

Yaygın anksiyete bozukluğu: Birinci basamakta görülme sıklığı ve tanı güçlükleri

Generalized anxiety disorder: prevalence and diagnostic difficulties in primary care

Mehtap Kartal¹, Nilgün Özçakar²

Özet

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) kendini aşırı endişe ve belirgin tetikte olma belirtileriyle gösterir. ICD (International Classification of Disease) ve DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sınıflandırmalarında YAB için farklı tanı ölçütleri vardır: Tanı koymadaki bu farklılıklara rağmen YAB'nun birinci basamakta depresyondan sonra en sık görülen ruhsal bozukluk olduğu bilinmektedir. YAB, hastaların sağlık sistemine getirdikleri ekonomik yükün yanında, iş gücü kayıpları ve yaşam kalitesindeki düşme oldukça çarpıcıdır. YAB tanısı koymada pek çok ülkede sorun yaşanmaktadır. Bu durum, hastanın sıklıkla psikolojik şikâyetlerden çok fiziksel semptomlarla başvurmasına ve damgalanma (stigmatizasyon) endişesine bağlansa da, hekimlerin ruhsal hastalıklara yaklaşımının payı da yadsınmaz. Tedavi için birinci basamağa başvuran YAB hastaları burada hekimin ilgilenmekte zorlandığı, hayal kırıklığı yaşadığı grup içinde de önemli yer tutmaktadır. Bu kısa derlemenin amacı birinci basamak hekimlerinin dikkatini hastalığa ve birinci basamaktaki tanısının zorluklarına çekmektir.

Anahtar sözcükler: Anksiyete bozuklukları, hekim, aile.

Summary

Generalized anxiety disorder (GAD) presents with excessive worrying and marked hypervigilance symptoms. It has different diagnostic criteria in ICD (International Classification of Disease) and DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Despite the differences in diagnosis, it is known to be the second most frequent mental disorder after depression in primary care. Besides the economic burden on the health care system, decreased quality of life with decreased productivity is striking in GAD. Physicians in various countries are known to have difficulties in diagnosing GAD. Although the complexity of this situation is frequently explained by the patients' presentations with physical symptoms rather than psychological and by the concern of stigmatization, is not possible to deny the contribution of the physicians' approach to mental illnesses. GAD patients applying primary care facilities for their treatment constitute an important part of the patients that physicians have difficulties in managing and experience frustration. In this brief review, we aim to raise awareness in primary care physicians about GAD and discuss the difficulties of its diagnosis in primary care.

Key words: Anxiety disorders, physicians, family.

Kaygı bozuklukları kategorisinde yer alan, aşırı endişe ve belirgin tetikte olma davranışı ile seyreden Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), 1980'ler öncesinde "anksiyete nevrozu" olarak adlandırılıyordu. Bu bariz adlandırmaya rağmen hastalığın bağımsız, farklı ve tedavi edilebilir bir psikiyatrik hastalık olarak değerlendirilmesi ile ilgili bir karmaşa söz konusudur.¹ Avrupa'da kullanılan ICD (International Classification of Disease) ve Amerika'da tercih edilen DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) YAB'ı

farklı ölçütlerle değerlendirilmektedirler (Tablo 1 ve Tablo 2).^{2,3} 1990'larda yapılan çok sayıda çalışma ile daha uygun tanı araçları geliştirilmekle birlikte kavramsal alt yapıdaki bu farklılık halen sürmektedir. Yaşanan bu süreçte rağmen depresyon ve panik bozukluk gibi psikiyatrik hastalıklarla karşılaştırıldığında YAB'nun genel popülasyonda yaşam boyu prevalansı DSM kriterlerine göre %5, daha geniş kriterleri olan ICD-10 kullanıldığında ise %6.5'tur.¹ Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırmasında YAB'nun son 12 aydaki sıklığı %0.7 olarak bulunmuş-

