ANKSİYETE BOZUKLUKLARI VE TEDAVİSİ

Editör
Dr. Tahir ÖZAKKAŞ

Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları: 19

Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi

ISBN 978-605-5548-77-3
Copyright© Psikoterapi Enstitüsü

Tüm hakları saklıdır. Yayıncının izni olmaksızın tümüyle veya kısmen yayımlanamaz, kısmen de olsa çoğaltılamaz ve elektronik ortamlarda yayımlanamaz.

Birinci baskı: Haziran 2014

Editör: Tahir Özakkaş
Yayıma hazırlayan: Sevgi Akkoyun & Menekşe Arık

Baskı: Acar Matbaacılık Prom. ve Yayın. San. ve Tic. Ltd. Şti.
Litros Yolu Fatih Sanayi Sitesi No:12/243 Zeytinburnu - İstanbul
Tel: 0212 613 40 41

PSİKOTERAPİ ENSTİTÜSÜ EĞİTİM ARAŞTIRMA SAĞLIK ORGANİZASYON VE DANIŞMANLIK LTD. ŞTİ.

Eğitim ve Kongre Merkezi: Fatih Sultan Mehmet Cad. No:285
Darıca-KOCAELİ
Tel : 0262 653 6699 Fax : 0262 653 5345

Merkez: Bağdat Caddesi No: 540/8 Bostancı-İSTANBUL / TÜRKİYE
Tel : 0216 464 3119 Fax : 0216 464 3102
www.psikoterapi.com - www.psikoterapi.org - www.hipnoz.com

SUNUŞ

Psikoterapi Enstitüsü olarak, öncelikle ruh sağlığı profesyonellerinin ya da ruh sağlığı ile ilgilenen kişilerin ihtiyaç duyacağı teorik bilgileri ve pratik/uygulamaya yönelik deneyimleri paylaşan özgün ve çeviri yayınlar ile literatüre katkıda bulunmayı hedefliyoruz. Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları, Psikoterapi Enstitüsü'nün çalışmaları kapsamında gerçekleştirilen atölye çalışmaları, uluslararası konferanslar ve dünya literatüründen seçkileri içermektedir.

Bu çalışma 1994-96 yılları arasında Azerbaycan Devlet Tıp Üniversitesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı ile İstanbul Özel Psikolojik Danışmanlık Merkezi'ne başvuran anksiyete bozuklukları grubundan teşhis almış hastalar üzerinde yapılmış olan tez çalışmasının özetlenmiş şeklidir.

Konuya ilgi duyan okuyucuların yanı sıra klinisyenler, psikoterapistler ve araştırmacılar için başvuru kitabı niteliği taşıyan bu yayını sizlerle buluşturmaktan kıvanç duyarız.

Tahir ÖZAKKAŞ
Psikoterapi Enstitüsü Başkanı

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ **1**

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI: GENEL BİLGİ **5**

1 ANKSİYETE NEVROZUNUN TARİHÇESİ 7
2 NORMAL ANKSİYETE 9
a) Korku ve Anksiyete *9*
b) Anksiyeteye Adaptasyon Fonksiyonları *12*
c) Stress, çatışma ve anksiyete *13*
d) Psikolojik ve Bilişsel Semptomlar *13*
3 PATOLOJİK ANKSİYETE 15
a) Psikolojik Teoriler *15*
b) Biyolojik Teoriler *19*
c) Beyin Görüntüleme Çalışmaları *24*
d) Genetik Çalışmalar *25*
e) Nöroanatomik Yaklaşımlar *26*
4 DSM. IV'E İLAVE EDİLEN ANKSİYETE HASTALIKLARI 27
5 PANİK BOZUKLUK VE AGORAFOBİ 29
a) Tarihçe *29*
b) Epidemiyoloji *30*
c) Etiyoloji *31*
d) Tanı *37*
e) Klinik Belirtiler *44*
f) Ayırıcı Tanı *47*
g) Klinik ve Seyir Prognoz *52*
h) Tedavi *54*
6 ÖZGÜL FOBİ VE SOSYAL FOBİ 62
a) Giriş *62*
b) Etiyoloji *65*
d) Teşhis *72*
e) Klinik Belirtiler *78*
f) Ayırıcı Tanı *79*

