



**ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ÇOCUKLUK VE YETİŞKİNLİK DÖNEMİNDE AYRILIK  
ANKSİYETESİNİN YETİŞKİNLİK DÖNEMİNDE GÖRÜLEN  
ANKSİYETE BOZUKLUKLARIYLA İLİŞKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Başak ÖZSAYIN KILIÇ**

**ANKARA, 2018**



**ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**ÇOCUKLUK VE YETİŞKİNLİK DÖNEMİNDE AYRILIK  
ANKSİYETESİNİN YETİŞKİNLİK DÖNEMİNDE GÖRÜLEN  
ANKSİYETE BOZUKLUKLARIYLA İLİŞKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Başak ÖZSAYIN KILIÇ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Doç. Dr. Murat İlhan ATAGÜN**

**ANKARA, 2018**

## ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleri ile yol gösteren, her sorunda asistanlarının arkasında duran, sevgi dolu Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Mehmet UĞURLU'ya,

Birçok konudaki bilgi ve tecrübesini paylaşıp sabrı ve nezaketiyle tez yazma sürecinde hep destek olan, istatistiği de üstlenerek değerli vaktini ayıran tez danışmanım Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan Doç. Dr. Murat İlhan ATAGÜN' e,

Eğitim sürecimizde bilgisini bizden esirgemeyen, yaklaşımı ve tecrübesiyle ufukumuzu genişleten Prof. Dr. Yusuf ÜSTÜ' ye,

Asistanlık eğitimimin her aşamasında bana yol gösteren, değerli katkıları olan saygıdeğer hocalarım Uzm. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ, Uzm. Dr. İrep KARATAŞ ERAY, Doç. Dr. Ahmet KESKİN, Dr. Öğr. Üyesi B. Furkan DAĞCIOĞLU'ya,

Tez sürecimde yardımları olan tüm arkadaşlarıma ve asistanlık sürecinde birlikte vakit geçirmekten ve çalışmaktan mutluluk duyduğum, asistanlığı daha keyifli kılan tüm Aile Hekimliği Asistanı arkadaşlarıma,

Bugüne kadar hayatımın her döneminde bana her türlü desteği sağlayan değerli annem ve babama, ağabeyime ve biricik eşime, hayır dualarıyla hep yanımda olan anneanneme, her konuda anlayış gösteren ve tez sürecindeki her türlü yardımı sağlayan canım eşime,

Sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Başak ÖZSAYIN KILIÇ

Ankara, 2018

## ÖZET

Giriş ve Amaç: Anksiyete içeriden veya dışarıdan gelebilecek bir tehlike beklentisinin neden olduğu kaygı ve endişe durumudur. Fizyolojik olan ve stresle baş etmeye yarayan anksiyete, şiddetli ve uzun yaşanması veya kişinin yaşamını olumsuz etkilemesi durumunda anksiyete bozukluğu olarak değerlendirilir. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu, kişinin temel bağlanma figüründen ayrılmaya veya ayrılma riskine karşı aşırı ve yaygın bir korkuyla karakterize bir durumdur. Geçmişte çocukluk çağına özgü bir bozukluk olarak kabul edilirken DSM-5 ile tüm yaşlarda görülebilen bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. Literatürde çocukluk çağı ayrılık anksiyetesinin; yetişkin dönemde görülebilecek anksiyete (örn; yetişkin ayrılık anksiyetesi, panik bozukluğu gibi) ve anksiyete dışı (major depresif bozukluk, bipolar bozukluk gibi) psikiyatrik bozukluklar için risk faktörü olabileceği yönünde çalışmalar mevcuttur. Biz de çalışmamızda çocukluk çağında sık gördüğümüz ayrılık anksiyetesinin yetişkin dönem anksiyete bozukluklarıyla ilişkisi olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 18-35 yaş arası herhangi bir ruhsal hastalığı olmayan 311 katılımcı alındı. Tarafımızca hazırlanmış sosyodemografik verilerden oluşan bir anket formunu, Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanterini, Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketini, Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI FORM-1) ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI FORM-2) anketlerini uygun biçimde yanıtlayan 311 katılımcıyla çalışma tamamlanarak istatistiksel analizler yapıldı.

Bulgular: Çalışmamızda elde ettiğimiz verilere göre çocukluk ayrılık anksiyetesi belirtilerini karşılayan 166 kişinin 123'ünde (%74,09) ayrılık anksiyetesi belirtilerinin yetişkinlikte de devam ettiği görüldü. Katılımcıların 43'ünde (%13,03) sadece çocukluk dönemi, 42'sinde (%12,7) sadece yetişkinlik dönemi ayrılık anksiyetesi puanı yüksek saptandı. Çocukluk dönemi ayrılma anksiyetesi puanı yüksek bireylerin süreğen anksiyete puanlarını istatistiksel olarak yüksek bulundu ( $F= 46,21, p<0,001$  Adjusted  $R^2= 0,13$ ). Yetişkin ayrılık anksiyete puanları yüksek olan bireylerin hem durumsal hem de süreğen anksiyete puanlarını istatistiksel olarak yüksek bulundu ( $F=46,50, p<0,001, Adjusted R^2= 0,23$ ).

Sonuç ve Öneriler: Çalışmamızda; çocukluk çağı ayrılık anksiyetesinin yetişkin dönem ayrılık anksiyetesiyle yüksek oranda ilişkili olduğunu aynı zamanda yetişkinlik dönemi ayrılık anksiyetesinin çocukluk çağı ayrılık anksiyetesinden bağımsız olarak da ortaya çıkabileceğini saptadık. Çalışmamızda elde ettiğimiz bir diğer önemli sonuç; çocukluk çağı ayrılık anksiyetesinin süreğen anksiyete ile ilişkili olmasıdır. Bu durum çocukluk çağı ayrılık anksiyetesinin kronik anksiyete için önemli bir risk faktörü olabileceğini gösterir. Sınıflama sistemlerine yeni girmiş olan yetişkinlik dönemi ayrılık anksiyetesi durumsal ve süreğen anksiyeteye ilişkili olması sebebiyle bu kategorinin anksiyeteye yatkınlığın bir görünümü olabileceğini düşündürmektedir. Bu konuda yapılan çalışmaların ülkemizde az olması ve farklı sonuçlar elde edilmiş olması nedeniyle daha büyük örneklerle yapılacak ileriye dönük izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Ayrılık anksiyetesi, süreğen anksiyete, durumsal anksiyete

## ABSTRACT

### THE RELATIONSHIP BETWEEN ANXIETY DISORDERS IN ADULTHOOD AND SEPARATION ANXIETY IN CHILDHOOD AND ADULTHOOD

**Introduction and Objectives:** Anxiety is a state of unease and nervousness caused by anticipation of a danger which will possibly come from inside or outside. Being physiological, and beneficial to cope with stress; anxiety is evaluated as anxiety disorder in the case of being experienced fiercely and in long terms; or affecting life of the person in a negative way. Separation anxiety disorder is a state characterized by excessive and extensive fear towards the risk of separation or separation of the individual from major attachment figure. Acknowledged as a disorder peculiar to childhood in the past, it is now defined as a disorder which can be present at all ages with the version of DMS-5. In previous literature, there are some studies dealing with the fact that childhood separation anxiety may be a risk factor for adulthood anxiety (e.g. adult separation anxiety, panic disorder) and psychological disorders except for anxiety (e.g. major depressive disorder and bipolar disorder). In this study, we aim to research whether there is a relationship between separation anxiety, which we encounter commonly in childhood, and adulthood anxiety disorders or not.

**Materials and Methods:** 311 participants aged between 18-35 years and who have no mental illnesses were involved in this study. Statistical analyses were performed in accordance to completion of the study with 311 participants responding properly to a questionnaire form compiling sociodemographic data prepared by ourselves, Separation Anxiety Symptoms Inventory, Adult Separation Anxiety Questionnaire, State Anxiety Inventory (STAI FORM-1) and Trait Anxiety Inventory (STAI FORM-2).

**Results:** According to the data acquired in our study, it is seen that 123 of 166 subjects (74.09 %) corresponding to the symptoms of childhood separation anxiety also continue to have the symptoms of separation anxiety in adulthood. 43 (13.03 %) of the participants have been detected to have only high childhood and 42 (12.7 %) of the participants to have only high adulthood separation anxiety score. Chronic anxiety scores have been found out to be high statistically in the subjects with high scores of

childhood separation anxiety ( $F= 46.21$ ,  $p<0.001$ , Adjusted  $R^2= 0.13$ ). Both situational and chronic anxiety scores have been out to be high statistically in the subjects with high scores of adult separation anxiety ( $F=46.50$ ,  $p<0.001$ , Adjusted  $R^2= 0.23$ ).

Conclusions and recommendations: Being highly related to adulthood separation anxiety, childhood separation anxiety may be also seen in adulthood independent from adulthood separation anxiety. Childhood separation anxiety is a significant risk factor for chronic anxiety. Adulthood separation anxiety newly embarking into classification systems is taken into consideration in terms of being a possible presentation of susceptibility of this category to anxiety due to its relation to situational and chronic anxiety. Owing to the fact that there are few studies in this field and various results have been reached in our country, further monitoring studies which will be performed with a larger number of samplings is needed.

**Keywords:** separation anxiety, chronic anxiety, state anxiety.

## İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ .....	ii
ÖZET .....	iii
ABSTRACT .....	v
İÇİNDEKİLER .....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	x
TABLolar DİZİNİ .....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI.....	3
2.1.1. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu .....	4
2.1.2. Panik bozukluğu .....	9
2.1.3. Agorofobi .....	10
2.1.4. Sosyal Anksiyete Bozukluğu.....	11
2.1.5. Yaygın anksiyete bozukluğu .....	12
2.1.6. Seçici konuşmama (Selektif Mutizm) .....	12
2.1.7. Maddenin/ilacın yol açtığı anksiyete bozukluğu .....	13
2.1.8. Başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete bozukluğu .....	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	14
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE ÖRNEKLEMİ.....	14
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu .....	14
3.2.2. Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE).....	15
3.2.3. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAA) .....	15
3.2.4. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI FORM -1, STAI FORM -2).....	16
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER.....	16
3.4. ETİK KURUL ONAYI .....	17
4. BULGULAR .....	18
5. TARTIŞMA.....	28
6. SONUÇLAR.....	33
7. ÖNERİLER .....	34
8. KAYNAKLAR.....	35



9. EKLER .....	41
EK-1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU .....	41
EK-2. AYRILIK ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ VE YETİŞKİN AYRILIK ANKSİYETE BOZUKLUKLARI .....	43
EK-3. DURUMLULUK-SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (STAI FORM TX-1, STAI FORM TX-2) .....	46
EK-4. ETİK KURUL ONAYI .....	48
10. ÖZGEÇMİŞ .....	49



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AAB	: Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
ICD	: International Classification of Diseases
PB	: Panik Bozukluğu
SAB	: Sosyal Anksiyete Bozukluğu
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
YAB	: Yaygın anksiyete bozukluğu
AABE	: Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri
YAA	: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi
STAI- 1	: Durumluk Kaygı Ölçeği
STAI -2	: Sürekli Kaygı Ölçeği

## ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 4.1. Birlikte yaşanılan kişiler.....	19
Şekil 4.2. Yaşamının çoğunun geçtiği yer.....	20
Şekil 4.3. Aileden uzun süreli ilk ayrılış nedenleri.....	21



## TABLolar DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 2.1. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu için DSM- 5 tanı ölçütleri .....	6
Tablo 4.1. Sosyodemografik değişkenler .....	18
Tablo 4.2. Aile ile görüşme sıklığı .....	20
Tablo 4.3. Bedensel hastalığı olan ve olmayan katılımcıların anksiyete puanlarının karşılaştırması .....	21
Tablo 4.4. Anksiyete ölçek puanları .....	22
Tablo 4.5. Ailesiyle yaşayan ve yaşamayan bireylerin anksiyete ve ayrılık anksiyetesi düzeyleri bakımından karşılaştırılması .....	23
Tablo 4.6. Yetişkinlik ayrılık anksiyetesi ve çocukluk ayrılık anksiyetesi dağılımı .....	24
Tablo 4.7. Katılımcıların çocukluk dönemi ayrılık anksiyetesi açısından özelliklerinin dağılımı .....	25
Tablo 4.8. Katılımcıların yetişkin dönemi ayrılık anksiyetesi açısından özelliklerinin dağılımı .....	26
Tablo 4.9. Korelasyon analizleri .....	26
Tablo 4.10. Yetişkinlik dönem ayrılma anksiyetesinin belirleyicileri .....	27
Tablo 4.11. Çocukluk dönemi ayrılma anksiyetesinin belirleyicileri .....	27

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ayrılma kaygısı, kişinin annesinden ya da bağlanma figüründen ayrılması halinde veya ayrılma beklentisine girdiği hallerde endişe duyması durumudur[1]. Ayrılma kaygısı bozukluğunun tanı olarak konabilmesi için; ayrılma kaygısının uzun sürmesi, şiddetli ve gelişimsel açıdan uygunsuz olması ya da işlevselliği bozması gerekmektedir[1, 2].

Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi'nin karakteristik özelliği, bağlanma figürünün zarar göreceğinden ve/veya kendisinin zarar göreceği bir durum sonucunda bağlanma figüründen ayrılacağına dair devamlı ve aşırı bir kaygı duyulmasıdır. Bu anksiyete bozukluğuna sahip çocuklar, bağlandıkları kişilerin nerede olduklarını bilmeye ihtiyaç duyarlar ve bağlandıkları kişilerle devamlı ilişki halinde olmaya çalışırlar. Okul reddi önemli ve sık görülen bir sorundur. Ayrılma gerçekleştiğinde ya da ayrılma beklentisi halinde daha çok mide bulantısı, kusma, karın ağrısı gibi gastrointestinal semptomlar ve halsizlik, çarpıntı gibi belirtiler yaşayabilirler[3]. Ergenler ayrılmayla ilgili kaygılarını genellikle belli etmemekle birlikte daha çok evden ayrılırken huzursuzluk sergileme, tek başına etkinliklere katılmak istememe, toplumsal etkinliklerde annelerini yanlarında isteme gibi davranışlar ile gösterebilirler[3].

DSM-4-TR Çocukluk Ayrılma Kaygısı Bozukluğu'nun ergenlik dönemine sarkabileceğini, kaygı ve ayrılığı içeren durumlardan kaçınma davranışlarının uzun yıllar devam edebileceğini belirtmektedir. DSM-4'teki yaş sınırlaması Çocukluk Ayrılma Kaygısı olan olgularda belirtilerin yetişkinlik döneminde de devam etmesinde ve ayrılma kaygısı belirtilerinin erişkin dönemde ilk kez ortaya çıkması durumlarında ne yapılacağı sorununu ortaya çıkartmıştır[4,5]. DSM-5'te Ayrılma Kaygısı Bozukluğu için yaş sınırı kaldırılmıştır[2]. Bazı araştırmacılar yetişkinlerde ayrılma kaygısının sanıldığından daha yaygın olduğunu ifade etmiştir[6,7]. Seligman ve arkadaşları üniversitenin ilk döneminde okuyan öğrencilerde yaptıkları çalışmada yetişkin ayrılık anksiyete bozukluğu sıklığını %21 olarak saptamışlardır[8].