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Yard. Doç. Dr., İzmir

Tablo 1. DSM IV'e göre yaygın anksiyete bozukluğu tanı kriterleri²

300.02 yaygın anksiyete bozukluğu
A. En az 6 ay süreyle hemen her gün ortaya çıkan, (işte ya da okulda başarı gibi) birçok olay ya da etkinlik hakkında aşırı anksiyete ve üzüntü (endişeli beklentiler) duyma.
B. Kişi, üzüntüsünü kontrol etmeyi zor bulur.
C. Anksiyete ve üzüntü, aşağıdaki altı semptomdan üçüne (ya da daha fazlasına) eşlik eder (son 6 ay boyunca hemen her zaman en azından bazı semptomlar bulunur). Not: Çocuklarda sadece bir maddenin bulunması yeterlidir.
<ul style="list-style-type: none"> • Huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe • Kolay yorulma • Düşünceyi yoğunlaştırmada zorluk çekmek ya da zihnin durmuş gibi olması • İritabilite • Kas gerginliği • Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük çekme ya da huzursuz ve dinlendirmeyen uyku)
D. Anksiyete ve üzüntü odağı bir Eksen 1 bozukluğunun özellikleri ile sınırlı değildir, örn. anksiyete ya da üzüntü bir panik atağı olacağı (panik bozukluğunda olduğu gibi), genel bir yerde utanç duyacağı (sosyal fobide olduğu gibi), hastalık bulaşmış olma (obsesif-kompulsif bozuklukta olduğu gibi), evden ya da yakın akrabalarından uzak kalma (ayrılma anksiyetesinde olduğu gibi), kilo alma (anoreksiya nervozada olduğu gibi), birçok fizik yakınmanın olması (somatizasyonda olduğu gibi) ya da ciddi bir hastalığının olması (hipokondriazisde olduğu gibi) ile ilgili değildir. Anksiyete ve üzüntü sadece post-travmatik stres bozukluğuna bağlı değildir.
E. Anksiyete, üzüntü ya da fizik yakınmalar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.
F. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve sadece bir duygudurum bozukluğu, psikoz ya da yaygın gelişimsel bozukluk sırasında ortaya çıkmamaktadır.

*Kaynak 2'deki haliyle kullanılmıştır.

tur.⁴ Özcan ve arkadaşları ise, bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran 18 yaş üstü hastalar arasında YAB yaygınlığını %10.3 olarak belirlemiştir.⁵

Diğer anksiyete bozukluklarında olduğu gibi, YAB hastaları da tedavi için sıklıkla birinci basamağa başvururlar. DSÖ'nün bir çalışmasında birinci basamakta YAB sıklığı Yunanistan'da %14.9, İtalya'da %3.7 ve Türkiye'de %0.9 bulunmuştur. Ülkeler arasındaki birinci basamak hizmet sunumlarından kaynaklandığı düşünülen bu farklılığa rağmen, birinci basamaktaki YAB nokta prevalansı genel popülasyondakinden çok daha yüksektir; (%7.9).⁶ DSÖ'nün verilerinin yeniden analizi ile bu hastaların %25'nin herhangi bir komorbiditesi olmayan saf YAB olduğu gösterilmiştir. Bu veriler ışığında YAB depresyondan sonra birinci basamakta en sık görülen ruhsal bozukluktur.⁷ Ansseau ve arkadaşları kaygı/depresyon nedeniyle aile hekimine başvuran hastaların %84.6'sında YAB ve/veya depresyon belirtileri saptamışlardır.⁸

YAB'nda komorbidite düzeyi diğer mental hastalıklardan daha yüksek olmasa da, sıklıkla depresyon ve diğer

anksiyete bozukluklarıyla, zaman zaman da madde bağımlılığı ile birlikte görülmektedir.¹⁷

