

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

ANXIETY DISORDERS IN PRIMARY CARE

Süleyman Görpelioğlu¹

Özet

Anksiyete, birinci basamak pratiğinde oldukça sık rastlanan bir durumdur. Günümüzde kullanılan anksiyete sınıflamaları ise birinci basamak pratiği ile pek uyumlu değildir. Tedavi gerekli olduğunda birçok farklı psikoterapötik ve farmakoterapötik yaklaşımlar kullanılabilir. Tek başına psikoterapi birçok anksiyete bozukluğunun üstesinden gelebilir; ancak çok şiddetli vakalarda psikoterapiye ek olarak farmakoterapi yapılması da kaçınılmaz olmaktadır. Sonuç olarak anksiyetenin birinci basamakta başarılı olarak tedavi edilebilmesi, birçok insanın yaşam kalitesini ve verimliliğini arttıracaktır.

Anahtar sözcükler: Anksiyete, birinci basamak, tedavi

Summary

Anxiety is a common situation met in primary care settings. But classification systems that we use today do not seem to be suitable with primary care practice. If there is a need for therapy, one can use several different psychotherapeutic and pharmacotherapeutic interventions. Psychotherapy alone, can manage most of the anxiety disorders but especially for severe cases, addition of pharmacotherapy becomes inevitable. As a result, successful treatment of anxiety in primary care settings, will improve the life quality and productivity of many people.

Key words: Anxiety, primary care, treatment.

Anksiyete; tüm birinci basamak hekimlerinin sıklıkla karşılaştığı, önemli ve üstesinden gelinmesi gereken bir durumdur. Yapılan bir çalışmada birinci basamak hekimine herhangi bir nedenle başvuran hastaların %3-5'ine anksiyete ve depresyon tanısı konduğu gösterilmiştir.¹ Başka bir çalışmada ise bir yıl içinde aile hekimine başvuran orta yaş grubundaki hastaların %32'sinde anksiyete semptomları tespit edilmiştir.² Tüm erişkin popülasyonunun %25-30'unun yılda en az bir kere anksiyete semptomları oluşturabilecek şiddette yaşımsal bir stresle karşılaştığı bilinmektedir.³

Bu bilgiler ışığında birinci basamak hekimleri, anksiyete semptomlarının, normal yaşantının bir parçası olduğu fikrine kapılabilirler. Ancak kişinin verimliliğini düşüren, çözümlenemeyen keder ve panik bozuklukları; sosyal yaşantıyı felce uğratan agorafobi ve sosyal fobilerle; tamamen yıkıma neden olan obsesif kompulsif davranışlar gibi durumlar ortaya çıktığında; anksiyete bozukluklarının önemi de artmaktadır. Unutulmamalıdır ki hayatı boyunca anksiyete semptomları oluşmayan ya da yakınlarından birinde görmeyen kişi yok gibidir.

Tanı ve Sınıflama

Amerikan Psikiyatri Birliğinin DSM-IV sınıflamasında anksiyetenin daha çok şiddetli semptomları ele alınmıştır.⁴ Bu tip hastalar birinci basamak pratiğinde sık rastlanan hastalar değildir ancak anksiyetenin bu ileri şekillerinin bilinmesinin; birinci basamak hekimine tedavinin yönlendirilmesi konusunda büyük faydalar sağlayacağından çalışmamızda bu bozuklukları da gözden geçirdik.

Panik atak: DSM-IV sınıflamasında "panik atağı" kodlanabilir bir bozukluk olarak tarif edilmemiş; ancak anksiyete bozukluklarının çoğunda ortaya çıkan bir durum olarak değerlendirilmiştir. Burada yapılan tanılamaya göre beklenmeyen bir zamanda oluşan, genellikle dakikalar içinde kaybolan, aşırı korku ve rahatsızlıkla karakterize bir durumdur. Panik atakları sırasında nefesdarlığı, baygınlık, ağız kuruması, terleme, bulantı, yüzde kızarma, çarpıntı, ölüm korkusu, kişisel kontrol kaybı ve dışkılama ya da idrar kontrolünün kaybolması gibi semptom ve bulgular görülebilir. Hekimlerin bu tip atakların

¹⁾ Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Doç. Dr.

ne kadar aralıklarla geldiğini ve ne kadar süre devam ettiğini araştırmaları gerekir.

Panik ataklarının nöbetler halinde gelmesi durumunda panik bozukluktan bahsedilir.⁵ Panik ataklarının yanında en az 1 ay süreyle başka atakların olacağı şüphesi, üzüntü, ataklarla ilişkili olarak davranış değişiklikleri ve agorafobi agorafobili; aynı bulguların olup agorafobi yoksa agorafobisiz panik bozukluk söz konusudur.⁴

Agorafobi çok sıkıntı verici ya da kaçışın zor bir yer ya da durumda bulunduğunu hissetme halidir. Hastalarda bu durum ya da yerin yarattığı korku nedeniyle anksiyete semptomları ortaya çıkar. Agorafobi en sık 20-30 yaş kadınlarda ortaya çıkar ve yaşam kalitesiyle kişinin sosyal fonksiyonlarını önemli derecede etkiler.

