

BEDENSEL HASTALIKLARDA ANKSIYETE

ANXIETY IN PHYSICAL DISEASES

Hayati Bıyık¹, Haluk Çağlayaner²

Özet

Taksim Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran 141 hasta Hamilton Anksiyete Skalası ile incelenerek yaşın, cinsiyetin, bedensel hastalık tanısının, hastalığın akut ya da kronik olmasının ve merkezi sinir sistemini etkileyen ilaç kullanımının anksiyete puanını etkileyip etkilemediği araştırıldı. Genel sağlığı etkileyen kronik hastalıkların anksiyete puanını anlamlı derecede arttırdığı saptandı.

Anahtar sözcükler: Anksiyete, Hamilton Anksiyete Skalası, bedensel hastalıklarda anksiyete

Summary

141 patients referring to the Taksim State Hospital were analysed with the Hamilton Anxiety Scale. On the Anxiety Scale the influence of age, sex, physical diagnosis, the duration of the disease (acute or chronic) and the concomitant use of drugs which affect central nervous system were investigated. As a conclusion it was found that chronic diseases influencing general health increase the anxiety level.

Key words: Anxiety, Hamilton Anxiety Scale, anxiety and physical diseases

Giriş

Anksiyete, benliğin kendini tehdit altında hissettiği gerilimli bir duygu durumu ve bir sinyaldir.¹ Fiziksel hastalığın getirdiği engellemeler, kendi kendine yetememe kaygısı, ölüm korkusu ile gerçek ya da öznel olarak algılanan tehlikeler anksiyeteye yol açarlar. Anksiyete prevalansı genel nüfusta %4-7 iken, bedensel hastalıkları olanlarda %10-20'ye ulaşmaktadır.² Anksiyetesi olan hastaların hastanelere fiziksel yakınmaları nedeniyle de daha sık başvurdukları bildirilmektedir.³ Yaşamı tehdit eden ve organ kaybına yol açan hastalıklarda anksiyetenin daha yaygın olduğu söylenebilir.⁴ Anksiyete, somatik yakınmalar ve hipokondri kısır döngüsünde başlıca rolü oynamaktadır. Somatik yakınmalar, hipokondriyak uğraşının artmasına yol açmakta, hipokondriyak uğraşı ise anksiyetenin ve otonom sinir sistemi etkinliğinin artmasına neden olarak somatik yakınmaların artmasıyla sonuçlanmaktadır. Bedensel hastalıklardaki kaygı ve sıkıntı, genel ve "non-spesifik" bir bulgu-

dur. Anksiyete, fiziksel hastalığa, tıbbi ortama ya da tedavi uygulamasına ikincil olarak gelişebildiği gibi, bir kişilik özelliği de olabilir. Taniya varmak için altta yatan biyolojik faktörler ve eşlik eden ruhsal durum bir bütün olarak ele alınmalıdır. Bu çalışmamızda, iç hastalıkları polikliniklerine başvuran belirli hastalık gruplarında bedensel hastalıklara eşlik eden anksiyete bozukluğunun sıklığını ve hangi bedensel hastalıklarda anksiyete bozukluğu riskinin yüksek olduğunu saptamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Araştırma, Taksim Devlet Hastanesi İç Hastalıkları polikliniklerine başvuran 141 hasta üzerinde gerçekleştirildi. En genç hastanın 18, en yaşlı hastanın 75 yaşında olduğu grubun yaş ortalaması 51.24'tü. Grup 71 kadın ve 70 erkekten oluşuyordu. Bedensel hastalık tanısı, hastalığın süresi ve merkezi sinir sistemini etkileyen ilaç kullanıp kullanmadığı belirlenen hastalara Hamilton Anksiyete-

¹⁾ Bozcaada Sağlık Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanı

²⁾ MEF Okulları, Aile Hekimliği Uzmanı

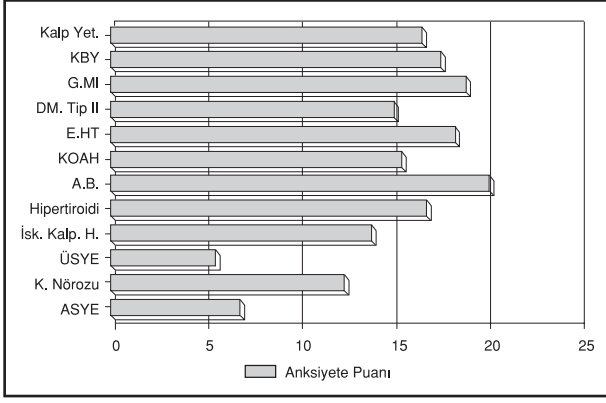
te Skalası uygulandı. Psikiyatrik tedavi gören hastalar çalışma kapsamına alınmadılar. Anksiyete skalasının uygulanmasında, bedensel hastalıkla ilgili olabilecek semptomlar dikkate alınmadı; örneğin astımlı bir hastada skalanın solunum sistemi belirtileri ile ilgili bölümü puanlama dışında tutuldu.

