

T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

**YETİŞKİN AYRILMA KAYGISI
BOZUKLUĞU İLE BENLİK SAYGISI,
BİLİŞSEL ESNEKLİK VE ÇOCUKLUK
ÇAĞI TRAVMALARININ İLİŞKİSİ**

Dr. Esra Merve ŞAHİN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Serap SARI

ERZURUM-2022

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TABLOLAR DİZİNİ	iv
KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TEŞEKKÜR	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	10
2. GENEL BİLGİLER.....	13
2.1. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu.....	13
2.1.1. Tanım.....	13
2.1.2. Epidemiyoloji	14
2.1.3. Etiyoloji	15
2.1.3.1. Genetik.....	15
2.1.3.2. Çevresel Faktörler.....	16
2.1.3.3. Mizaç	17
2.1.3.4. Nöroanatomik Etkenler.....	17
2.1.3.5. Nörofizyolojik Etkenler	18
2.1.3.6. Nörokimyasal Etkenler	18
2.1.4. Tanı.....	19
2.1.5. Ayırıcı Tanı	20
2.1.6. Eş Tanı.....	21
2.1.7. Hastalığın Gidişi.....	22
2.1.8. Tedavi	23
2.1.8.1. Psikoterapi	23
2.1.8.2. Psikofarmakoloji.....	24
2.2. Çocukluk Çağı Travmaları	25
2.2.1. Çocukluk Çağı İstismarları.....	26
2.2.1.1. Fiziksel İstismar.....	26
2.2.1.2. Cinsel İstismar	27
2.2.1.3. Duygusal İstismar	28
2.2.2. Çocukluk Çağı İhmalleri	28

2.2.2.1. Fiziksel İhmal	28
2.2.2.2. Duygusal İhmal.....	29
2.2.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Ruhsal Etkileri	29
2.3. Benlik Saygısı	31
2.3.1. Benlik (Kendilik).....	31
2.3.2. Benlik Saygısı.....	31
2.4. Bilişsel Esneklik.....	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
3.1. Çalışma Grubunun Seçimi	37
3.1.1. Çalışmaya Dahil Edilebilme Ölçütleri.....	37
3.1.2. Dışlama Kriterleri.....	37
3.2. Gereçler	38
3.2.1. Sosyodemografik Klinik Veri Formu	38
3.2.2. SCID-5: (Structured Clinical Interview for DSM-V Diagnosis).....	38
3.2.3. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ).....	38
3.2.4. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ).....	39
3.2.5. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Kısa Form (ÇÇTÖ)	39
3.2.6. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ).....	40
3.2.7. Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE)	40
3.3. Etik Kurul Onayı	40
3.4. İstatistiksel Analiz	41
4. BULGULAR.....	42
4.1. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri	42
5. TARTIŞMA	60
KAYNAKÇA	68
EKLER.....	88
EK-1. Etik Kurul Onayı	88
EK-2. Sosyodemografik Veri Formu	90
EK-3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	95
EK-4. Bilişsel Esneklik Envanteri.....	96
EK-5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	97
EK-6. Hamilton Depresyon Ölçeği	100

EK-7. Hamilton Anksiyete Ölçeği	103
---------------------------------------	-----



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri.....	43
Tablo 2. Hasta ve kontrol grubunun tıbbi ve psikiyatrik özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri.....	44
Tablo 3. Hasta ve kontrol grubunun olumsuz yaşam olayları	45
Tablo 4. Hasta ve kontrol grubunun HAM-D, HAM-A, ÇÇTÖ (Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği), Rosenberg Benlik Saygısı, Bilişsel Esneklik Envanteri Ölçek puanlarının karşılaştırılması	46
Tablo 5. Ayrılma kaygısı grubunda cinsiyete göre CTQ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	47
Tablo 6. Ayrılma kaygısı grubunda evlilik durumuna göre CTQ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	48
Tablo 7. Ayrılma kaygısı grubunda çocuk varlığına göre CTQ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	48
Tablo 8. Psikiyatrik Komorbidite varlığına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	49
Tablo 9. Ayrılma kaygısı olanlarda akrabalarda psikiyatrik öyküsü varlığına göre CTQ ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	50
Tablo 10. Ayrılma kaygısı grubunda anne veya babada psikiyatrik öyküsü varlığına göre CTQ ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması	51
Tablo 11. Ctg ölçeği ile hastalığın başlangıç yaşının ilişkisinin incelenmesi	51
Tablo 12. Çocukluk döneminde yaşanmış travmatik olayların türü ile hastalığın başlangıç yaşının ilişkisinin incelenmesi	52
Tablo 13. Grup ayrımı yapmaksızın CTQ toplam ve alt boyut puanları ile diğer ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	54
Tablo 14. Grup ayrımı yapmaksızın CTQ toplam ve alt boyut puanları ile sosyodemografik veriler arasındaki ilişkinin incelenmesi	55
Tablo 15. Ayrılma kaygısı grubunda CTQ toplam ve alt boyut puanları ile diğer ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	56
Tablo 16. Ayrılma kaygısı grubunda CTQ toplam ve alt boyut puanları ile sosyodemografik veriler arasındaki ilişkinin incelenmesi	58

Tablo 17. Ayrılık anksiyetesine etki eden risk faktörlerinin binary lojistik regresyon analizi ile incelenmesi	59
---	----



KISALTMALAR DİZİNİ

AKB	: Ayrılma Kaygısı Bozukluğu
BDT	: Bilişsel davranışçı terapi
BEE	: Bilişsel Esneklik Envanteri
ÇÇTÖ	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
DRD2	: Dopamin-2 Reseptörü
DRD4	: Dopamin-4 Reseptörü
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
G	: Guanin
HAM-A	: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği
HAM-D	: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
HPA	: Hipofiz-Pituitar-Adrenal
kDa	: Kilodalton
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
RBSÖ	: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
SCID-5	: Structured Clinical Interview for DSM-V Diagnosis
SSRI	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü
TPSO	: Translokator Protein
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
5 HT2A	: 5 Hidroksitriptamin 2A

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez yazımı süreci boyunca bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, bu süreçte desteğini daima hissettiğim tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Serap SARI'ya, eğitimime olan değerli katkılarıyla kendilerinden çok şey öğrendiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Mine Şahingöz, Doç. Dr. Halil Özcan, Dr. Öğr. Esat Fahri Aydın, Dr. Öğr. Üyesi Hacer Akgül CEYHUN ve Dr. Öğr. Üyesi Fatma TUYGAR OKUTUCU'ya;

Asistanlık eğitimim boyunca güzel anılar biriktirdiğim, tez sürecinde de daima desteklerini hissettiğim, en zor zamanları bile çekilir kılan, Erzurum'un bana kazandırmış olduğu en değerli dostlarım, canım arkadaşlarım Dr. Tuğba KOCA LAÇIN ve Dr. İrem İLTER'e;

Asistanlık eğitimim boyunca çalışmaktan çok mutlu olduğum, birlikte güzel anılar biriktirdiğim canım asistan arkadaşlarıma;

Birlikte zevkle çalıştığım, tez süreci dahil her zaman desteklerini esirgemeyen sevgili hemşire, personel, psikolog ve sekreter arkadaşlarıma;

Bugünlere gelmemin en büyük sebebi olup, sevgileri ve destekleriyle her zaman yanımda olan canım annem Fatma Gökçe'ye ve canım babam Recep Gökçe'ye ve çok sevgili kardeşlerim Hatice, Zeynep, Sena ve Deniz'e;

Tez sürecimi her yönden benimle birlikte yaşayan, daima cesaretlendiren, yol arkadaşım sevgili eşim Burak Şahin'e;

En içten teşekkürlerimi sunarım.

Esra Merve ŞAHİN

ÖZET

Yetişkin Ayrılma Kaygısı Bozukluğu ile Benlik Saygısı, Bilişsel Esneklik ve Çocukluk Çağı Travmalarının İlişkisi

Amaç: Daha önce çocukluk çağına özgü bir bozukluk olarak kabul edilen ayrılma kaygısı bozukluğu, DSM-5 ile beraber yetişkin dönemde de görülen bozukluklar grubuna dahil olmuştur. Literatürde bu konuda az sayıda çalışma vardır. Bu çalışmanın amacı yetişkin ayrılma kaygısı bozukluğu ile bilişsel esneklik, benlik saygısı ve çocukluk çağı travmalarının ilişkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza SCID-5'e göre yetişkin ayrılma kaygısı bozukluğu tanısı almış 51 hasta ve yaş, eğitim, cinsiyet yönünden eşleştirilmiş 51 sağlıklı gönüllü katılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik verilerinin alınmasının ardından; Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Bilişsel Esneklik Envanteri, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Hamilton Anksiyete Skoru ve Hamilton Depresyon Skoru yetişkin ayrılma kaygısı bozukluğu olanlarda, sağlıklı gruba göre istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulundu. Yetişkin ayrılma kaygısı bozukluğu olan grup ile sağlıklı kontrol grubunun Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin Duygusal İstismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal puanları ve Toplam Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi. Ayrıca bu iki grup arasında Benlik Saygısı puanları, Bilişsel Esneklik Alternatifler ve Kontrol alt ölçeği ve Bilişsel Esneklik Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu.

Sonuç: Çalışmamızda yetişkin ayrılma kaygısı bozukluğu tanılı hastaların sağlıklı kontrol grubu ile kıyaslandığında benlik saygısı ve bilişsel esneklik düzeylerinin daha düşük olduğu, daha yüksek oranda çocukluk çağı travması bildirdikleri saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: yetişkin ayrılma kaygısı bozukluğu, benlik saygısı, bilişsel esneklik, çocukluk çağı travmaları

ABSTRACT

The Relationship between Adult Separation Anxiety Disorder and Self Esteem, Cognitive Flexibility, and Childhood Traumas

Aim of Study: Separation anxiety disorder, which was previously considered a childhood-specific disorder, has been included in the group of disorders seen in adulthood together with the DSM-5. There are few studies on this subject in the literature. The aim of this study is to investigate the relationship between adult separation anxiety disorder and cognitive flexibility, self-esteem, and childhood traumas.