Agorafobili olmayan panik bozukluk agorafobili panik bozukluğa oranla sosyal yaşamı daha az etkiler. Hastalığın prevalansı erkekler ve kadınlar arasında farklılık göstermez. Semptomların süresi uzadıkça depresyon gelişme olasılığı fazlaşır.

Uzun yıllar panik atakları geçiren hastalarda alkol ve madde bağımlılığı gelişmesi ve intihar riski de artar. Birinci basamak hekimleri bu tip hastaların panik semptomlarını gizlemek amacıyla kendi kendilerine ilaç kullanmaları konusunda hassas olmalıdırlar.

Sosyal fobiler: Toplumda oldukça sık görülen bu fobiler toplum içinde utanılacak ya da rahatsızlık duyulacak bir hareket yapmaktan korkma durumlarını içerir. Bu durumdaki hastalarda hareketin kısıtlanması ya da sosyal bir görevi yerine getirmeden önce alkol alma sık görülür. Sosyal fobileri olan hastalar alkol ve benzodiazepin türe- vi ilaçlara bağımlılık geliştirme riski taşırlar.

Özgül fobiler: Bir nesne ya da durumdan korkma halidir. Korkulan nesnelere genellikle hayvanlar, böcekler vb.'dir. Zamanla bu korku bu tip nesnelere bulunabileceği oda, bina vb. yerlerden korkma şeklinde yaygınlaşabilir. Bu tip fobiler kadınlarda daha sıktır ve korkulan nesne çok yaygın değilse sosyal yaşantıyı da fazla etkilemez. Kişi korkularının aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir.

Obsesif kompulsif bozukluklar: Bu bozuklukta zorlayıcı ya da anlamsız dürtüler, sabit fikirler, düşüncelerle birlikte obsesyon vardır. Şiddet fikirleri, bakteriyel kontaminasyon korkusu ve birinin davranışlarından şüphelenme bu bozukluk için karakteristik sayılabilecek özelliklerdir. Kompulsiyonlar genellikle bir obsesyona yanıt olarak yapılan tekrarlayıcı hareketler olarak tanımlanır. Bu davranış, rahatsız edici bir durum olan obsesyonun etkilerini nötralize edecek biçimde planlanır ve yapılır. Bu davranışlarla birlikte sıklıkla depresyon da bu-

lunur ve fonksiyonel bozukluk oldukça şiddetli düzeylere erişebilir. Bu tip şikayeti olanlar alkol ve madde bağımlılığı olma riski taşırlar. Birinci basamak hekimliğinde obsesif kompulsif bozukluğun daha çok hafif şekilleriyle karşılaşılır.

Posttravmatik stres bozukluğu: Bu durum genellikle kötü ya da hayatı tehdit eden bir travma sonrasında oluşur. Travma yaratan durum hatırlandığında ya da benzeri yaşandığında şiddetli anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasıyla karakterizedir. Genellikle depresyonla birlikte bulunur.

Yaygın anksiyete bozukluğu: DSM-IV'e göre; en az 6 ay süreyle hemen hergün ortaya çıkan, farklı rahatsız edici durumlara yanıt olarak, belirgin anksiyete semptomları görülmesidir. Yukarıda tanımlanan bozuklukların hiçbirisi yoktur. Her ne kadar adından dolayı bu bozukluğun sık rastlanan bir durum olduğu sanılırsa da birinci basamak hekimliği ve psikiyatri pratiğinde oldukça nadir görülür; ancak akut, duruma bağlı bozukluklar sıklıkla yanlış değerlendirilerek bu gruba sokulabilir.

Akut duruma bağlı bozukluk: Birinci basamak hekimleri tarafından en sık karşılaşılan anksiyete şekli "akut duruma bağlı bozukluk"tur (acute situational disorder).⁶ ICDPC'de (International Classification of Primary Care) ise akut duruma bağlı bozukluk; akut kayıp reaksiyonu, eş, akraba, çocuklar ve iş arkadaşlarıyla olan ilişkilerin bozukluğu gibi yaşamsal problemlerden kaynaklanan anksiyete tarzındaki bozukluk olarak tanımlanmıştır.⁶ Benzer bir tanım Amerikan Psikiyatri Birliğinin DSM-IV sınıflamasında da bulunmakla birlikte bir anksiyete bozukluğu olarak ele alınmamış, "akut anksiyete ile giden uyum bozukluğu" olarak sınıflanmıştır.⁴

Tanı koyarken zorlanılan başka bir grup, sosyal fobilerini ya da panik bozukluklarını yenebilmek amacıyla, kendi kendilerini "tedaviye" başlayan alkolikler ya da madde bağımlılarıdır. Yine tanı ve tedavide gözönüne alınmayan bir diğer grup ise anksiyete tanısı almış hastalarla birlikte yaşayan yakınlarıdır.