Bulgular

İncelenen 141 hastanın Hamilton Anksiyete Skalası puanlarının dağılımı Tablo 1’de sunulmuştur. Taniya göre, tanı ve cinsiyete göre, tanı ve hastalığın seyrine göre, tanı ve ilaç kullanımına göre anksiyete puanlarının ortalamaları ise Şekil 1-4’te yer almaktadır.

Tablo 1 Hastaların yaş, cinsiyet, tanı, hastalığın seyri, tedavide merkezi sinir sistemine etkili ilaç kullanımı ve Hamilton Anksiyete Skalası puanlarının dağılımı

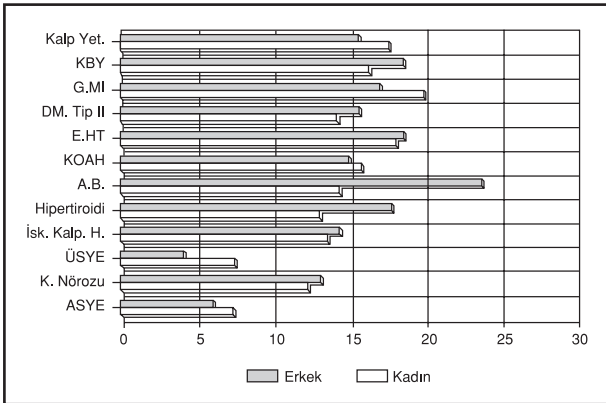
Yaş	Cins	Tanı	Seyir	MSS’ne Etkili İlaç Kullanımı	Hamilton Puanı	Yaş	Cins	Tanı	Seyir	MSS’ne Etkili İlaç Kullanımı	Hamilton Puanı
Anksiyete puanı 16-42 arasında değişen olgular						64	K	DM II	Kronik	Var	14
64	E	Kalp Yet.	Kronik	Var	32	59	K	DM II	Akut	Yok	13
72	E	Kalp Yet.	Kronik	Yok	38	57	K	DM II	Akut	Var	12
68	E	Kalp Yet.	Kronik	Yok	36	55	E	DM II	Kronik	Yok	9
72	K	Kalp Yet.	Kronik	Var	37	49	K	DM II	Akut	Yok	7
62	K	Kalp Yet.	Kronik	Yok	18	42	E	DM II	Kronik	Yok	6
57	E	Kalp Yet.	Kronik	Yok	16	38	E	DM II	Akut	Var	7
63	K	Kalp Yet.	Kronik	Yok	25	38	K	DM II	Kronik	Yok	12
55	K	KBY	Kronik	Yok	27	66	K	G.MI	Kronik	Var	15
51	K	KBY	Kronik	Yok	32	64	E	G.MI	Kronik	Var	13
49	E	KBY	Kronik	Var	37	61	E	G.MI	Kronik	Yok	12
63	K	KBY	Kronik	Yok	28	59	E	G.MI	Kronik	Var	13
49	E	DM II	Kronik	Var	29	57	K	G.MI	Kronik	Yok	14
55	E	DM II	Kronik	Var	34	50	E	G.MI	Kronik	Yok	11
65	K	DM II	Kronik	Yok	19	49	K	G.MI	Kronik	Var	11
71	K	DM II	Kronik	Yok	29	55	E	İşk. Kalp H.	Kronik	Yok	13
62	E	G. MI	Kronik	Var	25	55	K	İşk. Kalp H.	Kronik	Var	14
67	K	G. MI	Kronik	Var	28	53	E	İşk. Kalp H.	Kronik	Yok	14
61	E	G. MI	Kronik	Yok	29	53	K	İşk. Kalp H.	Kronik	Yok	14
51	E	G. MI	Kronik	Var	42	51	E	İşk. Kalp H.	Kronik	Yok	13
64	E	KOAH	Kronik	Var	19	49	K	İşk. Kalp H.	Akut	Yok	15
61	E	KOAH	Kronik	Yok	29	49	E	İşk. Kalp H.	Akut	Yok	14
66	K	KOAH	Kronik	Yok	25	49	K	E.HT	Kronik	Yok	13
59	E	KOAH	Kronik	Var	27	49	K	E.HT	Kronik	Yok	12
39	E	E.HT	Kronik	Var	29	46	E	E.HT	Kronik	Var	13
37	K	E.HT	Akut	Var	32	46	E	E.HT	Kronik	Var	13
44	E	E.HT	Kronik	Var	25	43	E	E.HT	Kronik	Var	14
27	K	A.B.	Akut	Yok	36	42	K	E.HT	Kronik	Yok	14
32	K	A.B.	Kronik	Yok	39	44	K	A.B.	Kronik	Yok	15
39	K	Hipertiroidi	Kronik	Var	33	44	K	A.B.	Kronik	Yok	15
Anksiyete puanı 7-15 arasında değişen olgular						44	K	A.B.	Kronik	Yok	14
75	K	Kalp Yet.	Kronik	Var	14	43	E	A.B.	Kronik	Yok	14
75	K	Kalp Yet.	Kronik	Var	14	41	E	A.B.	Kronik	Yok	15
