

Yaşlılarda yaygın anksiyete bozukluğunun değerlendirilmesi

The evaluation of generalized anxiety disorder in older adults

Meliha Zengin Eroğlu¹, Bilge Burçak Annagür², Eda İçbay³

¹Osmaniye Devlet Hastanesi, Osmaniye

²Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü, Konya

³Siirt Halk Sağlığı Müdürlüğü, Siirt

Özet

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) yaşlılarda sık görülen bir psikiyatrik bozukluktur. Bu çalışmada yaşlılarda görülen yaygın anksiyete bozukluğu şiddetinin ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bir devlet hastanesi psikiyatri polikliniğinde yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan 65 yaş üstü 45 (26 kadın, 19 erkek) ve 65 yaş altı 48 (27 kadın, 21 erkek) hasta çalışmaya dâhil edildi. Çalışmamızda, 65 yaş üstü hasta grubunda Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) total puanı, somatik ve psikik anksiyete alt ölçek puanları 65 yaş altı gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Her iki grubun Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) puanları arasında bir fark yoktu. Sonuç olarak 65 yaş ve üstü grupta YAB belirtileri çok daha şiddetli idi. Yaşlılarda yaşam kalitesini oldukça bozan bu hastalığın tanınması ve tedavisi önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: İleri yaş; komorbidite; yaygın anksiyete bozukluğu

Abstract

Generalized anxiety disorder (GAD) is a common disorder in older adults. The aim of this study is to evaluate the severity and associated factors of generalized anxiety disorder in older adults. 45 patients (26 women, 19 male) over 65 years and 46 patients younger than 65 years (27 women, 21 male), diagnosed as generalized anxiety disorder have applied to the outpatient department of a state hospital were included in the study. As a result of the study Hamilton Anxiety Scale (HAM-A) total score, somatic and psychic anxiety subscale scores were significantly higher in group of patients over the age of 65 than young people. There was no difference in Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) scores between the groups. As a result; GAD symptoms were more severe in patients over 65 years. To recognize and treat this disease impairing quality of life in elderly is important.

Keywords: Comorbidity; generalized anxiety disorder; older age

Giriş

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) erişkinlerde oldukça sık görülen kronik bir psikiyatrik bozukluktur. Genel popülasyonda yaşam boyu yaygınlığının tahminen % 5 civarında olduğu, 40 yaş üstü kadınlarda ise bu oranın % 10'lara kadar yükseldiği bildirilmiştir (1,2). Kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir (2). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların %10,3'üne YAB tanısının konduğunu ve bozukluğun kadınlarda daha sık (%12,8) görüldüğü gösterilmiştir (3).

YAB tipik olarak çocukluk çağında ya da erken erişkinlik döneminde başlar ancak hastaların çoğu kendilerini yaşam boyu anksiyöz hissettiklerini belirtmektedir. Hastalığın başlangıç yaşının bimodal bir dağılım gösterdiği bilinmektedir. Çoğu bireyde hastalık erken yaşlarda ortaya çıkarken hastaların bir kısmında ileri yaşta ortaya çıkar (4). Ancak literatürde yaygın anksiyete bozukluğu prevalansının ileri yaş grubunda gençlerden çok daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (1).

Yaşlılarda da oldukça sık görülmesine rağmen hastalığın bu ileri yaştaki sıklığı, seyri ve başlangıç yaşı çok fazla bilinmemektedir. Konuyla ilgili yazılan yayınlar sınırlı olup, yaşlılarda YAB prevalansının %7 civarında olduğu

tahmin edilmektedir (5). Altmışbeş yaş üstü bireylerle DSM-III ölçütleri kullanılarak yapılmış bir çalışmada yaygın anksiyete bozukluğunun bu popülasyondaki 6 aylık prevalansının %1,9 olduğunu göstermiştir (6). Ülkemizde yapılan bir çalışmada yaşlıların %6,9'unda YAB olduğu saptanmıştır (7).