Material and Method: In our study, 51 patients were diagnosed with adult separation anxiety disorder according to SCID-5, and 51 healthy volunteers were matched for age, education, and gender. After obtaining the sociodemographic data of the participants, Rosenberg Self Esteem Scale, Cognitive Flexibility Inventory, Childhood Traumas Scale, Hamilton Depression Rating Scale, and Hamilton Anxiety Rating Scale were applied.

Results: Hamilton Anxiety Score and Hamilton Depression Score were found to be statistically significantly higher in adults with separation anxiety disorder than in the healthy group. A statistically significant difference was found between the Emotional Abuse, Physical Neglect, Emotional Neglect, and Total Scores of the Childhood Traumas Scale of the adult separation anxiety disorder group and the healthy control group. In addition, a statistically significant difference was found between the Self Esteem scores, Cognitive Flexibility Alternatives and Control subscale, and Cognitive Flexibility Total scores between these two groups.

Conclusion: In our study, it was found that the patients diagnosed with adult separation anxiety disorder had lower self-esteem and cognitive flexibility levels and reported a higher rate of childhood trauma when compared to the healthy control group.

Keywords: adult separation anxiety disorder, self-esteem, cognitive flexibility, childhood traumas

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ayrılma kaygısı, kişinin annesinden ya da bağlanma figüründen ayrılması halinde veya ayrılma ihtimali olduğunda endişe duymasudur (1). İlk çocukluk döneminde anneden ya da bağlanma figüründen ayrılma durumunda kaygı yaşamak doğaldır ve kendini koruyamayan çocuğun anneyi ya da bakımından sorumlu erişkini yakınında tutmasını sağlayan evrimsel bir düzendir (2). Bağlanma figüründen ayrılmaya ilişkin kaygı, gelişimsel açıdan uygunsuz ve aşırı olursa, uzun süre devam ederse, şiddetliyse ya da işlevselliği bozuyorsa bir ruhsal bozukluk olduğu kabul edilir.

DSM-IV'te bu bozukluğa tanı konması için belirtilerin 18 yaşından önce başlaması şartı olmasına rağmen birçok erişkinde ayrılma kaygısı 18 yaşından sonra başlamaktadır. Bu nedenle Yetişkin Ayrılma Kaygısı Bozukluğu (YAKB) DSM-5'te tanımlanmış olup çocukluk çağı ayrılma kaygısının yetişkinlikte devam edebileceği gibi, bu bozukluğun yetişkinlikte de başlayabileceği belirtilmiştir. Fenomonoloji yetişkinlerde çocukluktakine benzer seyretmektedir. Ayrılma kaygısını tetikleyen durum ve bilişler paniğe yakın bir kaygı hali ortaya çıkarmaktadır. Yetişkin Ayrılma Kaygısı Bozukluğu tanısı alan hastalar bu kaygılarını “aşırı ve hayatlarını son derece kısıtlayıcı” olarak tanımlamaktadırlar (3).

Bazı araştırmacılar yetişkinlerde ayrılma kaygısının beklenilenden daha çok görüldüğünü ifade etmiştir (4). Seligman ve arkadaşları üniversitenin ilk sınıfında öğrenim gören öğrencilerle yaptıkları çalışmada Yetişkin Ayrılma Kaygısı Bozukluğu görülme sıklığını %21 olarak bulmuşlardır (5). Kaygı bozukluğu ve duygudurum bozukluğu tanısı olan hastalarda yapılan çalışmalarda ayrılma kaygısı belirtilerinin olguların %20-30'unda bulunduğu gösterilmiştir (5). YAKB'nin kapsamlı olarak araştırıldığı ilk epidemiyolojik çalışma olan Ulusal Komorbidite Çalışması tekrarı, YAKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranını %6.6 olarak belirtmiştir. Bu çalışmada olguların %77.5'inde ayrılma kaygısı belirtilerinin 18 yaşından sonra başladığı tespit edilmiştir (6). Çocukluk Ayrılma Kaygısı Bozukluğu ve Yetişkin Ayrılma Kaygısı Bozukluğu olan olguların en az 2/3'ünde ek ruhsal bozukluk eşlik ettiği belirlenmiştir. Bu ruhsal bozukluklar kaygı bozukluklarından madde kullanım bozukluklarına kadar geniş bir spektrumdadır (6).

Benlik saygısı ve bilişsel esnekliğin anksiyete bozukluklarında sağlıklı kontrollere kıyasla azalmış olduğu, yine çocukluk çağı travmalarıyla anksiyete bozuklukları arasında ilişki olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarının major depresif bozukluk, kaygı bozuklukları (7), şizofreni (8), intihar davranışı, madde ve alkol kullanımı (9) ve disosiyatif bozukluk (10) gibi psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olabileceği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (7). Çocukluk çağındaki travmatik yaşam olayları özellikle depresif bozukluklar ile kaygı bozukluklarının gelişimi ile ilişkili bulunmaktadır. Çocukluk çağında yaşanan travmatik olaylar, inanç sistemleri üzerinde yaptıkları değişikliklerle psikiyatrik patoloji gelişimine bir yatkınlığa neden olabilirler (11). Kaygı bozuklukları üzerine yapılan bazı çalışmalarda çocukluk çağı cinsel ya da fiziksel istismarının herhangi bir kaygı bozukluğuna spesifik olmadığı bildirilmiştir (8). Bununla birlikte kaygı bozukluğu belirtilerini ve depresif belirtileri şiddetlendirdiği gösterilmiştir (12). Friedman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, panik bozukluk ve diğer kaygı bozukluğu olan hastalarda erken dönemdeki travmatik yaşantıların bütün kaygı bozukluğu tanılarında daha fazla olduğu ve panik bozukluğa özgül olmadığı saptanmıştır (8).

Benlik saygısı; kişinin kendisini sevmeye değer bulmasıdır, kendini değerli görmesi, kendini olduğu gibi kabul edip kendine inanmasını sağlayan iyi bir ruh halidir (13). Yörükoğlu benlik saygısını yüksek ve düşük benlik saygısı olarak sınıflandırmıştır. Benlik saygısı yüksek olan kişiler ebeveynleriyle olumlu ilişkiler içinde bulunma, kişinin yaşamında kontrole sahip olduğu hissi, risk alabilme gibi özellikler gösterirler (13). Benlik saygısı yüksek olan kişilerin olumlu başa çıkma stilleri olduğu, sosyal desteklerinin yüksek olduğu gözlenmişken, benlik saygısının düşük olması çeşitli psikiyatrik sorunlarla ilişkili bulunmuştur. Sosyal kaygı bozukluğunun bilişsel modellerine göre, ergenlerde ve yetişkinlerde bozukluğun sürdürülmesi için benlikle ilgili işlevsiz görüşler gereklidir. Benlik saygısı düşük olan bireylerin yüksek utangaçlık ve sosyal kaygı gösterdiği G. Ran ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada gösterilmiştir (14).

Stevens bilişsel esnekliği kişinin çeşitli durumlara uyum sağlayabilmesi, bir düşünceden diğerine geçebilme kabiliyeti, karşılaştığı durumlarda çok yönlü stratejiler

geliştirebilme kapasitesi olarak tanımlamıştır (15). Anderson’a göre bilişsel esneklik hatalardan ders çıkarabilmek, çeşitli durumlar karşısında yeni stratejiler geliştirebilmektir. Bilişsel olarak esnek olmayan kişiler genelde alışık oldukları rutinin dışına çıkamazlar ve aynı hataları yinelerler (16). Bilişsel olarak esnek kişiler beklenmedik durumlarla karşılaştıklarında yeni iletişim yöntemleri kullanır ve davranışlarını buna göre uyarlarlar.

Bu çalışmamızda tüm bu literatür ışığında Yetişkin Ayrılma Kaygısı Bozukluğu ile benlik saygısı, bilişsel esneklik ve çocukluk çağı travmalarının ilişkisini araştırmayı, klinik özelliklerin de bu faktörlerden nasıl etkilendiğini araştırmayı amaçlamaktayız.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu

2.1.1. Tanım

Ayrılma kaygısı, bireyin bağlandığı kişiden ya da evden ayrılması söz konusu olduğunda gelişimsel olarak uygun olmayan bir şekilde aşırı kaygı ve korku yaşamasıdır. Bebekler bir yaşından önce annelerinden ayrıldıklarında ayrılma kaygısı gösterirler. Erken çocukluk döneminde var olan ayrılma kaygısı 3-5 yaşlarında yatıştır. Çocuklarda okula başladıkları dönemde bir miktar ayrılma kaygısı yaşanması normal karşılanır. Ancak bağlanma nesnesinden ayrılmayla ilişkili kaygı gelişimsel açıdan uygunsuz ve aşırı olursa, uzun süre devam ederse, şiddetliyse ya da işlevselliği bozuyorsa ayrılma kaygısı bozukluğu olarak kabul edilir (17).

Daha önce “ilk kez bebeklik, çocukluk ve ergenlik döneminde tanısı konan ruhsal bozukluklar” başlığı altında yer alan ayrılma kaygısı bozukluğu (AKB) DSM-5’ten önce erişkinlikte tanımlanmamıştır. DSM-5 sürümünde ise çekirdek belirtiler aynı kalmakla birlikte, belirtilerin erişkinlikte de görüldüğü ifade edilerek değişiklikler yapılmıştır (18). Çocukluk çağı ayrılma kaygısının 18 yaşından sonra devam edebileceği gibi, ilk olarak yetişkinlikte de başlayabileceği belirtilmiştir (19). Çocuklarda bağlanma figürleri genellikle ebeveynler gibi yetişkinlerdir. Ancak yetişkinler, çocuklarından, eşlerinden veya romantik partnerlerinden gerçek veya imgesel bir ayrılık yaşama riski olduğunda kaygı yaşarlar (20). Hastalar yakınlarının terk edilmekten çok onların başına bir kaza, yaralanma ya da ölüm gelmesinden korkarlar (21). Hastalar bu endişeleri kontrol etmekte zorlanırlar. Bağlanma figürleriyle olan yakınlıkları ya da yakın iletişimi sürdürme ihtiyaçları yoğun bir endişeye kaynağıdır. Hastaların dörtte birinde bir kişiye güçlü bağlanmak da ek endişe kaynağı olabilir (5).