Hastalığın Derecesinin Araştırılması

Anksiyete bozukluklarının semptom yelpazesinin bir ucunda zaman zaman anksiyete semptomları görülen ancak hayatın stresleriyle herhangi bir şekilde başedilebilen büyük bir insan topluluğu; diğer ucunda ise yaşam kalitesi düşmüş; fiziksel, sosyal ve davranışsal açıdan yaralanmış bir hasta topluluğu bulunmaktadır. İşte birinci basamak hekimi, bu farkı gözönüne alarak, anksiyete semptomlarıyla başedebilmesi için kimlerin tıbbi yardı-

ma ihtiyacı olduğuna karar verebilmelidir.⁷ Bu nedenle birinci basamak hekimi için anksiyete semptomlarının derecesinin araştırılması özellikle önemlidir (Tablo 1).

Bu kararı verdikten sonra da sıra hangi tedavinin hasta için daha faydalı olduğu konusunda karar vermeye gelir. Terapötik yaklaşım kararı hastanın kişisel değerleri ve yaşamsal standartları gözönünde alınarak yapılmalıdır. Buna karar verebilmek için gerekli olan anamnezin alınabilmesi de hasta-hekim ilişkisinin derinliği ve samimiyeti ile direkt ilişkilidir.

Tablo 1
Anksiyete semptomlarının gelişim aşamaları⁵

Birinci aşama	İkinci aşama	Üçüncü aşama
• İlk panik atak ya da ataklar	• Panik ataklarının sıklığında artma	• Agorafobi
	• Fobilerin ortaya çıkması	• Bağımlılıkta artma
	• Önceden sezilen anksiyete ve kaçınma hareketlerinin ortaya çıkması	• Aile sisteminde belirgin değişim
	• Somatik yakınmalarda artma nedeniyle hekimlere başvurularda artma	• Kronik somatizasyon

Anksiyete'de Psikoterapi

Psikoterapi; çağdaş ruh hekimliği ve ruhbilim bilgilerine dayanan ve ruhsal bozukluğun iyileşmesi için hasta ile olumlu bir ilişki içinde özel teknikleri kullanan uygulamalar olarak tanımlanabilir.⁸ Ontario Sağlık Sigortası Ücretlendirme Kitapçığı psikoterapiyi "duygulanım bozukluklarına bağlı davranış anomalilerini ortadan kaldırmak, değiştirmek, semptomları azaltmak, bozuk davranışı tersine çevirmek ya da kişilikteki büyüme ve gelişmeyi ödüllendirmek amacıyla, klinisyenlerin hastasıyla tamamen profesyonel bazda ilişki kurduğu, bir mental hastalık tedavisi formu" şeklinde tarif edilmiştir.⁹

Psikoterapiye başlamadan önce hekimlerin anksiyete semptomları oluşturan organik hastalıkları ekarte etmek amacıyla ayrıntılı bir fizik muayene ve laboratuvar araştırması yapması gerekir. Bu hastalıkların arasında hipertiroidi, kafein ve ilaç bağımlılığı, ilaç yoksunluğu ve ilaçların yan etkileri sayılabilir. Eğer birden fazla oturum planlanıyorsa hastanın fiziksel ya da seksüel travma, terk edilmişlik, aile parçalanması, sevilen bir kişinin kaybı, kaza ve ameliyatlar, aile içinde mental bozukluğu olanlar vb. psikososyal, ailesel ve kişisel verilerini içeren ayrıntılı bir hikayesinin alınması gerekir.

Hepsinin kendine ait felsefe ve teknikleri olan birçok psikoterapi ekolu vardır.¹⁰ Tümünün temeldeki amacı insan davranışını değiştirmek olmakla birlikte bu amaca ulaşmada kullandıkları yöntemlerin adlandırılması ve sınıflandırılması halen tartışma konusudur.¹¹ Psikoterapinin bize göre uygun bir sınıflaması Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2
Psikoterapi türleri

I. Hekimin hastaya yaklaşma biçimi ve tutumuna göre	Bastırıcı Dekteleyici Derinliğine araştırıcı
II. Kuramsal çıkış noktasına göre	Psikodinamik temellere dayanan Öğrenme ilkelerine dayanan davranışçı Bilişsel psikopatoloji, bilgi işleme, sosyal psikoloji ilkelerine dayananlar Varoluşçu ve olgubilimsel (fenomenolojik) temellere dayananlar
III. Tedavinin biçimi ve yapısına göre	Bireysel psikoterapi Grup psikoterapisi Psikodrama Oyun psikoterapisi Aile psikoterapisi

Psikoterapi için Kullanılan Araçlar

Her ne kadar psikoterapiler uygulama biçimi ve kuramsal çıkış noktalarına göre sınıflara ayrılabilirse de genellikle tüm psikoterapi türlerinde kullanılan araçlar birbirlerine benzer. Bu araçlar çevre değiştirilmesi, uğraşı tedavileri gibi dolaylı araçlar olabileceği gibi telkin, ikna, hipnoz gibi dolaysız araçlar da olabilir.

