating generalized anxiety disorder with second generation antipsychotics: a systematic review and metaanalysis.* *J Clin Psychopharmacol.* 2011; 31: 326-33.
27. Lydiard RB, Rickels K, Herman B, Feltner DE. *Comparative efficacy of pregabalin and benzodiazepines in treating the psychic and somatic symptoms of generalized anxiety disorder.* *Int J Neuropsychopharmacol.* 2010; 13:229-41.
28. Lim L, Chan HN, Chew PH, Chua SM, Ho C, Kwek S et al. *Ministry of Health Clinical Practice Guidelines: Anxiety Disorders.* *Singapore Med J.* 2015;56:310-5.
29. Mitte K, Noack P, Steil R, Hautzinger M. *A meta-analytic review of the efficacy of drug treatment in generalized anxiety disorder.* *J Clin Psychopharmacol.* 2005; 25: 141-50.
30. Otto MW, Tuby KS, Gould RA, McLean RY, Pollack MH:. *An effect-size analysis of the relative efficacy and tolerability of serotonin selective reuptake inhibitors for panic disorder.* *Am J Psychiatry.* 2001; 158: 1989-92.
31. Perna G, Caldirola D. *Management of treatment-resistant panic disorder.* *Curr Treat Options Psychiatry.* 2017; 4: 371-86.
32. Perna G, Daccò S, Menotti R, Caldirola D. *Antianxiety medications for the treatment of complex agoraphobia: Pharmacological interventions for a behavioral condition.* *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2011; 7: 621-37.
33. Perugi G, Frare F, Toni C. *Diagnosis and treatment of agoraphobia with panic disorder.* *CNS Drugs.* 2007; 21: 741-64.
34. Pompoli A, Furukawa TA, Imai H, Tajika A, Efthimiou O, Salanti G. *Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis.* *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; 4: CD011004.doi: 10.1002/14651858.
35. Rickels K, Shiovitz TM, Ramey TS, Weaver JJ, Knapp LE, Miceli JJ. *Adjunctive therapy with pregabalin in generalized anxiety disorder patients with partial response to SSRI or SNRI treatment.* *Int Clin Psychopharmacol.* 2012; 27: 142-50.
36. Stein DJ, Baldwin DS, Bandelow B, Blanco C, Fontenelle LF, Lee S et al. *A 2010 evidence-based algorithm for the pharmacotherapy of social anxiety disorder.* *Curr Psychiatry Rep.* 2010;12: 471-7.



37. Quagliato LA, Cosci F, Shader RI, Silberman EK, Starcevic V, Richard Balon R et al. International Task Force on Benzodiazepines. selective serotonin reuptake inhibitors and benzodiazepines in panic disorder: a meta-analysis of common side effects in acute treatment. *J Psychopharmacol.* 2019; 33: 1340-51.
38. Williams T, Hattingh CJ, Kariuki CM, Tromp SA, van Balkom AJ, Ipser JC et al. Pharmacotherapy for Social Anxiety Disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 10: CD001206. doi: 10.1002/14651858.
39. Winter E. Agoraphobia. *Johns Hopkins Psychiatry Guide, 2017. Johns Hopkins Guide, www.hopkinsguides.com/hopkins/view/Johns_Hopkins_Psychiatry_Guide/787057/all/Agoraphobia.*
40. Zugliani MM, Mariana C, Cabo MC, Nardi AE, Perna G, Freire RC. Pharmacological and neuromodulatory treatments for panic disorder: clinical trials from 2010 to 2018. *Psychiatry Investig.* 2019; 16: 50-8.
41. Zulfarina MS, Syarifah-Noratiqah SB, Nazrun SA, Sharif R, Naina-Mohamed I. Pharmacological therapy in panic disorder: current guidelines and novel drugs discovery for treatment-resistant patient. *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2019; 17: 145-54.