Yetişkin Ayrılma Kaygısı Bozukluğu hastalarında çocuklardakinin aksine genelde örtük davranışsal belirtiler gözlenir. Baş etme ve kaçınma davranışları daha incelikli hale gelir (örn., işe gitmeme ya da gitmeyi geciktirme, daha çok evde vakit

geçirme, başka bir şehirde okumayı reddetme gibi yollarla yakınlığı sürdürme çabası). İyi olup olmadıklarını kontrol etmek için sık sık telefonla konuşmak, birlikte olunan süreyi uzatma amacıyla çok konuşmak, günlük rutini bozmamak gibi yöntemler geliştirirler (22). Ayrılığa dair kabus sıktır. Yalnız uyumaktan kaçınabilirler (17). Yetişkinlerde, belirtilerin temel bağlanma figürlerinden gerçek bir ayrılma ya da ayrılma tehdidi durumunda arttığı ve panik benzeri akut kaygı dönemlerinin gelişebildiği görülmüştür (3).

Genel toplumda yetişkin ayrılma kaygısı bozukluğu tanılı hastalar, sağlıklı kişilerle kıyas edildiklerinde daha düşük eğitim seviyesine sahiptirler, bekar ya da boşanmış olma ve işsiz olma oranları daha yüksektir (6).

Ek tanılardan bağımsız olarak bu kişilerde yüksek yeti yitimi mevcuttur, yaklaşık üçte birinde bu yeti yitimi şiddetlidir ve ek tanı varlığıyla bu yetiyitimi daha da şiddetli hale gelmektedir (6, 23). Temel bozukluk mesleki ve toplumsal işlevlerdedir, aile içi ilişkilerdeki işlevsellik nispeten korunmuştur (23, 24).

2.1.2. Epidemiyoloji

AKB ilk olarak okul öncesi çağda görülebilmektedir ancak genellikle 7-8 yaşlarında gözlenir. Epidemiyolojik çalışmalar çocuk ve ergenlerde AKB için %3-5 gibi bir sıklık oranı bildirmektedir (6). Bu sonuçlara göre ergenlikte çocukluktan daha sık gözlenmektedir. Manicavasagar ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada çocukluk ayrılma kaygısı bozukluğunun yetişkinliğe kadar uzandığını göstermiştir (24). Başka birçok çalışmada da ayrılma kaygısının yetişkinlikte de görüldüğü ve bilinenden daha yaygın olduğu belirtilmiştir (25, 26).

Üniversite birinci sınıf öğrencileriyle, Seligman ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, YAKB sıklığı %21 olarak saptanmıştır (5). Shear ve arkadaşları tarafından yapılan kapsamlı epidemiyolojik bir çalışmada, 9282 kişiyle çocukluk ayrılma kaygısının erişkinliğe uyarlanmış bir formuyla klinik görüşme yapılmış, YAKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranı %6,6, 12 aylık yaygınlık oranı %1,9 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada olguların %77,5'inde ayrılma kaygısı belirtilerinin 18

yaşından sonra başlamış olduğu tespit edilmiştir (6). Bu çalışmada çocukluk ayrılma kaygısı yaşam boyu yaygınlığı %4,1 olarak tespit edilmiştir. Bir diğer çalışmada 60 yaş üstündeki kişilerin olduğu grupta YAKB sıklığı %6 bulunmuştur (27). Özelleşmiş kaygı bozukluğu polikliniklerinde yapılan çalışmalarda YAKB sıklığı ise %23-42 arasında bildirilmiştir (23, 28).

Yapılan toplum çalışmalarında çocukluk ayrılma kaygısı bozukluğu kız çocuklarında erkek çocuklara göre 2,2 kat daha fazladır. Çocuk kliniklerinde ise cinsiyetler arası fark gözlenmemiştir (6). Genel toplumda yetişkinlerde kadınlarda erkeklere göre 1,4 kat daha sık ayrılma kaygısı bozukluğu görülmektedir (23, 28). Erkekler daha çok erişkin başlangıçlı olduklarından yetişkin dönemde bu fark azalır. Kaygı bozukluğu polikliniklerinde ise AKB görülme sıklığı kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat yüksek seyretmektedir (23). Bu durum erkeklerin daha nadir tedavi aramasından kaynaklanıyor olabilir.

2.1.3. Etiyoloji

Yetişkin ayrılma kaygısı etyolojisine dair oldukça sınırlı çalışma mevcuttur. Bu çalışmalarda biyolojik ve çevresel etkenler ele alınmıştır.

2.1.3.1. Genetik

Yetişkinlerde sınırlı aile çalışması mevcuttur. Çocuklardaki ayrılma kaygısı bozukluğu tanısı ile anne babalarındaki aynı tanı arasındaki eşleşme %63'tür (29). Özellikle kız çocuklarında bu konkordans belirgindir. Çocuklarda büyük örneklemelerdeki ikiz çalışmalarında bulunan ayrılma kaygısı oranları çalışmadan çalışmaya farklılık göstermekle beraber genetik etkenlerle çevresel etkenlerin birlikte etkili oldukları, ek olarak genetik etkenlerin kız çocuklarında daha fazla etkili olduğu ve bu etkinin yaşla birlikte arttığı gösterilmiştir (20, 30).

Moleküler ve genetik alanında yapılan araştırmalar bağlanma ve sosyal ilişkilerde rolü olan serotonin, dopamin, oksitosin reseptör genlerine odaklanmıştır. Bir çalışmada, annenin yaşamış olduğu, çözüme ulaşmamış kayıpların ve travmatik

olayların, çocukta bağlanma ile ilgili bozuklukları oluşturmalarının dopamin DRD4 geni polimorfizmi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (31). Başka bir asosiyasyon çalışması ise, anksiyöz bağlanmanın DRD2 dopamin reseptör genindeki polimorfizmle, kaçınan bağlanmanın ise 5HT2A serotonin reseptör genindeki polimorfizmle ilişkili olduğunu ortaya çıkarmıştır. Depresyon hastalarıyla yapılan bir araştırmada oksitosin genindeki GG polimorfizminin depresyonun yanında yetişkin ayrılma kaygısıyla da anlamlı ilişkisinin olduğu gösterilmiştir (32). Depresif bozukluk tanılı hastaların yetişkin ayrılma kaygısı belirtileri olan alt grubunda trombosit 18-kDA translokator protein gen polimorfizmi ilişkisi bulunmuştur (33). Sınırlı sayıda veri dışında AKB'nin etyolojisindeki rolü olan genler ya da polimorfizmler henüz aydınlatılmamıştır.

2.1.3.2. Çevresel Faktörler

AKB gelişiminde bağlanma kuramının önemli olduğu düşünülmektedir; bu kurama göre bakım verenlerle erken dönemde kurulan ilişkiler oldukça önemlidir, bu ilişki yetersiz veya sorunlu olursa çeşitli psikopatolojilere sebep olabilmekte, bunun yanında kişiler arası ilişkilerde de zorluklara sebep olabilmektedir (17). Anksiyöz veya güvensiz bağlanma türlerinin AKB ile ilişkili olabileceğini ve bağlanma kuramının AKB etyolojisinde önemli bir yeri olduğuna dair bulgular vardır. AKB tanılı çocukların bağlanma biçimlerinin güvensiz olduğu gözlenmiştir (34). Yetişkin AKB tanılı hastalar, panik bozukluk tanılı hastalarla kıyaslandığında aşırı koruyucu anneleri olduğunu anlamlı olarak daha fazla belirtmişlerdir (35).

Çocukluk olumsuz yaşam olaylarının gelecekte psikopatoloji gelişiminde önemli bir etken olduğu bilinmektedir. Ayrılma kaygısı ile TSSB komorbidite çalışmaları travmanın etyolojideki rolünü göstermiştir. Yine anne, baba kaybı önemli bir çevresel risk faktörüdür. AKB çoğunlukla olumsuz bir olaydan, özellikle de kayıplardan sonra başlar. Genç yetişkinlerde çeşitli nedenlerle evden ayrılma da ayrılma kaygısının başlamasına neden olabilir. Bu çevresel faktörler AKB'ye büyük oranda eşlik eden diğer kaygı bozukluklarında da etkilidir. Çevresel etkenler var olan genetik etkileri ortaya çıkarabilir (17).

Bunlara ek olarak; bir ebeveynde kaygı bozukluğunun teşhisi (özellikle panik bozukluğu), ebeveyn alkolizmi, ebeveynler arasındaki çatışma, düşük ebeveyn sıcaklığı, özerkliğin gelişmesini engelleyen ebeveynlik tarzları (örneğin, çocuğu kaygı uyandıran durumlardan uzaklaştırarak kaçınma davranışlarını pekiştirmek) de ayrılma kaygısı bozukluğu görülme riskini arttıran faktörler olarak bilinmektedir (36, 37).

2.1.3.3. Mizaç

Yetişkin AKB'li hastaları diğer kaygı bozukluklarına oranla daha yüksek nevrotiklik puanları almaktadırlar (28). Kaygı duyarlılığı da panik bozukluk hastalarına benzer şekilde yüksek bulunmuştur (38).

AKB'li hastalarda, mizaç boyutlarından zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığı boyutlarına sağlıklara kıyasla daha yüksek oranda rastlanmakta, karakter boyutlarından ise kendini aşma daha yüksek, kendini yönlendirme ise daha düşük olarak görülmektedir; zarardan kaçınmanın bütün alt boyutları daha yüksek oranda seyretmektedir (39).

2.1.3.4. Nöroanatomik Etkenler

YAKB hastalarında nöroanatomik bulgular ile ilgili doğrudan veri bulunmamaktadır, bağlanma bozukluğu gösteren yetişkinlerle yapılan çalışmalar dolaylı olarak çıkarım sağlamaktadır (40). Reddedilme ya da terk edilmeye ilgili kaygı şeklinde bulguları olan bağlanma kaygısında sol hipokampal hücre miktarında azalma görülmüştür (41).