Silove ve arkadaşlarının yapmış olduğu retrospektif çalışmalarda Çocukluk Ayrılma Kaygısı Bozukluğu'nun, erişkin dönemde Panik Bozukluğu (PB), agorafobi ve

agorafobili PB geliştirme potansiyeli olduğu gösterilmiştir [9]. Klein, Çocukluk Ayrılma Kaygısı Bozukluğu ve PB’de ayrılmaya yanıtın kontrolünde bozukluk olduğunu öne sürmüştür[10]. Lipsitz ve arkadaşları, Çocukluk Ayrılma Kaygısı’nın PB’ye ek olarak diğer kaygı bozukluklarına da yatkınlık oluşturduğunu ifade etmişlerdir[11]. Retrospektif olarak 252 hastada Çocukluk Ayrılma Kaygısı’nı araştırdıkları çalışmanın sonuçlarına göre, yetişkinlik döneminde iki ya da daha fazla sayıda “yaşam boyu kaygı bozukluğu tanısı” almış olan hastalarda, tek bir kaygı bozukluğu tanısı almış olanlara göre Çocukluk Ayrılma Kaygısı’nın anlamlı ölçüde daha fazla görüldüğü bulunmuştur[11]. Çocukluk Ayrılma Kaygısı ile PB ilişkisinin özgül olmayabileceği, fakat çocukluktaki ayrılma kaygısının yetişkinlikte çoğul kaygı bozuklukları gelişimi için bir risk etkeni olabileceğini öne sürmüşlerdir[11].

Aschenbrand ve arkadaşlarının, çocuklar ve ergenler üzerinde yaptıkları yedi yıllık prospektif çalışmada, Çocukluk Ayrılma Kaygısı Bozukluğu’nun varlığının, PB geliştirme riski açısından diğer çocukluk çağı kaygı bozukluklarıyla benzer etkide olduğunu; PB, yaygın kaygı bozukluğu, sosyal fobi ve major depresyon dışındaki kaygı bozukluklarının gelişmesinde öncü olabileceği bildirmişlerdir[12]. Biederman ve ekibinin yaptığı beş yıllık prospektif çalışmada da Çocukluk Ayrılma Kaygısı Bozukluğu’nun ileriki yıllarda oluşabilecek özgül fobi, agorafobi, PB ve major depresyon gelişimi için öncülük ettiği belirtilmiştir[13]. Lewinsohn ve arkadaşları, Çocukluk Ayrılma Kaygısı Bozukluğu olan bireyleri 16 yaşından 30 yaşına kadar izlediklerinde hem PB hem de depresif bozukluk gelişme riskinin arttığını gözlemlemişlerdir[14].

Sonuç olarak çocukluk ayrılma anksiyetesi bozukluğu belirtileri ile yetişkinlikteki anksiyete değişkenlerinin birlikte ele alındığı az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bu sınırlı sayıda olan çalışmalar ayrılma anksiyetesi bozukluğu belirtileri gösteren çocukların yetişkinlik dönemlerinde farklı anksiyete bozuklukları yaşadıklarına dair bulgularla sonuçlanmıştır. Bu çalışmanın amacı ayrılma anksiyetesi bozukluğu belirtileri gösteren gönüllülerin (çocukluk ve/veya yetişkinlik) anksiyeteye yatkınlık gösterip göstermediklerinin incelenmesidir. Ayrıca anksiyetenin süreğen (trait)/ duruma bağlı (state) olarak mı ortaya çıktığının incelenmesi amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bilişsel, somatik, duygusal ve davranışsal bileşenleri olan fizyolojik bir durumdur. Bu bileşenler huzursuzluk, kaygı, korku ve tasalanmayla ilişkili hoş olmayan bir his oluşturur. Patolojik anksiyete, kalıcı ve yaygın nitelikte olup kaçınma, öznel stres ve fonksiyonel bozulma ile karakterizedir. Genellikle tetikleyici bir unsur tanımlanamaz. Bu özelliğiyle gözlenebilen tehlikenin varlığında ortaya çıkan korkudan ayrımı yapılabilir[3,15].

Fizyolojik anksiyetenin organizmayı uyarıcı, koruyucu ve motive edici özellikleri vardır. Kişinin stresle başa çıkabilmesine yardımcı olur. Anksiyetenin patolojik olarak değerlendirilmesi için, uyarının şiddeti ile oluşan anksiyetenin orantısız olması, zamanla azalması beklenirken değişmemesi ya da şiddetlenmesi, klinik tabloya ağırlıklı olarak anksiyetenin fiziksel belirtilerinin hakim olması ve işlevselliğin bozulması gerekir[4]. Bu durumda anksiyete kişinin mesleki ve ailevi yaşantısını etkilemeye başlar, sosyal ilişkilerinde bozulmalara neden olur ve kişi bu durumu kontrol edemez ve başa çıkamaz hale gelir. Bu belirtilerin yanında huzursuzluk, gerginlik, tedirginlik, sıkıntı, daralma, çabuk yorulma, odaklanma güçlüğü, kolay irkilme ve tetikte olma da gözlenebilir. Anksiyetede görülebilecek psikosomatik reaksiyonlar arasında baş ağrısı, baş dönmesi, ağız kuruluğu, çarpıntı, nefes darlığı, çeşitli ağrılar, kas güçsüzlüğü, yorgunluk ve gastrointestinal yakınmalar sayılabilir[3, 4]. Normal ile patolojik olanı ayırt etmede Amerikan Psikiyatri Birliği'nin 'Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder; DSM) ve/veya Dünya Sağlık Örgütü'nün Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması (International Classification of Diseases; ICD)' tanıflama ve sınıflandırma ölçütleri esas alınmaktadır[16].

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM sınıflandırmasının ilk uyarlaması 1952 yılında oluşturulmuştur. DSM-1'i 1968 yılında DSM-2 izlemiştir. DSM-2'de DSM-1'deki reaksiyon terimi kaldırılmış, nevroz teriminin kullanılmasına devam edilmiştir. DSM-2 ile aynı yıl Uluslararası Sağlık Örgütü de ICD'nin 8. uyarlamasını

yayımlamıştır. DSM-2’de DSM-1’de olduğu gibi tanı ölçütlerinin güvenilir olmadığı gerekçesiyle eleştirilmiş, 1980 yılında DSM-3 yayımlanmıştır. Çok eksenli değerlendirme DSM-3’te oluşturulmuş olup 1987 yılında DSM-3’ün DSM-3-R ismiyle düzeltilmiş (revize edilmiş) bir uyarlaması basılmıştır. Bunu 1994 yılında DSM-4 ve 2000 yılında DSM-4-TR takip etmiştir. 2013 yılında DSM-5 kullanıma girmiştir.[2].

DSM-5’te anksiyete bozuklukları;

- Ayrılma anksiyetesi bozukluğu
- Seçici konuşmama (mutizm)
- Toplumsal anksiyete bozukluğu (sosyal fobi)
- Panik bozukluğu
- Agorafobi
- Yaygın anksiyete bozukluğu
- Maddenin/ilacın yol açtığı anksiyete bozukluğu
- Başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete bozukluğu
- Tanımlanmış diğer bir anksiyete bozukluğu
- Tanımlanmamış anksiyete bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır.[2,17]

### **2.1.1. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu**

Ayrılma kaygısı, kişinin annesinden ya da bağlanma figüründen ayrılma durumunda veya ayrılma beklentisine girdiği durumlarda endişe duyması halidir. Altı ay ile 3 yaş arasında fizyolojik bir tepki olarak değerlendirilmektedir.[18] Ayrılma kaygısının uzun sürmesi, şiddetli ve gelişimsel açıdan uygunsuz olması ya da işlevselliği bozması durumunda ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanısı konmaktadır. İlk olarak DSM-3’te tanımlanmış olup 18 yaş öncesi başlayan çocukluk/ergenlik çağı bozukluğu olarak değerlendirilmiştir. DSM-4-TR’de tanı için gereken süre dört haftaya uzatılmıştır. DSM 4-TR çocukluk döneminde görülen ayrılma anksiyetesi bozukluğunun ergenlik döneminde de devam edebileceği, eğer semptomlar panik bozukluğu veya agorafobi için daha uygun ise bu tanının konulmaması gerektiği belirtilmiştir. DSM-4 ve ICD-10’nun getirdiği yaş sınırlaması bazı olguların tanımlanmasında sorun oluşturmuştur. Özellikle ayrılma anksiyetesi belirtilerinin ilk



kez yetişkin dönemde ortaya çıktığı olgularda, bu belirtilerin sıklıkla başka bir tanıya ikincil olarak geliştiği varsayılmıştır. Bu sınırlılıklar, ayrılma anksiyetesi belirtilerinin varlığını yetişkin dönemde değerlendiren araştırmalara temel olmuştur[19].

Manicavasagar ve Silove 1997 yılında ayrılma anksiyetesi belirtileri gösteren üç erişkin hasta tanımlamıştır[5]. Ayrılık anksiyetesi bozukluğunun çocukluk çağında başlayıp yetişkinlik dönemine uzayabileceğini, hatta ilk yetişkinlik döneminde başlayabileceğini ifade etmişlerdir[5, 20, 21].Shear ve arkadaşlarının yayınladığı Ulusal Eş tanı Çalışması Replikasyonu'nda erişkinlik döneminde görülen ayrılma anksiyetesi bozukluğu prevalansı %6.6 olarak saptanmış, çocukluk döneminde görülen ayrılma anksiyetesi prevalansı %4.1 olarak sunulmuştur[22]. Bu çalışmada çocukluk döneminde ayrılma anksiyetesi bozukluğu saptanan kişilerin %36'sında belirtilerin yetişkinlikte de devam ettiği gösterilmiştir[22].

Seligman ve arkadaşları anlamlı ve uzun süreli bir ayrılma deneyimi yaşayan 1. sömestr kolej öğrencileriyle yaptığı çalışmada ayrılma anksiyetesi semptomlarının %21 oranında görüldüğünü saptamıştır[8]. Anksiyete ve duygudurum bozuklukları olan hastalarda yapılan çalışmalarda ayrılma anksiyetesi belirtilerinin olguların %20-30'unda bulunduğu gösterilmiştir[8].Ayaktan izlenen panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, distimik bozukluk ve majordepresif bozukluk tanıları olan hastalarla yapılan bir çalışmada erkeklerin %24'ünde, kadınların %30'unda erişkin dönemde ayrılma anksiyete bozukluğu saptanmıştır[6].Tüm bu araştırmalara dayanarak, DSM-5'te kısmen de olsa ayrılma anksiyetesi bozukluğu için tanısız bir esneklik sağlanmış ve bozukluğun 18 yaş öncesinde başlaması koşulu kaldırılarak, belirtilerin çocuklarda en az 4 hafta, erişkinlerde en az 6 ay ve üzerinde varlığı koşulu getirilmiştir[2,16] (Tablo 2.1).

**Tablo 2.1. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu için DSM- 5 tanı ölçütleri**

<p>A. Aşağıdakilerden en az üçünün olması ile belirli, kişinin bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla ilgili, gelişimsel olarak uygun olmayan ve aşırı düzeyde korku ya da anksiyetenin olması</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Evden ya da bağlandığı başlıca kişilerden ayrılacak gibi olduğunda ya da ayrıldığında tekrarlayan aşırı sıkıntı duyma</li><li>2. Bağlandığı başlıca kişileri yitireceği ya da bu kişilerin hastalık, yaralanma, felaket, ölüm gibi zarar göreceği ile ilgili sürekli ve aşırı endişe duyma</li><li>3. Bağlandığı başlıca kişilerden birinden ayrılmaya neden olacak, istenmedik bir olay (örneğin kaybolma, kaçırılma, kaza geçirme, hastalanma) ile ilgili olarak sürekli ve aşırı endişe duyma</li><li>4. Ayrılma korkusundan dolayı okula, işe, ya da başka bir yere gitmek için evden dışarı çıkmayı, evden uzaklaşmaya isteksizlik ya da buna karşı koyma</li><li>5. Tek başına kalmaktan ya da ya da başka ortamlarda tek ya da bağlandığı başlıca kişiler olmadan ev de ya da başka ortamlarda bulunmaktan sürekli, aşırı korku duyma ya da isteksizlik gösterme</li><li>6. Evin dışında ya da bağlandığı başlıca kişilerden biri yanında olmadığında uyuma konusunda isteksizlik gösterme ya da buna karşı koyma</li><li>7. Yineleyici biçimde ayrılma konusunda kabus görme</li><li>8. Bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde yineleyici biçimde fiziksel yakınmalar ya da belirtilerin olması baş ağrıları, karın ağrıları, bulantı ya da kusma gibi</li></ol> <p>B. Bu korku, anksiyete ya da kaçınma süreklilik gösterir, çocuklarda ve ergenlerde en az 4 hafta, erişkinlerde 6 ay ya da daha uzun sürer</p> <p>C. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal,okulla ilgili, işle ilgili alanlarda ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur</p> <p>D. Bu bozukluk, otizm spektrum bozukluğunda olduğu gibi değişikliğe aşırı direnç gösterme nedeni ile evden ayrılmayı reddetme, psikotik bozukluklarda, ayrılma ile ilgili sanrı ve varsanılar , agorafobide güvenilen biri olmaksızın dışarı çıkmaya karşı koyma, yaygın anksiyete bozukluğunda önem verdiği kişilerin başına bir hastalık yada kötü bir olay geleceği ile ilgili endişe, hastalık anksiyetesi bozukluğunda bir hastalığının olduğuna dair endişe duyma gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz</p>
--

Çoğu araştırmacı çocukluk çağı ayrılık anksiyetesi bozukluğunu bağlanma kuramıyla açıklanmaktadır[23]. Bowlby, çocuğun bağlanma figüründen ayrılması veya stres yaşaması gibi durumlarda çocuğun kaygı ve korkuyla yanıt vereceğini, ancak güvenli bağlanan çocuklarda güvensiz bağlananlara göre kaygı seviyesinin daha az olacağını öne sürmüştür[24]. Bakım verenden tutarsız yanıt alan ambivalan bağlanması olan çocuk, bakım verenle birlikte olabilmek için yüksek düzey bağlanma davranışları gösterebilir ve ayrılma anksiyetesi bozukluğu geliştirebilir. Bakımveren tarafından ilgi gösterilmeyen kaçınan bağlanması olan çocuk sıkıntılı hissettiği durumlarda bakım vereni arama davranışı göstermez. Brumariu kaçınan bağlanmanın anksiyeteye ilişkili olmadığını ancak dezorganize bağlanmanın somatik semptomlar, sosyal fobi ve okul fobisiyle ilişkili olduğunu, ambivalan bağlanmanın ise ayrılma anksiyetesiyle ilişkili olduğunu saptamıştır[18].

### **Bağlanma kuramı**

Bağlanma kuramı Bowlby tarafından ortaya atılmıştır. İkinci Dünya Savaşı sırasında bebekler ile birincil bakım veren ebeveynleri arasındaki etkileşim biçimlerinin gözlemlenmesiyle oluşturulmuştur[18, 24]. Kuramın geliştirilmesinde psikanaliz, nörobiyoloji ve gelişim kuramları gibi birçok farklı görüşün etkileri mevcuttur. Kuramın temel varsayımına göre, bebek doğduğu anda hayatta kalabilmek için bir yetişkinin bakımına muhtaçtır. Dolayısıyla bu bakımın oluşması ve sürdürülebilmesi için bebeğin yakınlığı korumaya yönelik birtakım içgüdüsel tepkiler göstermesi gerekmektedir. Buna göre bebek ağladığında annenin onunla ilgilenmesi, ya da acıktığında meme arama davranışı gibi davranışsal tepkiler anne-çocuk arasında karşılıklı etkileşimin oluşmasını sağlamaya yöneliktir[24].