g) Klinik Seyir ve Prognoz *81*
h) Tedavi *82*
7 OBSESİF-KOMPÜLSİF BOZUKLUK 86
a) Giriş *86*
b) Epidemiyoloji *87*
c) Etiyoloji *89*
d) Teşhis *97*
e) Klinik Seyirler *100*
f) Ayırıcı Tanı *103*
g) Klinik Seyir ve Prognoz *105*
h) Tedavi *106*
8 POSTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU (PTSB) VE AKUT STRES BOZUKLUĞU (ASB) 113
a) Tarihçe *114*
b) Epidemiyoloji *115*
c) Etiyoloji *116*
d) Teşhis *120*
e) Klinik Belirtiler *126*
f) Ayırıcı Tanı *126*
g) Klinik Seyir ve Prognoz *127*
h) Tedavi *129*
9 YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU 133
a) Giriş *133*
b) Epidemiyoloji *134*
c) Etiyoloji *134*
d) Tanı *137*
e) Klinik Belirtiler *139*
f) Ayırıcı Tanı *140*
g) Klinik Seyir ve Prognoz *141*
h) Tedavi *141*
10 BULGULAR VE TAHLİL 155
HÜCUM TEDAVİSİ PROGRAMI 207
TARTIŞMA 217
SONUÇ 251
ÖZET 255

REFERANSLAR 257

D İ Z İ N 277

Bu çalışma 1994-96 yılları arasında Azerbaycan Devlet Tıp Üniversitesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı ile İstanbul Özel Psikolojik Danışmanlık Merkezi'ne başvuran anksiyete bozuklukları grubundan teşhis almış hastalar üzerinde yapılmış olan tez çalışmasının özetlenmiş şeklidir.

GİRİŞ

Anksiyete bir semptom olarak birçok zihinsel hastalıkta karşılaştığımız bir belirtidir. Anksiyetenin birey üzerinde fiziksel ve zihinsel belirtileri mevcuttur. Anksiyetenin psikolojik belirtileri arasında irritabilite, konsantrasyon zorluğu, sese karşı hassasiyet ve yerinde duramama gibi etmenler sayılabilir. Ayrıca, hafızanın zayıflaması, otonom sisteme aşırı yoğunlaşma sonucunda kalp atımlarını hissetme ve bunu bir kalp krizi gibi yanlış yorumlama ve buna bağlı algılama çarpıklıkları ve düşünce bozuklukları da ortaya çıkabilmektedir.

Bu hastaların fiziksel belirtileri, sempatik sinir sisteminin aşırı aktivitesi ve kas geriliminin yoğunlaşmasını sonucu ortaya çıkar. Gastrointestinal sistem belirtileri olarak ağız kuruması, yutkunma zorluğu, epigastriumda hassasiyet, hava yutmaya bağlı geğirme, bağırsak hareketlerinde artma veya azalma oluşabilir. Solunum sisteminde; göğüste daralma hissi, nefes almada zorlanma ve aşırı nefes alıp verme meydana gelebilir. Kalp damar sisteminde; çarpıntı, kalp üzerinde ağrı veya huzursuzluk hissi, boyunda ve muhtelif bölgelerde kalp atımlarının hissedilmesi görülebilir. Genitoüriner sistem belirtileri olarak; sık sık idrara çıkmak, idrar yapar-

ken yanma hissedilmesi, ereksiyon yetersizliği ve libido kaybı söz konusudur. Kadınlarda menstrüel bozukluklar ve amenore görülebilir. Merkezi sinir sistemi ile ilgili olarak kulak çınlaması, görme bulanıklığı, karıncalanma hissi ve baş dönmesi belirtileri tespit edilebilir. Ayrıca müsküler gerilime bağlı şikayetler olabilir. Özellikle kafatası bölgesinde hissedilen baş ağrıları mevcuttur. Uyku bozuklukları olarak; uykuya dalamamak, sık sık uyanmak, kabuslar görmek, erkenden uyanmak ve tekrardan uykuya dalamamak meydana gelebilir.