Yaklaşım ne olursa olsun anksiyete nedeniyle psikoterapiye alınacak hastalara anksiyetenin patofizyolojisinin anlatılması gerekir. Her duygunun insan vücudu üzerinde biyokimyasal ve fizyolojik bir etkisi vardır. Stres, travma ve yaşamsal olaylar karşısında oluşan duygular baskılanırsa otonom sinir sistemi, hormonlar ve nörotansmitterler yoluyla organik semptomlar oluşturabilirler. Anksiyete patofizyolojisinin anlatılması hastanın zihin ve beden arasındaki bağlantıyı daha rahat anlamasını sağlar.

Hastanın motivasyonu, ilişki kurmaya direnç göstermesi ve tedavinin yönlendirilmesi oldukça önemlidir. Psikoterapi yapmayı planlayan bir hekimin bazen kendi duygu ve düşünceleri üzerinde çalışması; başkalarını anlaması ve onlara yardım etmesinde oldukça faydalı olabilir. Psikoterapi konusunda ek bir eğitimden geçmenin tartışılmaz faydaları vardır.

Anksiyetenin psikoterapisinde en sık kullanılan araçlar:

1. Gevşeme: Tüm birinci basamak hekimleri hastalarına bir gevşeme egzersizi öğretebilmelidir. Bu, hastanın problemleri için yapılan bir oturumda, teyp bandına kaydedilmiş bir konuşmayla bile olabilir. Hasta her oturumda gevşemeye ve bu gevşeme egzersizlerini evde de yapmaya özendirilmelidir.¹² Gevşeme egzersizleri; nefes ayarlanması, progresif kas gevşemesi, ses, görüntü hayal ya da kinestetik yöntemler kullanılarak geçmişte rahat olunan bir dönemin hatırlanması şeklinde olur.¹³

2. Gevşeme: Psikoterapinin en temel koşuludur. Dinlemeyi öğrenemeyen hekim psikoterapi yapamaz.⁸ Hastaların çoğu kendilerini yargılamadan, destekleyerek ve empatik bir şekilde dinleyecek kişilere ihtiyaç duyarlar. Hastanın söylediklerini zaman zaman özetleyerek, içerik ve duygulanımlarını yansıtarak iyi bir dinleyici olunabilir. Birinci basamak hekimleri her ne kadar mezuniyet öncesi ve sonrası psikoterapi ile ilgili bilimsel bir eğitimden geçirilmese de; sevilen bir kişinin ölümü, ailenin parçalanması, iş kaybı vb. yaşamsal stresler gibi akut duruma bağlı bozukluklarda hastalarına ilgi göstererek yardımcı olabilmektedirler. Hassas sorular sormak, hastanın kendine güvensiz olduğu konulara eğilmek, suçluluk duygusunu ortadan kaldırmak, hastaya duygularını açıkça ifade edebilmesi için yardım etmek, geçmişteki travmaların açığa çıkmasını sağlamak ve hastaya kendine ait kaynakları harekete geçirme imkanı vermek; o anki krizin çözümünde olduğu kadar kriz sonrası dönemde de fayda sağlamaktadır.

3. Davranış tedavisi: Anksiyetenin öğrenilmiş bir davranış olduğu ve çevresel faktörler tarafından güçlendirildiği temeline dayanır. Eğitim, pratik öneriler, problem çözme, duyarsızlaştırma, progresif gevşeme ve pozitif-negatif güçlendirme yöntemleriyle semptomlar ortadan kaldırılmaya çalışılır. Bu tedavinin bilişsel bir formu "düşünce durdurma" (thought stopping)'dir. Hastaya anksiyete oluşturan düşünce ve inanç sistemlerini belirlemesi ve bunu kelimelere dökerek anlatması öğretilir. Daha sonra yanlış olan düşünce ve inanışların üstüne gidilerek bunlar ortadan kaldırılıp yerine daha pozitif, daha duyarlı ve daha olumlu düşünce ve inançlar yerleştirilmeye çalışılır. Hastaya cesaret, inatçılık ve yeniden yorumlama öğretilir. Bu tedavi süresince hastanın duyguları, düşünce ve hayallerini bir kenara not etmesi istenir. Bu notlar hem hastanın kendi kendini değerlendirebilmesine; hem de hekimin hastasının düşüncelerini ve duygularını daha yakından takip etmesine olanak verir.