Psikanalitik düşünceye göre, eğer çocuk yaşamın ilk yılında annesi veya bakım veren kişiyle anlamlı bir ilişki kurabiliyor, sıcaklığını ve sevgisini hissedebiliyorsa kendini güvende hissedecektir. Bu güven duygusu ile yabancıların yanında iken bile kendini rahat ve güvende hissedecek, onlarla olumlu ilişkiler kuracaktır[25]. Temel güven duygusu geliştirememişse güçlü bir “ben” olgusu geliştiremeyecek ve ileride aşırı bağımlı ya da tamamen bağlanma duygusundan yoksun olacaktır. Freud, erişkinlik kişiliğini anlamak için bireyin çocukluk yıllarındaki ilişki ve deneyimlerini analiz etmek gerektiğini savunur. Psikanalitik kuram çerçevesinde, yaşamın ilk yılında bebeklerin

içgüdüsel haz almalarının merkezinde oral bölgenin olduğuna dikkat çekilerek bağlanmanın ortaya çıkışında annenin bebeği emzirmesinin, açlığını gidermesinin önemi vurgulanmaktadır. Freud'un dürtü kuramına göre, bebekler “birincil narsisizm” denilen ben merkezci bir dünyada yaşarlar. Bu bağlamda sahip oldukları fiziksel enerjilerinin boşaltılması ve kaygılarının azaltılması için anne aracı konumundadır[26]. Bebeğin bu süreçteki rolü temelde pasif olarak kabul edilmekle birlikte, anne, bebeğin beslenmesi sırasında aldığı zevkle yakından ilişkili olduğundan, bir haz kaynağı olarak görülmekte ve bebek için bir bağlanma nesnesi haline gelmektedir. Bunun yanı sıra, bebeğin açlık gereksiniminin giderilmesiyle ortaya çıkan hoşnutluğa, annenin duyarlı, sevgi dolu bakımının eşlik etmesiyle, bebekte güven duygusunun oluşması ve genel kaygı durumunun azalması olanaklı hale gelmektedir. Bu süreçte anne ile kurulan bağlanma ilişkisiyle kazanılan güvenlik hissi çocuğun dikkatini dış dünyaya yöneltmesine ve egosunun gelişmesine zemin hazırlamaktadır. Bu doğrultuda, yaşanan güvenlik hissiyle birlikte giderek çocuğu annesinden ayıran bir benlik hissi oluşmakta ve bu anlayış sonraki yaşamında sağlıklı duygusal ilişkiler kurabilmesine yardımcı olmaktadır[26, 27].

Davranışsal Bağlanma Sistemi’nde bağlanma davranışı, tehlike içerikli uyaranlar karşısında güvenli bir sığınak olarak algılanan kişiye fiziksel yaklaşmayı şeklinde gelişen içgüdüsel bir eğilimdir. Bağlanmanın davranışsal sistemi ağlama, gülme, izleme gibi bebeğin hayatta kalmasını sağlamaya yönelik birtakım davranışlardan oluşur. Bebek başlangıçta ulaşılabilir bir bakım verenle yakınlık kurarken, yedinci aydan itibaren yakınlık kuracağı kimseyi seçmektedir[25]. Buna göre, kendisine yakınlık kurmak isteyen ve yokluğunda sıkıntı duyabileceği bir kişiye yönelir. Burada kuram bir bağlanma figüründen bahseder. Bu figürün seçiminde bebek için önemli olan stres durumunda onu rahatlatacak tepkiler verebilen bir kişinin olmasıdır. Bağlanılan kimsenin stresli yaşantılar karşısında üç temel görevi vardır. Bunlar yakınlık sağlama, güvenlik üssü ve güvenli bir sığınak olma işlevleridir. Bağlanılan kimseye karşı yakınlık ve duyarlılık kişinin gelişiminde ve daha sonraki yaşantılarında diğerleriyle kuracağı ilişkilerin şekillenmesinde önemlidir[24]. Kişi, bakım verenle tekrarlayan bir şekilde kurduğu ilişkiyi bellekte kodlamakta, şemalar oluşturmakta ve her yeni gelen bilgiyi bu şema içinde uygun bir yere yerleştirmektedir. Daha sonra bakım verenle kurduğu ilişki örüntüsü, tekrarlayan bir şekilde, kişinin dış dünyada diğerleriyle de

ilişkilerinde işlevini sürdürmeye devam eder. Böylelikle anne-bebek arasındaki etkileşim daha sonra kişi ve çevre arasındaki etkileşimin biçimini belirler. Buna bağlı olarak da kişinin yaşam boyu kullanacağı şemaları oluşturur[24, 27, 28].

Bağlanma biçimleri birçok farklı şekilde sınıflandırılmış olup çalışmaların çoğunda Shaver tarafından geliştirilen sınıflama kullanılmaktadır[28]. Bu sınıflamada ilk ayırım, güvenli bağlanma ilişkisi (secureattachment) ve güvensiz bağlanma ilişkisi (insecureattachment) şeklindedir. Güvensiz bağlanma ise kaygılı bağlanma (anxiousattachment) ve kaçınan (avoidantattachment) bağlanma olarak iki alt gruba ayrılmıştır. Güvenli bağlanma ilişkisi biçimine sahip olan kişi bağlanma figürlerinin (başlangıçta ebeveynler, sonra eş veya yakın ilişkide olduğu kişiler) tehdit anında etkili ve güvenilir olacağı inancına göre davranış sergiler. Toplumun yaklaşık %55'inde bu tür bağlanma biçimi görülür[28]. Güvensiz bağlanma ilişkisi biçimine sahip olan kişiler stresle başa çıkmada kendilerine ve çevrelerine inançları yetersiz olup çevrelerine kaygılı ve saplantılı tutunma şeklinde yaklaşır. Gelişimsel deneyimlerinde ihtiyaç sinyallerini devamlı sürdürmeleri halinde bağlanma figürünün yanlarında bulunduğunu deneyimlemişlerdir. Bundan dolayı kompulsif bakım arayan davranışlar geliştirmişlerdir[28]. Bu bağlanma ilişkisi biçimi için kaygılı, bağımlı, impulsif, onay arayan terimleri de kullanılmaktadır. Güvensiz bağlanma ilişkisi biçiminin prevalansı yaşla birlikte azalmakta olup yapılan çalışmalarda yaklaşık %20 olarak ifade edilmektedir[28].

### **2.1.2. Panik bozukluğu**

Panik bozukluğu (PB) kişide spontan ve beklenmedik bir anda ortaya çıkan, şiddetli iç sıkıntısı ile buna eşlik eden bedensel ve bilişsel belirtilerden oluşan ve ataklarla seyreden bir bozukluktur[29]. Belirtiler pek çok durumda ve hastalıkta görülebildiğinden, panik bozukluğu tanısının koyulabilmesi için bu atakların kendiliğinden ve bir anda ortaya çıkıyor olması ve yineleyici bir karakter sergilemesi gerekmektedir [2, 30].

Psikoanalitik görüş panik ataklarının anksiyete uyarıcı dürtülere karşı başarısız bir savunmadan kaynaklandığını savunur. Ayrılık anksiyetesinin varlığı ve çocukluk çağında bir aile üyesinin kaybının panik bozukluğu ve agorofobi gelişmesinde etkili

olduğu belirtilmektedir[29]. Tweed ve arkadaşları 1989 yılında yaptıkları bir çalışmada 10 yaş altında annesini kaybeden ya da ailesinden ayrılan kişilerde panik bozukluğu riskinin arttığını göstermişlerdir. Erken dönem ayrılık anksiyetesi ya da yaşanmış gerçek ayrılığın panik bozukluğun gidişı üzerine de etkisi olduğu gösterilmiştir[31]. Panik bozukluğu hastaları panik atakların başlangıcından önce özellikle ebeveyn kaybı başta olmak üzere stresli yaşam olayları bildirirler. Araştırma bulguları panik bozukluğunun 17 yaş öncesinde aileden ayrılma ve aileden birinin ölümünü yaşamayla kuvvetli bir ilişkisinin bulunduğunu göstermiştir. Yaşamın erken dönemlerinde anneden ayrılma, babadan ayrılmaya göre daha fazla panik bozukluğu gelişmesiyle sonuçlanmaktadır[30]. Bandelow ve arkadaşları anksiyete kliniğine başvuran 520 hastayı inceledikleri çalışmada PB hastalarında çocuklukta yaşanan travmatik olayları ve ayrılma deneyimlerini kontrol grubuna göre daha yüksek bulmuşlardır[32]. Sonuç olarak, çocukluk ayrılık anksiyetesi bozukluğu ile yetişkin PB arasındaki ilişki henüz tam olarak anlaşılammıştır. Eldeki bulgulara göre çocuklukta ki ayrılık anksiyetesi bozukluğu sanki PB'nin öncülü ya da risk etkeni gibidir.

### **2.1.3. Agorafobi**

Agorafobi; kişinin, kaçmanın güç olabileceğini ya da panik benzeri ya da yetersizleştiren ya da utanç veren diğer belirtilerin olması durumunda yardım alamayabileceğini düşündüğu için çeşitli durumlardan korkması ya da kaçınması olarak tanımlanmaktadır[33]. Agorafobiye en sık panik bozukluk eşlik etmektedir. Bu nedenle agorafobi, DSM-4' te 'panik atak ya da panik benzeri belirtilerin olmasından korku' olarak tanımlanmıştır ve sadece panik bozukluk içeriğinde agorafobi varlığı kabul edilmiştir[34, 35].

Klein ve Fink 1962'de tedavi gören agorafobik hastaların %50'sinde şiddetli erken ayrılma anksiyetesi ve okul devamsızlığı olduğunu gözlemlemişler ve ayrılma anksiyetesi, PB ve agorafobi arasında ilişki olduğunu öne sürmüşlerdir[36]. Silove ve arkadaşlarının AABE ile retrospektif olarak çocukluk ayrılık anksiyetesi bozukluğunu taradıkları çalışmalarında, çocuklukta ki ayrılık anksiyetesi bozukluğunun yetişkinlik döneminde ortaya çıkan anksiyete bozuklukları ile özellikle de agorafobili PB ile ilişkili olduğu bulunmuştur[37]. Benzer şekilde bir anksiyete bozuklukları polikliniğinde tedavi

gören 136 yetişkin kadında AABE ile geriye dönük çocukluk ayrılık anksiyetesi bozukluğu belirtileri sorgulandığında, agorafobili PB olan kadınlarda AABE puanının, yaygın anksiyete bozukluğu ya da fobik bozukluk olan kadınlara göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu görülmüştür[9].

#### **2.1.4.Sosyal Anksiyete Bozukluğu**

Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB), diğer adıyla sosyal fobi, kişinin tanımadığı insanlarla karşılaştığı, başkalarının gözünün üzerinde olabileceği toplumsal durumlardan belirgin ve sürekli bir korku duyması, küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkması ve anksiyete belirtileri göstermesidir[38]. Kişi korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir. SAB genellikle uzun seyirlidir ve zamanla kronikleşebilir. Süreç içerisinde bu tabloya depresyon, alkol kötüye kullanımı gibi davranışlar eklenebilir[2, 39]. SAB'ın popülasyondaki prevalansı yaklaşık %5-10, yaşam boyu prevalansı ise yaklaşık %10–15 arasındadır. SAB'ın kadınlarda, yalnız yaşayanlarda, işsiz, düşük gelir ve eğitim düzeyinde daha sık görüldüğü bildirilmektedir [39]. Sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerde diğer bir kaygı bozukluğu görülme sıklığı %40, duygudurum bozukluğu sıklığı %40 ve madde kötüye kullanımı sıklığı %16 olarak bildirilmiştir[38]. Özellikle yaygın tip sosyal kaygı bozukluğunun sıklıkla daha erken yaşta başladığı, süreklilik gösterme eğiliminde olduğu bildirilmektedir[39]. Yapılan çalışmalarda anksiyete bozukluklarının eş zamanlı olarak diğer anksiyete bozuklukları görülme sıklığını arttırdığı, bu ilişkinin özellikle sosyal anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu ve ayrılık anksiyetesi bozukluğu arasında gerçekleştiği ifade edilmektedir. Bu ilişki nedeniyle bu üç anksiyete bozukluğu triad olarak adlandırılmaktadır. Anksiyeteli çocuklarda bu üç anksiyete bozukluğunun %60 oranında birlikte görülebileceğini veren yayınlar mevcuttur. Okul reddi olan bir çocuk ailesinden ayrılacağı için ayrılık anksiyetesi gösteriyor olabilir. Sınıf arkadaşları önünde utanacağı ya da küçük düşeceği endişesi gibi sosyal anksiyete bozukluğu belirtileri de okuldan uzaklaşmasına neden olabilir. Benzer şekilde okul başarısının düşüklüğü çocukta yaygın anksiyete bozukluğu belirtileri göstermesine neden olabilir. Bu nedenle bu üç anksiyete bozukluğu ayırıcı tanısı dikkatle yapılmalıdır[40].

### **2.1.5.Yaygın anksiyete bozukluğu**

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) en az 6 ay boyunca hemen hemen her gün ortaya çıkan birçok olay ya da etkinlik hakkında aşırı anksiyete ve gerginlik duyma, kişinin üzüntüsünü kontrol etmeyi güç bulması ve bunlara ek olarak huzursuzluk, kolay yorulma, zihinsel yoğunlaşma güçlüğü, irritabilite, kas gerginliği, uyku bozuklukları gibi bulguların eşlik edebildiği bir bozukluk olarak tanımlanır[29]. Diğer psikiatrik bozukluklarla YAB eştanısı yapılan çalışmalarda %90 oranlarına kadar çıkabilmektedir. Diğer anksiyete bozukluklarına nazaran sıklıkla depresyonla ilişkilendirilmiştir[41]. Hannesdottir ve arkadaşlarının kliniklerine konsülte edilen 315 kişide Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI) ölçeğini kullanarak anksiyete duyarlılığını değerlendirmişlerdir. Elde ettikleri sonuçlara göre ayrılık anksiyetesi ve yaygın anksiyete bozukluğu olan bireylerin anksiyete duyarlılıkları diğer anksiyetelere göre oldukça yüksek bulunmuştur. Bu sonuca göre yaygın anksiyete bozukluğunda ayrılık anksiyetesi bozukluğu gibi ileride PB gelişiminde etken olabileceğini bildirmişlerdir[42]. Rapee ve arkadaşları erken çocukluk dönemi ayrılık anksiyetesinin , okul çağı döneminde yaygın anksiyete bozukluğu, erişkin dönemde ise sosyal anksiyete bozukluğu şeklinde devam edebileceğini ifade etmiştir[43].