İşlevsel beyin görüntüleme çalışmaları AKB'nin diğer kaygı bozukluklarında rolü olduğu tespit edilmiş olan beyin yapılarıyla bağlantılı olduğunu akla getirmektedir. Bağlanma kaygısının temporal lob ve hipokampus ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (42). Diğer bir çalışmada AKB ile bağlantılı olduğu gösterilen kaygılı bağlanma gösteren kişilere öfkeli yüz ifadeleri gösterildiğinde sol amigdalada aktivite artışı tespit edilmiştir (43). Bunlara ek, ayrılma kaygısında rolü olduğu düşünülen

oksitosinin uygulanması korkutucu görsel imgelere olan anksiyolitik amigdala yanıtını güçlü olarak düzenlemektedir (44).

2.1.3.5. Nörofizyolojik Etkenler

Çocukluk AKB olan hastalarda bazı solunumsal düzensizlikler ve CO₂ aşırı duyarlılığı olduğu gösterilmiştir (45). Bu çocuklar CO₂ uyarımı sonucu panik bozukluk tanılı hastalarla aynı fizyolojik değişiklikleri göstermektedir ve solunumsal değişikliklere ek olarak panik bozukluk hastaları gibi solunumsal tehditlerden sağlıklı popülasyona göre daha fazla korkmaktadırlar (46). Bir çalışmada kaygı yatkınlığı olan kişilere %35 CO₂ uygulamasıyla panik atağı yaşamak ile çocuklukta ebeveyn kaybı ve çocukluk AKB bulunması anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur (47). Başka bir çalışmada ebeveynlerinde panik bozukluk tanısı olan AKB tanılı çocuklarda yüksek CO₂ duyarlılığı ve solunumsal düzensizlikler saptanmıştır (48). Yetişkin AKB hastalarında yapılan bir çalışmada en az panik bozukluk hastaları kadar CO₂ duyarlılıkları olduğu gösterilmiştir (38).

2.1.3.6. Nörokimyasal Etkenler

Trombositlerdeki 18-kDA translokator protein (TPSO) yoğunluğu kaygı bozukluklarında ve akut ya da kronik stresle değişiklikler göstermektedir. Yetişkin panik bozukluk tanılı hastalarda, özellikle ayrılma kaygısı eşlik ediyorsa TPSO yoğunluğu sağlıklı popülasyona göre daha düşük bulunmuştur (49). Benzer şekilde çocukluk ya da yetişkin ayrılma kaygısı belirtileri olan depresyon ve bipolar bozukluk tanılı hastalarda TPSO yoğunluğu azalmaktadır (50, 51). Ayrılma kaygısı belirtilerinin varlığı ve şiddet düzeyiyle meydana gelen TPSO düzeylerindeki azalmanın, AKB için bir biyobelirteç olabileceği düşünülmektedir (40).

Yetişkin bağlanma biçimleri ve HPA (hipofiz-pitüiter-adrenal) ekseninin düzenlenmesi erken yaşam olaylarından etkilenmektedir (52, 53). Erken dönemde ebeveyn kaybı veya çocuklukta çeşitli nedenlerle ebeveyninden ayrı kalmak HPA ekseninde kalıcı etkiler bırakabilmektedir. Yetişkinlerdeki bağlanma kaygısının akut strese kortizol yanıtıyla ilişkili bulunduğu gösterilmiştir (54).

Oksitosinin toplumsal bağları etkilemesi sebebiyle AKB ile de bağlantılı olması beklenir. HPA eksen de oksitonerjik sistemle bağlantı içindedir. Bir çalışmada olumlu bağlanmanın oksitosin ve kortizol düzeylerini etkilediği, dolayısıyla stresi azalttığı gösterilmiştir (55). Erken dönemde ebeveyninden ayrılık yaşayan yetişkinlerde intranasal oksitosin uygulanması sonucu gerçekleşen kortizol azalması yanıtında azalma olduğu tespit edilmiştir, bunun da erken dönemde ayrılık ya da kayıp yaşamının santral oksitosin duyarlılığında değişikliğe neden olduğunun kanıtı olabileceği düşünülmüştür (56).

2.1.4. Tanı

DSM-5 Tanı Kriterleri

“A. Aşağıdakilerden en az üçünün olmasıyla kendini gösteren, kişinin bağlandığı kişilerden ayrılması ile ilgili, gelişimsel olarak uygun olmayan ve aşırı düzeyde bir kaygı ya da korku hissetmesi:

1. Evden ya da bağlanma figürlerinden ayrılacak gibi olduğunda ya da ayrıldığında yineleyici aşırı tasalanma.
2. Bağlandığı başlıca kişileri yitireceği ya da bu kişilerin başına, hastalık, yaralanma, yıkım, ölüm gibi kötü bir olay geleceğiyle ilgili olarak, aşırı tasalanma.
3. Bağlandığı başlıca kişilerden birinden ayrılmaya neden olacak istenmedik bir olay (kaybolma, kaçırılma, kaza geçirme, hastalanma) yaşayacağıyla ilgili olarak aşırı tasalanma.
4. Ayrılma korkusundan ötürü, okula, işe ya da başka bir yere gitmek için dışarı çıkmayı, evden uzaklaşmayı hiç istememe ya da buna karşı koyma.
5. Evde ya da başka ortamlarda tek başına kalmaktan ya da bağlandığı başlıca kişilerle birlikte olmamaktan, sürekli bir biçimde, aşırı korku duyma ya da bu konuda isteksizlik gösterme.
6. Evinin dışında ya da bağlandığı başlıca kişilerden biri yanında olmadan uyuma konusunda isteksizlik gösterme ya da buna karşı koyma.
7. Yineleyici bir biçimde ayrılma temasını içeren kabuslar görme.
8. Bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da ayrılacak gibi olduğunda bedensel belirtilerle (baş ağrısı, karın ağrısı, bulantı, kusma vb.) ilgili yineleyen yakınmalarının olması.

B. Bu korku, kaygı ya da kaçınmanın süreklilik göstermesi, çocuklarda ve ergenlerde en az dört hafta, erişkinlerde altı ay ya da daha uzun sürmesi.

C. Bu kaygının toplumsal ya da okul veya iş gibi diğer işlevsellik alanlarında klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da önemli azalmaya neden olması.

D. Bu kaygı bozukluğunun (otizmde değişikliğe aşırı direnç, psikozla giden bozukluklarda sanrı ya da varsanı, agorafobide güvenilir bir eşlikçi olmaması, YAB’de önem verdiği diğer kişilerin başına kötü bir olay gelecek olması, hipokondriaziste bir hastalığının olduğuna ilişkin kaygı nedeniyle evden ayrılmayı reddetme vb.) başka bir ruhsal bozukluk ile daha iyi açıklanamaması (57)’’.

2.1.5. Ayırıcı Tanı

Ayrılma kaygısı bozukluğu ile en sık karıştırılan bozukluk yaygın kaygı bozukluğudur. Yaygın kaygı bozukluğunda da yakınlarının başına bir şey gelmesinden endişelenilir ancak endişeler sadece bununla sınırlı kalmaz, sağlık, mesleki sorunlar gibi birçok yaşam alanına da yayılır (57). AKB’de temel endişe konusu ayrılıktır, diğer endişeler klinik olarak belirgin değildir. Sıklıkla iki tanı birlikte konulur.

Ayrılma kaygısında da panik ataklar görülebilir. Ancak bu hastalarda panik atağı yaşama veya bu ataktan dolayı zarar görme korkusu yoktur. Panik bozukluk hastalarının evden ayrılmakla ilgili korkularının sebebi yalnızken panik atağı yaşamaktan kaçınmalarıdır.

Sosyal kaygı bozukluğunda da okula gitmek istememe görülebilir, burada korkunun odağı başkalarının önünde küçük düşeceği ya da eleştirileceği ile ilgilidir.

Bağımlı kişilik bozukluğunun aksine ayrılma kaygısında belirtiler dalgalıdır, yaygın bir bağımlılıktan çok bir ya da birkaç kişiye yönelik bir ayrılma kaygısı yaşanır ve hastaların iç görüleri tamdır (24). Bağımlı veya borderline kişilik bozuklukları ile ayrılma kaygısı belirtilerini ayırt etmek için dikkatli olunmalıdır.

Borderline kişilik bozukluğundaki terk edilme korkuları AKB ile karıştırılabilir. Ayrılma kaygısında genellikle ilişkiler dengelidir ve korkunun odağı terk edilmekten çok kaza, ölüm ya da yaralanmaya bağlı ayrılıklardır (4). Dürtüsellik, kimlikte bölünme ve değişken kişiler arası ilişkilerle ilgili sorunların eklenen bileşenleri, bu kişilik bozukluğunu ayrılma kaygısı bozukluğundan ayırır (58). Bağımlı kişilik bozukluğunda uyumsuz bir şekilde başkalarına güvenmeye yönelik gelişigüzel bir eğilim, bağlanma figürlerinden ayrılma ve güvenliğe ilişkin endişeden farklıdır (58).

2.1.6. Eş Tanı

Başta kaygı bozuklukları olmak üzere yetişkin ayrılma kaygısı bozukluğu hastalarında eş tanı oranları yüksek bulunmuştur (6, 23). Çocuklarda özgül fobi ve yaygın kaygı bozukluğu ile en sık birlikte görülmektedir (34). Ulusal eş tanı çalışmasında kaygı bozuklukları ile eş tanı %67, duygudurum bozuklukları ile %62, madde kullanım bozuklukları için %36, dürtü denetim bozuklukları ile %55 olarak saptanmıştır (6). Başka bir çalışmada AKB hastalarında yaşam boyu eş tanı oranları major depresif bozukluk için %69, panik bozukluk ve agorafobi için %67 olarak saptanmıştır (24).

