

Ayaktan Psikiyatri Hastalarında Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ek Tanılar

Dr. Murat ÖZCAN¹, Dr. Faruk UĞUZ², Dr. Ali Savaş ÇİLLİ³

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar arasında yaygın anksiyete bozukluğunun (YAB) yaygınlığı, sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi ve diğer anksiyete ve depresif bozukluklarla birlikteliğinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Araştırmanın birinci aşamasında 4 aylık dönemde bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ardışık başvuran 950 hasta ile poliklinik hekimi CIDI (Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi, 2.1 versiyonu)'nın YAB modülü kullanılarak klinik görüşme yaptı. YAB tanısı alan 99 hasta daha ileri değerlendirme için araştırmacı hekime yönlendirildi. İkinci aşamada hastalara CIDI anksiyete ve duygudurum (majör depresyon ve distimi) bozuklukları modülleri uygulanarak 12 aylık dönemde ek tanıları araştırıldı ve YAB tanısı doğrulandı. Araştırmacı hekim tarafından tekrar değerlendirme sırasında YAB tanı ölçütlerini karşılamayan bir hasta dışlandı.

Bulgular: Doksansekiz hasta (% 10.3) YAB'nun DSM-IV tanı ölçütlerini karşıladı. Olguların 89'u (% 90.8) herhangi bir anksiyete veya depresif bozukluğa sahipti. Herhangi bir depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu ile birliktelik oranları sırasıyla % 84.7 ve % 56.1 bulundu. En sık birliktelik gösteren bozukluk majör depresyondur (% 83.7). En sık bulunan anksiyete bozuklukları ise sosyal fobi (% 30.6), OKB (% 19.4) ve özgül fobi (% 17.4) idi. Kadınlarda, evlilerde, ev hanımlarında, ev kızlarında, bedensel hastalık öyküsü olanlarda ve eğitim düzeyi düşük olanlarda YAB yaygınlığı anlamlı derecede yüksek gözlemlendi.

Sonuç: Bulgularımız ayaktan psikiyatri hastalarında YAB'nun depresif bozukluklar ve diğer anksiyete bozuklukları yüksek birliktelik oranlarına sahip olduğunu ve cinsiyet, medeni, çalışma ve eğitim durumu gibi bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkili özellikler taşıdığını gösterdi.

Anahtar Sözcükler: Yaygın anksiyete bozukluğu, yaygınlık, ayaktan hastalar, ek tanı

SUMMARY: The Prevalence of Generalized Anxiety Disorder and Comorbidity Among Psychiatric Outpatients

Objective: In this study, we aimed to investigate the prevalence, association with sociodemographic characteristics, and comorbidity with other anxiety and depressive disorders of generalized anxiety disorder (GAD) among psychiatric outpatients.

Method: In the first phase of the study, outpatient psychiatry clinic physician interviewed with consecutive 950 patients who applied to psychiatry outpatient clinic of an university hospital by using GAD module of CIDI (Composite International Diagnostic Interview, version 2.1) during 4-month. Ninety-nine patients with diagnosis of GAD in the first phase were referred to the researcher physician for further evaluation. In the second phase, patients were interviewed by using CIDI anxiety and mood (major depression, dysthymic disorder) disorder modules. By this way, 12-month additional diagnoses were examined, and diagnosis of GAD was confirmed. One patient was excluded, because did not meet the GAD criteria during reexamination by the researcher physician.

Results: Ninety-eight patients (10.3%) met DSM-IV criteria for GAD. Eighty-nine (90.8%) of the cases had comorbid any anxiety or depressive disorder. The rates of comorbidity with any of depressive disorders and anxiety disorders were found 84.7% and 56.1%, respectively. The most common comorbid diagnosis was major depression (83.7%). The most common anxiety disorders were social phobia (30.6%), OCD (19.4%) and specific phobia (17.4%). The prevalence of GAD was observed significantly higher in women, married ones, housewives, unworking girls, subjects with history of medical illness and lower educational status.

Conclusion: Our results show that among psychiatric outpatients, GAD has high comorbidity rates with depressive and other anxiety disorders, and it is associate with some sociodemographic characteristics such as gender, and marital, working and educational status.

Key Words: Generalized anxiety disorder, prevalence, outpatients, comorbidity

¹Uzm., Düzce Atatürk Devlet Hastanesi Psikiyatri Bl., Düzce. ²Uzm., ³Doç., Selçuk Ü Meram Tıp Fak., Psikiyatri Bl., Konya.

Dr. Murat Özcan, e-posta: muratozcan_074@hotmail.com

Dr. Faruk Uğuz, e-posta: farukuguz@hotmail.com

Dr. Ali Savaş Çilli, e-posta: ascilli@selcuk.edu.tr

GİRİŞ

Toplumda yaygın olarak görülen ve önemli psikiyatrik bozukluklarından biri olan yaygın anksiyete bozukluğunun (YAB) nokta yaygınlığı % 2-3, yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık % 5 olarak bildirilmiştir (Kessler ve ark. 1994, Faravelli ve ark. 1989, Wittchen ve Hoyer 2001). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında ise YAB'nun, 12 aylık yaygınlığı % 0.7 saptanmıştır (Kılıç 1998). YAB'nun, ayrıca anksiyeteden şikayet eden birinci basamak hastalarında da % 22 oranında görüldüğü bildirilmiştir (Wittchen 2002).

Saha çalışmalarının, çoğu YAB hastasının ek psikiyatrik bozukluk tanısı aldığını ortaya koymuştur. NCS (National Comorbidity Survey) çalışmasında YAB'nda mevcut ek tanı oranı % 66.3, yaşam boyu oranı ise % 90.4 bulunmuştur (Wittchen ve ark. 1994). Garyfallos ve arkadaşları (1999) ise psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda bu oranları sırasıyla % 65 ve % 78 olarak bildirmişlerdir. YAB'na en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar majör depresyon, distimik bozukluk, sosyal fobi ve özgül fobidir (Wittchen ve ark. 1994).