Anksiyete Bozuklukları DSM III, DSM III-R ve DSM IV'ün tanı kriterlerinden ve anksiyetenin biyolojik yapısının öğrenilmesi ile ilgili gelişmelerden çok etkilenmiş hastalıklarındandır. DSM III-R'da obsesyonel bozukluklar anksiyete bozuklukların bir alt tipini oluşturmaktadır. Ancak ICD-10'da obsesyonel bozukluklar ayrı bir kategoride değerlendirilmektedir. Anksiyete obsesyonel bozukluğun bir semptomu olarak kabul edilmektedir**. (Oxford**) Fobik bozukluğun tiplerinin tanınmasında da DSM II-R ve ICD-10 arasında da farklılıklar vardır. Geçtiğimiz yirmi yıl boyunca, Amerikan psikiyatristleri nevrozlarla ilgili psikodinamik oryantasyonlu yaklaşım tarzlarından ve formülasyonlarından uzaklaşan bir anksiyete bozuklukları anlayışına sahip olmuşlardır. (Tablo 1, Tablo 2) Sonuçta "Nevroz" teriminin günlük klinik çalışmaların dışına çıkarıldığı ve kullanılmadığı bir aşamaya gelinmiş, bunun yerine mantıklı klinik kriterlerin üzerine oturmuş ve sağlam temeller üzerine bina edilmiş çeşitli klinik anksiyete bozukluklarına bölünmüştür.

Tablo 1: DSM II, DSM III, DSM III-R, DSMIV'de
Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması.

DSM II:	DSM III	DSM III-R	DSM IV
Fobik Nevroz	Fobik Bozukluk (F. Nevroz) Agorafobi PA'lı,PA'sız Sosyal Fobi Basit Fobi	Fobik Bozukluklar Sosyal Fobi Basit Fobi Agorafobi PA'sız	Fobik Bozukluklar Sosyal Fobi Basit Fobi Agorafobi PA'sız
Anksiyete Nevrozu	Anksiyete Durumları (veya Anksiyete Nevrozu) Panik Bozukluk Yaygın Anksiyete Bozukl.	Anksiyete Durumları Panik Bozukluk -Agorafobili -Agorafobisiz Yaygın Anksiyete Bozukl	Anksiyete Durumları Panik Bozukluk -Agorafobili -Agorafobisiz Yaygın Anksiyete Bozuk.
Obsesif Kompülsif Nevroz	Obsesif Kompulsüf Boz. (veya Obs. Komp. Nevroz)	Obsesif Kompülsif Boz.	Obsesif Kompülsif Boz.
Histerik Nevroz Depresif Nevroz Nevrastenik Nevroz	Posttravmatik Stress Boz. Akut ve Kronik(Gecikmiş) Atipik Anksiyete Bozuk. Somatoform Bozuk. Dissosiyatif Bozuk. Affektif Bozuk.	Posttravmatik Stres Boz Başka Yerde Belirlenmemiş Anksiyete Bozukl.	Posttravmatik Stress Boz Akut Stress Bozukluğu Genel Tıbbi Şartlardan... Madde Kullanımından... Başka Yerde Belirlenmemiş Anksiyete Bozukluk.

Tablo 2: DSM II-R ve ICD 10' Göre Anksiyete Bozuklukları*

DSM II-R	ICD 10
Sosyal Fobi Basit Fobi Agorafobi Panik Ataksız Panik Bozukluk Agorafobili	Fobik Bozukluklar -Sosyal Fobi -Basit Fobi -Agorafobi
Panik Bozukluk (Agorafobisiz)	Diğer Anksiyete Bozuklukları Panik Bozukluk
Yaygın Anksiyete Bozukl	Yaygın Anksiyete Bozukl Miks Anksiyete Depresif Bozukluk
Obsesif Kompülsif Bozukluk	Obsesif Kompülsif Bozukluk
Posttravmatik Stress Bozukluğu	Posttravmatik Stress Bozukluğu

*Liste modifiye edilerek yapılmıştır.

Anksiyeteli bir hasta değerlendirildiği zaman, klinisyenler bunun yanında anksiyetenin patolojik mi, yoksa normal bir anksiye-

te mi olduğunu ayırmalıdırlar. Pratik seviyede, patolojik anksiyete, normal anksiyeteden ayırt edilebilmelidir. Bunun için; hastaların, ailelerin, onların arkadaşlarının yardımlarından ve patolojik anksiyete teşhisi koyan klinisyenlerin gözlemlerinden yararlanılmalıdır.