4. Deneysel tedavi: Bu tedavide hastanın hayal ve fantezilerinin canlandırılmasının ardından, hastayla bunlardan bir bölümü tartışılır. Böylelikle hastanın gitgide, şimdiki an ve yer konusunda bilinçlenmesi sağlanır ve vücudaki gerilim, hareket vb. değişimlere karşı duyarlılaştırılması amaçlanır.¹⁴ Duygulanımların ve hareketlerin

spontan olmasına özellikle dikkat edilir; çünkü bu tedavi sırasında hastalarda sıklıkla, bir savunma mekanizması olarak, hareketlerin önceden planlandığı görülebilir.

5. Negatif düşünme: Bazen hastalar ebeveynlerinin eleştirici, ezici, yargılayıcı, şiddetli ses tonlarını içe alabilirler. Devamlı beraberlerinde taşıdıkları bu değersizleştirici ses tonu nedeniyle, kronik anksiyete geliştiren veya katastrofik davranışlar içinde olan hastalar mevcuttur. Bu tip anksiyete bozukluklarının temelinde kendine saygının kaybı yatar. Bu dirençli negatif kişisel görüşün çözümlenmesiyle hastalar kendileri ve gelecekleri konusunda daha pozitif düşünceler edinebilmektedirler. Agorafobi ve obsesif kompulsif bozukluklar genellikle bir psikiyatrist tarafından uzun süreli tedavi edilmesi gereken bozukluklardır. Akut duruma bağlı bozukluk ve genel anksiyete bozukluğu; dinlemeye olduğu kadar gevşeme ve deneysel psikoterapiye de yanıt verirler. Anksiyete tedavisinin en önemli ve hasta için en yararlı bölümü "konuşma"dır.

Semptomların giderilmesinde egzersizin oldukça önemli yeri vardır. Hızlı yürüme, bisiklete binme, yüzme, dans vb. sporlar hastanın evden dışarı çıkmasını ve içine attığı sürtüşmelerini dışarı artmasını sağlar. Bunun yanında alkol, kahve, kola, çikolata ve şekerin diyetten çıkarılması ve düzenli yemek yemenin sağlanması da semptomların düzelmesinde faydalı olabilir.

Anksiyetenin İlaçlarla Tedavisi

Günümüzde anksiyete tedavisinde kullanılan oldukça etkili ilaçlar bulunmaktadır. Hastalara benzodiazepinler ve buspiron gibi anksiyolitikler verilebileceği gibi; bazı özel durumlarda anksiyolitik özelliklerinden dolayı monoaminoksidad inhibitörleri, trisiklik antidepresanlar ve serotonin reuptake inhibitörleri gibi antidepresanlar da verilebilir.

Primer Anksiyolitikler

Anksiyolizis her zaman sedasyon yapmak anlamına gelmez. Teorik olarak anksiyolitik etki: ilacın psikomotor aktiviteyi normal sınırın düşürmeksizin anksiyete halini ve ona eşlik eden reaktiviteyi gidermesidir.¹⁵ Uzun süredir klinik kullanımda olan "eski" anksiyolitikler az oranda anksiyolizis yaparken; büyük oranda da sedasyon yapma özelliği olan ilaçlardır. Ancak günümüzde sedasyon yapmadan selektif olarak anksiyolizis yapan preparatlar mevcuttur. Bununla beraber anksiyete ile birlikte uyku bozukluğu olan hastaların sayısı da küçümsenemeyecek kadar fazladır ve bunlarda kullanılacak preparatların tabii ki sedatif etkilerinin de olması istenir.

Benzodiazepinler: Anksiyolitik etkilerinin yanında kas gevşetici ve antikonvülsan etkileri de vardır. Etkileri

hızlı başlar bu nedenle akut durumlar için tercih edilirler. En belirgin yan etkileri uyku hali oluşturmalarıdır. Tolerans, kuvvetli fiziksel bağımlılık ve kötü kullanımları konusunda dikkatle takip edilmelidirler. Fiziksel bağımlılığın; kullanılan ilacın dozu, gücü ve kullanım süresiyle direkt ilgili olduğu sanılmaktadır. Kötü kullanım oldukça önemli bir risk faktörüdür. Benzodiazepinler alkolle çapraz reaksiyona girerler ve kendinde ya da ailesinde alkol ya da madde bağımlılığı hikayesi olanlara verilmemelidir.^{14,16-18}

Yapılan gözlemler benzodiazepinlerin antidepresan özellikleri olduğunu ortaya koymuştur. Ancak araştırmacılar bu özelliğin depresyonu ortadan kaldırarak değil, onu makseleyerek oluştuğunu düşünmektedirler. Bununla birlikte alprazolamın antidepresan etkisi olduğu bilinmektedir.

Kısa, orta ve uzun etkili benzodiazepinlerin birçok avantaj ve dezavantajları bu etkilerine bağlı olduğundan; bunlar arasında bir ayrım mutlaka yapılmalıdır.