Yaşlılarda görülen YAB genellikle kronik seyirlidir, % 46'sının geç başlangıçlı olduğu ve ortalama başlangıç yaşının 48,8 yaş olduğu bildirilmiştir (8). Hastalık yaşlılarda işlevsellik kaybı ve yaşam kalitesinde bozulmayla sonuçlanmaktadır. İleri yaşta görülen anksiyete bozukluğu; kadın cinsiyet, çok sayıda kronik tıbbi sorunlara sahip olma, bekâr ya da boşanmış olma, düşük eğitim düzeyi, stresli yaşam olayı, günlük aktivitelerde fiziksel kısıtlılık gibi çok sayıda faktör ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (9).

Yaşlılarda YAB semptomlarının şiddeti konusunda literatür verileri son derece kısıtlıdır (10). Konuyla ilgili verilerin artması yaşlılarda görülen YAB'nun daha kolay tanınmasını ve tedavi edilmesini sağlayacaktır. Bu çalışmada YAB tanısı konulan 65 yaş üstü yaşlı bireylerde psikiyatrik semptom şiddetinin ve ilişkili olduğu faktörlerin belirlenmesi hedeflenmiştir. Bu amaçla 65 yaş üstünde olan ve YAB tanısı alan kişiler ile 65 yaş altında olan ve YAB tanısı alan kişiler sosyodemografik ve klinik özellikleri açısından karşılaştırılmıştır.

İletişim/Correspondence to: Meliha Zengin Eroğlu, Osmaniye Devlet Hastanesi, Osmaniye, TÜRKİYE
Tel: + 90 328 826 1200 / 2723 melihazengin@gmail.com

Geliş Tarihi: 20.06.2012 **Kabul Tarihi:** 19.07.2012
Received: 20.06.2012 **Accepted:** 19.07.2012

DOI: 10.5455/GMJ-30-2012-99
www.gantep.edu.tr/~tipdergi
ISSN 1300-0888

Gereç ve Yöntemler

Çalışma deseni ve örneklem

Osmaniye Devlet Hastanesi psikiyatri polikliniğine 1.10.2011-30.04.2012 tarihleri arasında başvuran ve yaygın anksiyete bozukluğu tanısı konulan 65 yaş üstü 45 kişi (26 kadın, 19 erkek) çalışmaya dahil edilmiştir. Kontrol grubu olarak ise 65 yaş altı YAB tanısı alan 48 kişi (27 kadın, 21 erkek) alınmıştır. YAB tanısı DSM-IV tanı ölçütlerine göre konmuştur. Hastalar ve yakınlarıyla yapılan görüşmede hastaların sosyodemografik verileri, şimdiki ve daha önceki ruhsal hastalık öyküleri ve organik hastalık öyküleri kaydedilmiştir. YAB olarak tanınan tüm olgulara Hamilton Anksiyete ve Hamilton Depresyon ölçekleri uygulanmıştır. Önceki psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar çalışmaya dâhil edilmiş olup, yapılan muayene esnasında aktif psikoza, manisi ve madde kullanım öyküsü olanlar ile kognitif bozulmaları olanlar çalışma dışı bırakılmışlardır.

Değerlendirme Araçları

Sosyodemografik Soru Formu: Yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, gelir düzeyi, medeni durum, psikiyatrik özgeçmiş ve soygeçmiş vb. bilgilerin araştırıldığı yarı yapılandırılmış bir görüşme çizelgesidir.

DSM-IV Klinik Görüşme Formu: DSM-IV ölçütlerine göre yapılandırılmış SCID I (Structured Clinical Interview For DSM-IV Axis I Disorders Research Version-DSM-IV, Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme araştırma formu) uygulandı. SCID I First ve ark. tarafından geliştirilmiş, Özkürkçügil ve ark. tarafından Türkçeye uyarlanmış (11,12).

Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ): Hamilton tarafından geliştirilen bu ölçek bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Hem ruhsal hem bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşur. Ölçekte maddelerin varlığı ve şiddeti görüşmeci tarafından değerlendirilir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe sürümünde kesme puanı hesaplanmamıştır (13).

Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ): Ölçek, Hamilton tarafından geliştirilmiştir. Hastada depresyonun düzeyini ölçer. 17 sorudan oluşur. En yüksek 53 puan alınır. Sonuçlar; 0-7 puan: Depresyon yok, 8-13 puan: hafif depresyon, 14-18 puan: orta derecede depresyon, 19-22 puan: şiddetli depresyon, 23 ve üzeri çok şiddetli depresyon olarak değerlendirilmektedir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (14).

İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde SPSS 13.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin, sıklıklarının ve oranlarının karşılaştırılmasında Ki-kare testi uygulanmıştır. Sürekli veriler ortalama \pm standart sapma ile verilmiş ve iki grubun sürekli değişkenlerinin ortalamalarının karşılaştırılmasında: t testi, parametrik

varsayımların sağlanmadığı durumlarda Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Sonuçlar

Çalışmaya 65 yaş altı 48 kişi, 65 yaş ve üstü 45 kişi olmak üzere toplam 93 hasta dâhil edilmiştir. Grubun %64,5'unun (n=60) evli olduğu belirlenmiştir. Hastaların %72'sinin (n=67) özgeçmişinde bir psikiyatrik hastalık öyküsü vardır. Bu hastalıklar arasında en sık depresyon (%24,7), yaygın anksiyete bozukluğu (%9,7) ve somatoform bozukluklar (%9,7) yer almaktadır.

Her iki grubun sosyodemografik ve özgeçmiş özellikleri Tablo 1 ve Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 1. 65 yaş altı hastaların sosyodemografik ve özgeçmiş özellikleri.

	65 yaş altı (n=48)	
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	27	56,3
Erkek	21	43,8
Medeni durum		
Evli	38	79,2
Bekâr-dul	10	20,8
Özgeçmişte psikiyatrik hastalık		
Yok	16	33,3
Var	32	66,7
Önceki psikiyatrik hastalığın türü		
Depresyon	9	18,8
Bipolar bozukluk	3	6,3
Şizofreni	3	6,3
OKB	2	4,2
Panik bozukluk	4	8,3
Sosyal fobi	2	4,2
YAB	3	6,3
Alkol-madde bağımlılığı	2	4,2
Somatoform bozukluk	4	8,3
Eşlik eden organik hastalık		
Yok	17	35,4
Var	31	64,6
Eşlik eden organik hastalığın türü		
Hipertansiyon	6	12,5
Diyabetes mellitus	9	18,8
Kardiyovasküler hastalık	5	10,4
Diğer*	2	4,2
Birden çok organik hastalık	9	18,8

*Diğer : Romatoid artrit, Hepatit.

65 yaş ve üstü hastalarla 65 yaş altı hastaların Ham-A ve Ham-D değerlendirme ölçeği puanlarının karşılaştırması Tablo 3'de sunulmuştur. 65 yaş ve üstü hastalarda Ham-A toplam skoru, Ham-A psişik ve somatik alt ölçek skorları 65 yaş altı hastalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (p=0,000, p=0,000, p=0,008).

Tüm grupta organik hastalık olma durumu ile yaş, Ham-A ve Ham-D değerlendirme ölçeği puanları karşılaştırılmış ve Tablo 4'de verilmiştir. Organik hastalığı olanlarda yaşın, Ham-A total ve Ham-A psişik

anksiyete alt ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (p=0,003, p=0,048, p=0,025).

Tablo 2. 65 yaş ve üstü hastaların sosyodemografik ve özgeçmiş özellikleri.