Primer tanıları OKB ve TSSB olan hastaların %25'inde AKB eş tanısı bulunmaktadır. Bosnalı sığınmacılarla yapılan çalışmada TSSB oranı %50 iken, AKB'si olan yetişkin hastaların neredeyse tamamında TSSB eş tanısı bulunmuştur (59).

Primer tanısı bipolar affektif bozukluk olan hastaların çocukluk ve yetişkinlik ayrılma kaygısı belirtileri şiddetli olarak görülmektedir ve AKB eş tanısı bipolar bozukluk belirti şiddetini arttırmaktadır (23).

Bağımlı kişilik bozukluğuyla yapılan araştırmada eş tanı %17 olarak bulunmuştur (24). Bağımlı kişilik bozukluğu gelişimiyle şimdiki AKB tanısı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (60).

2.1.7. Hastalığın Gidişi

AKB'nin başlangıcı daha çok okul öncesi ve erken ergenlik dönemindedir. Belirtiler alevlenme ve düzelmelerle gider. Akut başlangıçlı çocukların çoğunluğu kısa sürede tamamen düzelmektedir, bazı çocuklarda ise daha kronik ve dirençli seyretmektedir (34, 40). Çocukluk AKB'si, yetişkinlikte depresif bozukluklar ve kaygı bozuklukları gelişiminde önemli bir risk faktörüdür (61, 62). Çocukluk dönemindeki AKB bazen yetişkin AKB olarak devam etmekte, bazen de başka psikiyatrik bozukluklara dönüşmektedir (40).

AKB tanısını orta-geç çocukluk döneminde alanların yetişkin AKB geliştirmesi erken çocuklukta tanı alanlara göre daha olası bulunmuştur; orta-geç çocuklukta tanı alanlarda yetişkinlikte duygudurum bozukluğu görülme sıklığının daha fazla olduğu, daha sık diğer kaygı bozuklukları ve kişilik bozukluklarının eş tanı olarak geliştiği görülmektedir. Tüm bunlara bağlı olarak, orta-geç dönem çocukluk ve erken ergenlikte belirgin AKB belirtisi gözlenenlerin prognozunun daha kötü olması beklenmektedir (3). Tedavi edilmediği takdirde, AKB teşhisi konan hastalarda, diğer kaygı bozuklukları, depresif bozukluklar, akademik performansta zayıflık, sosyal izolasyon, zihinsel ve fiziksel sağlık sorunlarının görülme riski daha yüksektir (58).

Yetişkin AKB başlangıç yaşı ortalaması 20'dir ve genel toplumda bu olguların %77,5'inde ilk şikayetler yetişkinlikte başlamıştır (6, 23). Klinik örneklem çalışmalarında ise yetişkin AKB tanısı alanların çoğunun ilk şikayetleri çocukluğa dayanmaktadır (23, 28).

Genel kaygı kliniklerinde hastaların tedavilerinin sınırlı olması, yetişkin AKB tanısının atlanması ya da yetersiz tedavi edilmesine bağlanabilir (3). Bir çalışmada panik bozukluk için bilişsel davranışçı terapi alan hastaların AKB eş tanılarının fark edilmeyip tedavi edilmemeleri durumunda tedavinin başarısız sonuçlanma ihtimalinin dört kata kadar arttığı bildirilmiştir (63).

Yetişkin AKB genel olarak diğer kaygı bozukluklarına sık eşlik etmektedir. Panik bozuklukla birlikte görüldüğünde işlevsellikteki kaybın daha fazla olduğu, tedavi başarısının daha düşük olduğu gözlenmiştir (6, 64).

İlk şikayetleri yetişkin dönemde başlayan hastalarla ilgili uzun süreli izlem çalışmaları mevcut olmamakla birlikte kronik seyrin nadir olmadığı görülmektedir (17). Boşanma ya da ölüm gibi olayların sonrasında gelişen yetişkin AKB’de epizodik seyre daha fazla rastlanmaktadır (24).

2.1.8. Tedavi

Yaygınlığına rağmen ayrılma kaygısı bozukluğu genellikle yetersiz teşhis edilir ve yetersiz tedavi edilir (36). Ulusal Eştanı Replikasyon çalışmasına göre ayrılma kaygısı bozukluğu hastalarının %75’i öncesinde psikiyatrik tedavi aldıklarını belirtmelerine karşın, bunların %68’indeki ayrılma kaygısı bozukluğu tanısı hiç araştırılmamıştır (6).

Ayrılma kaygısının varlığının öneminin yeterince kavranamaması, süregelen kaygı durumunun yetersizlik duygularına sebep olması ve işlevselliğe olumsuz etkileriyle her tür tedavi başarı şansını azaltmaktadır. Literatürü taradığımız kadarıyla spesifik olarak AKB’yi hedefleyen tedavi çalışması ve AKB’nin tedaviye yanıtıyla ilgili veri bulunmamaktadır (17).

Ayrılma kaygısı bozukluğunun tedavisi genellikle semptomların ciddiyetine bağlıdır. Hafif semptomlar söz konusu olduğunda, hasta ve yakınlarının bu konuda bilgilendirilmesi, destek ve teşvik, hastanın normal aktivitelerine devam etmesine yardımcı olmak için yeterli olabilir, orta veya şiddetli semptomlarda psikoterapötik veya psikofarmakolojik müdahale gerekebilir (65).

2.1.8.1. Psikoterapi

Çocuklardaki kaygı bozukluklarında ilk sıra tedavi Bilişsel davranışçı terapi (BDT)’dir, çocuklardaki AKB’ye yönelik BDT de etkili bulunmuştur, hastaların

önemli bir kısmında remisyon sağlanmıştır (34). Çocuklarda yapılan çalışmaların olumlu sonuçları yetişkin AKB’de de BDT’nin başarılı olacağını düşündürmektedir. Ancak daha önce de belirttiğimiz gibi panik bozukluk tanısına yetişkin AKB eşlik eden hastaların BDT’ye daha az cevap verdiği saptanmıştır (63). Yetişkin panik bozukluğu, sosyal kaygı bozukluğu ve yaygın kaygı bozukluğuna ayrılma kaygısı belirtilerinin eşlik ediyor olmasının tedavi sonuçlarını olumsuz yönde etkilediğini saptayan bir başka çalışma daha bulunmaktadır (66).

Ayrılma kaygısı olan hastalar, terapötik ilişkilerde yaşananlar da dahil olmak üzere geçişlere ve kayıplara karşı derin bir duyarlılığa sahiptir (67). AKB belirtileri genellikle normalleştirilir, böylelikle hastalar ve klinisyenler onun varlığını veya gücünü zorlukla fark edebilirler, ayrılma kaygısı kronik kaygıyı ve herhangi bir modalitenin psikiyatrik tedavisini zayıflatabilecek bir yetersizlik hissini besler (67). Değişimi mümkün kılmak için, psikoterapist sürekli olarak ayrılık kaygısına ve sözlü ifade edilmesini kolaylaştırmak için uyandırdığı çarpıklıklara odaklanmalıdır (68).

Psikoterapinin temel aktif bileşenleri, güven duyma, paylaşma ve terapist tarafından rahatlatılmış hissetmeyi içerir (69). Anksiyete için davranışsal terapiler, yok olma korkusu paradigmasına odaklanma eğilimindedir (70). Psikodinamik ve kişilerarası psikoterapiler ise ilişkilere ve ilişkili duygulara odaklanır. Bu terapiler, hastaların derinlemesine düşünme kapasitesini geliştirmeye ve duygusal tepkileri ve bağlanmayla ilgili algılanan tehlikeleri fark etmelerine ve tolere etmelerine yardımcı olur (71). Hastaların ayrılık korkularına uyum sağlamış terapistler, onları aktarımda veya dış ilişkilerde tespit edebilir ve dinamik veya kişilerarası yaklaşımları kullanarak bunları dile getirebilir, bu şekilde hastaları daha iyi anlayabilir ve böylece kaygının yoğunluğunu azaltabilirler (72).

2.1.8.2. Psikofarmakoloji

Çocuklarda AKB tanımlanmadan önce okul korkusu şikayetiyle başvuran çocuklarda imipramin tedavisiyle okula devam ve iyi hissetme bildirilmiş olmasına rağmen, daha sonra yapılan çalışmalarda imipramin ya da klomipramin açısından bu kanıtlanmamıştır (73). AKB tanısını da içeren kaygı bozukluğu tanısı almış tüm

çocuklarda SSRI'lar etkili bulunmuştur (20). Birçok hasta tek başına ilaca yanıt vermez ve kanıtlar, antidepresanlarla BDT'yi birleştirmenin her iki müdahaleden daha güçlü olabileceğini göstermektedir (74).

Yetişkin AKB tedavisiyle ilgili herhangi literatür bilgisi bulunmamaktadır. Çocuklarda yapılan çalışmalar genellikle spesifik olarak AKB için değil karma kaygı bozukluklarına yönelik olduğu için yetişkin hasta gruplarına yönelik çıkarım yapılamamaktadır. Diğer kaygı bozukluklarında etkinliği kanıtlanmış olan SSRI'lar muhtemelen en uygun seçenektir (17).

2.2. Çocukluk Çağı Travmaları

Travma kavramı, kişiyi bedensel ve ruhsal olarak sarsan, incinmesine ya da yaralanmasına neden olan tüm olaylar için kullanılmaktadır. Psikanalitik tanıma göre ise travma, benliğin baş edemeyeceği ağırlıkta iç ya da dış etkenlerle karşı karşıya gelmesidir (18). DSM-5'e göre travma; ölüm, ciddi şekilde yaralanma veya cinsel saldırı veya tehdidini doğrudan veya dolaylı şekilde yaşamak, tanık olmak, olayın detaylarına fazlaca ve sık sık maruz kalmak olarak tanımlanır. DSM-5 travma ve ilişkili bozuklukları; Tepkisel Bağlanma Bozukluğu, Sınırsız Toplumsal Katılım Bozukluğu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Akut Stres Bozukluğu, Uyum Bozukluğu alt başlıklarında incelemektedir (57).