YAB, sık görülmesine karşın klinik uygulamada yeterince tanınmamaktadır (Stahl 2000). Bu durumun psikiyatristlerin YAB ile yüksek oranda birliktelik gösteren majör depresyon üzerinde yoğunlaşmasına bağlı olabileceği ileri sürülmüşse de (Zimmerman ve Chelminski 2003) ayaktan psikiyatri hastalarında YAB'nun yaygınlığı ve diğer bozukluklarla birlikteliğini araştıran çalışma sayısı yetersizdir. Bildiğimiz kadarıyla ülkemizde de henüz YAB'nun ayaktan hastalarda yaygınlığı ile ilgili çalışma bulunmamaktadır. Konu ile ilgili verilerin artması, hekimlerin ayaktan başvuran hastalara daha doğru tanı koyması ve hastaları daha uygun şekilde tedavi etmesine olanak verebilir. Bu çalışmada psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar arasında YAB'nun yaygınlığı, sosyodemografik özelliklerle ilişkisi, depresif ve diğer anksiyete bozuklukları ile birlikteliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Örneklem

Araştırma Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'nde yürütüldü. Başlangıçta tedavi durumları göz önüne alınmaksızın ruhsal şikayetlerle başvuran 1000 hasta ile görüşülmesi planlandı. Mayıs 2002–Eylül 2002 tarihleri arasındaki dört aylık dönemde ayaktan ardışık

başvuran ve mükerrer olmayan 950 hasta sayısı yeterli görüldü ve görüşmeler bu aşamada sonlandırıldı. Onsekiz ve altı yaşında olanlar çalışmaya alınmadı. Çalışmada başka herhangi bir dışlama ölçütü alınmadı.

Veri toplama araçları

Çalışmaya alınan hastalara, sosyodemografik verileri kaydetmek için araştırmacılar tarafından oluşturulan bilgi formu doldurtuldu. Psikiyatrik bozuklukların tanısı CIDI (Composite International Diagnostic Interview-Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi)'nin 2.1 versiyonunun 12 aylık sürümünün (World Health Organization, 1997) depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları modülleri uygulanarak yapılan psikiyatrik görüşmelerle kondu.

CIDI, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Tanı ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-IV) ve Dünya Sağlık Örgütü Hastalıklarının Uluslararası Sınıflandırılması (ICD-10) tanı ölçütlerine göre tanı koyabilecek şekilde geliştirilmiş tam yapılandırılmış bir görüşme çizelgesidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Alkol Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı İdaresi'nin ortak projesi sonucu geliştirilmiştir. Yeterli eğitim alanlar tarafından uygulanabilmekte ve uygulayıcının klinisyen olması gerekmemektedir. Erişkinler için geliştirilmiştir. Eğitim durumları, kültürel geçmişleri ve zeka düzeyleri birbirinden farklı kişilere uygulanabilmekle birlikte görüşmeci, bireyin bilişsel işlevlerinin ağır derecede bozuk olduğundan eminse görüşmeyi sonlandırabilir. Değişik kültürlerde kullanılabilirliği ve geçerliliği gösterilmiştir (Wittchen ve ark. 1991). Bu çalışmada kullanılan ve 17 tanı alanı içeren CIDI 2.1 versiyonu Kılıç ve Göğüş (1997) tarafından Türkçeye uyarlanmış ve ülkemizdeki araştırmalarda kullanılmıştır (Rezaki 1995, Kırpınar ve ark. 1997, Erol ve ark. 1998).

CIDI verilerinin psikiyatrik tanılara dönüştürülmesi algoritmalar aracılığıyla bilgisayarda olmaktadır. Verilerin bilgisayara kaydedilmesi için DSÖ'nün önerdiği veri giriş programı kullanıldı (Data Entry Program Version 3.0, Pfister, Hildegard, Max Planck Institute for Psychiatry Munich). Bu programla kaydedilen veriler yine DSÖ'nün önerdiği yardımcı bir program ile SPSS veri formatına dönüştürüldü. Tanı hesaplamaları için Peters ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve DSÖ'nün önerdiği CIDI 2.1 için DSM-IV algoritmasının 2.1 sürümü kullanıldı.

TABLO 1. İlk İki Aylık Dönemde Yaygın Anksiyete Bozukluğu (Yab) Tanısı Alan ve Almayan Ayaktan Psikiyatri Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri.

	YAB tanısı alanlar s=60		YAB tanısı almayanlar s=372	
	s	%	s	%
Cinsiyet ^a				
Kadın	49	81.7	233	62.6
Medeni durum ^b				
Evli	49	81.7	233	62.6
Bekar	8	13.3	121	30.4
Dul	3	5.0	21	5.7
Ayrı yaşıyor	-	-	5	1.3
Eğitim durumu ^c				
Okur-yazar değil	4	6.7	12	3.2
Okur-yazar veya ilköğretim mezunu	35	58.3	141	37.9
Ortaokul veya lise mezunu	16	26.2	155	41.7
Yükseköğretim mezunu	5	8.3	64	17.2
Meslek ^d				
Ev hanımı	40	66.7	143	38.4
Çalışıyor	11	18.3	144	38.7
Emekli	2	3.3	14	3.8
Ev kızı	7	11.7	29	7.8
Öğrenci	-	-	40	10.8
İşsiz	-	-	2	0.5
Ekonomik durum ^e				
Düşük	4	6.7	47	12.7
Orta	49	81.7	262	70.4
İyi	7	11.6	63	16.9
Bedensel hastalık öyküsü ^f				
Var	12	20.0	38	10.2
Yok	48	80.0	334	89.8

^a $\chi^2=8.25$, $p=0.003$ ^b $\chi^2=23.43$, $p=0.000$, ^c $\chi^2=9.07$, $p=0.028$ ^d $\chi^2=3.35$, $p=0.187$, ^e $\chi^2=12.43$, $p=0.006$ ^f $\chi^2=4.83$, $p=0.047$

Araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyodemografik bilgi formunda hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, bedensel hastalık öyküsü ile ilgili bilgiler sorgulandı.