### **2.1.6.Seçici konuşmama (Selektif Mutizm)**

Selektif Mutizm, konuşabilme yetisinin olmasına rağmen konuşmanın beklendiği bazı ortam ve durumlarda konuşmama olarak tanımlanır[44]. Selektif Mutizm olan çocuklar kendi evlerindeyken veya ebeveynleri ile birlikteyken normal olarak konuşurlar ancak, okulda, evleri dışındaki bir ortamda veya tanımadıkları insanların yanında konuşmazlar[45]. Erken dönemde düşük öz saygı, güvensiz ev ortamı, duygusal sorunlar ve geçmişte yaşanan travmatik deneyimlerin Selektif Mutizm nedenleri arasında görülmektedir. Bu kişiler anksiyeteyi mutistik semptomlara çevirmekte ve oluşan bu durum kişiyi sosyal etkileşimden doğacak anksiyeteye karşı koruyan öğrenilmiş bir davranış olarak tekrarlanmaktadır[45, 46]. Selektif Mutizm ile diğer anksiyete bozuklukları birlikteliğini araştıran çalışmalarda sosyal anksiyetesi olan çocukların benzer mizaç ve çevresel özellikler gösterdiği gösterilmiştir. Literatürde



Selektif Mutizm'in erişkin yaşamdaki sosyal fobinin erken belirtisi olduğunu belirten araştırmalara da rastlanmaktadır[47].

### **2.1.7.Maddenin/ilacın yol ağtığı anksiyete bozukluğu**

Madde kullanımına bağlı anksiyete bozukluğunun temel özelliği, kullanılan maddenin ki bu bir ilaç ya da toksin olabilir, doğrudan yol ağtığı anksiyete belirtilerinin olmasıdır[48]. Madde kullanımına ya da yoksunluğuna bağlı olarak bir miktar anksiyete görölmesi normaldir. Beklenenden daha fazla düzeyde anksiyetenin ortaya çıkması, işlevsellikte bozulmalara yol ağması ve kullanılan maddenin böyle bir etki oluşturduğunun daha önceki araştırmalarla bilinmesi gibi şartların karşılındığı durumlarda, madde kullanımına bağlı anksiyete bozukluğu tanısı konulur[2, 49]. Anksiyetenin sadece madde kullanımı ya da yoksunluğu durumu ile sınırlı olması, bazı maddelerin uzun etkili olmasından dolayı, madde kullanımına ara verdikten sonraki 4 hafta içerisinde ortaya çıkmaması ya da 4 haftadan uzun sürmemesi, geğ yaşlarda ortaya çıkması, belirtilerin gerđek vertigo, denge, bilinđ bozukluğu gibi atipik özellikler taşıması madde kullanımına bağlı anksiyete bozukluğu lehine değerlendirilmelidir[48]. Literatürde çocukluk çağı ayrılık anksiyetesi ile madde kullanımına bağlı anksiyete bozukluğunu araştıran az sayıda ıalışma mevcut olup çocukluk ve erişkinlik ayrılık anksiyetesinin madde kullanımını kontrol grubuna göre arttırmadığı gösterilmiştir[50].

### **2.1.8.Başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete bozukluğu**

Genel tıbbi bir duruma bağlı anksiyete bozukluğunun başlıca özelliği, genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı, klinik açıdan belirgin anksiyete semptomlarının olmasıdır. Anksiyete bozukluğu düşündürecek belirtilere neden olan birđok tıbbi hastalık vardır. Genel tıbbi duruma bağlı gelişen anksiyete, tüm anksiyete bozukluklarını taklit edebilmekle birlikte, sıklıkla yaygın anksiyete bozukluğu, panik atak ya da obsesif-kompulsif bozukluk şeklinde klinik görünüm verir[2, 51].

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Türü ve Örneklemi

Çalışmamız kesitsel bir çalışmadır. Çalışma 15.11.2017 tarihli ve 212 sayılı Etik kurul onayı alındıktan sonra, 01.12.2017- 01.03.2018 tarihleri arasında çalışmaya katılmaya yazılı onam veren, 18-35 yaş aralığında üniversite öğrencisi sağlıklı gönüllülerle yapıldı. Katılımcıların çoğunluğu Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencisi olup Ankara'daki diğer üniversitelerden de katılımcı alınmıştır. Araştırmaya dahil olma kriterleri 18 yaş üstü ve 35 yaş altı olmak, üniversite öğrencisi olmak, herhangi bir ruhsal hastalığı olmamak olarak belirlendi. Toplamda 415 gönüllü kişiye ulaşılmış olup uygun biçimde yanıtlayan 377 kişi ile çalışma sonlandırıldı. Şuanda ve/veya geçmişte ruhsal rahatsızlığı olan 46 kişi çalışma dışında tutularak 331 kişi ile istatistiksel analizler yapıldı.

#### 3.2. Veri Toplama Tekniği ve Araçlar

Çalışmamızda tarafımızca hazırlanmış sosyodemografik verilerden oluşan bir anket formu, Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE), Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAA), Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI FORM-1) ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI FORM-2) uygulandı.

##### 3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmada kullanılan sosyodemografik veri formunda kişinin; yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu ve süresi, kiminle yaşadığı, bulunduğu şehirde yaşayan yakını olup olmadığı, yaşamının çoğunun geçtiği yer, aile ile görüşme sıklığı (telefon/ziyaret), her zaman yanında taşıdığı bir nesne olup olmadığı, alkol, sigara ve ilaç kullanımı, geçmişte ve/veya şuanda bedensel yada ruhsal bir rahatsızlığı olup

olmadığı, aileden uzun süreli (1 ay ve daha uzun) ilk ayrılış yaşı ve nedeni sorgulanmıştır(EK -1).

### **3.2.2. Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE)**

AABE, Silove ve arkadaşları tarafından yetişkinlerin, 18 yaşından önceki ayrılma anksiyetelerine ilişkin anılarını ölçmeyi amaçlamak üzere geliştirilmiş bir ölçektir. Dört puanlık bir likert ölçeği üzerinde sınıflandırılan maddeler hem konuya ilişkin literatürden hem de DSM 3-R'nin çocukluk çağı "Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu" ölçütlerine dayanarak oluşturulmuştur. Her bir madde, yetişkinlerde, geçmişe yönelik olarak 0 "hiç hissetmedim", 3 "çok sık hissettim" arasında dağılım gösterecek biçimde, çocuklukta yaşanması muhtemel ayrılık anksiyetesi belirtilerini sorgulamaktadır. Kesme puanı 12 olarak belirlenmiştir. AABE oluşturulurken, ayrılma anksiyetesinin çevresel belirleyicileri ya da davranışsal görünümünden çok öznel yaşantılara ilişkin bilgi toplanması amaçlanmıştır. Bu nedenle, ölçek ile anksiyetenin olası davranışsal ya da kişilerarası sonuçlarının değil, kişinin öznel yaşantılarının elde edilmesi hedeflenmiştir[21, 27].

AABE'nin, yetişkinlikteki ayrılma anksiyetesini standardize şekilde ölçmede yararlı bir ölçüm aracı olduğu ortaya konulmuştur. AABE'nin geliştirilmesinde uygulanan psikometrik analizler, ölçeğin uyumlu bir faktör yapısına, yüksek bir içsel tutarlılığa (Cronbach's Alfa>.80), ve yüksek test-yeniden test güvenilirliğine sahip olduğunu göstermektedir. Türkçe çevirisinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Diriöz ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılmıştır[21, 52](EK-2).

### **3.2.3. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAA)**

Yetişkin Ayrılma Anksiyete Ölçeği, Manicavaser, Silove, Wagner ve Drobny'in 2003 yılında geliştirdiği bir ölçektir. 27 maddeden oluşmaktadır. Her madde 0 "hiç hissetmedim" ile 3 "çok sık hissettim" olarak belirlenmiş ve 4'lü likert tip ölçüm modelinde uygulanmakta olup kesme puanı 25 olarak belirlenmiştir. Bu ölçek ister çocuklukta başlayıp yetişkinlikte devam etsin, ister ilk kez yetişkinlikte çıksın ayrılma kaygısı belirtilerini sorgulamakta ve şiddetini belirleyebilmektedir. Yetişkin Ayrılma

Anksiyetesi Ölçeğinin geçerlik, güvenilirlik çalışması Diriöz, Alkın, Yemez, Onur ve Eminağaoğlu tarafından yapılmıştır. Yetişkin Ayrılma Kaygısı Anketi'nin test tekrar test güvenilirliği 0,90 olarak bulunmuştur[52](EK-2).

### **3.2.4.Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI FORM -1, STAI FORM -2)**

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Spielbergeve arkadaşları tarafından 1970'te geliştirilmiş, Öner ve Le Compte tarafından 1985'te Türk toplumuna uyarlaması yapılmış, durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini 20 soru ile ayrı ayrı ölçen likert tipi bir ölçektir[53, 54]. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir. "Hiç" ile "Tamamıyla" arasında değişen dört derecelik bir ölçektir. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, ters ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı Envanterindeki ters ifadeler 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Envanterindeki ters ifadeler ise 21,26,27,30,33,36 ve 39 uncu 13 maddeleri oluşturur. Doğrudan ve ters ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Envanteri (STAI -1) için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-2) için 35'tir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Durumluk Kaygı Ölçeği, ani değişiklik gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmede oldukça duyarlı bir araçtır. Envanterin ikinci bölümünde yer alan yine 20 maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği, kişinin genelde, yaşama eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Skorlar 20 (düşük anksiyete) ile 80 (yüksek anksiyete) arasındadır[54](EK-3).

### **3.3. İstatistiksel Analizler**

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statisticsfor Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2007 programları kullanıldı. Frekans, yüzdelik, ortalama hesapları, bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile ölçeklerin sosyodemografik özelliklere göre puan ortalamalarının karşılaştırılmasında t testi ya da Mann-Whitney U testi ve ölçekler

arasındaki ilişki hesaplamasında da Pearson'ın ya da Spearman'ın Rank Korelasyon Analizi testleri kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uyup uymadıkları Kolmogorov-Smirnov Testiyle değerlendirilmiştir. Ek olarak kategorik değişkenlerde Ki-Kare Testi yapılmıştır. Kategorilerdeki değişkenler yüzde (%) ve sayı (n) olarak belirtildi. Ayrılık anksiyetesi ölçekleriyle diğer kaygı testleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Doğrusal Regresyon Analizi Testi uygulandı. İstatistiksel anlamlılık için p değeri 0.05'in altında olan değerler anlamlı olarak kabul edildi.

### **3.4. Etik Kurul Onayı**

Bu çalışmanın etik kurul onayı Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 15.11.2017 tarih ve 212 sayılı olarak verilmiş ve ekte sunulmuştur (EK-4).

#### 4. BULGULAR

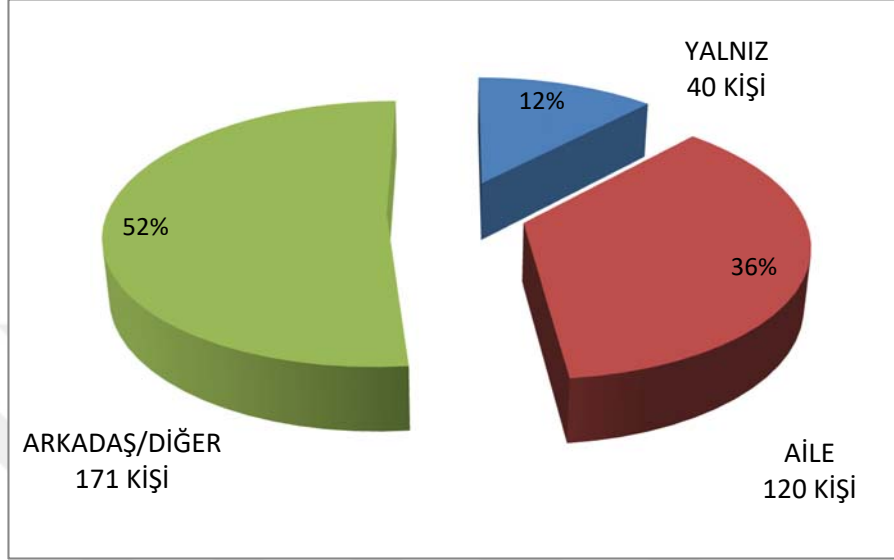
Çalışmamızda 18-35 yaş aralığındaki çoğunluğu üniversite öğrencisi sağlıklı 415 gönüllü kişiye ulaşılmış olup uygun biçimde yanıtlayan 377 kişi ile çalışma sonlandırıldı. Şuanda ve/veya geçmişte ruhsal rahatsızlığı olan 46 kişi çalışma dışında tutularak 331 kişi ile istatistiksel veriler hesaplandı.

Çalışmamızda 230 kadın (%69,5), 101 erkek (%30,5) toplam 331 kişi değerlendirildi. Katılımcıların yaş değerlendirmesi, minimum 18, maksimum 32 olmak üzere yaş ortalaması  $20.92 \pm 2.34$  yıl şeklindeydi. Medeni durum açısından değerlendirildiğinde katılımcıların 7'si evli (%2,1), 324'ü bekar (%97,9) idi. Eğitim süresi incelendiğinde  $14.75 \pm 1.82$  yıl şeklinde bulundu. 61 kişinin (%18,4) alkol, 59 kişinin (%17,8) sigara, 44 kişinin (%13,3) ilaç kullanım öyküsü mevcuttu. 17 kişinin (%5,1) şuanda, 20 kişinin (%6) geçmişte bedensel hastalık öyküsü mevcuttu. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1'de verilmiştir.

**Tablo 4.1. Sosyodemografik değişkenler**

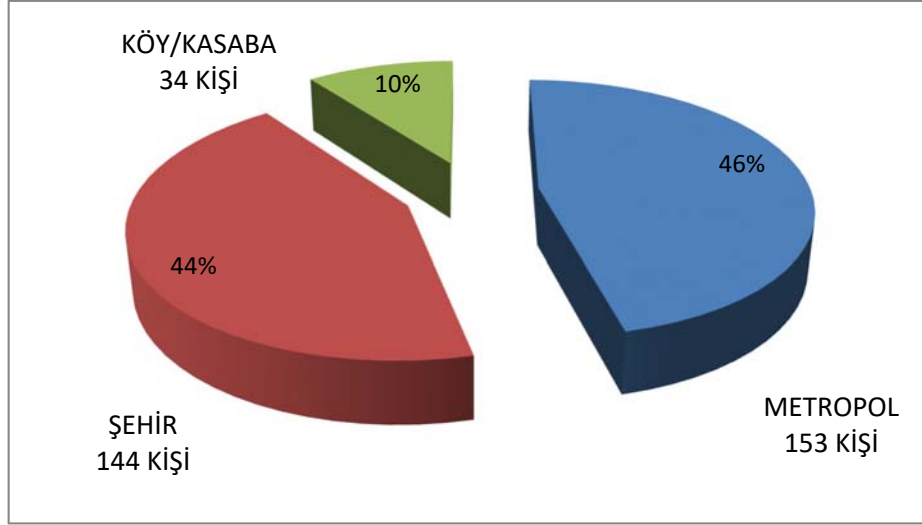
	<b>Ortalama <math>\pm</math> Standart Sapma / Frekans (Yüzde)</b>
<b>Cinsiyet (Kadın/Erkek)</b>	230(%69.5) / 101 (%30.5)
<b>Yaş</b>	$20.92 \pm 2.34$
<b>Medeni durum (Evli / Bekar)</b>	7 (%2.1) / 324 (%97.9)
<b>Eğitim Süresi (Toplam yıl)</b>	$14.75 \pm 1.82$
<b>Sigara kullanan / kullanmayan</b>	59 (% 17.8) / 272 (%82.2)
<b>Alkol kullanan / kullanmayan</b>	61 (%18.4) / 270 (%81.6)
<b>İlaç kullanan / kullanmayan</b>	44 (% 13.3) / 287 (%86.7)
<b>Bedensel hastalık(Şuanda) var/yok</b>	17 (% 5.1) / 314 (% 94.9)
<b>Bedensel hastalık(Geçmişte) var/yok</b>	20 (% 6) / 311 (% 94)

Katılımcıların 40'ı (%12,1) yalnız, 120'si (%36,3) ailesiyle birlikte, 171'i (%51,7) arkadaşlarıyla yaşamaktaydı. Birlikte yaşanan kişilerin dağılımları Şekil 4.1'de sunulmuştur.