73	E	Kalp Yet.	Kronik	Yok	13	35	E	A.B.	Kronik	Yok	14
73	K	Kalp Yet.	Kronik	Yok	14	31	K	A.B.	Kronik	Yok	14
72	E	Kalp Yet.	Kronik	Var	12	39	E	ÜSYE	Akut	Yok	10
70	K	Kalp Yet.	Kronik	Yok	8	39	K	ÜSYE	Akut	Yok	9
66	K	Kalp Yet.	Kronik	Yok	9	38	K	ÜSYE	Akut	Yok	7
63	K	Kalp Yet.	Kronik	Var	13	31	K	ÜSYE	Akut	Yok	9
63	E	Kalp Yet.	Kronik	Var	13	19	E	ÜSYE	Akut	Yok	8
61	E	Kalp Yet.	Kronik	Yok	9	19	E	ÜSYE	Akut	Yok	10
59	K	Kalp Yet.	Kronik	Yok	10	42	E	ÜSYE	Kronik	Var	12
57	E	Kalp Yet.	Kronik	Var	12	36	K	K.Nörozu	Kronik	Var	13
57	K	Kalp Yet.	Kronik	Var	13	35	E	K.Nörozu	Akut	Yok	14
57	K	Kalp Yet.	Kronik	Var	13	35	E	K.Nörozu	Kronik	Yok	12
57	E	Kalp Yet.	Kronik	Yok	15	34	E	K.Nörozu	Kronik	Yok	11
56	E	Kalp Yet.	Kronik	Yok	8	44	E	ASYE	Akut	Var	11
55	E	Kalp Yet.	Kronik	Yok	7	43	K	ASYE	Akut	Yok	11
66	E	KBY	Kronik	Var	14	41	E	ASYE	Akut	Yok	12
65	K	KBY	Kronik	Yok	13	37	E	ASYE	Akut	Yok	11
65	K	KBY	Kronik	Yok	14	46	K	Hipertiroidi	Kronik	Var	9
65	E	KBY	Kronik	Yok	13	36	K	Hipertiroidi	Kronik	Var	14
64	E	KBY	Kronik	Yok	13	36	E	Hipertiroidi	Kronik	Yok	13
64	K	KBY	Kronik	Yok	12	35	K	Hipertiroidi	Kronik	Var	15
63	E	KBY	Kronik	Yok	11	42	K	Migren	Kronik	Var	15
62	E	KBY	Kronik	Yok	12	41	K	Migren	Kronik	Var	15
57	K	KBY	Kronik	Var	14	Anksiyete saptanamayan olgular					
57	E	KBY	Kronik	Var	14	46	E	ÜSYE	Akut	Yok	4
52	K	KBY	Kronik	Yok	12	44	K	ÜSYE	Akut	Yok	3
51	E	KBY	Kronik	Yok	13	44	K	ÜSYE	Akut	Yok	3
68	E	KOAH	Kronik	Var	14	42	K	ÜSYE	Akut	Yok	3
63	E	KOAH	Kronik	Yok	13	39	E	ÜSYE	Akut	Yok	4
63	K	KOAH	Kronik	Yok	13	38	K	ÜSYE	Akut	Yok	2
63	K	KOAH	Kronik	Var	11	25	K	ÜSYE	Akut	Yok	2
61	K	KOAH	Kronik	Var	14	25	K	ÜSYE	Akut	Yok	4
61	E	KOAH	Kronik	Var	14	23	E	ASYE	Akut	Yok	4
61	K	KOAH	Kronik	Yok	13	22	K	ASYE	Akut	Yok	3
58	E	KOAH	Kronik	Yok	12	19	E	ASYE	Akut	Yok	4
57	E	KOAH	Kronik	Yok	12	18	E	ASYE	Akut	Yok	3
51	K	KOAH	Kronik	Yok	14	Kalp Yet.: Kalp Yetersizliği, G.MI: Geçirilmiş Miyokard Enfarktüsü, İşk. Kalp H.: İskemik Kalp Hastalığı, E.HT: Esansiyel Hipertansiyon, K. Nörozu: Kalp Nörozu, KBY: Kronik Böbrek Yetersizliği, DM II: Diabetes Mellitus Tip II, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, A.B.: Astıma Bronchiale, ÜSYE: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu, ASYE: Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu.					
49	E	KOAH	Kronik	Yok	13						
66	E	DM II	Kronik	Var	14						
64	E	DM II	Kronik	Var	15						
64	K	DM II	Kronik	Var	14						