Uygulama

Birinci aşamada polikliniğe ardışık başvuran tüm hastalar (s=950) ile aynı poliklinik hekimi tarafından CIDI 2.1'in YAB modülü kullanılarak yapılandırılmış öngörüşme yapıldı. Son 12 aylık dönem için YAB tanısı alan hastalar daha ayrıntılı değerlendirme için araştırmacı başka bir hekime yönlendirildi. İkinci aşamada YAB tanısının doğrulanması ve 12 aylık ek tanıların araştırılması

amacıyla CIDI 2.1'in anksiyete ve depresif bozukluklar modülleri uygulandı. İki aşamada farklı birer klinisyen araştırmacı görev almakla birlikte her aşamayı baştan sona yürüten aynı araştırmacıydı. Öndeğerlendirmede YAB tanısı alan 99 hastadan biri, ikinci aşamada değerlendirmede YAB ölçütlerini karşılamaması nedeniyle çalışmadan dışlandı. YAB tanısı alan tüm hastalara sosyodemografik bilgi formu uygulandı. YAB tanısı almayan ve ilk iki aylık sürede ardışık başvuran toplam 372 hastaya kontrol grubu oluşturmak amacıyla sosyodemografik bilgi formu uygulandı.

TABLO 2. Ayaktan Yaygın Anksiyete Bozukluklu Hastalarda Ek Depresif ve Diğer Anksiyete Bozukluklarının Dağılımı.

Ek psikiyatrik tanı	s	%
Herhangi bir depresif bozukluk	83	84.7
Majör depresyon	82	83.7
Distimik bozukluk	3	3.1
Diğer herhangi bir anksiyete bozukluğu	55	56.1
Sosyal fobi	30	30.6
Obsesif kompulsif bozukluk	19	19.4
Özgül fobi	17	17.4
Panik bozukluk	8	8.2
Posttravmatik stres bozukluğu	3	3.1
1 ek tanı	37	37.8
2 ek tanı	37	37.8
3 ve üstü ek tanı	15	15.3

İstatistiksel analiz

CIDI verileri uygun veri giriş programı ile bilgisayara kaydedildikten sonra SPSS algoritması ile DSM-IV tanı ölçütlerine göre tanımlar kondu. YAB hastaları ile kontrol grubu olarak alınan diğer ayaktan hastaların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılmasında sayısal değişkenler (yaş) için t testi, kategorik değişkenler (cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyoekonomik durum, bedensel hastalık öyküsü) için ki-kare testi uygulandı.

BULGULAR

Dört aylık sürede psikiyatri polikliniğine ardışık başvuran toplam 950 hastanın 98'ine (% 10.3) DSM-IV tanı ölçütlerine göre YAB tanısı kondu. YAB hastalarının yaş ortalaması (37.7±11.1), diğer ayaktan hastaların yaş ortalamasından (34.7±11.4) anlamlı derecede yüksekti (t=2.40, p=0.017). Dört aylık dönemde YAB'nun yaygınlığı kadınlarda erkeklere göre anlamlı derecede fazla bulundu (% 12.8'e karşı % 6, $\chi^2=8.70$, p=0.003).

Sosyodemografik özelliklerin YAB tanısı almayan diğer ayaktan hastalarla karşılaştırıldığı iki aylık dönemde, YAB yaygınlığı evlilerde bekarlara (% 17.4'e karşı % 6.6, $\chi^2=9.07$, p=0.028) göre, ev hanımı ve ev kızlarında çalışanlara göre (% 21.9 ve % 19.4'e karşı % 7.1, $\chi^2=23.43$, p=0.000), bedensel hastalık öyküsü olanlarda olmayanlara göre (% 24'e karşı % 12.6, $\chi^2=4.83$, p=0.047), okuma

yazma bilmeyenler ile okur yazar veya ilköğretim mezunu olanlarda ortaöğretim ve yükseköğretim mezunu olanlara göre (% 25 ve % 19.9'a karşı % 9.4 ve % 7.2, $\chi^2=12.43$, p=0.006) anlamlı derecede yüksek saptandı. YAB yaygınlığı ile ekonomik durum arasında anlamlı ilişki bulunmadı (p=0.187). İki aylık dönemde YAB tanısı alan ve almayan hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmektedir.

YAB hastalarında (s=98) 12 aylık dönemde herhangi bir depresif bozukluk veya diğer anksiyete bozukluğu ek tanısı oranı % 90.8 (s=89) bulundu. Hastalardaki ek tanı sayısı 37 kişide (% 37.8) bir, 37 kişide (% 37.8) iki, 15 kişide (% 15.3) üç veya daha fazla idi. Hastaların % 56.1'inde YAB dışında herhangi bir anksiyete bozukluğu bulunurken, en sık eşlik eden anksiyete bozuklukları sosyal fobi (% 30.6), obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (% 19.4) ve özgül fobi (% 17.4) idi. Panik bozukluk (% 8.2) ve posttravmatik stres bozukluğu (PTSB) (% 3.1) daha az sıklıkta görülen ek anksiyete bozuklukları idi. YAB'nın herhangi bir depresif bozukluk, majör depresyon ve distimik bozukluk ile birlikteliği sırasıyla % 84.7, % 83.7 ve % 3.1 olarak saptandı (Tablo 2). YAB hastalarının 30'u (% 30.6) distimik bozukluk ölçütlerini karşılamasına rağmen, aynı dönemde majör depresif nöbet bulunduğu için DSM-IV ölçütlerine göre majör depresyon tanısı almış ve distimik bozukluk tanısı konulmamıştır. Herhangi bir depresif veya diğer anksiyete bozukluğu ek tanısı alan ve alma-

TABLO 3. Ek Tanı Alan ve Almayan Yaygın Anksiyete Bozukluklu Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.