Değerlendirme, hastaların iç dünyalarını belirten bilgilere, onların davranışlarına ve onların fonksiyon kabiliyetleri üzerine oturtulmuş olmalıdır. Patolojik bir anksiyetesi olan bir hasta komple nörofizyolojik bir muayeneye ve belirlenmiş bir bireysel tedavi planına gereksinim duyar. Klinisyen, birçok tıbbi duruma bağlı olarak meydana gelen anksiyeteyi ve diğer zihinsel hastalıkları, özellikle depresif hastalıkları göz önünde tutmuş olmalıdır. Çünkü çok açıktır ki, belirli tiyatral durumlarda anksiyete ile cevap vermek o kişinin avantajınadır. Bir kişi, patolojik anksiyete veya anormal durumun tersine, anksiyete sınırları içinde konuşabilir. Örneğin, sevdiği bir objeyi kaybetmekle veya ailesinden ayrılmak ile tehdit edilmiş bir çocuk için anksiyete normaldir.

Yine aynı şekilde, okulda yaşanan ilk gün çocuklar için, yeniyetmeler için ise ilk doğum günü partisi, erişkinler için yaşlanmayı ve ölümü düşündüğü zaman veya hastalıkla yüz yüze gelen herhangi biri için anksiyete normaldir.

Anksiyete hayatın anlamını ve kendi kimliğini bulmanın, belirsiz ve yeni şeyleri denemenin, değişikliğin ve büyümenin normal ve olağan bir parçasıdır. Patolojik anksiyete ise, bunun tersi olarak, onun süresi veya onun yoğunluğuna bağlı olmaksızın ortaya çıkan bir uyarana, uygunsuz bir cevap olarak ortaya çıkar.

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI: GENEL BİLGİ

1

Anksiyete Nevrozunun Tarihçesi

Yaklaşık yüzyıl önce, S. Freud "**Anksiyete Nevrozu**" terimini türetmiş ve anksiyetenin iki tipini tanımlamıştır **(Breuer and Freud 1893 1895/1955).** Anksiyetenin bir tipi kontrol altına alınamamış libido'dan kaynaklanır. Diğer bir ifade ile fizyolojik olguların zihinsel yansıması olan, libidonun artmasına bağlı olarak ortaya çıkan seksüel gerilimdeki fizyolojik artıştır. Bu tip bir gerilimin normal boşalımı, Freud'a göre, cinsel ilişki yolu ile olur. Her nasılsa, diğer cinsel uygulamalar, öyle ki, cinsel yoksunluk ve koitus interruptus gerilimin boşalmasını önler ve güncel nevroz ile sonuçlanır. Libidinal blokaja bağlı olarak anksiyetenin yükselmesinin şartları sonucunda nevrasteni, hipokondriazis ve anksiyete nevrozu oluşur. Bunlar Freud'a göre biyolojik temele sahip görünümlerdir.

Anksiyetenin diğer formu, baskılanmış düşünce ve arzuların orijinal yapılarının sıkıntısının ve endişesinin yoğun olarak hissedilmesi olarak, en güzel bir şekilde karakterize edilebilir. Anksiyetenin bu formu, obsesyonel nevroz, histeri ve fobi gibi psikonörozlardan sorumludur.

Freud, bilinen bu şartları ve onlarla bağlantılı olarak ortaya çıkan anksiyeteyi, fizyolojik faktörlerden ziyade psikolojik faktörlere bağlamaktadır. İntrapsişik çatışmalar anksiyete ve psikonörozlara neden olur. Freud aktüel nevrozda gözlediğinden daha az dramatik ve daha az yoğun bir anksiyete ile sonuçlandığını tespit etti.

"Inhibitions,. Symptoms and Anxiety"**(Freud 1926)** isimli 1926'da yayınlanan kitabında Freud, anksiyete ile ilgili yeni bir teori oluşturdu. Bu teoride, reel dış kaynaklı anksiyete ve nörotik iç kaynaklı anksiyetenin her ikisini de tehlikeli durumlara bir cevap olarak oluştuğuna inanıyordu. Freud anksiyeteyi oluşturan durumların iki tipini belirledi. Bunlardan biri doğum olayı ile ilk prototipini yaşayan, içgüdüsel uyaranın karşı konulmaz etkisidir. Bu tip durumlarda ego'nun koruyucu bariyerleri basınç altında delinerek dürtünün tüm etkinliğini ortaya çıkararak, travma ve mutsuzluk durumunu oluşturur.