**Şekil 4.1. Birlikte yaşanan kişiler**

6 kişinin (%1,8) bulunduğu şehirde herhangi bir yakını yoktu. 109 kişinin (%32,9) bulunduğu şehirde aile üyesi, 108 kişinin (%32,6) bulunduğu şehirde akrabası, 108 kişinin (%32,6) bulunduğu şehirde diğer yakınları (dost, arkadaş vb.) mevcuttu. Bu soru katılımcıların yakınlık derecesi baz alınarak değerlendirilmiştir. 153 kişinin (%46,2) yaşamının çoğu metropolde (İstanbul, Ankara, İzmir), 144 kişinin (%43,5) şehirde, 34 kişinin (%10,3) köy/kasaba'da geçmişti. Katılımcıların yaşadıkları yerler Şekil 4.2'de sunulmuştur.



**Şekil 4.2. Yaşamının çoğunun geçtiği yer**

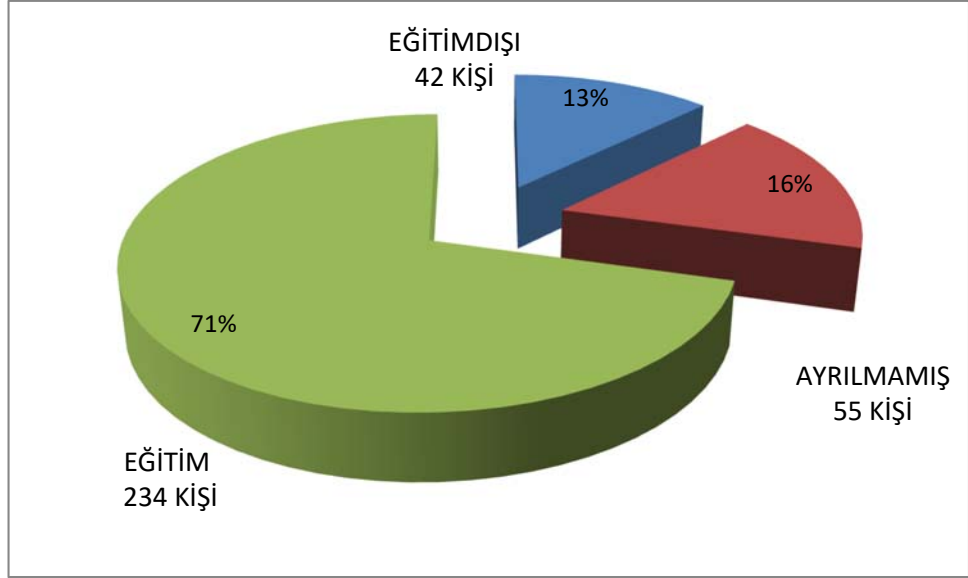
Kişilerin aileleriyle telefonla görüşme sıklığı incelendiğinde 269 kişi (%81,3) günde bir, 59 kişi (%17,8) haftada bir-iki, 3 kişi (%0,9) ayda bir ve daha az şeklindeydi. Kişilerin aileleri ile ziyaretle görüşme sıklığı incelendiğinde 117 kişi (%35,3) her gün, 12 kişi (%3,6) haftada bir-iki, 202 kişi (%61) ayda bir ve daha az şeklindeydi. Aile ile görüşme sıklığı Tablo 4.2’te sunulmuştur.

**Tablo 4.2. Aile ile görüşme sıklığı**

	Telefon (n)	%	Ziyaret (n)	%
<b>Günde 1</b>	269	81.3	117	35.5
<b>Haftada 1-2</b>	59	17.8	12	3.6
<b>Ayda 1 ve daha az</b>	3	0.9	202	61
<b>Toplam</b>	331	100.0	331	100.0

Aileden uzun süreli (1 ay ve daha fazla) ilk ayrılış nedenleri incelendiğinde 234 kişi ( % 70,7) eğitim nedeniyle, 42 kişi (%12,7) eğitim dışı nedenlerle ayrıldığı görüldü.55 kişi (%16,6) ailesinden uzun süreli hiç ayrılmamıştı. Aileden uzun süreli (1 ay ve daha fazla) ilk ayrılış nedenleri Şekil 4.3’te sunulmuştur.





**Şekil 4.3. Aileden uzun süreli ilk ayrılış nedenleri**

Bedenssel hastalığı olan ve olmayan bireylerin anksiyete ölçekleri bakımından karşılaştırmalarıyla ilgili sonuçlar Tablo 4.3'te sunulmuştur. Bedenssel hastalığı olan bireylerin STAI-1 ölçeğinden bedenssel hastalığı olmayan bireylere göre anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldıkları tespit edildi ( $t=-2.01$ ,  $p=0.045$ ).

**Tablo 4.3. Bedenssel hastalığı olan ve olmayan katılımcıların anksiyete puanlarının karşılaştırması**

	Bedenssel Hastalığı Olmayan (n=314)	Bedenssel Hastalığı Olan (n=17)	t / Z	p
<b>AABE Çocukluk Dönemi Ayrılma Anksiyetesi</b>	12.78 ± 6.66	10.82 ± 7.83	1.17	0.244
<b>YAA Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi</b>	26.25 ± 13.02	24.18 ± 13.17	0.64	0.522
<b>STAI -1 Durumluk anksiyete</b>	38.06 ± 9.56	42.88 ± 10.65	-2.01	<b>0.045</b>
<b>STAI -2 Sürekli anksiyete</b>	43.61 ± 8.74	46.94 ± 7.03	-1.55	0.123

Katılımcıların anksiyete puan dağılımları Tablo 4.4'te sunulmuştur. Aileden ilk ayrılma yaşı minimum 0, maksimum 25, ortalama  $16.42 \pm 3.57$  yaş olarak hesaplandı. AABE ölçek puanları incelendiğinde, minimum AABE puanı 0, maksimum 33, ortalama  $12.68 \pm 6.72$  olarak bulundu. YAA ölçek puanları incelendiğinde, minimum YAA puanı 2, maksimum 65, ortalama  $26.15 \pm 13.01$  olarak bulundu. STAI Form-1 ölçek puanları minimum 20, maksimum 74, ortalama  $38.31 \pm 9.66$ ; STAI Form-2 ölçek puanları minimum 21, maksimum 67, ortalama  $43.78 \pm 8.68$  olarak bulundu.

**Tablo 4.4. Anksiyete ölçek puanları**

	n	Minimum	Maksimum	Ortalama $\pm$ Standart Sapma
<b>Aileden ilk ayrılma yaşı</b>	278	0	25	$16.42 \pm 3.579$
<b>AABE</b>	331	0	33	$12.68 \pm 6.728$
<b>YAA</b>	331	2	65	$26.15 \pm 13.014$
<b>STAI Form-1</b>	331	20	74	$38.31 \pm 9.660$
<b>STAI Form-2</b>	331	21	67	$43.78 \pm 8.679$

Ailesiyle veya arkadaşıyla yaşayan bireylerin yalnız yaşayan bireylerle anksiyete puanları açısından karşılaştırılması Tablo 4.5'te sunulmuştur. Yalnız yaşayan katılımcıların AABE ölçek puanı  $11.98 \pm 6.96$ , YAA ölçek puanı  $25.68 \pm 13.15$  ti. Ailesiyle yaşayan katılımcıların AABE ölçek puanı  $12.17 \pm 7.06$ , YAA ölçek puanı  $24.25 \pm 12.30$  du. Arkadaşlarıyla yaşayan katılımcıların AABE ölçek puanı  $13.20 \pm 6.42$ , YAA ölçek puanı  $25.59 \pm 13.36$  olduğu görüldü. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği puanı değerlendirmesinde yalnız yaşayan katılımcıların STAI Form-1 puanı  $37.15 \pm 10.44$ , STAI Form-2 puanı  $41.13 \pm 10.06$  olarak hesaplandı. Ailesiyle yaşayan katılımcıların STAI Form-1 puanı  $27.53 \pm 9.46$ , STAI Form-2 puanı  $43.52 \pm 8.21$  olarak hesaplandı. Arkadaşlarıyla yaşayan katılımcıların STAI Form-1 puanı  $39.12 \pm 9.59$ , STAI Form-2 puanı  $44.58 \pm 8.56$  olarak hesaplandı.

Bu sonuçlara göre yetişkin ayrılık anksiyetesi ölçeği puanları bakımından gruplar arasında anlamlı derecede fark saptanmıştır (F=2.37, p=0.09), ancak post-hoc karşılaştırmada gruplar arasında fark anlamlı değildir (p>0.05). Benzer biçimde STAI-2 ölçeği bakımından gruplar karşılaştırıldıklarında anlamlı derecede fark saptanmıştır (F=2.67, p=0.07) ancak post-hoc karşılaştırmada anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05). Özetle ailesi ile birlikte yaşayan grupta; yalnız veya arkadaşlarıyla yaşayan gruba göre YAA ölçek puanları ve STAI-1 (durumluk kaygı) puanları düşük bulunmuştur fakat istatistiksel olarak anlamlı değildir.

**Tablo 4.5. Ailesiyle yaşayan ve yaşamayan bireylerin anksiyete ve ayrılık anksiyetesi düzeyleri bakımından karşılaştırılması**

	<b>Yalnız yaşayanlar (n=40)</b>	<b>Ailesiyle yaşayanlar (n=120)</b>	<b>Arkadaşıyla yaşayanlar (n=171)</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>AABE</b>	11.98±6.96	12.17±7.06	13.20±6.42	1.07	0.34
<b>YAA</b>	25.68±13.15	24.25±12.30	25.59±13.36	2.37	<b>0.09</b>
<b>STAI Form-1</b>	37.15±10.44	27.53±9.46	39.12±9.59	1.29	0.27
<b>STAI Form-2</b>	41.13±10.06	43.52±8.21	44.58±8.56	2.67	<b>0.07</b>

Bonferroni Testi ile yapılan post-hoc karşılaştırmalarda YAA ve STAI-2 değişkenleri bakımından gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmedi.

Yetişkinlik ayrılık anksiyete bozukluğu ile çocukluk ayrılık anksiyete bozukluğu belirtileri olan bireylerin sayıları Tablo 4.6’da sunulmuştur. 330 bireyin 166’sı AABE’ye göre çocukluk ayrılık anksiyetesi belirtilerini, 165’i YAA’ya göre yetişkinlik ayrılık anksiyetesi belirtilerini karşılamaktadır. 123 bireyde çocukluk ve yetişkinlik ayrılık anksiyete bozukluğu belirtileri izlenmiş olup 122 bireyde izlenmemiştir. 42 kişide sadece yetişkinlik ayrılık anksiyete bozukluğu belirtileri, 43 kişide sadece çocukluk ayrılık anksiyete bozukluğu belirtileri olduğu görüldü. Çocukluk ayrılık anksiyetesi belirtilerini karşılayan 166 kişiden 123’ ü (%74,09) yetişkinlik ayrılık anksiyetesi belirtilerini de göstermektedir.

**Tablo 4.6. Yetişkinlik ayrılık anksiyetesi ve çocukluk ayrılık anksiyetesi dağılımı**

		Yetişkin ayrılma anksiyetesi		Toplam
		YAA'ya göre		
		yok	var	
Çocukluk ayrılma anksiyetesi	yok	122	42	164
	var	43	123	166
Toplam		165	165	330

P<0.001, Ki-kare= 77.58. Odds oranı=8.31 (%95 GüvenAralığı: 5.07-13.61)

Çocukluk dönemi ayrılık anksiyetesi olan ve olmayan bireylerin karşılaştırılması Tablo 4.7’de sunulmuştur. AABE ölçeğine göre kesme puanı 12 baz alınarak çocukluk dönemi ayrılık anksiyetesi olan 165 kişi incelendiğinde; STAI-1 ölçek puanı  $40.54 \pm 9.45$ , STAI-2 ölçek puanı  $46.13 \pm 8.38$  olarak bulunmuştur. Grubun yaş ortalaması  $20.63 \pm 1.99$  yıl, ortalama eğitim süresi  $14.54 \pm 1.62$  yıl, aileden uzun süreli ilk ayrılık yaşından bu zamana kadar geçen süre  $4.38 \pm 3.79$  yıl idi. Çocukluk dönemi ayrılık anksiyetesi olan 165 kişinin 32’si sigara kullanmaktaydı. Çocukluk dönemi ayrılık anksiyetesi olmayan 166 kişi incelendiğinde; STAI-1 ölçek puanı  $36.08 \pm 9.40$ , STAI-2 ölçek puanı  $41.45 \pm 8.34$  olarak bulunmuştur. Grubun yaş ortalaması  $21.24 \pm 2.61$  yıl, ortalama eğitim süresi  $14.98 \pm 1.98$  yıl, aileden uzun süreli ilk ayrılık yaşından bu zamana kadar geçen süre  $4.88 \pm 3.83$  yıl idi. Çocukluk dönemi ayrılık anksiyetesi olmayan 166 kişinin 27’si sigara kullanmaktaydı. Bu sonuçlara göre çocukluk dönemi ayrılık anksiyetesi olan bireyler çocukluk dönemi ayrılık anksiyetesi olmayan bireylere göre STAI-1 ( $t=-4.30$ ,  $p<0.001$ ) ve STAI-2 ( $t=-5.08$ ,  $p<0.001$ ) ölçeklerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

**Tablo 4.7. Katılımcıların çocukluk dönemi ayrılık anksiyetesi açısından özelliklerinin dağılımı**

	<b>Çocukluk dönemi ayrılık anksiyetesi olan (n=165)</b>	<b>Çocukluk dönemi ayrılık anksiyetesi olmayan (n=166)</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>STAI -1</b>	40.54 ± 9.45	36.08 ± 9.40	-4.30	<b>&lt;0.001</b>
<b>STAI-2</b>	46.13 ± 8.38	41.45 ± 8.34	-5.08	<b>&lt;0.001</b>
<b>Yaş</b>	20.63 ± 1.99	21.24 ± 2.61	2.41	<b>0.016</b>
<b>Eğitim süresi</b>	14.54 ± 1.62	14.98 ± 1.98	2.20	<b>0.028</b>
<b>Ayrılık süresi (n=276)</b>	4.38 ± 3.79	4.88 ± 3.83	1.10	<b>0.027</b>
<b>Sigara (n=59)</b>	32	27	0.59	0.441