	Ek tanı alanlar s=9		Ek tanı almayanlar s=89	
	s	%	s	%
Yaş ^a , ort±SS		37.3±10.9		41.6±12.5
Başlama yaşı ^b , ort±SS		31.7±10.4		34.7±9.9
Cinsiyet ^c				
Kadın	8	88.9	69	77.5
Medeni durum ^d				
Evli	9	100.0	71	79.8
Bekar	-	-	11	12.3
Dul	-	-	7	7.9
Ayrı yaşıyor	-	-	-	-
Eğitim durumu ^e				
Okur-yazar değil	1	11.1	5	5.6
Okur-yazar veya ilköğretim mezunu	5	55.6	51	57.3
Ortaokul veya lise mezunu	3	33.3	24	27.0
Yükseköğretim mezunu	-	-	9	10.1
Meslek ^f				
Ev hanımı	8	88.9	57	64.0
Çalışıyor	1	11.1	20	22.5
Emekli	-	-	2	2.2
Ev kızı	-	-	8	9.0
Öğrenci	-	-	2	2.2
İşsiz	-	-	-	-
Ekonomik durum ^g				
Düşük	2	22.2	14	15.7
Orta	5	55.6	68	76.4
İyi	2	22.2	7	7.9
Bedensel hastalık öyküsü ^h				
Var	2	22.2	19	21.3
Yok	7	79.8	70	78.7

^at=1.11, p=0.267, ^bt=0.80, p=0.421, ^cχ²=0.62, p=0.429, ^dχ²=2.23, p=0.328, ^eχ²=1.43, p=0.697, ^fχ²=2.46, p=0.651, ^gχ²=2.52, p=0.283, ^hχ²=0.01, p=0.951

yan YAB hastaları arasında sosyodemografik özellikler yönünden anlamlı fark bulunmadı (Tablo 3).

YAB'nun ek tanı alan 48 hastada (% 53.9) birincil olduğu, kalan 41 hastadan 7'sinde (% 7.9) ek tanımlarla aynı yıl içinde başladığı, 34 (% 38.2) hastada ise ek tanımlardan sonra başladığı bulundu. Diğer anksiyete bozuklukları ile birlikte bulunduğu YAB % 34.7 oranında birincil tanı olurken, depresif bozukluklarda bu oranın % 73.5'e çıktığı

ve yalnızca % 12'lik bir hasta grubunda YAB'nun depresif bozukluklardan sonra geliştiği saptandı. YAB'nun başlama yaşı 32.0±10.0 bulunurken, yaş ortalaması olarak özgül fobi, sosyal fobi ve OKB ek tanımlarının YAB'ndan önce başladığı bulundu (Tablo 4).

YAB hastalarında en sık görülen belirtinin huzursuzluk (% 98) olduğu, bunu sırasıyla kolay yorulma (% 96.9), kolay sinirlenme (% 90.8), dikka-

TABLO 4. Ayaktan Yaygın Anksiyete Bozukluklu Hastalarda Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Ek Depresif ve Diğer Anksiyete Bozukluklarının Başlama Yaşı Ortalamaları.

Psikiyatrik bozukluk	Başlangıç yaşı	
	(ort±SS)	Min.-Max.
YAB	32.0±10.0	14-55
Majör depresyon	35.6±10.8	17-60
Distimik bozukluk	34.7±10.0	17-50
OKB	25.8±10.0	13-41
Posttravmatik stres bozukluğu	41.5±0.7	41-42
Panik bozukluk	37.5±9.6	21-49
Sosyal fobi	23.6±11.8	7-45
Özgül fobi	23.1±12.0	9-45

tini toplayamama (% 90.8), tetikte olma (% 85.7), kas gerginliği (% 81.6), titreme (% 75.5), terleme (% 74.5), uykuya dalmama (% 72.4), kalp çarpıntısı (% 68.4) ve ağız kuruluğunun (% 64.3) izlediği bulundu.

TARTIŞMA

Araştırmamız bulguları, bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine dört aylık dönemde başvuran ardışık 950 hastanın % 10.3'üne YAB tanısı konduğunu göstermiştir. YAB'nun ayaktan psikiyatri hastalarındaki yaygınlığını bildiren az sayıda çalışma vardır. Ayaktan psikiyatri hastalarındaki YAB yaygınlığını Garyfallos ve arkadaşları (1999) % 5.6, Lepine ve arkadaşları (1989) % 23, Rouillon ve arkadaşları (1992) % 15 olarak bildirmiştir. Saxena ve arkadaşları (1988) ise psikiyatri polikliniğine bedensel belirtilerle gelen hastaların % 11.4'ünde YAB bulmuşlardır. Ancak bu çalışmalarda YAB oranları DSM-III-R tanı ölçütlerine göre bildirilmiş ve YAB tanıları CIDI gibi yapılandırılmış görüşme araçları ile konmamıştır.

Sosyodemografik özellikler

Bir çok araştırma YAB'nun kadınlarda erkeklerle göre yaklaşık iki kat fazla oranda görüldüğünü göstermiştir (Keller ve ark. 2002, Wittchen ve ark. 1994, Wittchen ve Hoyer 2001). Araştırmamızda bulunan kadınlarda % 12.8, erkeklerde % 6 yaygınlık oranları önceki çalışmalarda bildirilen kadın/erkek oranını desteklemektedir.

YAB'nun genellikle geç 20'li yaşlarda başladığı, görülme sıklığının yaş ilerledikçe arttığı ve en sık orta yaşlarda görüldüğü bildirilmektedir (Wittchen ve ark. 1994, Carter ve ark. 2001, Kessler ve

ark. 2001, Wittchen 2002). Çalışmamızda toplam grubun yaş ortalaması 35.3±11.4, YAB hastalarının yaş ortalaması 37.7±10.0 ve YAB'nun ortalama başlama yaşı 32.0±10.0 bulunmuştur. Dolayısıyla bulgularımız, bu bozukluğun orta yaşlarda daha sık olduğu bilgisini desteklemektedir.