Çocukluk çağı travmaları, bireylerin annesi, babası, diğer bakımverenleri veya yabancılar tarafından 18 yaşından önce maruz bırakıldığı, bilişsel, duygusal, fiziksel ve sosyal yönden gelişmelerini engelleyen, cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve ihmal ile bunların yanısıra ebeveynlerden ayrı kalma, ebeveyn kaybı, şiddete tanık olma, doğal afetler, kazalar ve göç şeklindeki travmatik olaylar olarak tanımlanabilir (75).

Bireylerin çocukluk döneminde, sık ya da çok sık veya şiddetli ya da çok şiddetli olarak fiziksel ve duygusal kötüye kullanım ve ihmallere maruz kalması, bir kez bile olsa cinsel travma yaşaması, erken ebeveyn kaybı, ebeveynlerde boşanma, hayati tehdiye neden olan kazalar ve doğal afetler ise şiddetli çocukluk çağı travması olarak adlandırılır (76).

Çocukluk çağı travmaları istismar ve ihmal başlıkları altında incelenir. İstismar; çocuğa karşı kasıtlı yapılan, fiziksel, cinsel, ruhsal veya sosyal yönlerden çocuğa zarar veren aktif bir durumken, ihmal; çocuğun bakımı ile ilgili sorumluluğu olan kişilerin çocuğun bakım ve korunma ihtiyacını gereken ölçüde gerçekleştirememesi sonucu fiziksel ve ruhsal sağlık yönlerinden zarar gördüğü pasif bir durumdur (77). İhmal; fiziksel ve duygusal olarak ikiye ayrılırken, istismar; cinsel, fiziksel ve duygusal olarak üç gruba ayrılmaktadır.

2.2.1. Çocukluk Çağı İstismarları

2.2.1.1. Fiziksel İstismar

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre fiziksel istismar; kasıtlı bir şekilde fiziksel güç uygulanması sonucunda çocuğun sağlığı, gelişimi ve onuru yönlerinden zarar görmesi anlamına gelir (78). Bu kapsama giren davranışlar, çocuğa tokat ya da yumruk atma, tekmeleme, hırpalama, boğma, yakma, dövme, fırlatma, yaralama hatta bağlama ve kapalı bir yerde kilitli tutma şeklinde olabilmektedir (79, 80). Özel olarak isimlendirilmiş bazı fiziksel istismar sendromları da mevcuttur. Çocukta kasıtlı olarak hastalık belirtileri oluşturulmasıyla seyreden 'Munchausen by Proxy Sendromu', bedende ezilme ve çürükler, çoklu iskelet ve kafa kırıkları, iç organlarda yaralanma ile başvuran çocuklarda 'hırpalanmış çocuk sendromu' ve 'sarsılmış bebek sendromu' bunların arasında yer almaktadır (81).

Fiziksel istismarın en kolay saptanan çocukluk çağı travması olması beklenirken, bazı toplumlarda çocuğun terbiye edilmesi için gerekli bir durum olarak kabul edilmesi nedeniyle tespit edilmesi güçleşmektedir (82). Fiziksel istismar sıklığı, farklı çalışmalara göre %0,45-64 gibi oldukça geniş bir aralıkta seyretmektedir (83). Çocuklar bebeklik çağına daha çok anneleri tarafından şiddet görürken, ergenlik çağına ise daha çok babaları tarafından fiziksel istismara uğramaktadır (84).

Fiziksel istismar tüm sosyoekonomik düzeylerde görülebilmesine rağmen; ebeveynlerin genç olması, ebeveynlerin çocukluk döneminde istismar öyküsü bulunması, yoksulluk, ebeveynin madde kötüye kullanımı, parçalanmış ailede

yaşamak, ailede ruhsal ya da fiziksel hastalık, ebeveynlerin fazla sayıda çocuk sahibi olması ve sosyal destek yokluğu ile yakından ilişkilidir (85). Kötü muamele ihtimali çocukta bulunan prematürite, zihinsel ya da fiziksel engellilik gibi risk etkenleriyle artmaktadır (86).

2.2.1.2. Cinsel İstismar

Çocuğun cinsel istismarı, henüz rıza yaşına ulaşmamış bir çocuğun, cinsel yönden olgun bir yetişkinin cinsel gereksinim veya isteklerinin doyumu için cinsel obje olarak kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Bu durumda bir çocuk ile yetişkinin arasındaki cinsel aktivite üzerine vurgu yapılmakla beraber, iki çocuk arasında gerçekleşen cinsel aktiviteler; yaş farkı 4 veya daha fazla olduğunda, çocuklardan birinde zeka geriliği bulunduğunda, küçük çocuk zorlama ya da tehditle buna maruz kalıyorsa da durum cinsel istismar olarak kabul edilir (87). Çocuğun vücuduna ya da cinsel organına temas etmek ya da sözel ifade ile cinsel tacizde bulunmak, çocuğa cinsel içerikli video ya da film izlettirmek, cinsel içerikli konuşma ve önerilerde bulunmak, teşhircilik, röntgencilik, başkalarının cinsel aktivitesini seyretmeye maruz bırakmak gibi farklı şekillerde de ortaya çıkabilmektedir (88).

Ülkemizde cinsel istismar epidemiyolojisiyle ilgili sınırlı veri bulunmaktadır, az rastlanıyor olmasının nedeninin gizli tutulmak istenmesine bağlı olduğu düşünülmektedir. Gerçekleşen cinsel istismar olaylarının yalnızca %15'inin bildirildiği tahmin edilmektedir (89).

Kuzey Amerika'da yapılan toplam 16 çalışmanın bulgularına bakıldığında cinsel istismar sıklığı kadınlar için % 16,8 ve erkekler için % 7,9 oranları saptanmıştır (90). Ülkemizde yapılan bir çalışmaya 1871 kız öğrenci alınmış, % 1,8 oranında enest belirtilmiş, % 11,3'ü çocuklukta özel bölgelerine istemedikleri bir biçimde dokunulduğunu, % 4,9'u ise cinsel ilişkiye zorlandıklarını bildirmişlerdir (91).

Çocukluk çağı cinsel istismarı en sık ergenlik döneminde görülür. Bu dönemde kadınlar erkeklere kıyasla üç kat daha fazla cinsel istismara uğramaktadır (88).

2.2.1.3. Duygusal İstismar

Duygusal istismar çocuğun duygusal gelişiminin bozulmasına yol açacak şekilde sürekli olarak uygunsuz duygusal davranışlarda bulunma olarak tanımlanır. Çocuktan yaşına ve kapasitesine uygun olmayan beklentilerde bulunmak, ihtiyaç duyduğu sevgi ve ilgiyi göstermeyerek psikolojik hasar vermek, sosyal ilişkilerden yoksun bırakmak ve çocuğun kapasite ve arzularının sürekli olarak eleştirilmesi duygusal istismar kapsamına girer (92).

Bu anlamda çocuğa sözlü hakaret (küçümseme, bağırma, aşağılayıp küçük düşürme, suçlama alay etme), kendi gereksinimlerini karşılarsa değerli olacağını hissettirmek, okula göndermemek, başkasına yapılan kötü muameleyi izletmek, aşırı otoriter davranmak, çocuktan kapasitesini aşan sorumluluklar beklemeye bağlı aşırı baskı, kardeşler arasında ayırım yapmak, aşırı korumacı davranmak ve bunun sonucunda bağımlı olmasına neden olmak duygusal istismara örnek olarak verilebilir (81, 93).

Duygusal istismarın diğer istismar türlerine göre daha sık görüldüğü bildirilmiştir (94). Fiziksel istismara göre duygusal istismarın tanınması ve yasal olarak ispatlanması oldukça güçtür (95).

2.2.2. Çocukluk Çağı İhmalleri

2.2.2.1. Fiziksel İhmal

Fiziksel ihmal, 18 yaşının altındaki bireylerin beslenme, barınma, sağlık, giyinme, hijyen, bakım gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmasında yoksunluk veya yetersizliktir (96). Fiziksel ihmal çocuğun yalnız bırakılması, dışlanması, evden kovulması, barındığı ortamın uygun şartlarda olmaması, hijyeninin sağlanmaması, temiz elbise giydirilmemesi, aşılarının yaptırılmaması, hastalık ve yaralanmalarının tedavisinin sağlanmaması gibi durumları içerir (77). Ayrıca çocuğu okuldan alıkoymak ya da gerekli eğitim ihtiyaçlarını yerine getirmemek, çocuğun okuldaki sorunlarına vakit ayırıp ilgilenmemek ise eğitim ihmali olarak adlandırılır (97, 98).

Henüz anne karnındaki bebeğin ihmali fiziksel ihmalin özel bir türüdür. Annenin gebeyken alkol, sigara gibi zararlı maddeler kullanması, yeterli beslenmemesi, doğum öncesi gerekli tıbbi bakım ve desteği almaması gibi durumların bebeğin hem anne karnındaki gelişimine hem de doğumdan sonraki sağlığına etkileri olacaktır (98).

2.2.2.2. Duygusal İhmal

Duygusal ihmal; çocuğun ihtiyaç duyduğu ilgi ve sevgiden yoksun bırakılması, sosyal gelişimi için gerekli olan destek ya da denetimin sağlanmaması, çocuğun iletişim çabalarının görmezden gelinmesi ve genel sosyal kuralların öğretilmemesi gibi durumları içerir (98, 99). Duygusal ihmal ve istismar en yaygın görülen çocukluk çağı travmaları olup, bir çalışmada psikiyatrik bozukluk tanısı almış kişilerde duygusal ihmal sıklığı % 81,6 oranında olarak saptanmıştır (100, 101).

2.2.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Ruhsal Etkileri

Büyüyen bir literatür, travmatik olaylara erken maruz kalmanın çocukluk gelişiminin önemli aşamalarını bozduğunu ve çocukları sonraki psikiyatrik sekillere yatkın hale getirdiğini güçlü bir şekilde ileri sürmektedir. Travma uzmanları, erken dönem travmatik yaşantılarının daha sonraki yaşamda meydana gelenlerden daha zararlı olabileceğini öne sürmüşlerdir, çünkü çocuklar travmatik deneyimlere karşı tepkilerini tutarlı bir şekilde organize etmede daha az yeteneklidirler (102).