Kısa etkili benzodiazepinlerin (midazolam, triazolam) anksiyetenin rutin tedavisinde yeri yoktur. Türkiye’de preparatı olan midazolam’ın daha çok hipnotik etkisine yönelik kullanımı ön plandadır. Triazolam’ın ise Türkiye’de preparatı yoktur. Dış yayınlarda ise daha çok ağır operasyonlar öncesi ya da sırasında kullanımından söz edilmektedir.¹⁹

Orta etkili benzodiazepinler (alprazolam, lorazepam, oksazepam) günde 2-3 dozda verilmelidirler. Rebound anksiyete ve ilaca bırakmaya bağlı semptomlar erken dönemde ortaya çıkar. Vücutta birikmediklerinden yaşlı hastalarda ve karaciğer bozukluğu olanlarda da emniyetli olarak kullanılabilirler.

Uzun etkili benzodiazepinler (diazepam, halazepam, klorazepat, klordiazepoksit, prazepam) günde 1-2 dozda verilebilirler. Aktif metabolitlerinin vücutta birikimiyle hafif bir motor ve bilişsel bozukluk görülür. Bu bozukluk ilacı bırakmaya bağlı semptomların daha rahat tolere edilebilmesini sağlayabilir.

Simetidin, oral kontraseptifler ve daha az oranda da alkol, izoniazid ve fenitoin, benzodiazepinlerin oksidasyonunu inhibe ederler. Bu durum kullanım sırasında göz önünde bulundurulmalıdır.¹⁵ Kullanımda gözönünde bulundurulması gereken bir diğer önemli konu ise benzodiazepin grubu ilaçların kuvvetli bağımlılık yapma etkileridir; bu nedenle yalnızca kısa süreli tedavilerde kullanılmaları uygundur.¹⁵

Buspiron: Kimyasal yapısı ve etki mekanizması bakımından benzodiazepinlere benzemeyen daha selektif bir anksiyolitik ilaçtır. Sedatif, kas gevşetici ya da anti-konvülsif etkileri yoktur. Etkisi benzodiazepinler gibi hemen değil; birkaç haftalık (1-3 hafta) kullanımdan

sonra ortaya çıkar, Etkisinin yavaş yavaş ve uzun sürede başlaması daha çok kronik anksiyetede kullanılmasına neden olmuştur. Benzodiazepinler ve alkol ile çapraz reaksiyona girmez. İlacı keserken gittikçe azaltmak gerekmez ve antidepresan özellikleri sadece çok yüksek dozlarda ortaya çıkar. Ancak tüm hastalarda beklenen yanıt alınamaz ve panik ataklarını önleyemez. Bu nedenle buspiron kullanılacak hastaların çok dikkatli seçilmesi gerekir.

İlaç Seçimi

Tanı konulduktan sonra hastaya ilaç tedavisinin gerekli olup olmadığının araştırılması gerekir. Bu amaçla ilk olarak hastalığın derecesi, bilinen streslerin ne kadar zamandır var olduğu ve değiştirilip değiştirilemeyeceği araştırılır. İlaçla tedaviden ne gibi sonuçlar beklendiği ve bu tedavinin ne kadar sürmesi gerektiği de ortaya konulduktan sonra eğer ilaçla tedavinin gerekliliğine karar verilirse; bundan sonraki aşama tedavide kullanılacak ilacın seçimidir.

Anksiyete bozuklukları farklı şekillerde karşımıza çıktığından, farklı durumlar için farklı ilaçlar kullanılması gerekmektedir. Bu nedenle ilaç seçiminde, hastalığın ne şekilde karşımıza çıktığı gözönüne alınır.

Hastalık kronikleşmişse ya da 6 ay- 1 yıl gibi uzun süreli bir tedaviyi gerekli kılıyorsa güçlü bağımlılık yapma potansiyeli taşıyan benzodiazepinler yerine anksiyolitik etkisi belirgin olan antidepresanların kullanılması daha doğru bir seçim olur.

Agorafobili ya da agorafobisiz panik bozukluk: İlaç tedavisi düzenlenmeden önce hastaya panik bozukluğu hakkında bilgi verilmeli ve panik bozukluğa neden olabilecek kafein gibi maddeler diyetten uzaklaştırılmalıdır. Bundan sonra hastaya tedavinin amacı (ataklar önlemek) ve süresi (6 aydan uzun) anlatılır.

Eğer hastanın fonksiyonları ileri derecede bozulmuşsa ya da şiddetli anksiyete ya da agorafobi gelişme riski varsa, hemen alprazolam ya da klonazepam (1-8 mg/gün) başlanabilir. Altı ay tam doz kullanıldıktan sonra gittikçe azaltılarak ilaç kesilir.