Saha çalışmalarında YAB'nun boşanmış, dul veya ayrı yaşayanlarda daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Wittchen ve ark. 1994). Araştırmamızda ise evlilerde bekarlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Araştırmamızda YAB tanısı alan evli kadınların büyük çoğunluğunu ev hanımları oluşturmaktadır. Örneklemimizde önceki saha çalışmalarından farklı olarak, ev hanımı oranı oldukça yüksektir. Bu nedenle ev hanımlarında YAB yaygınlığının yüksekliği açıkça istatistiksel olarak ortaya çıkmıştır. Örneklemimizde dul ve boşanmış hasta sayısının yetersiz olmasının istatistiksel sonucu etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Wittchen ve arkadaşları da (1994) çalışmada veya ev hanımı olmayı YAB için bir risk faktörü olarak tanımlamışlardır. Bununla birlikte bazı yazarlar YAB tanısı alanlarda ev hanımı oranının % 25'i geçmemesi nedeniyle YAB'nun sadece ev hanımlarında rastlanan bir bozukluk olmadığı yorumunu yapmışlardır (Wittchen ve Hoyer 2001). Araştırmamızda YAB tanısı alanların 2/3'sinin ev hanımı olduğu göz önüne alındığında, ev hanımlarında önemli oranda YAB görüldüğü düşünülebilir. Ayrıca ev hanımlarında YAB'nun daha sık görülmesi, onlardaki psikolojik belirtilerin çalışan evli kadınlardan daha fazla olduğu yönündeki araştırma sonuçlarıyla uyumludur (Çilli ve ark. 1997). Araştırmamızda ev kızlarındaki YAB yaygınlığının anlamlı derecede yüksek

olması da benzer nedenlere bağlı olabilir. Ev hanımlarının aile içinde eşleri ve çocuklarının sorunlarını yoğun bir şekilde yüklenmeleri, rutinleşen günlük işleri, sorunlu evliliklerine karşın boşanma ya da dul kalmanın toplumda iyi karşılanmayacağı düşüncesi ile evliliklerini sürdürmeleri onlarda YAB'nun gelişmesinde etkili olabilir.

Saha çalışmalarında YAB yaygınlığı ile eğitim düzeyi arasında ilişkinin olmadığı ve YAB'nun düşük gelir düzeyine sahip kişilerde daha sık olduğu bildirilmiştir (Wittchen ve ark. 1994, Hidalgo ve Davidson 2001). Ek olarak daha düşük gelir düzeyine sahip olan YAB hastalarının, yaşam kalitelerinin de düşük olduğu bulunmuştur (Jones ve ark. 2001). Bazı yazarlar ise cinsiyet dışındaki sosyodemografik değişkenlerin YAB için kesin bir öngörücü olmadığını ileri sürmüşlerdir (Kessler ve ark. 2001). Araştırmamızda ise YAB'nun gelir düzeyi ile ilişkili olmamasına karşın eğitim düzeyi düşük olanlarda daha sık olduğu bulunmuştur.

Araştırmalar, tıbbi problemleri olanlarda YAB'nun görülme olasılığının arttığını göstermiştir (Hidalgo ve Davidson 2001). Horfield ve arkadaşları (1994) bir hastane kliniğine herhangi bir yakınma ile başvuran ayaktan hastalarda YAB sıklığını % 29 bildirmiştir. Çalışmamızda bedensel hastalık öyküsü ile YAB arasında anlamlı derecede ilişki bulunmuş, ancak YAB'nun tıbbi hastalıklarla birlikteliği ayrıntılı olarak incelenmemiştir.

YAB ve ek tanı

Çalışmalarda YAB'na başta duygudurum bozuklukları ve diğer anksiyete bozuklukları olmak üzere yüksek oranda eksen I bozukluklarının eşlik ettiği gösterilmiştir (Hidalgo ve Davidson 2001). Brawman-Mintzer ve arkadaşları (1993) YAB hastalarının % 74'ünün yaşam boyu ek bir psikiyatrik tanı aldığını bulmuşlar ve bulgularımıza benzer şekilde ek tanı sayısının olguların % 37.2'sinde bir, % 20'sinde iki, % 17'sinde üç ve üzeri olduğunu bildirmiştir. Carter ve arkadaşları (2001) bir yıllık ek tanı sıklığını % 93.1 olarak bulmuştur. Diğer çalışmalarda da ek tanı oranları hastaların değerlendirildikleri sırada % 65-66.3, yaşam boyu % 78-90.4 oranlarında bildirilmiştir (Garyfallos ve ark. 1999, Wittchen ve ark. 1994). Araştırmamızda YAB hastalarının büyük çoğunluğuna (% 90.8) ek bir depresif veya diğer anksiyete bozukluğu tanısı konmuştur. Çalışmalarda YAB'nun duygudurum ve diğer anksiyete bozuklukları ile birlikte olduğunda, hastaların yardım arayışlarının belirgin

olarak arttığı saptanmıştır (Kessler ve ark. 2000). Araştırmamızdaki yüksek ek tanı oranları bu bulguyu destekler niteliktedir.

Araştırmamızda YAB'nun olguların % 34.7'sinde ek anksiyete bozukluğundan önce, % 73.5 kadarında ise ek depresif bozukluklardan önce başladığı, sosyal fobi, özgül fobi ve OKB'nun YAB'na göre daha erken yaşlarda başladığı bulunmuştur. Bulgularımız YAB olan hastalarda özgül fobi ve sosyal fobi ek tanıların YAB'ndan önce, distimik bozukluk, majör depresyon ve panik bozukluk ek tanıların YAB'ndan sonra başladığını (Garyfallos ve ark. 1999, Brawman-Mintzer ve ark. 1993) ve hastaların yarısından fazlasında depresif bozuklukların YAB'na ikincil geliştiğini bildiren (Carter ve ark. 2001, Fava ve ark. 2000) çalışma sonuçlarıyla uyumludur. Bununla birlikte YAB ile majör depresyon, panik bozukluk, fobik bozukluklar ve posttravmatik stres bozukluğu ek tanıların çalışmamızda bulunan başlama yaşları literatürde bildirilenlerden daha fazladır (Burke ve ark. 1990, Brawman-Mintzer ve ark. 1993, Garyfallos ve ark. 1999).