Şekil 1

Taniya göre gruplandırılmış anksiyete puanlarının ortalamaları

Kovaryans analizi ile incelenen yaşın anksiyete puanını anlamlı derecede etkilemediği saptandı ($t=-0.554$, $p=0.581$). Cinsiyet, merkezi sinir sistemine etkili ilaç kullanımı, (migren hariç) tanı ile hastalığın akut ya da kronik olmasının rolleri çok yönlü varyans analizi ile araştırıldı ($F=v382$ $p=0.001$), tanı ($p=0.026$) ve merkezi sinir sistemine etkili ilaç kullanımının ($p=0.005$) anksiyete puanını anlamlı derecede etkilediği saptandı. Merkezi sinir sistemine etkili ilaçların kullanılmadığı ÜSYE, ASYE ve asthma bronchiale olguları ile anlamlı farka yol açmayan yaş, cinsiyet ve akutluk değişkenleri dışarıda bırakılarak yapılan düzeltilmiş değerlendirmede tanı değişkeninin etkisi de anlamlı bulunmadı ($p=0.471$). Bu düzeltmeden sonra merkezi sinir sistemine etkili ilaçların kullanımının da çok küçük bir etkiye sahip olduğu görüldü ($p=0.052$).

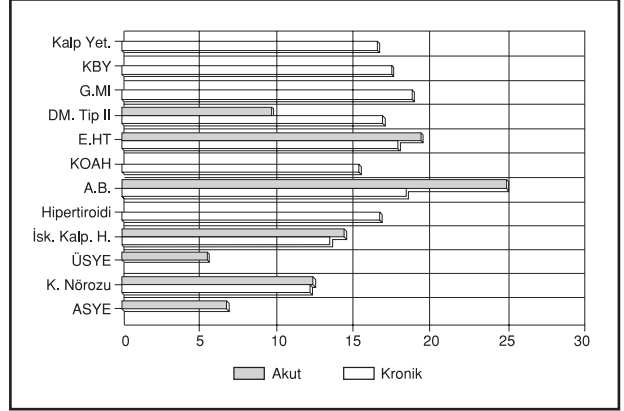


Şekil 2 Tanı ve cinsiyete göre gruplandırılmış anksiyete puanlarının ortalamaları

Sadece merkezi sinir sistemine etkili ilaç kullanımının, tanının hastalığın akutluğunun ele alındığı ikinci değerlendirmede bu değişkenlerin karşılıklı etkileşimleri çok yönlü varyans çözümlemesi ile incelendi; hiçbirinin sonucu etkilemede doğrudan etkili olmadığı saptandı: (ilaç kullanımı-akutluk $p=0.91$, ilaç kullanımı-tanı $p=0.757$, tanı-akutluk $p=0.581$).