Hasta ilaçtan fayda görmek için bekleyebilecekse ya da depresyonu varsa birinci kuşak MAO inhibitörleri oldukça etkili bir şekilde kullanılabilir; ancak diyet ayarlaması gerektiğinden çok tercih edilen bir grup değildir. İmipramin, dezipramin ve klomipramin gibi trisiklik antidepresanlar ise panik bozukluğu kontrol etmede oldukça etkilidirler.²⁰ Hastalar tedavinin ilk 2-3 haftasında daha anksiyöz olacakları ve bu durumun panik semptomlarıyla karışabileceği anlatılmalıdır. Trisiklik antidepresanlara çok düşük dozlarda (10mg/gün) başlanmalı ve kademeli olarak artırılmalıdır; ataklar genellikle 50-150 mg günlük dozlarla baskılanabilir. Baskılayıcı

doz en az 6 ay devam ettirilmeli ve bu sürenin sonunda hasta yakından takip edilerek azaltılıp mümkün olan en düşük doza inmelidir.²¹

Son zamanlarda geri dönebilen bir MAO inhibitörü olan moklobemid'in panik bozuklukların tedavisinde oldukça etkili olduğu görülmüştür. Serotonin reuptake inhibitörleri de (sertralin vb.) oldukça güvenli ve etkili ilaçlardır;²² ancak çok pahalı olmaları ve çok değişik yan etkileri nedeniyle pek tercih edilmemektedirler.²¹

Sosyal fobiler: Bu tip fobilerde MAO inhibitörleri oldukça başarılı bir şekilde kullanılmaktadır. MAO inhibitörleri kullanıldığında çok sıkı diyet ayarlamasının gerekliliği, bunların yerine propranolol ya da atenolol gibi beta blokerler denenmesi fikrini doğurmuştur. Beta blokerler psikotropik ilaç olarak değerlendirilmediğinden hastalar tarafından daha kolay kabullenilebilmektedir. Gerek duyulduğundan sosyal fobilerin düzeltilebilmesi için benzodiazepinler de kullanılabilir. Ayrıca moklobemid'in sosyal fobilerin düzeltilmesinde faydalı olduğuna dair yayınlar da vardır.

Obsesif kompulsif bozukluk: Günümüzde obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde ilk tercih edilecek ilaç klomipramin'dir. Ayrıca serotonin reuptake inhibitörlerinin de etkili olduğu gösterilmiştir.

Posttravmatik stres bozukluğu: Bu bozukluğun tedavisinde birçok farklı anksiyolitik ve antidepresan denenmiş ve değişik derecelerde yanıt alınmıştır. Ancak halen bu bozuklukta tercih edilecek en etkili preparat konusunda fikir birliği yoktur. Bu nedenle her vakaya ayrı ayrı yaklaşım; hekimin kendi klinik deneyimlerini de göz önüne alarak bir preparat tercih etmesi gerekmektedir.

Genel anksiyete bozuklukları: Erken dönemde benzodiazepinler, uzun dönemde ise (4-6 ay) buspiron ile tedavi edilirler. İmipramin vb. trisiklik antidepresanlar tedavide etkilidir.²³

Uyum bozuklukları: Anksiyöz ya da depresif mod'da seyreden uyum bozuklukları DSM-IV'de anksiyete bozukluklarından farklı bir grupta sınıflandırılmıştır. Eğer uyum bozukluğuna neden olan stres faktörü değiştirilemiyorsa; o zaman hastanın mood'unun değiştirilmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda görülen depresyonun, anksiyeteye bağlı olarak ortaya çıktığı unutulmamalıdır.

Mikst anksiyete ve depresyon: Her ne kadar anksiyete ve depresyon tanımları iki ayrı klinik durum olarak kabul edilmekteyse de hem klinik hem de farmakolojik pratikte bunların birbirine bağlı olarak oluştuğu sıklıkla gözlenmektedir. Bu nedenle mikst anksiyete ve depresyon durumlarında alprazolam ve buspiron gibi antidepresan etkisi olan anksiyolitikler ya da anksiyolitik etkileri olan antidepresanlar kullanılmalıdır.

Akut duruma bağlı bozukluk: Herhangi bir sınıflamaya girmeyen bu bozukluk için ilk 6 hafta içinde benzodiazepinler tercih edilen ilaçlardır. Ancak stres oluşturan duruma karşı geliştirilen reaksiyon kronikleşme eğilimi gösteriyorsa buspiron tedavisine geçilebilir.

Sonuç

Anksiyete, birinci basamakta oldukça sık rastlanan bir durumdur. Günümüzde kullanılan anksiyete sınıflamaları ise birinci basamak pratiğiyle pek uyumlu görülmemektedir. Tedavide farklı psikoterapötik ve farmakoterapötik yaklaşımlar kullanılabilir. Tek başına psikoterapi birçok anksiyete bozukluğunun üstesinden gelebilir; ancak çok şiddetli vakalarda ek olarak farmakoterapi de kaçınılmaz olmaktadır.

Anksiyetenin farmakoterapisi için birçok "eski" preparat bulunmasına rağmen halen yan etkisi daha az ve etkisi daha spesifik anksiyolitikler geliştirmek için çalışmalar sürdürülmektedir. Klasik kitaplarda anksiyolitik başlığı altında en sık kullanılan ilaçların benzodiazepinler olduğu vurgulanmakla birlikte bu ilaçların bağımlılık oluşturma potansiyelleri uzun süreli kullanımlarını önemli ölçüde engellemektedir.