	65 yaş ve üstü (n=45)	
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	26	57,8
Erkek	19	42,2
Medeni durum		
Evli	22	48,9
Bekâr-dul	23	51,1
Özgeçmişte psikiyatrik hastalık		
Yok	10	22,2
Var	35	77,8
Önceki psikiyatrik hastalığın türü		
Depresyon	14	31,1
Bipolar bozukluk	1	2,2
OKB	3	6,7
Panik bozukluk	3	6,7
YAB	6	13,3
Alkol-madde kötüye kullanımı	1	2,2
Alkol-madde bağımlılığı	2	4,4
Somatoform bozukluk	5	11,1
Eşlik eden organik hastalık		
Yok	9	20,0
Var	36	80,0
Eşlik eden organik hastalığın türü		
Hipertansiyon	6	13,3
Diyabetes mellitus	8	17,8
Serebrovasküler hastalık	2	4,4
Kardiyovasküler hastalık	4	8,9
Birden çok organik hastalık	16	35,6

Tablo 3. Yaş gruplarında Ham-A ve Ham-D değerlendirme ölçeği puanları.

	65 yaş altı (n=48) ortalama ± SS	65 yaş ve üstü (n=45) ortalama ± SS	p
Ham-A toplam skoru	21,04±5,929	27,24±8,18	0,000
Ham-A psişik anksiyete skoru	9,44±3,235	12,6±3,683	0,000
Ham-A somatik anksiyete skoru	11,81±4,369	14,67±5,588	0,008
Ham-D skoru	9,4±5,398	7,73±4,147	0,098

Ham-A: Hamilton Anksiyete ölçek skoru, Ham-D: Hamilton depresyon ölçek skoru

Tablo 4. Organik hastalığı olan ve olmayan gruplarda yaş, Ham-A ve Ham-D değerlendirme ölçeği puanları.

	Organik hastalık var (n=67) ortalama ± SS	Organik hastalık yok (n=26) ortalama ± SS	p
Ham-A total skoru	24,82±7,319	22,04±8,506	0,048
Ham-A psişik anksiyete skoru	11,51±3,535	9,58±4,13	0,025
Ham-A somatik anksiyete skoru	13,48±5,088	12,46±5,413	0,291
Ham-D skoru	8,45±4,992	8,96±4,652	0,567
Yaş	60,7±10,822	48,92±17,165	0,003

Ham-A: Hamilton Anksiyete ölçek skoru, Ham-D: Hamilton depresyon ölçek skoru

Tablo 5. Özgeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan ve olmayanlarda Yaş, Ham-A ve Ham-D değerlendirme ölçeği puanları.

	Özgeçmişinde psikiyatrik hastalık var (n=67) ortalama ± SS	Özgeçmişinde psikiyatrik hastalık yok (n=26) ortalama ± SS	p
Ham-A total skoru	25,19±8,023	21,08±6,079	0,029
Ham-A psişik anksiyete skoru	11,33±3,882	10,04±3,435	0,163
Ham-A somatik anksiyete skoru	13,85±5,203	11,5±4,777	0,049
Ham-D skoru	9,36±5,128	6,62±3,545	0,018
Yaş	58,3±13,95	55,12±13,654	0,234

Ham-A: Hamilton Anksiyete ölçek skoru, Ham-D: Hamilton depresyon ölçek skoru

Tüm grupta özgeçmişinde psikiyatrik hastalık tanısı olan ve olmayanların yaş, Ham-A total puanı, Ham-A somatik anksiyete alt ölçek puanı ve Ham-D değerlendirme ölçeği puanı Tablo-5'de karşılaştırılmıştır. Daha önce psikiyatrik hastalık tanısı olanlarda Ham-A toplam puanı, Ham-A somatik anksiyete puanı ve Ham-D puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,029, p=0,049, p=0,018).