İkinci ve daha yaygın olan durumlar ise, tehlikenin oluşturduğu durumlardan ziyade, tehlike beklentisi içinde gelişen anksiyetenin oluşmasıdır. Organizmaya yönelik yapılan bu tehdit, anksiyete belirtisi veya işareti olarak algılanmaktadır. Bu anksiyete bilinçdışı seviyesinde hazırlanır ve egonun kaynaklarını, tehlikeyi bir başka alana yönlendirecek şekilde mobilize etmeye hizmet eder. İçsel ve dışsal kaynaklı tehlikelerin her ikisi de düşmana karşı korumaya yönelik düzenlenmiş ego'nun özgün defans mekanizmalarına götüren bir sinyal sistemi olarak ortaya çıkmış olabilir veya içgüdüsel uyarının derecesini kontrol altına almaya yönelik olabilir.

2

Normal Anksiyete

Anksiyete duyusu hemen hemen bütün insanlar tarafından yaygın olarak tecrübe edilmiş bir duygudur. Bu his, endişenin belirsiz hissi, hoşnutsuzluk yaygınlık hisleri ile karakterizedir. Genellikle otonomim semptomlar vasıtası ile kendini ifade eder. Otonomik semptomlar baş ağrısı, terlemek, çarpıntı, göğüste sıkışma hissi, hafif mide rahatsızlığı şeklinde olur. Anksiyeteli bir şahıs, aynı zamanda huzursuzluk da hissedebilir.

Bu nedenle uzun süre boyunca ayakta veya oturma durumunda kalmaya muktedir değildir. Belirli semptom kümeleri halk arasında oluşan anksiyete esnasında çeşitli tiplerde olur.

a) Korku ve Anksiyete

Anksiyete, haber verici bir sinyaldir. O, tehdidin şiddet derecesini şahsa bildiren ve tehlikeyi haber veren şeydir. Korku, benzer şekilde haber verici bir işarettir. Anksiyeteden farklılaştırılmıştır. Korku bir tehdite karşı organizmanın cevabıdır. Bu tehdit bilinen, dıştan gelen, belirli veya kaynağında çatışma olmayan

şeydir. Anksiyete ise yine bir tehdite cevaptır. Ancak bu bilinmeyen, içten gelen, belirsiz veya kaynağı tartışmalı olandır.

Korku ile anksiyete arasındaki fark olgu tarafından belirlenir. Freud'un ilk tercümelerinde "angst" sözcüğü, anksiyete olarak yanlış bir şekilde tercüme edilmiştir. Bu söz, Almanca'da korku için kullanılmaktadır. Freud kendi kendine genellikle bu farktan habersizdi. Bu fark, korkunun bilinen, dışsal objelerden, anksiyetenin ise bilinç dışı obje ve baskılanmış materyalden oluştuğu bağlantısıdır. Farkı ayırt etmek zorluk arz edebilir. Çünkü korku, dış dünyadaki diğer bir objenin yer değiştirmiş içsel bir objeye, baskılanmış ve bilinçdışı materyale bağlı olarak da meydana gelebilmiş olmasıdır. Mesela, bir genç köpek sesinden korkuyor olabilir. Çünkü o, köpek havlamasını babası ile bilinçdışı olarak alakalandırmakta ve baba korkusunu bu şekilde güncellemektedir.

Post-Freudiyan psikanalitik formülasyonlara giderken, korku ve anksiyetenin birbirinden ayırt edilebilmesi psikolojik analizle mümkündür. İkisi arasındaki temel fark anksiyetenin kronik bir olay, korkunun ise akut bir olay olmasıdır. Bir caddeden karşıdan karşıya geçerken hızla yaklaşmakta olan arabanın bizde oluşturduğu duygu korkudur.

Charles Darwin "Fear" sözcüğünü iki basit temel kelimeye indirgedi. Bunlar, aniden oluşan ve tehlike doğuran. Burada süre olgusu, korku ve anksiyetenin nörofizyolojik bir fenomen olarak yorumlanmasından hayati bir öneme haiz olduğu görülmektedir. 1896 yılında Darwin terör içinde olan akut korku olgusunu aşağıdaki parça ile psikofizyolojik tanımlamasını yaptı.

Korku genellikle, şaşkınlıktan önce gelmektedir ve birbirlerine yakın iki duygudur. Bu iki duygu hemen aynı anda derhal bir canlanma duygusunu oluşturur. Korku ve şaşkınlık esnasında

gözler ve ağız geniş olarak açılmıştır ve kaşlar kalkmıştır. İlk etapta korkmuş olan şahıs, hareketsiz ve soluksuz bir vaziyette durmaktadır veya şahıs yere çömelmiş bir vaziyetle sanki içgüdüsel olarak kaçmaya hazırlanmaktadır.