İstismar, ihmal ve duygusal yönden zarar verici diğer olaylar gibi erken çocukluk çağı travmatik yaşantıları, özellikle tacizi yapan bakımverense erken bağlanma ilişkilerini olumsuz olarak etkilemektedir; çocuklar ilişkileri reddedici veya güvensiz olarak tecrübe ettiklerinde, bu yaşantılar çocuğun benlik algısını, başkalarına olan güven duygusunu ve dünyayı algılama şeklini etkileyebilir (103). Örneğin, bir çalışmada, çocuklukta cinsel saldırıya uğrayanların, daha sonraki major depresyon, uyuşturucu ve alkol kullanım bozuklukları ve fobi bildirme olasılığı, ilk kez yetişkinlikte saldırıya uğrayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (104).

Yetişkin kadınlarla ilgili bir başka toplum temelli çalışmada, çocuklukta istismar öyküsü olan kadınların, yetişkinlikte saldırı mağduru olanlara kıyasla depresyon ve anksiyete belirtileri gösterme olasılığı daha yüksekti (105). Çocukluk çağı travması yaşama öyküsü, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları, saldırganlık, suç ve intihar davranışı, bilişsel, sosyal ve duygusal yetkinliklerin derinden etkilenmesi ve kronik fiziksel rahatsızlıkların artışı dahil olmak üzere çocukluk ve yetişkin psikopatolojisiyle ilişkilendirilmiştir (106-109). Van Der Kolk travmatik olaylara maruz kalan çocuklara ve gençlere genellikle ayrılma kaygısı bozukluğu, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu teşhisi konduğunu bildirmektedir (110).

Sonuç olarak yapılan çalışmalar, kronik çocukluk travmasının bağlanma bozuklukları, davranışsal kontrol, kişilerarası sorunlar, sınır belirleme, sağlıklı sınırlar oluşturma, zayıf bilişsel beceriler ve yüksek riskli davranışlarla ilişkili olduğunu göstermektedir (108). Çocukluk çağı travmasına maruz kalma ne kadar fazlaysa yetişkin psikiyatrik bozukluklar için daha büyük bir risk, daha erken tanı yaşı, hastaneye başvuru sayısının artması, intihar girişimi sayısının artması, ilk intihar girişiminde daha genç yaş, daha yüksek semptom şiddeti ve genel olarak daha kötü prognoz riski mevcuttur (111-113).

Travmanın neden olduğu ruhsal etkiler, travmanın türüne, şiddetine, travmaya uğrayan kişinin yaşına, sosyoekonomik ve sosyokültürel konumuna, travmanın süregelen olup olmamasına göre farklı seyretmektedir (114). En az bir psikiyatrik bozukluk tanı kriterlerine sahip hastalarla gerçekleştirilen bir çalışmada, en yüksek fiziksel istismar görülme oranının kaygı bozuklukları grubunda (%38) olduğu tespit edilmiştir, duygusal istismara maruz kalmış olanların ise anlamlı olarak daha fazla duygudurum bozuklukları ve kaygı bozuklukları tanılarına sahip olduğu bulunmuştur (115).

2.3. Benlik Saygısı

2.3.1. Benlik (Kendilik)

Kişinin kendine ilişkin duyguları, tutumları ve kim olduğuna ilişkin algısını yansıtan kavram benliktir. Kişisel yaşantılarla ilgili gerçekliklerden ve kişinin hayatına tutarlı bir şekilde devam etmesinde etkili olan kendisi hakkındaki görüşleri ve çıkarımlarının bütününden meydana gelir (116). Başka bir deyişle benlik kişinin davranışlarıyla ilgili hedeflerinin, ideallerinin ve değerlerinin toplamıdır (117). James, benliği “bireyin kendisiyle ilgili söyleyebileceği her şey” olarak tanımlar; geçmişte, şu anda ve gelecekteki düşünce ve davranışlarının benlik oluşumunda etkili olduğunu ifade eder (118).

Yaşamın ilk yıllarında deneyimler farklılaştıkça ve kişiye özgü bir hale geldikçe bir benlik kavramı gelişmeye başlar (119). Benliğin yaşam boyunca oluşumu ve kişi kendisini tanıdıkça gelişimi devam eder (120). Rosenberg’e göre benlik kavramı, bireyin kendisine yüklediği duyguların ve düşüncelerin tamamıdır (121).

2.3.2. Benlik Saygısı

Benlik saygısı, bir bireyin kendi değeri ile ilgili öznel değerlendirilmesini ifade eder (122). Benlik saygısı bir kişinin yeteneklerini veya başka kişilerce nasıl değerlendirildiğini göstermez (123). Dahası, benlik saygısı genellikle “kişinin 'yeterince iyi' olduğu hissi” olarak kavramsallaştırılır ve aynı zamanda yüksek benlik saygısı olan bireylerin, mutlaka diğerlerinden üstün olduklarına inanmaları gerekmez (124). Bu nedenle, benlik saygısı, narsist bireyleri karakterize eden aşırı öz saygı ve kendini yüceltmenin aksine, kendini kabul etme ve öz saygı duygularını içerir (125).

Benlik saygısının evrensel bir tanımı olmamakla birlikte, benlik saygısının genel olarak kişinin kendini sevip, kendini kabul etmesi ve yeterli görmesi olduğu öne sürülür (126, 127). Coopersmith’e göre benlik saygısı kişiliğin önemli boyutlarından biridir ve olumlu kişilik özelliği olarak kabul edilir; kişinin kendini kabiliyetli, başarılı ve değerli olarak algılama derecesi olarak görülür (127-129).

Benlik saygısının oluşumu ve gelişiminde, kendini değerli hissetme, var olan yetenekleri ortaya koyabilme, başarılı olma, toplumda beğenilir ve kabul edilir olma, sevilme, bedensel özelliklerini kabul etme önemli etkenlerdir (130). Bireyler değerli olup olmadıklarıyla ilgili kanıya, diğer insanların kendilerine karşı davranışlarından ya da kendileri ile ilgili fikirlerinden ulaşırlar (13, 129).

Benlik saygısı zamanla gelişen, durağan olmayan bir kavramdır (131). Benlik saygısının gelişimi ailede başlar, anne ve babanın bireye verdiği değer benlik saygısı gelişimi için çok önemlidir; ebeveynleri tarafından itilen, değer verilip önemsenmeyen bir çocuğun kendisine saygı göstermesi de genelde beklenmez (13). Akranlar ve ebeveyn figürleri tarafından sosyal kabul, ergen gelişimi ve öz kimliğinde önemli bir rol oynar (132, 133). Akranlarıyla olumlu ilişkiler yaşayan veya “yüksek statüye” sahip olarak algılanan gruplarla ilişki kuran ergenlerin tipik olarak benlik saygılarının daha yüksek olduğu görülmüştür (134).

Erikson, benlik saygısının, psikososyal gelişim basamaklarının ilk döneminde temel güven duygusu ile gelişen aynılık ve süreklilik duygusuna bağlı olduğunu savunur, ikinci dönemde özerklik ile beraber çocuğun kendisi üzerinde kontrolünün olduğunu fark etmesinin verdiği haz ve sosyal varlığını ayırt etmesi, benlik saygısını gerçekçi olarak artırmakta, geç ergenlik döneminde ise benlik saygısı pekişmektedir (135). Kurulan özdeşimler ve temel ruhsal ihtiyaçların olumlu yaşam olaylarıyla desteklenmesiyle birlikte benlik saygısı gelişmeye devam eder (135).

İnsanlar, öz saygılarını artırmak ve yüksek benlik saygısını sürdürmek için genelde bir motivasyona sahiptirler (136). Buna bağlı olarak, birçok teori, insanların, benlik saygılarını geliştirmek ve sürdürmek için motive olduklarını varsayar (137).

Benlik saygısı, kişilerin sağlığı ve yaşam kalitesi için önemli bir faktördür (138). Mevcut boylamsal çalışmalar, benlik saygısının önemli yaşam olayları üzerinde önemli olumlu etkileri olabileceğini düşündürmektedir (139). Benlik saygısı kişinin psikolojik işlevselliğinin oldukça önemli bir yürütücüsüdür (140). Kişilerin toplumsal işlevselliği doğrudan benlik saygısıyla ilişkili olup, olumsuz yaşam olaylarıyla mücadele etmesini kolaylaştıran bir faktördür (141).

Düşük benlik saygısı, kişinin kendi durumunu gerçekçi algılamasını olumsuz yönde etkiler ve kaygı, depresyon, yalnızlık ve mutsuzluk gibi faktörlerle ilişkili bulunmuştur (142-144). Bununla birlikte, benlik saygısı ve kaygı bozuklukları arasındaki ilişki klinik literatürde daha az sıklıkla kabul edilir, tartışılır ve anlaşılır (145). Kaygı bozukluğu olan kişilerin, sağlıklı kontrollere kıyasla daha düşük benlik saygısı seviyelerine sahip olduğu çeşitli çalışmalarda bulunmuştur (146, 147). Bazı teoriler benlik saygısının kaygıya karşı tampon görevi gördüğünü varsayar (148). Benzer şekilde Greenberg ve arkadaşları, beklenti anksiyetesinin artan benlik saygısı ile tamponlandığını bildirmişlerdir (149).

Benlik saygısı ve psikiyatrik bozuklukların ilişkisini açıklayan kırılabilirlik modeli ve yara modeli olma üzere iki farklı model mevcuttur. Kırılabilirlik modelinde düşük benlik saygısının psikolojik rahatsızlıklara yatkınlığı arttırdığı savunulmuştur (150). Yara modeli ise kişinin sahip olduğu psikiyatrik rahatsızlıkların benlik saygısının düşmesine neden olduğunu öne sürmektedir (150). Benlik saygısı ve psikopatolojiler arasındaki ilişkinin yönü belirsizliğini korumakla birlikte beraber benlik saygısı birçok psikiyatrik bozuklukla ilişkilidir.