YAB ve depresif bozukluklar

Garyfallos ve arkadaşları (1999), YAB'nda herhangi bir duygudurum bozukluğu ve majör depresyonun yaşam boyu ek tanı oranlarını sırasıyla % 51 ve % 23 oranlarında bildirmiştir. Carter ve arkadaşları (2001) ise aynı ek tanıların bir yıllık yaygınlığını sırasıyla % 70.6 ve % 59 olarak bildirmiştir. NCS çalışmasında ise olguların % 62.4'ünde yaşam boyu majör depresyonun eşlik ettiği saptanmıştır (Wittchen ve ark. 1994). Araştırmamızda bulunan herhangi bir depresif bozukluk (% 84.7) ve majör depresyon (% 83.7) ek tanı oranları önceki çalışmalardan daha yüksek görünmektedir. Bu bulgu, toplumumuzda YAB hastalarının özellikle majör depresyonun eşlik ettiğinde şikayetlerinin belirginleştiği ve yardım arama davranışına yöneldiğini düşündürmektedir.

DSM-III-R ile YAB zaman ölçütünün 6 aya çıkarılması sonucunda, YAB ile majör depresyon arasında tanısız bir üst üste binmenin olduğu, depresyon tanısı alanların çoğunun aynı zamanda YAB ölçütlerini de karşıladığı anlaşılmıştır. Bu durum tanısız açıdan kuşku doğurmakla birlikte daha sonraki izleme çalışmaları, depresif nöbetler sırasında saptanan anksiyete belirtilerinin, ayrı bir bozukluk olmaktan çok depresyonun bir belirtisi olduğunu göstermiştir (Breslau ve Davis 1985,

Coryell ve ark. 1992). Araştırmacılar YAB ve depresyon arasındaki yakın karşılıklı ilişkilere karşın bu bozuklukların birbirinden farklı tanılar olduklarını düşünmektedirler. Otonomik hiperaktivite, kas gerginliği, gerilim ağrıları, huzursuzluk gibi belirtiler YAB ile ilişkili iken ilgi kaybı, apati, retardasyon, ümitsizlik, geri çekilme depresyon için daha karakteristiktir. Ayrıca bitkinlik, disfori, iritabilite, uyku bozukluğu hem depresyon hem de YAB’nda görülür. YAB’na ikincil depresyonu olan hastalar, daha şiddetli belirtiler ve sosyal işlevlerde bozulma gösterirler (Piccinelli 1998).

YAB hastalarında diğer bir depresif bozukluk olan distimik bozukluk da sık görülebilmektedir. Bu tanının YAB ile birlikteliği hastanın değerlendirildiği sırada % 21-22, bir yıl içinde % 36.2 ve yaşam boyu % 21-39.5 oranlarında bildirilmiştir (Wittchen ve ark. 1994, Garyfallos ve ark. 1999, Carter ve ark. 2001). Araştırmamızda bulunan % 3.1 oranı, diğer araştırma bulgularından oldukça düşüktür. Araştırmamızda 30 hasta (% 30.6) distimi ölçütlerini karşılamasına karşın, aynı dönemde geçirilmiş majör depresyon nöbeti olduğu için (çifte depresyon) bu hastalara distimik bozukluk yerine majör depresyon tanısı konmuştur. Bu durum, araştırmamızda diğer araştırmalara göre daha yüksek majör depresyon ek tanısı bulunmasını da açıklayabilir.

YAB ve diğer anksiyete bozuklukları

Çalışmamızda hastaların yaklaşık yarısında (% 56.1) YAB’a diğer anksiyete bozukluklarının eşlik ettiği bulunmuştur. Bu oran Garyfallos ve arkadaşlarının (1999) ayaktan psikiyatri hastalarında bildirdiğinden (% 31) daha yüksek, Carter ve arkadaşlarının (2001) toplumda bildirdiği (% 55.9) ile hemen hemen aynı görünmektedir.

Saha çalışmalarında YAB’nun sosyal fobi ile birlikteliği bulgularımıza (% 30.6) benzer şekilde bir yıllık % 28.9 (Carter ve ark. 2001) ve yaşam boyu % 34.4 oranında bulunmuştur (Wittchen ve ark. 1994). Garyfallos ve arkadaşları (1999) ise bu ek tanının ayaktan psikiyatri hastalarında yaşam boyu % 14 oranında görüldüğünü, bu düşük oranın sosyal fobinin YAB hastalarında yardım arama davranışını olumsuz etkilemesinden kaynaklanabileceğini ileri sürmüştür. Bulgularımız ise bunu desteklememektedir.

Çalışmalarda YAB’nda panik bozukluğu ek tanısı bir yıllık sürede % 21.5 (Carter ve ark. 2001), yaşam boyu % 23.5-27 (Wittchen ve ark. 1994,

Garyfallos ve ark. 1999) bildirilmiştir. Araştırmamızda bu oran, daha düşük olarak % 8.2 bulunmuştur. Hastaların bir kısmında YAB’nun panik bozukluğun prodromal aşamasını temsil ettiğine dair görüş vardır (Garvey ve ark. 1988). Fava ve arkadaşlarının (1992) panik bozuklukta prodromal belirtiler içinde yaygın anksiyetenin de olduğunu göstermesi ve bazı panik bozukluklu hastalarda panik nöbetler durduktan sonra YAB belirtilerinin sürdüğünün anlaşılması (Katon ve ark. 1987, Hoehn-Saric 1982) bu iddiayı destekler niteliktedir. Çalışmamızda PB ek tanısının düşük bulunması, toplumumuzda panik bozukluğun eşlik ettiği YAB hastalarının psikiyatri polikliniğine diğer toplumlara göre daha az başvurduğunu düşündürmektedir.