Kalp atışları süratli ve şiddetlidir. Böylece çarpıntı ortaya çıkar veya kaburgaların üzerine vurgu yapar. Fakat bu durum genellikle alışkın olunan kalp çalışmasından daha verimli bir sonuç elde etmek konusunda oldukça yüksek tereddütler oluşturmaktadır. Böylece kanın büyük bir kısmı vücudun tüm parçalarına ulaştırılır. Bayılma durumu esnasında, vücudu korumaya yönelik olarak deriden kan çekilir ve deri hemen soluklaşır. Yüzeydeki bu soluklar, muhtemelen, derinin küçük arterlerinin kontraksiyonu sonucu olarak ortaya çıkan bu durum, vazomotor merkez tarafından duygulanıma göre oluşmaktadır. Derideki bu durum, büyük bir korkunun etkisi altında oldukça yoğun yüklenmiş duygulanım vasıtası ile oluşur. Biz bu olağanüstü ve açıklanmamış durum karşısında bu olguya bağlı olarak aniden oluşan terleme ile karşı karşıya kalırız. Bu mayi salınımı bütün durumlarda tespit edilen bir belirtidir. Bu esnada deri yüzeyi soğuktur ve bu yüzden soğuk bir ter ile karşılaşır. Deri üzerindeki kaslar erekte olmuştur ve yüzeysel kaslar titremektedir. Kalbin bozulmuş olan hareket düzeni ile birlikte solunum hızlanmıştır salgı bezleri kusurlu salgı işlemi yapar. Ağız kurumuş ve genellikle açılıp kapanmaktadır. Biz görürüz ki, bu açık ve belirgin korku altında esnemeye doğru kuvvetli bir eğilim hissederiz. En iyi belirlenmiş semptomlardan biri, vücudun kaslarının tamamının titremesidir. İlk gözlenen ise dudakların titremesidir. Bu nedenden dolayı ve ağzın kuru olmasına bağlı olarak, şahsın sesi kuvvetli veya belirsiz veya kısık olabilir.

Terörün şiddeti ile birlikte artan korkuyu biz çarpıtılmış sonuçlarız, çok şiddetli duyguların etkisi altında gözlemleriz. Kalp şiddetli bir şekilde vurur veya bayılma ve hareketler sonucu düşebilir. Bu esnada sanki ölüm solukluğu vardır, solunum sanki durmuştur. Burun kanatları geniş olarak açılmıştır. Dudakların konvulsif hareketleri ve solunum vardır. Göğüs kafesi üzerinde bir titreme, gırtlak iç çekişi zor nefes alıcı bir durum, göz küreleri terör yaratan objeye odaklanmış veya onlar istemsiz bir şekilde bir yönden öbür yana dönüp durmaktadır. Pupiller şiddetli bir şekilde genişlemiş. Vücudun tüm kasları gerilmiş olarak veya istemsiz bir şekilde konvulsif hareketler yapabilir. Eller peş peşe açılıp, kapanabilir ve aynı zamanda genellikle seğirme hareketleri de eşlik etmektedir. Kollar dışarı uzatılmış olabilir. Sanki korkunç tehlikeye karşı bir tedbir alınmıştır.

Diğer bazı olgularda, aniden ve kontrolsüz bir yönelimle paldır küldür kaçar ve bu o kadar kuvvetli olur ki, en cesur askerler bile bu ani panik etkisi altına girebilir.

b) Anksiyeteye Adaptasyon Fonksiyonları

Anksiyeteyi haber verici bir sinyal olarak basit bir şekilde belirlediğimiz zaman, temelde korku gibi aynı duygusal yapıyı göz önünde bulundurmuş olabiliriz. Anksiyete, iç veya dış tehlikeyi haber veren bir uyarandır. O, hayat koruyucu bir özelliğe sahiptir. Daha alt seviyede, anksiyete aşağıdaki olumsuzlukları haber veren bir uyarıcıdır. Bu belirtiler arasında vücudun parçalanması, ağrı, mutsuzluk, muhtemel cezalandırmalar veya sosyal früstrasyonlar veya vücudun ihtiyaçları, sevilen birinden ayrılma, birinin durumuna veya başarısına gözdağı veya bütünlüğe birliğe olan tehditler sayılabilir. Bu şekilde şahıs yapılan tehditten korunmaya yönelik gerekli tedbirleri almaya ve bu olumsuzlukların etkisini azalt-

maya gayret eder. Mesela, günlük hayatta tehditlerden korunmanın yolu, bir imtihan için hazırlanma çok ciddi ve yoğun sıkıntıyı azaltmaya yarayan bir uygulamayı içerir veya son trene yetişmek için koşmaya mecbur olmak gibi. Bu şekilde, anksiyete dağılmayı önler. Çünkü anksiyete şahsa gerekli tedbirleri alması için önceden tehlikeyi haber vermiştir.