Tartışma

Çalışma sonuçlarımız 65 yaş üstü YAB hastalarının 65 yaş altı YAB hastalarına göre daha şiddetli belirtilerle polikliniğe başvurduğunu göstermiştir. 65 yaş ve üstü grupta Ham-A total, psişik ve somatik anksiyete puanlarının 65 yaş altı gruptan anlamlı derecede yüksek olduğu gözlenmiştir. Yaşlılarda YAB, artmış kaygı, sosyal korkular ve depresyon ile ilişkilendirilmiştir (15). Literatürde anksiyetenin yaşlılarda daha çok somatik belirtilerle ortaya çıktığı konusu tartışılmıştır. Ancak çalışmamız sadece somatik anksiyetenin değil psişik anksiyetenin de 65 yaş ve üstü grupta yüksek olduğunu göstermiştir. Bu popülasyonda anksiyete belirtilerinin bazı tıbbi sorunlar ile ilişkisine dikkat çekilmiştir. Bunlar arasında en sık hipertiroidi, diyabetes mellitus (DM), kalp hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, gastrointestinal bozukluklar ve parkinson hastalığı yer almaktadır (6). Çalışmamızda beklentimizin aksine organik hastalık eştanısı açısından 65 yaş üstü ve altındaki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Ancak her iki grupta da en sık sırasıyla birden çok organik hastalığa sahip olma, DM ve hipertansiyon (HT) saptanmıştır.

Yaşlılarda anksiyete belirtileri değişen sosyal, ruhsal ve fiziksel şartlarla ilgili olabilir. Eş kaybı, kronik medikal hastalıklar ve fiziksel kısıtlılıklar yaşlıların sıklıkla karşılaştıkları sorunlar arasındadır. Çalışmamız 65 yaş ve üstü hastalarda evlilik oranının 65 yaş altı gruba göre anlamlı derecede düşük olduğunu göstermiştir. Organik hastalıkların anksiyete ile ilişkisi dikkat çekicidir. Bu konuyla ilgili yapılan bir çalışmada koroner kalp hastalığı öyküsü olmayan 1759 erkeğin sosyal ilişkiler, sağlık, ekonomi, kendini ifade etme ve yaşlanma gibi alanlarda kaygı düzeyi ölçülmüş. Yirmi yıllık izlem sonucunda kaygı düzeyinin yüksek olmasının yaşlı erkeklerde koroner kalp hastalığı riskini artırdığı sonucuna varılmıştır (16). Çalışmamızın konuyla ilgili bir başka sonucu da organik hastalığa sahip olan bireylerde toplam anksiyete ve psikiyatrik anksiyete alt ölçek puanları yüksekken somatik anksiyete alt ölçek puanlarının düşük olmasıdır. Bu sonuç, organik hastalıkların çoğunlukla kronik seyirli olmasıyla ve hastaların bu duruma uyum sağlamalarıyla ilişkili olabilir.

Çalışmamız, yaşlılarda YAB konusunda özellikle başlangıç yaşı hastalığın etiyojisi, ortaya çıkışı ve belirti şiddeti konusunda yol gösterici olabilir. Bu konuda yapılmış oldukça sınırlı sayıda çalışma mevcuttur (4, 9, 15). Yapılan çalışmalardan birinde yaşlı YAB hastaları erken (<15 yaş) ve geç (>39 yaş) başlangıçlı olarak 2 gruba ayrılmıştır. Erken başlangıçlı hastaların kendilerini değerlendirdikleri ölçeklerde sürekli kaygı puanlarının daha yüksek olduğu ve klinisyenlerin de bu hastaları daha fazla depresif değerlendirdikleri gözlenmiştir (15). Yapılan bir diğer çalışma ise yaygın anksiyete belirtileri 50 yaşından önce başlayan yaşlılarda psikiyatrik komorbiditenin, psikiyatrik ilaç kullanımının ve kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (4).