Araştırmamızda OKB ek tanı oranı (% 19), polikliniğe başvuran (% 6) (Garyfallos ve ark. 1999) ve toplumda bulunan YAB hastalarında (% 10) (Carter ve ark. 2001) bildirilenlerden daha yüksek bulunmuştur. Mevcut çalışmanın yapıldığı Konya’da 12-aylık OKB yaygınlığının (% 3.0) (Çilli ve ark. 2004) diğer ülkeler göre (% 1.0-1.6) (Kessler ve ark. 2005, Karno ve ark. 1988) daha yüksek bulunduğu göz önüne alındığında, bu farklılığın YAB’ndaki OKB ek tanısı oranına da yansımış olabileceği düşünülebilir. Diğer anksiyete bozukluklarının tanı ölçütleri ancak son zamanlarda tam olarak tanımlanmış olmasına karşın OKB daima açıkça tanımlanmış, sınırları belirli bir klinik tablo olmuş ve araştırmacılar YAB ile OKB’nun değişik özelliklerini karşılaştırmışlardır. OKB ve YAB arasındaki ilişki genetik, psikopatolojik ve klinik özelliklere dayandırılmaya çalışılmıştır. OKB hastalarının yakınlarında YAB oranı daha yüksek bulunmuştur (Black ve ark. 1995). YAB’ndaki endişe ve OKB’taki obsesyonel belirtilerin ortak özellikleri vurgulanmıştır. Her ikisi de tekrarlayıcıdır ve kontrol edilmeleri güçtür ve her ikisi de gelecekteki bir tehlikeye yönelmişlerdir. YAB’nun, obsesyonel kontrol etmenin bilişsel bir varyantını temsil ettiği ileri sürülmüştür (Tallis ve de Silva 1992). Bir çalışmada YAB hastalarında kompulsif kontrol etme davranışlarının beklenenden yüksek olduğu bulunmuş ve YAB’nun temel özelliği olan endişe ile kompulsif davranışlar arasında (özellikle kontrol etme) belirgin ilişki olduğu yönünde değerlendirilmiştir (Schut ve ark. 2001).

Bu araştırmanın başlıca kısıtlılıkları bir üniversite polikliniğinde yürütülmüş olması, ayaktan hastaların alınması, ek tanılarının karşılaştırıldığı

bir kontrol grubunun bulunmaması, başta madde kullanım bozuklukları olmak üzere depresif ve anksiyete bozuklukları dışındaki ek tanıların değerlendirilmemiş olması, stres faktörleri ve yaşam kalitesi gibi sosyodemografik değişkenlerin araştırılmamış olması, YAB ile tıbbi hastalıklarla birlik-teliğin daha ayrıntılı olarak incelenmemiş olması olarak sıralanabilir.

KAYNAKLAR

Black DW, Goldstein RB, Noyes R Jr ve ark. (1995) Psychiatric disorders in relatives of probands with obsessive-compulsive disorder and comorbid major depression or generalized anxiety disorder. *Psychiatr Genet*, 5:37-41.

Brawman-Mintzer O, Lydiard RB, Emmanuel N ve ark. (1993) Psychiatric comorbidity in patients with generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry*, 150:1216-18.

Breslau N, Davis GC (1985) DSM-III generalized anxiety disorder; an empirical investigation of more stringent criteria. *Psychiatry Res*, 14:231-38.

Burke KC, Burke JD, Regier DA ve ark. (1990) Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiatry*, 47:511-18.

Carter RM, Wittchen HU, Pfister H ve ark. (2001) One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depress Anxiety*, 13:78-88.

Coryell W, Endicott J, Winokur G (1992) Anxiety syndromes as epiphenomena of primary major depression: outcome and familial psychopathology. *Am J Psychiatry*, 149:100-07.

Çilli AS, Kaya N, Bodur S ve ark. (1997) Çalışan ve Ev kadınlarında psikolojik belirtilerin karşılaştırılması. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Antalya, s. 27.

Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R ve ark. (2004) Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Compr Psychiatry*, 45:367-74.

Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve ark. Türkiye'nin ruh sağlığı profili raporu. Ankara, T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, 1998.

Faravelli C, Degl'Innocenti BG, Giardinelli L (1989) Epidemiology of anxiety disorders in Florence. *Acta Psychiatr Scand*, 79:308-12.

Fava GA, Grani S, Rafanelli C ve ark. (1992) Prodromal symptoms in panic disorder with agoraphobia: a replication study. *J Affect Disord*, 26:85-88.

Fava M, Rankin MA, Wright EC ve ark. (2000) Anxiety disorders in major depression. *Compr Psychiatry*, 41:97-102.

Garvey MJ, Cook B, Nages JR (1988) The occurrence of a prodrome of generalized anxiety in panic disorder. *Compr Psychiatry*, 29:445-49.

Garyfallos G, Adamopoulou A, Karastergiou A ve ark. (1999) Psychiatric comorbidity in Greek patients with generalized anxiety disorder. *Psychopathology*, 32:308-18.

Hidalgo RB, Davidson JR (2001) Generalized anxiety disorder: An important clinical concern. *Med Clin North Am*, 85:691-710.

Hoehn-Saric R (1982) Comparison of generalized anxiety disorder with panic disorder patients. *Psychopharmacol Bull*, 18: 104-08.

Sonuç olarak, psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda YAB göreceli olarak sık görülmekte ve yüksek oranda depresif bozukluklar ve diğer anksiyete bozuklukları ile birliklilik göstermektedir. Ayrıca yüksek ek tanı oranı, YAB'nun klinik uygulamalarda olduğundan daha az tanınmasına ve yetersiz tedavisine yol açabilir.

Horfield M, Katen W, Mroojale N (1994) Anxiety and depression in an outpatient clinic in Lesotho, Africa. *Int J Psychiatry Med*, 24: 179-88.