Yapılan çalışmalar birinci basamak pratiğinde rastlanan anksiyeteli hastaların %50'sinden fazlasında depresyonun da tabloya eşlik ettiğini ortaya koymuştur. Bu nedenle özellikle uzun süreli anksiyete tedavisinde bir aile hekiminin ilk tercih edeceği ilaç grubu trisiklik antidepresanlar olmalıdır.⁵

Seçilecek tedavi ne olursa olsun; anksiyetenin birinci basamakta başarılı olarak tedavi edilebilmesi, birçok insanın yaşamdan aldığı tadı ve bunun sonucunda da verimliliğini arttıracaktır.

Kaynaklar

1. Rosser WW, Beaulieu M. Institutional objectives for medical education that relates to the community. *Can Med Assoc J* 1984; 130: 683-9.
2. Zung WWK. Prevalence of clinically significant anxiety in family practice setting. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 1471-2.
3. Mollinger GD, Balter MB, Manheimer DE ve ark. Psychic distress, life crisis use of psychotherapeutic medications: national household survey data. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 1045-52.
4. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Dördüncü Baskı (DSM-IV) Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington Dc, 1994'den Çev. Köroğlu, E, Hekimler Yayınlar Birliği, Ankara, 1994.
5. Katon W, Geyman JP. Diagnosis and treatment of anxiety disorders Textbook of Family Practice'de. Ed. Rakel RE. Beşinci baskı. Philadelphia, W.B. Saunders Co, 1995; 1469-85.
6. Lamberts H, Woods M. International classification of primary care. Oxford, Oxford University Press, 1987.
7. Baughman OL, Backerman IA, McGowan G. Azaperones and anxiety disorders: expanding roles in primary care. *Adv Ther* 1990; 7(6): 293-310.
8. Öztürk O. Psikoterapiler. İçinde Öztürk O. Ruh Hastalığı ve Bozuklukları'nda Ed. Öztürk O. 2. baskı. İstanbul, Bayrak Matbaacılık, 1994; 469-84.
9. Ontario Ministry of Health. Schedule of benefits. Physician services under the health insurance act. Toronto, Ontario Ministry of Health, 1991; XV.

10. Karasu TB. Psychotherapies: an overview. *Am J Psychiatry* 1977; 134: 851-63.
11. Köknel Ö. Tedavi Yöntemleri. Depresyon'da. Ed. Köknel O. İstanbul, Altın Kitaplar Yayınevi 1992; 211-30.
12. Rapp MS, Thomas MR, Leith MG. Muscle relaxation techniques: a therapeutic tool for family physicians *Can Med Assoc J* 1984; 130: 691-4.
13. Borins M. An apple a day-A holistic health primer. Toronto; Holistic Press 1980; 81-7.
14. Jinks MJ. Insomnia and anxiety. Clinical pharmacy and therapeutic'de, Ed. Herfindal ET, Hirschman JL. Baltimore, Williams and Wilkins, 1984; 710-26.
15. Kayaalp SO. Hipnosdatifler-I genel özellikleri ve benzodiazepinler. Tıbbi Farmakolojide. Ed. Kayaalp SO. Yedinci baskı. Ankara, Feryal Matbaacılık 1995; 1767-1803.
16. American Psychiatric Association. Benzodiazepine dependence, toxicity and abuse. Washington DC, American Psychiatric Association 1990; 116.
17. Laux G, Pueryear DA. Benzodiazepines-misuse, abuse and dependency. *Am Fam Physician* 1984; 30(5): 139-47.
18. Brown CS, Rakel RE, Wells BG ve ark. A practical update on anxiety disorders and their pharmacologic treatment. *Arch Intern Med* 1991; 151: 873-84.
19. Clark JN, Stanley TH. Anesthesia for vascular surgery. Anesthesia'da. Ed. Miller RD. Dördüncü baskı. New York, Churchill Livingstone 1994; 1851-95.
20. Office of Medical Applications of Research. Consensus development conference on the treatment of panic disorder. Rockville, Md. National Institute of Health and National Institute of Mental Health, 1991.
21. Lydiard RB, Ballenger JC. Antidepressants in panic disorder and agoraphobia. *J Affect Disord* 1987; 13(2): 153-168.
22. Bellibaş SE. İlaç Monografileri. Rasyonel İlaç Rehberi 94-98'de. Ed. Bellibaş SE. İzmir, Egem Tıbbi Yayıncılık, 1994.
23. Kahn RJ, McNair DM, Lipman RS ve ark. Imipramine and chlordiazepoxide in depressive disorders. Efficacy in anxious outpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 79-85.

Geliş tarihi: 11. 08. 1998

Kabul tarihi: 17. 10. 1998

İletişim adresi:

Doç. Dr. Süleyman Görpelioglu
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
KOCAELİ
Tel : (0 262) 226 94 04