YAB'nun etiolojisinde, panik ve sosyal anksiyete bozukluklarına benzer biyolojik ve psikolojik hassasiyetlerin yanında kalıtımın da rolünün olduğuna dair çok sayıda bulgu bulunmakla birlikte, etiolojisi tam olarak açıklanamamıştır.^{9,10}

Tablo 2. ICD-10'a göre yaygın anksiyete bozukluğu tanı kriterleri³

F41.1 Yaygın Anksiyete Bozukluğu
Anksiyete yaygın ve inatçıdır, fakat herhangi belirli çevre durumlarıyla sınırlı veya hatta çok ağırlıklı değildir (serbest süren anksiyete gibi). Baskın belirtiler değişkendir, fakat sıklıkla sürekli bir sınırlılık hali, titreme, kas gerginliği, terleme, başta hafiflik hissi, çarpıntı, sersemlik hissi ve epigastrik rahatsızlık hissidir. Sıklıkla hasta veya yakınlarının hasta olacağı veya geleceği başına bir kaza geleceği korkusunu ifade edilir.
Anksiyete
<ul style="list-style-type: none"> • Nevrozu • Reaksiyonu • Durumu
Hariç tutulan: nevrasteni (F48.0)

*Kaynak 3'den Türkçeye tercüme edilmiştir.

YAB'nun başlangıcı diğer anksiyete bozukluklarından farklıdır. Birçok anksiyete bozukluğu 20'li yaşlardan önce gelişir; oysa YAB'nun prevalans hızı adolesan ve genç erişkinlerde düşüktür, büyük ölçüde yaşla birlikte artış gösterir. 55 yaş ve üzeri erişkinlerde en fazla görülen anksiyete bozukluğunun YAB olduğu düşünülmektedir.^{1,7} Kentsel bir birinci basamak sağlık kurumunda, YAB'nun özellikle kadınlarda, ayrı yaşayan veya boşanmış bireylerde, fiziksel sağlığını kötü algılayanlarda sık olduğu ve YAB hastalarının diğer mental hastalıkları olanlara göre daha sık ailesel sıkıntılar bildirdikleri gösterilmiştir.¹¹

YAB hastaları tedavi için birinci basamak sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmaktadırlar. Bir çalışmada YAB hastalarının birinci basamağa, diğer birinci basamak hastalarına göre iki kat fazla başvurdukları bulunmuştur; bu özellik YAB'nun genel popülasyondaki nokta prevalansı birinci basamaktan yüksek olan diğer anksiyete bozukluklarından ayırmaktadır.^{1,7,12} İdari sebepler dışında, aile hekimlerine ilk üç başvuru nedeni kulak-burun-boğaz, kalp-damar ve iskelet sistemi hastalıklarıdır; hastaların sadece %5.4'ü psikiyatrik nedenlerle başvurmuştur. Bununla birlikte tüm hastaların %42.5'inin sınırda (eşik) psikiyatrik bozukluk tanı ölçütlerine sahip oldukları, ölçütleri karşılayamamaları da bazı belirtileri gösterdikleri (eşik-altı) saptanmış, %10.3'ünde YAB bulunmuştur.¹³

YAB hastalarının diğer psikiyatrik hastalıklarla komorbiditesi sağlık sisteminin daha fazla kullanımıyla birlikte daha fazla hastanede yatma, daha fazla tanı testleri kullanımı, daha fazla ilaç kullanımı ve daha fazla ailesel sıkıntı ile birlikte daha fazla işten uzak kalmayla sonuçlanmaktadır.^{7,12} YAB olan hastaların %27'si değerlendirme öncesindeki ay içinde ortalama 4.6 işgünü kaybı ile orta veya ağır düzeyde sosyal maluliyet göstermektedir ki bu durum major depresyonla birlikte 8 güne çıkmaktadır.⁷ Birinci basamak kliniklerinde yapılan bir diğer çalışmada YAB olanların kendi beyanlarına göre son üç ayda işe devamsızlıkları ortalama 18.1 gün, hekime başvuru sayıları ise 2.9 bulunmuştur.¹⁴ YAB'nun maluliyet ve sakatlıkla birlikte yaşam kalitesini de önemli ölçüde düşürdüğünü gösteren çok sayıda kanıt vardır; bu durum özellikle başka bir tanı da almış olanlarda artmaktadır.^{1,7,10,15}