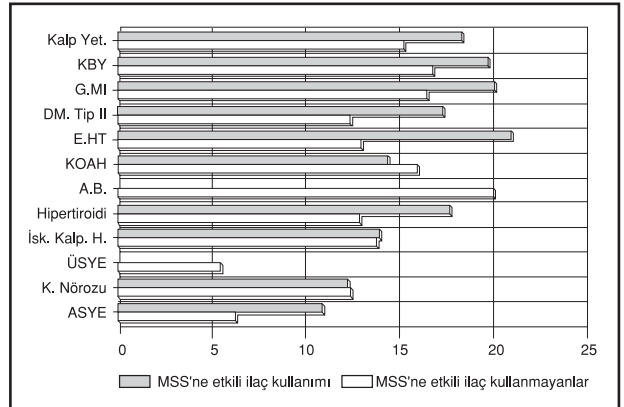
Tartışma

Hayatı tehdit eden hastalıklar psikiyatrik komplikasyonlara da yol açabilirler. Massachusetts General Hospital'da 15 ay boyunca 445 hastanın izlendiği bir çalışmada koroner yoğun bakım ünitesine yatan hastaların %33'ü için psikiyatrik konsültasyon istendiği saptanmıştır.⁵ Bu grupta en sık karşılaşılan psikiyatrik hastalık kaygı bozukluğu olmuş, onu depresyon izlemiştir. Göğüs ağrısı yakınması ve miyokard enfarktüsü öntanısı ile koroner yoğun bakım ünitesine yatırılan hastalarda davranış kaygı-yadsıma-depresyon kalıbını izlemektedir.⁶



Şekil 3 Tanı ve hastalığın süresine göre gruplandırılmış anksiyete puanlarının ortalamaları

Kalp krizinin akut dönemi geçtikten sonra genellikle depresyon ön plana çıkmaktadır; kişi yaşam amaçları ve ilgi alanlarının kısıtlanacağını düşünür, hedeflerini gerçekleştiremeyeceği kaygısını duyar. Ev içi ve toplumsal ilişkilerinde, rol ve işlevlerinde yeterli olmayacağını düşünür.⁷



Şekil 4 Tanı ve ilaç kullanımına göre gruplandırılmış anksiyete puanlarının ortalamaları

Psikiyatrik bozuklukların araştırıldığı ve Hamilton Anksiyete Skalası ile sorgulanan 34 Tip I ve 27 Tip II diyabetik hastanın ele alındığı bir çalışmada olguların %53'ünde kaygı bozukluğu, %27'sinde ise depresif

bozukluk saptanmıştır.⁸ Diyabetik hastada hastalığın şiddetine, hastanın kişilik yapısına ve çevre faktörlerine göre değişmekle birlikte bazı ortak temel kaygı alanları bulunmuştur. Bunların en yaygın olanları:

Kendi kendine yeterliliğini, bağımsızlığını yitirme kaygısı

Beden işlevleri ve bedeni üzerindeki kontrolünü yitirme kaygısı

Beden organ ve bölümlerinin zedeleneceği kaygısı

Çevrenin ilgi ve desteğini giderek yitireceği kaygısı

Cinsel yetersizlik kaygısı

Geçmişte yaptıklarına ve yapamadıklarına ilişkin suçluluk/cezalandırılma kaygıları ve tepkileridir.⁹

Solunum sistemi hastalıklarında karşılaşılan en yaygın psikiyatrik sorun kaygıdır.¹⁰ Astımlılarda yeni nöbet gelişiminde enfeksiyon (%30) ve alerjik etkenlerin (%30) yanısıra duygusal güçlüklerin de (%30) rol oynadığı saptanmıştır.¹¹ Kaygı solunum sorununun ortaya çıkmasını kolaylaştırır ve şiddetini artırır, hiperventilasyona yol açar. Kaygılı kişi mevcut dispnesini daha da kaygılı yorumlar ve korkusu artar.¹⁰ Solunum sistemi hastalıklarında hastalığın tedavisinin yanısıra hastanın ruhsal durumunun değerlendirilmesi, (varsa) majör psikiyatrik bozuklukların tanınip tedavi edilmesi, kronik hastalığın getirdiği uyum güçlüklerinin ve dispne-kaygı döngüsünün gözönüne alınması gereklidir.¹²

Bedensel hastalıklarda anksiyete genellikle şu 4 nedenden birine bağlı olarak ortaya çıkar:

1) Organik anksiyete bozukluğu: Organik hastalığın ve/ya da ilaçların komplikasyonu olarak anksiyete.

2) Psikiyatrik bozukluklara bağlı anksiyete: Depresif hastalık, fobik durumlar, obsesif kompulsif bozukluk, madde bağımlılığı, psikoza bağlı olarak ortaya çıkan anksiyete.