Yetişkinlik dönemi ayrılık anksiyetesi olan ve olmayan bireylerin karşılaştırılması Tablo 4.8’de sunulmuştur. YAA ölçeğine göre kesme puanı 25 baz alınarak yetişkinlik dönemi ayrılık anksiyetesi olan 165 kişi incelendiğinde; STAI-1 ölçek puanı  $41.68 \pm 9.56$ , STAI-2 ölçek puanı  $46.92 \pm 7.84$  olarak bulunmuştur. Grubun yaş ortalaması  $20.93 \pm 2.30$ , ortalama eğitim süresi  $14.81 \pm 1.69$ , aileden uzun süreli ilk ayrılık yaşından bu zamana kadar geçen yıl süresi  $4.49 \pm 4.10$  idi. Yetişkinlik dönemi ayrılık anksiyetesi olan 165 kişinin 29’u sigara kullanmaktaydı. Yetişkinlik dönemi ayrılık anksiyetesi olmayan 166 kişi incelendiğinde; STAI-1 ölçek puanı  $34.95 \pm 8.55$ , STAI-2 ölçek puanı  $40.66 \pm 8.35$  olarak bulunmuştur. Grubun yaş ortalaması  $20.92 \pm 2.38$ , ortalama eğitim süresi  $14.68 \pm 1.94$ , aileden uzun süreli ilk ayrılık yaşından bu zamana kadar geçen yıl süresi  $4.76 \pm 3.50$  idi. Yetişkinlik dönemi ayrılık anksiyetesi olmayan 166 kişinin 30’u sigara kullanmaktaydı. Bu sonuçlara göre yetişkinlik dönemi ayrılık anksiyetesi olan bireyler ayrılık anksiyetesi olmayan bireylere göre STAI-1 ( $t=-6.75$ ,  $p<0.001$ ) ve STAI-2 ( $t=-7.02$ ,  $p<0.001$ ) ölçeklerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

**Tablo 4.8. Katılımcıların yetişkin dönemi ayrılık anksiyetesi açısından özelliklerinin dağılımı**

	<b>Yetişkinlik dönemi ayrılık anksiyetesi olan (n=165)</b>	<b>Yetişkinlik dönemi ayrılık anksiyetesi olmayan (n=166)</b>	<b>t / X<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
<b>STAI -1</b>	41.68 ± 9.56	34.95 ± 8.55	-6.75	<b>&lt;0.001</b>
<b>STAI-2</b>	46.92 ± 7.84	40.66 ± 8.35	-7.02	<b>&lt;0.001</b>
<b>Yaş</b>	20.93 ± 2.30	20.92 ± 2.38	-0.02	0.983
<b>Eğitim</b>	14.81 ± 1.69	14.68 ± 1.94	-0.65	0.514
<b>Ayrılık süresi (n=276)</b>	4.49 ± 4.10	4.76 ± 3.50	0.61	0.543
<b>Sigara (n=59)</b>	29	30	0.03	0.866

Değişkenler arası korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.9’da sunulmuştur. Buna göre YAA puanıyla AABE puanı ( $r=0.71$ ,  $p<0.01$ ), STAI-1 ( $r=0.35$ ,  $p<0.01$ ), arasında anlamlı derecede korelasyon saptandı. AABE ölçeği ile STAI-1 ( $r=0.23$ ,  $p<0.01$ ), STAI-2 ( $r=0.35$ ,  $p<0.01$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede korelasyon saptandı.

**Tablo 4.9. Korelasyon analizleri**

	<b>Ayrılma anksiyetesi çocukluk</b>	<b>Ayrılma anksiyetesi yetişkin</b>	<b>STAI-1</b>
<b>Ayrılma anksiyetesi yetişkin</b>	0.71**		
<b>STAI-1</b>	0.23**	0.35**	
<b>STAI-2</b>	0.35**	0.45**	0.55**

Pearson’ın korelasyontesti,  $p<0.001$

Yetişkinlik dönemi ayrılma anksiyetesinin belirleyicileri doğrusal regresyon analiziyle incelenmiştir (Tablo 4.10). Doğrusal regresyon analizinde yetişkinlik dönemi

ayrılma anksiyetesinin belirleyicilerine bakıldığında STAI -1 ( $p<0.001$ ) ve STAI -2'nin ( $p=0.010$ ) ayrılık anksiyetesinin belirleyicisi olduğu tespit edildi ( $F=46.50$ ,  $p<0.001$ ).

**Tablo 4.10. Yetişkinlik dönem ayrılma anksiyetesinin belirleyicileri**

Model	Standardize Olmayan Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p
	B	Standart Hata	B		
STAI -2	0.56	0.09	0.38	6.36	<0.001
STAI -1	0.21	0.08	0.15	2.59	0.010

Doğrusal Regresyon analizi. Bağımlı Değişken: Ayrılma anksiyetesi yetişkin, Bağımsız Değişkenler: STAI-1 ve STAI-2.  $F=46.50$ ,  $p<0.000001$ , Adjusted  $R^2= 0.23$

Durumluk ve sürekli kaygı puanlarının Çocukluk Dönemi Ayrılma Anksiyetesinin belirleyicileri doğrusal regresyon analiziyle incelenmiştir (Tablo 4.11). Buna göre Regresyon analizinde çocukluk dönemi ayrılma anksiyetesinin değişkeni STAI-2 ( $p<0.001$ ) tarafından belirlendiği tespit edildi ( $F=46.50$ ,  $p<0.001$ , Adjusted  $R^2=0.23$ ).

**Tablo 4.11. Çocukluk dönemi ayrılma anksiyetesinin belirleyicileri**

Model	Standardize Olmayan Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	p
	B	Standart Hata	B		
STAI-2	.274	.040	.359	6.798	.000

Bağımlı Değişken: Ayrılma anksiyetesi çocukluk, Bağımsız Değişkenler: STAI-1 ve STAI-2.  $F= 46.21$ ,  $p< 0.000001$ , Adjusted  $R^2= 0.13$

## 5. TARTIŞMA

Anksiyete bozuklukları erişkinlerde en sık izlenen psikiyatrik hastalık grubunu oluşturmaktadır ve çeşitli çalışmalarda görülme sıklığı %20-25 olarak belirtilmektedir. Genellikle çocukluk çağında başlamakta olup ortalama başlangıç yaşı 6 yaş olarak kabul edilir. Tedavi edilmediği takdirde kronik bir seyir izleyerek depresyon, madde kullanımı, okul başarısında düşme gibi olumsuz durumlar eklenebilmektedir[55]. Ayrılma anksiyetesi, kişinin temel bağlanma figüründen ayrılması ya da ayrılma ihtimali olduğu durumlarda yoğun bir anksiyete duyması halidir[3]. Normal bir tepki olarak görülen bu korku, şiddet ve süreklilik açısından uyum bozucu özellikler gösterdiğinde ayrılma anksiyetesi bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu DSM-5' ten önce 'Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar' grubunda yer alırken, DSM-5 ile birlikte yaş sınırı kaldırılmıştır[2]. Literatürde çocukluk ayrılık anksiyetesinin erişkin anksiyete bozuklukları ile olan ilişkisini inceleyen birçok çalışma mevcuttur. Manicavasagar ve ekibinin anksiyete kliniğine başvuran hastalarda yaptıkları kesitsel çalışmada anksiyete bozukluğu tanısı olan erişkinlerin %75' inde çocukluk çağı ayrılık anksiyetesi bulgularına rastlandığı belirtilmiştir[56]. Robertson ve arkadaşları çocukluk ayrılık anksiyetesi ile PB arasında genetik bir yatkınlık olduğunu savunmuşlardır[57]. Kimi çalışmalar çocukluk ayrılık anksiyetesini erişkin PB için spesifik bir risk etmeni olarak görürken, kimi çalışmalarda anksiyete ve anksiyete dışı bozukluklar için genel bir risk etmeni olarak değerlendirmektedir[12, 14]. Aschenbrand ve sonrasında Hayward'ın yaptıkları prospektif çalışmalarda erişkin major depresif bozukluk tanılı hastaların çoğunda çocukluk dönemi ayrılık anksiyetesinin bulunduğu vurgulanmıştır[12,58].

Anksiyete, durumluk ve sürekli kaygı şeklinde davranışsal belirtiler gösterebilir. Durumluk kaygı, akut gelişen durumsal odaklı anksiyete atağı şeklinde adlandırılır ve tetikleyici durumun ötesinde kalıcı değildir. Sürekli kaygı, bir kişilik özelliği olarak kabul edilebilen bir anksiyete durumudur[59]. Yüksek bulunan durumluk kaygı düzeyi değerlendirme anındaki yüksek kaygı düzeyine işaret ederken, yüksek bulunan sürekli kaygı düzeyi endişeli bir kişilik özelliğini göstermektedir. Durumluk kaygı şimdiki an ile ilgili kaygıyı gösterirken sürekli kaygı kişiliğin değişmez bir boyutunu gösterir[53].



Spielberger'in Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, öznel benlik-ölçüm testleri arasında en sık kullanılan anksiyete testlerinden birisidir. Öncelikle, ortalama sağlıklı insanlarda kaygı düzeyini ölçmek için geliştirilmiş olsa da daha sonra hasta gruplarında anksiyetenin ölçülmesinde faydalı bulunmuştur. 1964 yılında Spielberger ve Gorsuch tarafından geliştirilmeye başlanmış olan envanter ile normal ve normal olmayan bireylerdeki sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır. STAI durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçer. Türk toplumunda geçerliliği Necla Öner tarafından gösterilmiştir[54]. Türkçeye Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri olarak çevrilmiştir. Yirmişer maddeden oluşan iki ayrı ölçeği vardır ve bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay bir envanteredir. Her iki ölçek de aynı zamanda uygulanabilir. Envanter okuma yazma bilmeyenlere bireysel olarak uygulandığında, maddeler uygulamacı tarafından okunup, verilen yanıtlar yine uygulamacı tarafından form üzerinde işaretlenir. Testin kullanımı için özel eğitim gerekmez. STAI , 14 yaş ve üstünde bilinçli olan hastalara uygulanabilir [54]. Biz de bu avantajlarından dolayı çalışmamızda STAI ölçeğini kullanmayı tercih ettik.

Çocuklukta gözlenen ayrılma anksiyetesi belirtileri bazı yönleri ile değişiklik göstermesine karşın yetişkinlikte de tanımlanabilmektedir. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, çocukluk döneminde tanı konan AAB' nin yetişkinlik dönemine uzanım gösteren bir formu olabileceği gibi, başlangıcı yetişkin dönemde de olabilmektedir[20]. Yapılan çalışmalarda çocuklukta başlayıp yetişkinlikte devam eden AAB' nin daha fazla izlendiği, toplum örneklemlerinde ise bu durumun tam tersi olarak Yetişkin AAB olgularının büyük bölümünün yetişkinlikte başladığı ifade edilmektedir[60]. Manicavasgar ve Ark yaptıkları çalışmada, ayrılık anksiyetesi belirtilerinin katılımcıların yalnızca 1/3'ünde yetişkin dönemde başladığı gösterilmiştir. Benzer şekilde Silove ve ark. Yaptığı çalışmada ise ayrılık anksiyetesi bulguları katılımcıların 1/4'ünde yetişkin dönemde başladığı, 3/4'ünde gibi büyük bir bölümünün ise çocukluk başlangıçlı olduğu raporlanmıştır[5,20]. Toplum örneklemlerinde büyük bir epidemiyolojik çalışma olan Shear ve ark. Tarafından yapılan çalışmada, Yetişkin AAB olgularının %77,5'inin yetişkin dönemde başladığı saptanmıştır[22]. AAB'nin yetişkinlik döneminde ortaya çıkabileceği görüşünü destekleyen bir başka çalışma da

Seligman ve ark.'nın evden ilk defa ayrılmaya hazırlanan kolej öğrencileri ile yaptığı çalışmadır. Bu çalışmada Yetişkin AAB sıklığını %21 olarak saptamışlardır[8].

Çalışmamızda (AABE ve YAA ölçekleri) elde ettiğimiz verilere göre çocukluk ayrılık anksiyetesi belirtilerini karşılayan 166 kişinin 123'ünde (%74,09) ayrılık anksiyetesi belirtilerinin yetişkinlikte de devam ettiği izlenmiştir. Bu durum çocukluk çağı ayrılık anksiyetesinin yetişkinlik dönemi ayrılık anksiyetesi ile ilişkili olduğu görüşünü desteklemektedir. Elde ettiğimiz oranlar Manicavasgar ve ark. yaptıkları geniş kapsamlı çalışmadaki verilere çok yakındır. Benzer şekilde 42 kişide ayrılık anksiyetesi bulguları sadece yetişkinlik döneminde izlenmiş olup bu durum ilk defa yetişkinlik döneminde ayrılık anksiyetesinin ortaya çıkabileceğini göstermektedir. Yetişkin anksiyete ölçeği puanı katılımcıların 150'sinde (%49.8) yüksek saptanmış olup bu durum grubumuzun çoğunluğunu üniversite öğrencilerinin oluşturmasına bağlanabilir. Çalışmamızda 42 kişi (%12.7) de sadece yetişkinlik ayrılık anksiyete puanları yüksek saptanmış olup bu oran literatür verilerini desteklemektedir. Yetişkinlik dönemi ayrılık anksiyetesi yetişkin dönemde başlayabileceği gibi büyük oranda çocukluk dönemi ayrılık anksiyetesinin devamı şeklinde ortaya çıktığı görüşündeyiz. ABD'de Ulusal Eş Tanı Araştırma ve Veri Toplama Merkezi tarafından yapılan çalışmada, Yetişkinlik dönemi ayrılık anksiyetesi'nin yaşam boyu görülme sıklığı %6,6 olarak bulunmuş ve anksiyetenin büyük oranda (yaklaşık 2/3) yetişkinlikte başladığı gösterilmiştir[22]. Çalışmamızda yetişkin dönemde ayrılık anksiyetesi oranlarının bu ve benzeri çalışmalara göre yüksek bulmamızın bir diğer nedeni ülkemizin sosyokültürel yapısı olabilir. Birbirine güçlü bağlarla bağlı olan, akraba ilişkilerinin daha önemli olduğu toplumlarda; bireyselliğin daha ön planda olduğu bireyci toplumlara göre daha sık ayrılık anksiyetesi bulguları görülmesi tahmin edilebilir bir durum olup bu toplumlarda bu alanda daha fazla çalışma yapılması gerektiği görüşündeyiz.

Ayrılık anksiyetesi bozukluğu ile ortak kabul edilen görüş çevresel şartlardan etkilendiği şeklindedir. DSM-5'te ayrılma kaygısının çoğunlukla stres oluşturan bir olayın ardından geliştiği belirtilmiştir. Bu stresli olayları okul değişimi, ebeveynlerin boşanması, yeni bir eve taşınma, göç etme ya da başlıca bağlanma figürlerinden birinin uzun süreli bir hastalık geçirmesi gibi çoğunlukla çevresel etmenler oluşturmaktadır[8].

Çalışmamızda ayrılık anksiyetesi puanlarını literatür oranlarına göre yüksek bulmamızın nedeni çalışmamızı oluşturan grubun çoğunluğunun; üniversiteye yeni başlayan, şehir değiştiren ve ailesinden ayrılan üniversite öğrencilerinden oluşması olabilir. Çalışmamızda ailesi ile birlikte yaşayan grupta; yalnız veya arkadaşlarıyla yaşayan gruba göre YAA ölçek puanları ve STAI-1 (durumluk kaygı) puanları düşük bulunmuştur fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bedensel hastalıklar; fiziksel semptomların yanı sıra kişilerin ruhsal ve sosyal hayatlarını da önemli ölçüde etkiler. Bedensel rahatsızlıklara en sık görülen psikiyatrik komorbiditeler depresyon ve anksiyetedir[41]. Bu psikiyatrik komorbiditelerin hastaların yaşam kalitesini anlamlı ölçüde olumsuz etkilediği gösterilmiştir. Hastalık sürecinin ilerlemesiyle bağımlılığın artması, sosyal aktivitelerin kısıtlanması, hastaların aile ve toplum içinde beklenen rollerini yerine getirmekte zorlanmalarına, bu durum sosyal destek gereksinimlerinin artmasına ve sosyal izolasyona neden olmaktadır. Tüm bunların sonucu olarak anksiyete ve depresyon görülme sıklığı artmaktadır[61]. Çalışmamızda elde ettiğimiz verilere göre bedensel hastalığı olan katılımcıların STAI-1 puanları istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ve bu durum literatür verilerini desteklemektedir.