YAB sıklıkla diğer psikiyatrik hastalıklarla birliktelik gösterir. Bu bozukluğa sahip olan olguların %63.6'sında mevcut, %50-90.4'ünde yaşam boyu başka bir psikiyatrik hastalık eştanısı olduğu bildirilmiştir (2, 17). Hastalığa en sık sosyal fobi, majör depresyon, panik bozukluk ve agorafobi eşlik etmektedir (17). Genel popülasyonda YAB olan bireylerin %75'nin komorbid başka bir psikiyatrik hastalığa sahip olduğunu göstermiştir. Yapılan bir çalışmada depresyonu olan yaşlılarda anksiyete bozukluğu prevalansı %47.5 olarak saptanmıştır (18). Yine depresyonu olan yaşlıların %27.5'nin YAB ölçütlerini karşıladığı gösterilmiştir (19). Çalışmamızda YAB'na sahip tüm hastaların %72'sinin yaşam boyu komorbid başka bir psikiyatrik hastalığı olduğu saptanmıştır. Her iki grupta YAB'na yaşam boyu en sık depresif bozukluk eşlik etmekteydi. Çalışmamızda 65 yaş altı grupta yaşam boyu komorbid psikiyatrik hastalık oranı %66.7 idi ve en sık depresyon (%18.8) öyküsü olup bunu panik bozukluk (%8.3) izliyordu. Altmış beş yaş ve üstü olanlarda yaşam boyu komorbid psikiyatrik hastalık oranı %77.8 idi ve

sırasıyla depresyon (%31.1), OKB (%6.7) ve panik bozukluğun (%6.7) eşlik ettiği gözlenmiştir.

YAB'nun depresyonla ilişkisi oldukça sık çalışılmıştır. Ülkemizde de bu konuyla ilgili yapılan araştırmalarda bu iki hastalığın birlikteliğinin tahmin edilenin çok daha üstünde olduğunu göstermiştir (3,20-22). Bu çalışmalardan birinde YAB saptananların %83.7'sinde majör depresyon eşlik ettiği saptanmıştır (3). Yapılan çalışmalar anksiyete bozukluğunun gençlerde ve yaşlılarda depresyon seyri ve tedavisine üzerine hem akut hem de idame dönemde olumsuz etkilerinin olduğunu göstermiştir (6). Örneğin 60 yaş üstü depresyonlu hastalarda YAB belirtilerinin özkıyımla ilişkili olduğu bildirilmiştir (19). Genç erişkinlerde de bu iki hastalığın birlikteliği benzer sonuçlar doğurmaktadır. Bu hasta grubunda depresyon çok daha uzun ve şiddetli seyretmekte, işlevsellikte bozulma daha fazla olmakta, iyileşme için gerekli süre daha uzun olmakta ve YAB'nda remisyona ulaşma olasılığı düşmektedir (6). Çalışmamızda 65 yaş altı hasta grubunun depresyon puanlarının 65 yaş ve üstü gruptan farksız olduğu gözlenmiştir.