Jones GN, Ames SC, Jeffries SK ve ark. (2001) Utilization of medical services and quality of life among low-inc patients with generalized anxiety disorder attending primary care clinics. *Int J Psychiatry Med*, 31:183-98.

Karno M, Golding JM, Sorenson SB ve ark. (1988) The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*, 45:1094-99.

Katon W, Vitaliano PP, Anderson K ve ark. (1987) Panic disorder residual symptoms after the acute attack abate. *Compr Psychiatry*, 28: 151-58.

Keller MB (2002) The long-term clinical course of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*, 63(Suppl.8): 11-16.

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S ve ark. (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51:8-19.

Kessler RC, Keller MB, Wittchen HU (2001) The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 24:19-39.

Kessler RC (2000) The epidemiology of pure and comorbid generalized anxiety disorder: a Review and evaluation of recent research. *Acta Psychiatr Scand*, (Suppl. 406):7-13.

Kessler RC, Chiu WT, Demler O ve ark. (2005) Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in The National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62: 617-27.

Kılıç C, Göğüş A (1997) Uluslararası birleşik tanı görüşmesi, 2.1 (1997) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü Dünya Sağlık Örgütü İşbirliği Merkezi, yayın no:2, Ankara.

Kırpınar O, Özer H, Coşkun O ve ark. (1997) Erzurum'daki üniversite öğrencilerinde CIDI/DSM-III-R ruhsal bozuklukların yaşam boyu ve 12 aylık yaygınlığı. *3P Dergisi*, 5:253-65.

Lepine JP, Pariente P, Bovlenger TP ve ark. (1989) Anxiety disorders in a French general psychiatric out patient sample. Comparison between DSM-III and DSM-III-R criteria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 24:301-08.

Piccinelli M (1998) Comorbidity of depression and generalized anxiety is there any distinct boundary? *Curr Opin Psychiatry*, 11:57-60.

Rezaki M (1995) Bir sağlık ocağına başvuran hastalarda depresyon. *Türk Psikiyatri Derg*, 5:(6)13-20.

Rouillon F (1992) Epidemiologic survey of psychiatric disorders in specialized consultation. *Encephale*, 18:525-35.

Saxena S, Nepal MK, Mohan D (1988) DSM-III axis I diagnoses on Indian psychiatric patients with somatic symptoms. *Am J Psychiatry*, 145:1023-24.

Schut AJ, Castonguay LG, Borkovec TD (2001) Compulsive checking behaviors in generalized anxiety disorder. *J Clin Psychol*, 57:705-15.

Stahl SM (2000) Temel psikofarmakoloji. Nörobilimsel temeli ve pratik uygulamaları. (Çev. Ed. B Taneli, Y Taneli). Yelkovan Yayıncılık, İstanbul, 2003.

Tallis F, de Silva P (1992) Worry and obsessional symptoms: a correlational analysis. Behav Res Therapy, 30:103-05.

Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC ve ark. (1994) DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry, 51:355-64.

Wittchen HU, Hoyer J (2001) Generalized anxiety disorder: nature and course. J Clin Psychiatry, 62(Suppl. 11):15-19.

Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB ve ark. (1991) Cross cultural feasibility reliability and sources of variance of the CIDI. Br J Psychiatry, 159:653-65.

Wittchen HU (2002) generalized anxiety disorder: prevalence, burden and cost to society. Depress Anxiety, 16:162-71.

World Health Organization (1997) Composite International Diagnostic Interview (CIDI) 2.1. Geneva.

Zimmerman M, Chelminski I (2003) Clinician recognition of anxiety disorders in depressed outpatients. J Psychiatr Res, 37:325-33.

RASİM ADASAL RUH SAĞLIĞI BİLİM ÖDÜLÜ

1. **Rasim Adasal Ruh Sağlığı Bilim Ödülü** kurucusu olduğu *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı* ve *Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği* işbirliğiyle düzenlenmiştir. 1999 yılından beri verilmektedir.
2. Ödül, modern psikiyatriyi Türkiye’de yerleştiren ve kamuoyunda yaptığı çalışmalarla toplumla psikiyatriyi bütünleştiren **Prof. Dr. Rasim ADASAL**’ın adına konulmuştur. Onun hizmetlerinin gelecek kuşaklara aktarılması ve tanıtılması amacını taşımaktadır. Böylelikle ruh hekimi ve topluma mal olmuş bir kişilik olarak onun anısını canlı tutmak amaçlanmıştır.
3. Ödül, verildiği yıl esas olmak üzere, son beş yıl içinde ruh sağlığı ve hastalıkları alanında ülkemizde yapılmış ve yurt dışında yayınlanmış klinik çalışmalara verilmektedir.
4. Ödül jürisi her yıl Ankara Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından belirlenecek yedi kişiden oluşmaktadır. Ödül jürisi seçim sonucunu o yıl yapılan Ulusal Psikiyatri Kongresi’nde ilan edecektir.
5. Ödül için başvuru her yıl 01 Ocak-31 Temmuz tarihleri arasındadır.
6. Ödüle başvuran çalışmalar için daha önce ödül almamış olma koşulu vardır.
7. Ödül başvurusunda bulunan araştırmacının çalışmadaki ilk iki isimden biri olması ve özgeçmişi ile yayın listesini başvurusuna eklemesi gerekmektedir.
8. Başvuruların değerlendirilmesinden gözönüne alınacak temel ölçütler şunlardır:
 - i. Özgünlük
 - ii. Yöntemsel yetkinlik
 - iii. Ülkemiz bilim aktivitesini temsil niteliği
 - iv. Yayımlandığı dergi
9. Ödül jürisinde görev alanlar her çalışma için gerekçeli kişisel rapor hazırlayacak ve yapacakları sıralama değerlendirmede esas alınacaktır.
10. Ödül tutarı her yıl için ayrıca belirlenecek olup Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği tarafından karşılanacaktır.