Çocukluk ayrılma anksiyetesi bozukluğu ile erişkin dönemde görülen psikiyatrik bozukluklar arasında ilişki olduğu öne süren çeşitli çalışmalar mevcuttur[52]. AAB oluşumu için en çok kabul gören görüş Bowlby'nin bağlanma kuramıdır[24]. Birincil bağlanma figürüne (genellikle anneye) karşı geliştirilen duygusal bağların, çocuğun psikolojik gelişiminde diğer bakıcılarına göre daha kritik bir önem taşıdığı bilinmektedir. Çocukluk döneminde güvenli bağlanmanın oluşmamasının erişkinlikte kronik anksiyete için bir risk oluşturabileceği düşünülmektedir[4, 6]. Ulusal Eşitlik Çalışmasında Çocukluk Ayrılma Kaygısı Bozukluğu ve Yetişkin Ayrılma Kaygısı Bozukluğu olan olguların en az 2/3'ünde bir başka ruhsal bozukluk varlığı belirlenmiştir[22]. Bu ruhsal bozukluklar kaygı bozukluklarından madde kullanım bozukluklarına kadar geniş bir spektrum oluşturmaktadır. Manicavasagar ve arkadaşları, Yetişkin Ayrılma Kaygısı Bozukluğu hastalarında major depresif bozukluk, PB, agorafobi ve bağımlı kişilik bozukluğu varlığını SCID-P ve SCID-II kullanılarak taramışlar ve altı olguda (%17) bağımlı kişilik bozukluğu saptamıştır[20]. Yaşam boyu PB,agorafobi ve major depresif bozukluk eş tanıları oldukça yaygın izlenmiş olup,

olguların çoğunda önce ayrılma kaygısı belirtileri izlenmiş, diğer Eksen I bozukluklarının ise daha sonra ortaya çıktığını bildirmiştir[62]. Klinik çalışmalarda Yetişkin Ayrılma Kaygısı Bozukluğu hastalarında da eş tanı oranları oldukça yüksektir. Pini ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada PB eştanısı, Çocukluk Ayrılma Kaygısı Bozukluğu ile Yetişkin Ayrılma Kaygısı Bozukluğu olan grupta, ayrılma kaygısı olmayan gruba göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır[63]. Pini ve arkadaşları yaptığı bir diğer çalışmada PB eş tanısı olmayan bipolar hasta grubunda kontrollere göre ayrılma kaygısı puanlarını anlamlı olarak daha yüksek bulmuştur. Bipolar bozukluk olguları ile Yetişkin Ayrılma Kaygısı Bozukluğu ve Çocukluk Ayrılma Kaygısı Bozukluğu öyküsü arasında, PB ile olduğundan daha güçlü bir bağıntı bulunduğu belirlenmiştir. Ek olarak, Yetişkin Ayrılma Kaygısı Bozukluğu'nun varlığı erken başlangıçlı bipolar bozukluğunun gelişiminde etkin olduğu bulunmuştur[64]. Silove ve arkadaşlarının savaş mağduru Bosnalı göçmenlerle yaptıkları çalışmada, travma sonrası stres bozukluğu ile Yetişkin Ayrılma Kaygısı Bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (OR=4.8). Major depresif bozukluk ve komplike olmuş yaşla benzer bir ilişki bulunan hemen tüm Yetişkin Ayrılma Kaygısı Bozukluğu olgularında travma sonrası stres bozukluğu eş tanısının bulunurken, travma sonrası stres bozukluğu olgularının ancak yarısında Yetişkin Ayrılma Kaygısı Bozukluğu olduğu saptanmıştır[65].

Çalışmamızda çocukluk ayrılma anksiyetesi puanı yüksek bireylerde süreğen anksiyete puanlarını (STAI-2) istatistiksel olarak yüksek bulduk. Yetişkin ayrılık anksiyete puanları yüksek olan bireylerin hem anlık hem de süreğen anksiyete puanlarını (STAI-1 ve 2) istatistiksel olarak yüksek bulduk. Elde ettiğimiz bu veriler ışığında çocukluk dönemi ayrılık anksiyetesi kronik anksiyete için bir risk faktörü oluşturabilir. Sonuç olarak çocukluk ayrılma anksiyetesinin, erişkinlikte çoğul anksiyete bozukluğu tanılarının gelişebilme riskini artırabileceğini söyleyebiliriz.

## 6. SONUÇLAR

1) Çalışmamızda yetişkin dönemde ayrılık anksiyetesi puanları yüksek bireylerin yaklaşık dörtte üçünde çocukluk çağı ayrılık anksiyetesi puanları da yüksek bulunmuştur. Yetişkin dönem ayrılık anksiyetesi büyük oranda çocukluk dönemi ayrılık anksiyetesinin devamı şeklinde görülür görüşünderiz.

2) Çocukluk çağı ayrılık anksiyetesi puanları yüksek bireylerde süregelen anksiyete puanları yüksek bulunmuştur. Çocukluk çağı ayrılık anksiyetesi, yetişkin dönemde süregelen anksiyete gelişmesine neden olabilir. Bu nedenle çocukluk çağı ayrılık anksiyetesi erken tanınıp tedavi edilirse ileride yaşanabilecek uyum sorunlarının azalabileceği/engellenebileceği düşünülebilir ve böylece yetişkin dönemde daha az anksiyete görülebilir.

3) Yetişkin dönem ayrılık anksiyetesi puanları yüksek bireylerin hem anlık hem de süregelen anksiyete puanları yüksek bulunmuştur. Bu durum yetişkin dönem ayrılık anksiyetesinde çocukluk ayrılık anksiyetesine göre durumluk anksiyetenin ön plana çıktığını göstermiştir. Bu bulgu yetişkin dönem ayrılık anksiyetesinde fenomenolojik olarak anksiyeteye genel bir yatkınlığa işaret etmektedir. Bu nedenle ayrı bir tanı olarak gelmiş olsa da bu tanının geçerliliğinin düşük olabileceğine ve diğer anksiyete bozukluklarının gölgesinde kalabileceğine işaret etmektedir.

4) Çocukluk çağı ayrılık anksiyete puanları düşük olup, yetişkin ayrılık anksiyetesi puanları yüksek kişilerin varlığı ayrılık anksiyetesinin yetişkin dönemde çocukluk anksiyetesinden bağımsız şekilde de gelişebileceğini göstermiştir. Bu bakımdan DSM-5'teki değişiklik çalışma sonucumuza göre de uygundur.

## 7. ÖNERİLER

Çalışmamızda demografik değişkenler yaş, cinsiyet, eğitim süresi vb. değişkenler ile sınırlı tutulmuştur. Araştırmalarda gelir düzeyi, kardeş sayısı, doğum sırası, anne-babaya ilişkin özellikler, annenin iş durumu (ev hanımı/çalışan), geçmiş travma öyküleri (fiziksel/ruhsal) gibi birçok demografik değişkenin de incelemelere dâhil edildiği ve bu değişkenlerin farklılaşmaya yol açtığını ortaya koyan bulgulara ulaşıldığı görülmektedir. Her zaman yanınızda taşıdığınız nesne sorusunu katılımcılar telefon, cüzdan gibi sorgulanmak istenenin dışında algıladığından istatistiksel verilerden çıkarılmıştır. Alkol kullanımı ile ilgili soru düzenli kullanımın dışında anlaşıldığı fark edilmiştir. Bu araştırmanın bulgularından hareketle demografik değişkenleri çeşitlendirerek karşılaştırmalı araştırmaların yapılmasının ayrılma anksiyetesinin çocukluk ve yetişkinlik dönemleri ile ve diğer anksiyete çeşitleri ile arasındaki ilişkinin çok boyutlu olarak anlaşılmasında önemli yararlarının olacağını düşünmekteyiz. Araştırmaya katılan katılımcıların psikiyatrik hastalık öyküsü kendilerinin verdiği cevaba göre geçmişte ve şuanda var/yok şeklinde değerlendirilmiş olup katılımcılarla herhangi klinik bir görüşme yapılmamıştır. AABE' yi yanıtlarken katılımcıların 18 yaş altındaki dönemi hatırlaması gerektiğinden hafıza faktörü etkilemiş olabilir. Katılımcıların tümü Ankara ilindeki üniversite öğrencileri olup çoğu Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileridir. Bu durum da araştırmanın bir diğer sınırlılığıdır.

## 8. KAYNAKLAR

1. Zhang, A., et al., The Effectiveness of Problem-Solving Therapy for Primary Care Patients' Depressive and/or Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Board Fam Med*, 2018. 31(1): p. 139-150.
2. Koroğlu E, Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. 2013: Hekimler Yayın Birliği Ankara.
3. Beesdo, K., S. Knappe, and D.S. Pine, Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatr Clin North Am*, 2009. 32(3): p. 483-524.
4. Castellanos, D. and T. Hunter, Anxiety disorders in children and adolescents. *South Med J*, 1999. 92(10): p. 946-54.
5. Manicavasagar, V., et al., Continuities of separation anxiety from early life into adulthood. *J Anxiety Disord*, 2000. 14(1): p. 1-18.
6. Cyranowski, J.M., et al., Adult separation anxiety: psychometric properties of a new structured clinical interview. *J Psychiatr Res*, 2002. 36(2): p. 77-86.
7. Mayseless, O. and A. Scher, Mother's attachment concerns regarding spouse and infant's temperament as modulators of maternal separation anxiety. *J Child Psychol Psychiatry*, 2000. 41(7): p. 917-25.
8. Seligman, L.D. and L.A. Wuyek, Correlates of separation anxiety symptoms among first-semester college students: an exploratory study. *J Psychol*, 2007. 141(2): p. 135-45.
9. Silove, D., et al., Is early separation anxiety a specific precursor of panic disorder-agoraphobia? A community study. *Psychol Med*, 1995. 25(2): p. 405-11.
10. Klein, D.F., Panic disorder and agoraphobia: hypothesis hothouse. *J Clin Psychiatry*, 1996. 57 Suppl 6: p. 21-7.
11. Lipsitz, J.D., et al., Childhood separation anxiety disorder in patients with adult anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 1994. 151(6): p. 927-9.

12. Aschenbrand, S.G., et al., Is childhood separation anxiety disorder a predictor of adult panic disorder and agoraphobia? A seven-year longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2003. 42(12): p. 1478-85.
13. Biederman, J., et al., Childhood antecedents to panic disorder in referred and nonreferred adults. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2005. 15(4): p. 549-61.
14. Lewinsohn, P.M., et al., Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2008. 47(5): p. 548-55.
15. Kupfer, D.J., Anxiety and DSM-5. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2015. 17(3): p. 245-246.
16. Strawn, J.R. and E.T. Dobson, Individuation for a DSM-5 disorder: Adult separation anxiety. *Depress Anxiety*, 2017. 34(12): p. 1082-1084.
17. Regier, D.A., et al., DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatry*, 2013. 170(1): p. 59-70.
18. Brumariu, L.E. and K.A. Kerns, Mother-child attachment patterns and different types of anxiety symptoms: is there specificity of relations? *Child Psychiatry Hum Dev*, 2010. 41(6): p. 663-74.
19. Clarke, D.E., et al., DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part I: study design, sampling strategy, implementation, and analytic approaches. *Am J Psychiatry*, 2013. 170(1): p. 43-58.
20. Manicavasagar, V., et al., A self-report questionnaire for measuring separation anxiety in adulthood. *Compr Psychiatry*, 2003. 44(2): p. 146-53.
21. Silove, D., et al., The development of the Separation Anxiety Symptom Inventory (SASI). *Aust N Z J Psychiatry*, 1993. 27(3): p. 477-88.
22. Shear, K., et al., Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 2006. 163(6): p. 1074-83.
23. Bacciagaluppi, M., Encounters with John Bowlby: Tales of Attachment, by Arturo Ezquerro, Routledge, London and New York, 2017, 266pp. *Am J Psychoanal*, 2018.



24. Bretherton, I., The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 1992. 28: p. 759-775.
25. Aguayo, J. and B. Salomonsson, THE STUDY AND TREATMENT OF MOTHERS AND INFANTS, THEN AND NOW: MELANIE KLEIN'S "NOTES ON BABY" IN A CONTEMPORARY PSYCHOANALYTIC CONTEXT. *Psychoanal Q*, 2017. 86(2): p. 383-408.
26. Lionetti, F., What promotes secure attachment in early adoption? The protective roles of infants' temperament and adoptive parents' attachment. *Attach Hum Dev*, 2014. 16(6): p. 573-89.
27. Diriöz, M., Ayrılma kaygısı için yapılandırılmış klinik görüşme, çocukluk ve yetişkin ayrılma kaygısı ölçeklerinin geçerlilik ve güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2010.
28. Mickelson, K.D., R.C. Kessler, and P.R. Shaver, Adult attachment in a nationally representative sample. *J Pers Soc Psychol*, 1997. 73(5): p. 1092-106.
29. Cooper, S.E., C. Grillon, and S. Lissek, Impaired discriminative fear conditioning during later training trials differentiates generalized anxiety disorder, but not panic disorder, from healthy control participants. *Compr Psychiatry*, 2018. 85: p. 84-93.
30. Katerndahl, D.A. and M. Talamantes, A comparison of persons with early-versus late-onset panic attacks. *J Clin Psychiatry*, 2000. 61(6): p. 422-7.
31. Tweed, J.L., et al., The effects of childhood parental death and divorce on six-month history of anxiety disorders. *Br J Psychiatry*, 1989. 154: p. 823-8.
32. Bandelow, B., et al., Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with panic disorder. *Compr Psychiatry*, 2002. 43(4): p. 269-78.
33. Teismann, T., et al., Predictors of remission from panic disorder, agoraphobia and specific phobia in outpatients receiving exposure therapy: The importance of positive mental health. *Behav Res Ther*, 2018. 108: p. 40-44.
34. Mondin, T.C., et al., Anxiety disorders in young people: a population-based study. *Rev Bras Psiquiatr*, 2013. 35(4): p. 347-52.
35. Wittchen, H.U., et al., Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depress Anxiety*, 2010. 27(2): p. 113-33.