3) Hastalık ve/ya da hastanede yatmaya bağlı streslerle ilgili psikojenik reaktif anksiyete bozukluğu.

4) Geçici bir durum olarak anksiyeteli uyum güçlüğü.

Biz, incelediğimiz grubun %20'sinde anksiyete puanının 16-42 arasında, %70'inde ise 7-15 arasında değiştiğini saptadık. Asthma bronchiale, kalp-damar sistemiyle ilgili hastalıklar, hipertiroidi ve diabetes mellitus'ta anksiyete puanlarının istatistik olarak yüksek bulunduğunu belirledik. Bu bulgularımız literatürle uyumludur.

Tedavilerinde merkezi sinir sistemine etkili ilaçların kullanılmasının hastaların anksiyete puanlarını anlamlı derecede yükselttiğini saptadık (p=0.016).

Sonuç

Hastanın yaşı, cinsiyeti, hastalığın akut ya da kronik olması ve ÜSYE, ASYE gibi genel sağlığı olumsuz yönde etkilemeyen hastalıklar anksiyete puanlarını doğrudan etkilememektedirler.

Buna karşılık genel sağlığı ve benlik algısını olumsuz yönde etkileyebilen ve anksiyete puanlarını yükselten, tedavilerinde merkezi sinir sistemi üzerinde yan etkileri bulunan ilaçların kullanıldığı kalp yetersizliği, geçirilmiş miyokard enfarktüsü, hipertansiyon, kronik böbrek yetersizliği, diabetes mellitus ve KOAH'ta ilaç kullanımı da anksiyete puanlarını arttırmaktadır. İlaçların bu etkilerinin hangi yollarla ortaya çıktığının belirlenmesi ve bedensel hastalıklarda görülen anksiyetenin yukarıda sayılan 4 ana neden grubundan hangisine girdiğinin belirlenmesi için yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. **Freud S.** Inhibitions symptoms and anxiety. Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud'da. London, Hogart Press, 1959; 10: 5.
2. **Barret JE, Barret JA, Oxman TE, Gerber PD.** The Prevalence of psychiatric disorders in primary care. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 737-51.
3. **Craig T.** An epidemiological study of psychiatric liaison service. *Gen Hosp Psychiatry* 1982; 4: 131-7.
4. **Cavanaugh S, Wettstein RM.** Prevalence of psychiatric morbidity in medical populations. *Psychiatric Update*'de. Ed. Lester Greenspoon. Washington D.C, American Psychiatric Press Inc., 1984, 3: 187-215.
5. **Cassem NH, Hackett TD.** Psychological aspects of myocardial infarctions. Symposium on Psychiatry in Internal Medicine. *Med Clin North Am* 1977; 61(4): 711-21.
6. **Littman AB.** Review of psychosomatic aspects of cardiovascular diseases. *Psychoter. Psychosom Switzerland* 1993; 60(3-4): 148-67.
7. **Broustet JP, Blaquiére C, Douard H, Oysel N, Rougier.** La Reprise du travail après l'infarctus du myocarde: Bilan et décisions. *Arch Mal Coeur Vaiss de France* 1992; 85(11 Suppl): 1741-53.
8. **Jalenques I, Tauveron I, Albuissou E, Lonjaret D, Thieblot P, Coudert AJ.** Prevalences des troubles anxieux et depressifs chez les patients diabetiques de type I et II. *Rev Med Suisse Romande Switzerland* 1993; 113(8): 639-46.
9. **Halimi S.** Education diabetique. *Rev Prat France* 1992; 42(9): 1116-21.
10. **Shavitt RG, Gentil V, Mandetta R.** The association of panic/agoraphobia and asthma: Contributing factors and clinical implications. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14(16): 42-3.
11. **Özkan S.** Dahili tıpta psikiyatrik bozukluklar. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi'nde. İstanbul, Roche Yayınları, 1994.
12. **Rybarczyk B, Gallagher-Thompson D, Rodmann J, Zeiss A, Gantz FE, Yesavage J.** Applying cognitive behavioral psychotherapy to the chronically ill elderly: Treatment issues and case illustrations. *Int Psychogeriatr* 1992; 4 (1) 127-40.

Geliş tarihi: 01.05.1997

Kabul tarihi: 28.08.1997

İletişim adresi:

Uz. Dr. Hayati Bıyık

Bozcaada Sağlık Merkezi

Bozcaada - ÇANAKKALE Tel: (0286) 697 86 26