Çalışmamızın başlıca kısıtlılığı, kesitsel bir çalışma olması ve örneklem grubunun nispeten küçük olmasıdır. İkinci bir kısıtlılık ise önceki psikiyatrik hastalık öyküsü olanların da çalışmaya dâhil edilmiş olmasıdır. Örneğin Şizofreni ve Bipolar bozukluk gibi hastalıklar pür bir anksiyete bozukluğunun görünümünü değiştirebilir. Bu nedenle pür YAB tanısı konulan hasta grupları ile çalışma yapılması hastalığın daha iyi tanınması açısından faydalı olabilir. Ancak unutulmaması gereken bir nokta da YAB'ın sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklara eşlik etmesi ve bu nedenle pür YAB olgularının az sayıda olmasıdır. Bu nedenle çalışmamızın literatüre katkısı olduğunu düşünmekteyiz. Sonuç olarak YAB yaşlı bireylerde sık görülen ve yaşam kalitesini oldukça bozan bir psikiyatrik bozukluktur ve sıklıkla diğer tıbbi ve psikiyatrik hastalıklara eşlik etmektedir. Hastalığın tanınması ve tedavisi hem psikiyatrik hem de diğer kronik hastalıklarının seyri açısından önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Wittchen HU, Hoyer J. Generalized anxiety disorder: nature and course. J Clin Psychiatry 2001;62(Suppl. 11):15-19.
2. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994;51(5):355-64.
3. Özcan M, Uğuz F, Çilli AS. Ayaktan Psikiyatri Hastalarında Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ek Tanılar. Türk Psikiyatri Dergisi 2006;17(4):276-285.
4. Le Roux H, Gatz M, Wetherell JL. Age at onset of generalized anxiety disorder in older adults. Am J Geriatr Psychiatry 2005;13(1):23-30.
5. Mantella RC, Butters MA, Amico JA, Mazumdar S, Rollman BL, Begley AE, et al. Salivary cortisol is associated with diagnosis and severity of late-life generalized anxiety disorder. Psychoneuroendocrinology 2008;33(6):773-781.
6. Alwahabi F. Anxiety symptoms and generalized anxiety disorder in the elderly: a review. Harv Rev Psychiatry 2003;11(4):180-93.
7. Kirmizioglu Y, Doğan O, Kuğu N, Akyüz G. Prevalence of anxiety disorders among elderly people. Int J Geriatr Psychiatry 2009;24(9):1026-33.

8. Lenze EJ, Mulsant BH, Mohlman J, Shear MK, Dew MA, Schulz R, et al. Generalized anxiety disorder in late life: lifetime course and comorbidity with major depressive disorder. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13(1):77-80.
9. Gonçales DC, Byrne GJ. Sooner or later: age at onset of generalized anxiety disorder in older adults. *Depress Anxiety* 2012;29(1):39-46.
10. Caudle DD, Senior AC, Wetherell JL, Rhoades HM, Beck JG, Kunik ME, et al. Cognitive errors, symptom severity, and response to cognitive behavior therapy in older adults with generalized anxiety disorder. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15(8):680-9.
11. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW . Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). American Psychiatric Press, Washington D.C.1997.
12. Özkürkçügil A, Aydemir O, Yıldız M. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999;12:233-6.
13. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 1998;9:114-7.
14. Akdemir A, Örsel S, Dađ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996;4(4):251-9.
15. Beck JG, Stanley MA, Zebb BJ. Characteristics of generalized anxiety disorder in older adults: a descriptive study. *Behav Res Ther* 1996;34(3):225-34.
16. Kubzansky LD, Kawachi I, Spiro A, Weiss ST, Vokonas PS, Sparrow D. Is worrying bad for your heart? A prospective study of worry and coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Circulation* 1997;95(4):818-24.
17. Sevinçok L. Yaygın anksiyete bozukluğunda tanı ve eştani sorunları. *Duygudurum dizisi* 2001;1(3):144-151.
18. Beekman AT, de Beurs E, van Balkom AJ, Deeg DJ, van Dyck R, van Tilburg W. Anxiety and depression in later life: co-occurrence and communality of risk factors. *Am J Psychiatry* 2000;157(1):89-95.
19. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, Schulberg HC, Dew MA, Begley AE, Pollock BG, Reynolds CF. Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *Am J Psychiatry* 2000;157(5):722-8.
20. Buturak řV, Bařterzi AD, Ertekin Yazıcı A, Yazıcı K, Tot Acar ř. Comorbid Disorders In Outpatients With Major Depressive Disorder And Their Sociodemographical Aspects. *Journal of Mood Disorders* 2011;1:7-13.
21. Annagür BB, Tamam L. Major Depresyon Hastalarında Diğer Psikiyatrik Bozukluklar. *Anatol J Clin Investig.* 2010;4:111-17.
22. Annagür BB, Savař HA. Depresyonda Ek Hastalık, Ek Hastalık Olarak Depresyon: Türkiye'de Yapılmış Çalışmaların Gözden Geçirilmesi. *Journal of Mood Disorders* 2011;1(2):87-94.