36. Klein, D.F. and M. Fink, Psychiatric reaction patterns to imipramine. *Am J Psychiatry*, 1962. 119: p. 432-8.
37. Silove, D., et al., Separation anxiety in adulthood: dimensional or categorical? *Compr Psychiatry*, 2007. 48(6): p. 546-53.
38. Yang, L., et al., Efficacy and acceptability of psychological interventions for social anxiety disorder in children and adolescents: a meta-analysis of randomized controlled trials. 2018.
39. Ohayon, M.M. and A.F. Schatzberg, Social phobia and depression: prevalence and comorbidity. *J Psychosom Res*, 2010. 68(3): p. 235-43.
40. Walkup, J.T., et al., Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *N Engl J Med*, 2008. 359(26): p. 2753-66.
41. Wittchen, H.U., et al., Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *J Clin Psychiatry*, 2002. 63 Suppl 8: p. 24-34.
42. Hannesdottir, D.K., et al., Do Youth with Separation Anxiety Disorder Differ in Anxiety Sensitivity From Youth with Other Anxiety Disorders? *Child Psychiatry Hum Dev*, 2018.
43. Rapee, R.M., C.A. Schniering, and J.L. Hudson, Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annu Rev Clin Psychol*, 2009. 5: p. 311-41.
44. Starke, A., Effects of anxiety, language skills, and cultural adaptation on the development of selective mutism. *J Commun Disord*, 2018. 74: p. 45-60.
45. Krysanski, V.L., A brief review of selective mutism literature. *J Psychol*, 2003. 137(1): p. 29-40.
46. Manassis, K., Silent suffering: understanding and treating children with selective mutism. *Expert Rev Neurother*, 2009. 9(2): p. 235-43.
47. Steinhausen, H.C., et al., A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *J Child Psychol Psychiatry*, 2006. 47(7): p. 751-6.
48. Armstrong, T.D. and E.J. Costello, Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *J Consult Clin Psychol*, 2002. 70(6): p. 1224-39.

49. Van Ameringen, M., B. Patterson, and W. Simpson, DSM-5 obsessive-compulsive and related disorders: clinical implications of new criteria. *Depress Anxiety*, 2014. 31(6): p. 487-93.
50. King, S.M., W.G. Iacono, and M. McGue, Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use. *Addiction*, 2004. 99(12): p. 1548-59.
51. Gross, A.C., et al., Relationships of Anxiety and Depression with Cardiovascular Health in Youth with Normal Weight to Severe Obesity. *J Pediatr*, 2018.
52. Diriöz, P.M., Alkin, T., Yemez, B., Onur, E. ve Eminağaoğlu, Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri İle Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketinin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(2). 2012.
53. Spielberger, C.D., et al., Emotional reactions to surgery. *J Consult Clin Psychol*, 1973. 40(1): p. 33-8.
54. Öner N, L.W., Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1983. s.28.
55. Merikangas, K.R., et al., Lifetime Prevalence of Mental Disorders in US Adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2010. 49(10): p. 980-9.
56. Manicavasagar, V., et al., Adult separation anxiety disorder: a disorder comes of age. *Curr Psychiatry Rep*, 2010. 12(4): p. 290-7.
57. Roberson-Nay, R., et al., Childhood separation anxiety disorder and adult onset panic attacks share a common genetic diathesis. *Depress Anxiety*, 2012. 29(4): p. 320-7.
58. Hayward, C., et al., Predictors of panic attacks in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000. 39(2): p. 207-14.
59. Moser, J.S., T.P. Moran, and A.B. Leber, Manipulating Attention to Nonemotional Distractors Influences State Anxiety: A Proof-of-Concept Study in Low- and High-Anxious College Students. *Behav Ther*, 2015. 46(6): p. 834-43.

60. Silove, D., et al., Pediatric-Onset and Adult-Onset Separation Anxiety Disorder Across Countries in the World Mental Health Survey. *Am J Psychiatry*, 2015. 172(7): p. 647-56.
61. Bandelow, B. and S. Michaelis, Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*, 2015. 17(3): p. 327-35.
62. Manicavasagar, V. and D. Silove, Is there an adult form of separation anxiety disorder? A brief clinical report. *Aust N Z J Psychiatry*, 1997. 31(2): p. 299-303.
63. S., P., et al., Frequency and clinical correlates of adult separation anxiety in a sample of 508 outpatients with mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2010. 122(1): p. 40-46.
64. Pini, S., et al., Social anxiety disorder comorbidity in patients with bipolar disorder: a clinical replication. *J Anxiety Disord*, 2006. 20(8): p. 1148-57.
65. Silove, D., et al., Adult separation anxiety disorder among war-affected Bosnian refugees: comorbidity with PTSD and associations with dimensions of trauma. *J Trauma Stress*, 2010. 23(1): p. 169-72.

## 9. EKLER

### EK-1. Sosyodemografik veri formu

#### ÇOCUKLUK VE YETİŞKİNLİK DÖNEMİNDE AYRILIK ANKSİYETESİNİN YETİŞKİNLİK DÖNEMİNDE GÖRÜLEN ANKSİYETE BOZUKLUKLARIYLA İLİŞKİSİ

Sayın katılımcı;

Bu anket çalışmasında ayrılık anksiyetesinin diğer anksiyete bozukluklarının öncülü olup olmadığı araştırılacak ve aralarındaki ilişki değerlendirilecektir. Bu amaçla size sosyodemografik verilerden oluşan bir anket formu, AABE, YAA, STAI-1, STAI-2, SCAARED ölçekleri uygulanacaktır. Veriler tez çalışması için kullanılacak ve bilgiler gizli tutulacaktır. Doğru sonuçlara ulaşılabilmesi açısından tüm soruların eksiksiz olarak cevaplanması büyük önem taşımaktadır. Size ait bilgilerin gizli kalacağını ve sadece bilimsel amaçlar için kullanılacağını belirtir, katılımınız için teşekkür ederiz.

Dr Başak ÖZSAYIN KILIÇ

Bu anketin amacı ile ilgili bilgilendirildim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu okudum. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

#### Sosyodemografik Bilgi Formu

İsim Soyisim:

Yaşınız:

Eğitim Durumunuz:

Eğitim Süresi (Toplam yıl):

Cinsiyet: Kadın  Erkek

Medeni haliniz:

Bekar  Evli  Boşanmış  Dul

Şu an kiminle yaşıyorsunuz?

Yalnız  Arkadaş(lar)ımla  Diğer  
 Eşim/Partnerimle  Ailemle

Bulduğunuz şehirde yaşayan yakınınız var mı?

Aile üyesi  Akraba  Diğer yakınlar (yakın arkadaş, dost vs)

Yaşamınızın çoğunun geçtiği yer:

Metropol (İstanbul, Ankara, İzmir)

Şehir

Kasaba

Köy

Aile ile görüşme sıklığı:

Telefonda;

Ziyarette;

Günde 1

Günde 1

Haftada 1-2

Haftada 1-2

Ayda 1

Ayda 1

Her zaman yanınızda taşıdığınız bir nesne var mıdır?

Evet

Hayır

Alkol kullanımı:

Sigara kullanımı:

İlaç kullanımı:

Var

Var

Var

Yok

Yok

Yok

Bedensel bir rahatsızlık:

Ruhsal bir rahatsızlık:

Ailenizden uzun süreli (1 ay

Şu anda

Geçmişte

Şu anda

Geçmişte

ve daha uzun) ilk ayrılışınız

Var

Var

Var

Var

Kaç yaşında:

Yok

Yok

Yok

Yok

Sebebi:

## EK-2. Ayrılık anksiyetesi Belirti Envanteri ve Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi Anketi

AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ				
Aşağıdaki cümleler çocukluğunuzda (18 yaş altında) yaşayabileceğiniz bazı korkulara ilişkindir; lütfen hatırlamaya çalışarak, "tüm soruları" yanıtlayınız. Ben 18 yaşından küçükken...				
	Çok Sık Hissettim	Sıklıkla Hissettim	Nadiren Hissettim	Hiç Hissetmedim
1- Okula gitmek istemezdim.				
2- Evde olmadığım zaman ebeveynlerimden birinin başına kötü bir şey gelebileceğinden korkardım.				
3- Evde tek başıma bırakılmak istemezdim.				
4- Okula gitmeden önce baş ağrısı, bulantı, mide ağrısı gibi bedensel şikayetlerim olurdu.				
5- Onların yanında olmadığım, ailemden birilerinin başına kaza gelebileceğine dair korkularım vardı.				
6- Yabancı yerlerde bulunduğumda, kaybolmaktan korkardım.				
7- Gece yalnız kaldığımda, canavarların ya da hayvanların bana saldırabileceğini hayal ederdim.				
8- Tek başımayken, tanımadığım kimselerden çok korkardım.				
9- Kendimin ya da ailemin şiddete maruz kaldığı şekilde kâbuslar görürdüm.				
10- Ailemden ayrıldığımda çok mutsuz olurdu.				
11- Yalnız olduğumda, kaçırılacağımdan ya da zarar göreceğimden korkardım.				
12- Evden uzaktayken, ailemle birlikte olduğumu hayal ederdim.				
13- Yalnız başıma uyumaktan korkardım.				
14- Okula gitmeden önce çok gergin olurdu.				
15- Karanlıktan korkardım.				

## YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ANKETİ

Aşağıdaki sorular bir yetişkin (18 yaş üzeri) olarak yaşamış olabileceğiniz bazı belirtilere yöneliktir. Lütfen bu belirtileri yaşıyıp yaşamadığınıza göre sorunun karşısındaki uygun yeri işaretleyiniz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

	Çok Sıklıkla	Sıklıkla	Nadiren	Hiç
1- Size yakın olan kişilerle birlikte evinizdeyken kendinizi daha güvende hissettiniz mi?				
2- Evinizden saatlerce uzak kalmakta zorluk çektiniz mi?				
3- Çantanızda veya cüdanızda size güven ya da huzur veren bir şeyler taşıyor musunuz?				
4- Uzun bir yolculuğa çıkmak üzere evden ayrılmadan önce aşırı stres yaşadınız mı?				
5- Size yakın olan birinden ayrılmakla ilgili kabuslar ya da rüyalar gördüğünüz oldu mu?				
6- Bir yolculuğa çıkmadan önce size yakın olan birinden ayrılmakla ilgili aşırı stres yaşadınız mı?				
7- Günlük işleriniz aksadığında çok huzursuz olur musunuz?				
8- Size en yakın kişilerle olan ilişkilerinizin yoğunluğu konusunda endişelendiniz mi? Örneğin çok aşırı bağlı olmanızdan dolayı.				
9- İşiniz veya diğer düzenli ev dışı uğraşlarınız için evinizden ayrılmadan önce baş ağrısı, mide ağrısı ya da bulantı gibi (veya başka) belirtiler oldu mu?				
10- İnsanları yakınınızda tutmak için çok fazla konuştuğunuzu fark ettiğiniz oldu mu?				
11- Size yakın kişilerden ayrıldığınızda (örneğin işe gitmek ya da evden dışarıya çıkmak için), özellikle onların nerede oldukları konusunda endişelendiniz mi?				
12- Gece tek başınıza uyumakta güçlük çeker misiniz? Örneğin bir yakınınız evdeyse daha iyi uyur musunuz?				
13- Size yakın olan kişilerin seslerini işitebiliyor ya da televizyonun veya radyonun sesini duyuyorsanız daha kolay uyuduğunuzu fark ettiniz mi?				
14- Size yakın olan kişilerden uzak kaldığınızı düşündüğünüzde çöksakıntı yaşadınız mı?				



## YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ANKETİ DEVAMI

Aşağıdaki sorular bir yetişkin (18 yaş üzeri) olarak yaşamış olabileceğiniz bazı belirtilere yöneliktir. Lütfen bu belirtileri yaşıyıp yaşamadığınıza göre sorunun karşısındaki uygun yeri işaretleyiniz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

	Çok Sıklıkla	Sıklıkla	Nadiren	Hiç
15- Evinizden uzakta olmayla ilgili kabuslar ya da rüyalar gördünüz mü?				
16- Yakınlarınızın ciddi bir zarar görebileceği hakkında çok fazla endişelenir misiniz? Örneğin, bir trafik kazası geçirmeleri veya ölümcül bir hastalığa yakalanmaları gibi.				
17- Günlük olağan işlerinizi yaparken, size yakın olan kişilerle bağlantı kurmanızı engelleyecek değişimlerin olması sizi çok huzursuz eder mi?				
18- Önemsediğiniz insanların sizi terk edeceği konusunda çok fazla endişelenir misiniz?				
19- Hiç evde ya da yatak odasında ışıklar açıkken daha iyi uyuduğunuzu fark ettiğiniz mi?				
20- Özellikle size yakın kişiler evde değilse, evde tek başınıza kalmaktan kaçınmaya çalışır mısınız?				
21- Size yakın olanlardan ayrıldığınızı ya da onların sizi terk ettiğini düşündüğünüzde, aniden gelen sıkıntı nöbetleri ya da panik ataklarınız (örneğin, aniden titreme, terleme, çarpıntı, nefes darlığı gibi) oldu mu?				
22- Size yakın olan kişilerle düzenli olarak (örneğin her gün) telefon görüşmeleri yapmadığınızda sıkıntı yaşadığınızı fark ettiniz mi?				
23- Önemsediğiniz birisini terk ettiğinde, bu durumla başa çıkamayacağınızdan ya da onsuz yapamayacağınızdan korktunuz mu?				
24- Size yakın olan kişilerden ayrıldığınızda aniden gelen sıkıntı nöbetleri ya da panik ataklarınız (örneğin ani titreme, terleme, çarpıntı, nefes darlığı gibi) oldu mu?				
25- Sizi, yakın olduğunuz birilerinden ayırabilecek muhtemel olaylarla hakkında çok fazla endişelenir misiniz? Örneğin, işle ilgili gereklilikler gibi.				
26- Hiç, size yakın olan kişiler "çok fazla konuştuğunuzu" söylediler mi?				
27- Bazı insanlarla olan ilişkilerinizin, onlar için sorunlar oluşturacak kadar yakın olduğu konusunda endişelenir misiniz?				

**EK-3. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI FORM TX-1, STAI FORM TX-2)**

**STAI FORM TX – I**

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

**YÖNERGE:**Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

## STAI FORM TX - 2

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

## EK-4. ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

SAYI : 26379996 / 221

15.11.2017

KONU : 15.11.2017 Tarih ve 212 Sayılı Kurul Kararı

Sayın: Doç. Dr. Murat İlhan ATAGÜN  
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Ana Bilim Dalı

Sorumlu Araştırmacılığını yapmış olduğunuz “Çocukluk Ve Yetişkinlik Döneminde Ayrılık Anksiyetesinin Yetişkinlik Döneminde Görülen Anksiyete Bozukluklarıyla İlişkisi” isimli Dr Başak ÖZSAYIN KILIÇ’ ın tez çalışması Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nun 15/11/2017 tarih ve 212 sayılı kararı ile başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesi etik ve bilimsel açıdan uygun bulunmuştur

( 13.04.2013 tarih ve 28617 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan “İlaç Ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik” gereği klinik araştırmaların etik kurul onayı alındıktan sonra yılda en az bir ara raporunun, araştırma sonlandırıldıktan sonra bir yıl içerisinde sonuç raporunun Etik Kurula geri bildirimini gerekmektedir. Gerekli bildirim yapmayanların sonraki Etik Kurul başvuruları kabul edilmeyecektir.)

Bilgilerinize rica ederim

Yrd. Doç. Dr. Halil KARA  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul  
Başkanı

## 10. ÖZGEÇMİŞ

Başak ÖZSAYIN KILIÇ 1987 yılında Kocaeli’de doğdu ve ilk ve orta öğrenimini Kocaeli ilinde tamamladı. 2005 yılında girdiği Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2011 yılında mezun oldu. 2013 yılına kadar Derince 1 nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu bünyesinde pratisyen hekim olarak çalışıp zorunlu hizmetini tamamladı. 2013-2015 yılları arasında Ankara İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde Kamu Yataklı Sağlık Hizmetleri Şubesinde görev yaptı. 2015 yılında girdiği TUS sınavı kazanarak Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda asistan hekim olarak görevini sürdürmektedir.