c) Stress, çatışma ve anksiyete

Egonun temel fonksiyonu iç dünyamız ile dış dünya arasında bir denge sağlamaktır. İçten gelen uyarılarla dış dünyanın realitesi arasında bir denge kurulursa ego fonksiyonunu başarı ile yapmış demektir. Eğer bir denge korunamaz ve dengesizlik ortaya çıkarsa, yani iç dünyamızın talepleri ile dış dünyanın gerçekleri çatışırsa dengesizlik ve kararsızlık meydana gelir. Bu da kronik anksiyete olarak algılanır.

Bu çatışma hastanın iç dünyasından gelen impulsif dürtüler(örneğin, sinirlilik, seksüel veya bağlanma ihtiyaçları v.s.) ile bilinç arasında veya dış dünyanın gerçekleri ile kişinin egosu veya iç dünyası arasında oluşabilir. Bu denge bozukluğuna ÇATIŞMA demek mümkündür.

İnsanlar arası ilişkilerimiz, sosyal olaylardaki rolümüz, toplumdan beklentilerimizdeki iç dünyamıza uygun olmayan sonuçlar, çatışmaların kaynağını oluşturabilir.

d) Psikolojik ve Bilişsel Semptomlar

Anksiyetenin iki temel parçasını tespit edilmiştir. Bunlar;

1-Farkında olunan fizyolojik duyumlar.(örneğin: çarpıntı ve terleme gibi)

2-Korku ve sinirlilik halinin hissedilmesi.

Anksiyetenin motor ve visseral etkilerine ilaveten; Anksiyete, düşünceyi, algılamayı ve öğrenmeyi de etkiler. Anksiyete konfüzyona, algılamanın çarpıtılmasına neden olur. Algılamanın çarpıtılması sadece yer ve zaman adaptasyonu ile ilgili olmayıp tüm dış dünyadaki olaylar ve insanlarla bağlantılı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu çarpıtmalar, konsantrasyon gücünün azalmasına bağlı olarak öğrenmeyi olumsuz yönde etkiler, hafızayı ve hatırlamayı zayıflatır, olaylar arasındaki bağlantıyı bulmakta zorluk yaratır.

Duygularının bilişsel düzey üzerine olumsuz etkilerinden biri de seçici algılama yapmasıdır. Kişi korkusuna ve endişesine bağlı olarak olayların veya olguların belirli yönlerini algılar, diğer kısımlarını algı dışı bırakabilir.

Dolayısı ile cevaplarda seçici algılama hatalarına bağlı olarak, korku ile birlikte yanlış ve hatalı, şekilde bir algılama ortaya çıkar. Bu da kısır bir döngüyü yaratır. Yanlış algılama, yanlış cevabı doğurur. Bunun sonucunda anksiyete daha da artar ve algılama daha da bozulur.

3

Patolojik Anksiyete

a) Psikolojik Teoriler

Psikolojik teorilerin temel üç okulu vardır. Bunlar;

i. Psikanalitik

ii. Davranışçı

iii. Varoluşçu

Bu üç temel teori anksiyeteye bir bakış açısı getirmişler ve bu bakış açıları ile de tedavi planlarını şekillendirmişlerdir.

i. Psikanalitik Teori

Freud'un anksiyete ile ilgili görüşlerini 1895'te yayınladığı "Obsesyonlar ve Fobiler"**(Freud 1895b[1894])** 1895 teki kitabı "Histeri Üzerine Çalışmalar"**(Breuer, Freud 1893 1895)** ve en son 1926'da yayınlanan "İnhibisyonlar, Semptomlar ve Anksiyete" **(Freud 1926)** kitabında görmek mümkündür. Freud bu kitabında anksiyeteyi baskılanmış dürtülerin bilince çıkmak için temsil edilmesi ve deşarj yolları bulmak için egoyla verdiği bir işaret olarak değer-