YAB olanlar sıklıkla fiziksel semptomlarla başvururlar; birinci basamakta görülen YAB olgularının sade-

ce %13'ünde temel yakınma anksiyetedir.¹² YAB olanlar çoğunlukla ağrı, uyku problemleri ve somatik belirtilerle başvururlar: Göğüs ağrısı, kronik yorgunluk, irritable bağırsak, hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları gibi kronik tıbbi durumlar görülebilmektedir.^{1,7,12}

Atipik göğüs ağrısı olanların %20'sinde, koroner arterleri normal olduğu halde göğüsü ağrıyanların %55'inde, kalp hastalığından kuşkulananların %50'sinde primer tanının YAB olduğu anlaşılmıştır.¹² Ülkemizdeki bir çalışmada ise açıklanamayan göğüs ağrısı olanların %5.7'sinde YAB saptanmıştır.¹⁶

Avustralya'da ücretsiz kamu hizmeti veren anksiyete kliniğinin başvuruları incelenerek, YAB hastalarında semptomlarının başlaması ile hekime başvuru arasında ortalama 10.3 ay geçtiği bulunmuştur. Aile hekimleri bu hastaların %39'una doğru tanı koymuş, %29.3'üne ise herhangi psikolojik bir tanı koymamışlardır. Hastalar anksiyete kliniğine semptomlarının başlamasından ortalama 83.8 ay sonra başvururlar.¹⁷ Anksiyete ve depresyon birinci basamakta genellikle yetersiz olarak tanınmakta, sadece anksiyetenin saptanması ise daha da zor olmaktadır. Birinci basamakta, birlikte seyreden depresyon ve anksiyete olgularının %65'i, saf depresyon olgularının ise %56'sı tanı almaktadır; bu oran, saf anksiyete için farklı çalışmalarda %23 ve %34 olarak bulunmuştur. Anksiyete, çoğu kez yanlış olarak depresyon tanısı almaktadır. Bu durumun hekimlerin depresyon kavram ve kliniğine daha aşina olmalarının yanında her iki hastalığın belirtilerinin örtüşmesiyle de ilgili olabilir.¹²

Hastalar sıklıkla psikolojik yakınmalardan çok fiziksel semptomlarla başvurdukları için daha az tanınmaktadır. Damgalama (stigmatizasyon) az tanınmada önemli bir etken olup, bu durumun hastaların %45'ine yakınının doktorlarına duygusal problemlerini açmamasını açıklayabileceği düşünülmektedir. YAB'nda hasta sıklıkla semptomlarının psikolojik olabileceğini düşünemez. Genç, erkek hastalar çoğu kez semptomlarını minimize eder ya da normalleştirirler, bu grubun daha az tanı aldığı belirlenmiştir.^{18,19}

Hekimlerin ruhsal hastalıklara tanı koyma becerilerinde büyük farklılıklar görülür. Görüşme süresinin uzatılması, doğru tanı oranını artırmamaktadır. Bununla birlikte empati, psikiyatriye ilgi, hastanın ailesi ve evindeki

problemlerle ilgili sorular sormak tanıyı kolaylaştırmakta, birlikte seyreden bir organik hastalığın varlığı tanıyı zorlaştırmaktadır.¹⁸ Birinci basamak hizmetlerini çok fazla kullananların incelendiği bir çalışmada, hekimlerin ilgilenmekte zorlandıkları, hayal kırıklığı yaşadıkları grup içinde en sık karşılaşılan tanı YAB'tır. Bu durumun da hastanın uygun şekilde değerlendirmesini ve tedavi edilmesini olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.¹²

Sonuç

Birinci basamakta anksiyete bozukluklarının tanısında yaşanan sorunların çok yönlü ve çok aşamalıdır; bu nedenle tek bir müdahale ile çözülmesi beklenemez. Öncelikle toplumun ruhsal sorunlara yaklaşımını geliştirecek ve damgalanmayı azaltacak eğitim kampanyalarını içeren toplumsal müdahalelere ihtiyaç vardır.¹⁸ Bu hastalarla en sık karşılaşan birinci basamak hekimleri, farkındalıklarını artıracak eğitim programları ve uygun tarama araçlarıyla desteklenmelidir. Ulusal tanı ve tedavi rehberlerinin geliştirilmesi, kanıta dayalı tıp uygulamalarının yaygınlaştırılması da birinci basamakta anksiyete bozukluklarının tanısında yararlı olacaktır.

Kaynaklar

1. Wittchen H-U, Hoyer J. Generalized anxiety disorder: nature and course. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 15-8.
2. Yaygın anksiyete bozukluğu. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda. 4. baskı. Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR) Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu E (çeviri ed.). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2007; 686-92.
3. World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision, Geneva, version for 2007. <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/> adresinden 04/07/2009 tarihinde erişilmiştir.
4. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, Eksan tanıtım Ltd. Şti., 1998; 77-93.
5. Özcan M, Uğuz F, Çilli AS. Ayaktan psikiyatri hastalarında yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığı ve ek tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17: 276-85.
6. Üstün TB, Sartorius N. Mental Illness in General Health Care, An International Study. Sussex, Wiley&Sons 1995; 39-55.
7. Lieb R, Becker E, Altamura C. The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15: 445-52.
8. Ansseau M, Fischler B, Dierick M, Mignon A, Leyman S. Prevalence and impact of generalized anksiyete disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg: the GADIS study care in Belgium and Luxemburg: the GADIS study. *Eur Psychiatry* 2005; 20: 229-35.
9. U.S. Department of Health and Human Services. Mental Health: A Report of the Surgeon General—Executive Summary. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999; 233-40.
10. Shearer SL. Recent advances in the understanding and treatment of anxiety disorders. *Prim Care* 2007; 34: 475-504.
11. Olsson M, Shea S, Feder A ve ark. Prevalence of anxiety, depression, and substance use disorders in an urban general medicine practice. *Arch Fam Med* 2000; 9: 876-83.
12. Roy-Byrne PP, Wagner A. Primary care perspectives on generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 20-6.
13. Ansseau M, Dierick M, Buntinx F ve ark. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord* 2004; 78: 49-55.
14. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med* 2007; 146: 317-25.
15. Revicki DA, Brandenburg N, Matza L, Hornbrook MC, Feeny D. Health-related quality of life and utilities in primary-care patients with generalized anxiety disorder. *Qual Life Res* 2008; 17:1285-94.
16. Hocaoglu C, Gulec MY, Durmus I. Psychiatric comorbidity in patients with chest pain without a cardiac etiology. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2008; 45: 49-54.
17. Wagner R, Silove D, Marnane C, Rouen D. Delays in referral of patients with social phobia, panic disorder, and generalized anxiety disorder attending a specialist anxiety clinic. *J Anxiety Disord* 2006; 20: 363-71.
18. Tylee A, Walters P. Underrecognition of anxiety and mood disorders in primary care: Why does the problem exist and what can be done? *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 27-30.
19. Kessler D, Lloyd K, Lewis G, Gray DP. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ* 1999; 318: 436-39.

Geliş tarihi: 12.08.2009

Kabul tarihi: 05.04.2009

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Uzm. Dr. Mehtap Kartal

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İnciraltı 35340 İzmir

Tel: (0232) 412 49 54

e-posta: mehtap.kartal@deu.edu.tr, mehtapkartal@gmail.com