Ayrılma kaygısı bozukluğu ile benlik saygısı ilişkisine ise literatürde daha az odaklanıldığı görülmüştür, özellikle ülkemizde bu alanda yeterince çalışma bulunmamaktadır. Benlik saygısı ile ayrılma kaygısı arasında bir ilişki bulunduğunu, benlik saygısı düzeyi arttıkça ayrılık kaygısı düzeyinin düştüğünü tespit eden çalışmalara rastlanılmıştır. Luo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ayrılma kaygısı ile benlik saygısı arasında önemli bir ilişki olduğu belirtilmiştir (151). Pottinger'in yaptığı bir çalışmada yine ayrılma kaygısı ile benlik saygısı arasında ilişkiye vurgu yapılmıştır (152). Ülkemizde yapılan bir çalışmada benlik saygısı düzeyi arttıkça ayrılık kaygısı düzeyinin düştüğü belirlenmiştir (131). Ülkemizde bu konuya daha çok çocukluk çağında odaklanıldığı ancak yetişkin popülasyonla ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

2.4. Bilişsel Esneklik

İnsan bilişinin ayırt edici özelliği esnekliğidir, yani değişen durumları karşılayabilmek için davranışını yeniden yönlendirme yeteneğidir (153). Bilişsel esneklik; bireyin alternatif yolları ve seçenekleri farkederek, esnek bir şekilde yeni durumlara uyum sağlayabilmesi ve esnek olabildiği hallerde kendini yeterli hissedebilmesidir (154).

Kobasa bilişsel esnekliği, kişinin değişikliği bir meydan okuma ve ileriye dönük gelişimini sağlayıcı bir faktör olarak görmesi şeklinde tanımlamıştır (155).

Canas ve arkadaşları ise bilişsel esnekliği, kişinin sahip olduğu bilgi işleme yöntemlerini ani gelişen durumlara ve değişen çevreye karşı uyum sağlamaya yönelik davranışlar bütünü olarak tanımlamışlardır (156) ve bu tanımın üç temel kavram özelliğini içerdiğini savunmuşlardır: 1) Bilişsel Esneklik, bir öğrenme sürecini ifade edebilen, yani deneyimle kazanılabilen bir yetenektir, 2) Bilişsel Esneklik, bilişsel işleme stratejilerinin adaptasyonunu içerir; bireylerin davranışlarının uyum ve değişikliklerini ifade eder, 3) Değişen şartlara uyum gösterme, öğrenmeyle kazanılabilir.

Bilişsel esnekliğin temeli her zaman en doğru seçeneği görmek değildir; seçim yapmadan önce alternatifleri görebilmektir (157).

Bilişsel esnekliğin gelişiminin bebeklik dönemiyle beraber başladığı, geç ergenlik ya da genç yetişkinlik döneminde en yüksek seviyeye çıktığı tespit edilmiştir (158). Bilişsel esneklik, bireyin kendi davranışlarının yanı sıra iletişim kurduğu kişilerin davranışlarının farkına vardıkça gelişir (159).

Bilişsel esnekliği yüksek olan kişiler girişken, sorumluluk sahibi, çevresiyle ilgili ve yaşadığı olayları anlamlandıran kişilerdir (157). Bilişsel esnekliği yüksek olan kişiler kendini güvende hissederek iletişim kurarlar ve sosyal iletişim kurarken de yeni yöntemler deneme konusunda da isteklidirler (157). Rubin ve Martin'in yaptığı bir çalışmada da bilişsel esnekliğin kişilerarası ilişkileri olumlu yönde etkilediği

belirtilmiştir (160). Bireyin kendisinden her açıdan farklı kişilerle birlikte yaşamını sorunsuz sürdürebilmesi için diğer insanların kendisinden farklı olduğunu kabul edebilecek bilişsel esnekliğe sahip olması gerekir (161).

Kişinin bilişsel esnekliğinin yüksek olması, uyumsuz düşüncelerin yerine uyumlu düşünceler koyabilme, alternatif çözüm sayısını arttırabilme ve zor durumları daha üstesinden gelinebilir olarak değerlendirme gibi avantajlar kazandırmaktadır (162).

Esneklik, alternatif davranışlar geliştirebilme, yeni durumlara uygun yanıt verebilme ve davranışların düzenlenmesini sağlar (163). Bilişsel esnekliği yüksek olan kişiler kendiliğinden ve zorluk çekmeden değişim sağlayabilirken, bilişsel esnekliği düşük olan kişiler değişimde güçlük yaşamaktadırlar (164).

Bilişsel Davranışçı Terapi modeli, bilişsel esnekliği kişinin durumları farklı yönlerden görebilmesi ve sonrasında durumun gereklerine göre adaptasyon göstermesi olarak açıklar (165). Stresli durumların üstesinden gelebilmek için kişinin sahip olduğu içsel ve dışsal kaynakların, sınırlılıklarının ve katı olan yönlerinin farkında olması, ayrıca içinde bulunduğu durumu doğru değerlendirebilmesi ve problem çözebilmesi gerekir (166). Yönetici işlevler içerisinde birçok faktör bununla ilişkili olup, özellikle bilişsel esneklik doğrudan bu beceri için gereklidir (167). Güçlü yönetici işlevlere sahip olan kişilerin, stresle başa çıkmakta başarılı oldukları bilinmektedir (168).

Bilişsel esneklik, bireyin benlik saygısı ve fiziksel sağlığı dahil, iyi oluş üzerine olumlu etki etmekte, psikiyatrik rahatsızlıklar üzerine ise olumsuz etki etmektedir (169). Zor yaşam olaylarında farklı seçenekleri görebilmeyi sağlayıp, öznel iyilik halini destekleyerek psikopatolojilerin giderilmesinde önemli katkı sağlayan bir özelliktir (170). Buna bağlı olarak bilişsel davranışçı terapide tedavi hedeflerinden biri bilişsel esnekliğin arttırılmasıdır (171).

Bilişsel esneklik, duygu düzenlemesi, bipolar bozukluk ve borderline kişilik bozukluğu, anksiyete bozuklukları, bulimik semptomlar ve alkol ve madde kullanımı

gibi çeşitli psikopatoloji türlerinde rol oynamaktadır (172-174). Wang ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bilişsel esnekliğin anksiyete semptomları ve depresif semptomlarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (175). Depresif bozukluk tanısı olan kişilerde frontal lob disfonksiyonuna benzer nöropsikiyatrik bozulmalar saptanmış ve bilişsel esnekliği etkileyen bilişsel alanlarda sağlıklı kişilere göre anlamlı seviyede değişiklik bulunmuştur (176).

Yine kaygı bozukluklarında bilişsel katılığın belirti olabileceği, kaygıya genelde eşlik eden bilişsel katılığın prefrontal kortekste disfonksiyon ile ilişkili olabileceğini ileri süren çalışmalar mevcuttur (177). Kaygı süresine ve yoğunluğuna bağlı olarak anksiyete, bilişsel esneklik ve karar vermedeki eksiklikler dahil olmak üzere bazı bilişsel bozukluklara neden olur (178). Kaygı düzeyi yüksek olan kişilerin gösterdiği göreceli bilişsel esneklik, hızla değişen şartlarla karşı karşıya kaldıklarında davranışları üzerinde önemli sonuçlara neden olabilir (153). Klinik çalışmalar, kaygı bozukluğu olan kişilerin önceden etkili bir stratejiden şu anda geçerli bir stratejiye geçişinin bozulduğunu ve görevle ilgisiz uyaranlarla dikkatlerinin dağıldığını uzun zamandır ortaya koymuştur (179-181). Kaygı düzeyi yüksek kişiler yüksek olarak riskten kaçınma gösterirler ve genellikle güvenli alternatifleri tercih ederler (182).

Bilişsel esnekliği yüksek olan kişiler kolayca ve kendiliğinden değişimler yapabilirken, düşük bilişsel esnekliğe sahip olanlar değişim gerektiren durumlarda zorlanmaktadır (183). Ayrılma kaygısı bozukluğu tanısı alan kişilerin yeni durumlara uyum sağlamakta problem yaşadıkları, ilişkilerde ya da günlük hayatta olan değişikliklerden daha fazla etkilendikleri gözlenmiştir. Temel bağlanma figürlerinden ayrılmaya ve ayrıldıktan sonra olabileceklerle ilgili bilişler ne kadar esnekse ayrılma kaygısının da o kadar az olması beklenmektedir. Bu nedenle bu kişilerde bilişsel esnekliğin daha düşük olabileceği düşünülebilir. Literatürü taradığımız kadarıyla Yetişkin Ayrılma Kaygısı Bozukluğu ile bilişsel esneklik ilişkisini araştıran yalnızca sağlıklı popülasyonlarda yapılan, sınırlı sayıda çalışma mevcuttur.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Grubunun Seçimi

Araştırmamızın örnekleme, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine başvuran, Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları tanısı alan hastaların araştırmacı tarafından bu çalışma için tekrar muayene edilip, DSM-5 ve SCID-5'e göre değerlendirilmelerinin sonucunda Ayrılma Kaygısı Bozukluğu tanısı alan hastalar ve daha önce psikiyatrik bir tanı konulmamış, psikiyatrik tedavi almamış sağlıklı gönüllülerden araştırmayı gönüllü olarak kabul eden, bilgilendirilmiş yazılı onam alınan, dışlama ve dahil etme kriterlerini karşılayan kişilerden oluşturuldu. Örneklem grubumuz, yaptığımız pilot çalışmadaki güç analizi neticesinde 51 hasta ve yaş, cinsiyet ve eğitim yönünden benzer 51 sağlıklı gönüllü olarak belirlendi.

3.1.1. Çalışmaya Dahil Edilebilme Ölçütleri

- 1) 18 yaşından büyük olmak
- 2) Okur-yazar olmak
- 3) Hasta grubu için DSM-5 ve SCID-5'e göre ayrılma kaygısı bozukluğu tanısı almış olmak
- 4) Çalışmaya katılmayı kabul etmek

3.1.2. Dışlama Kriterleri

- 1) Muayene sonucunda mental retardasyon tanısı almak
- 2) İletişimi engelleyecek işitme ve görme kusurunun olması
- 3) Psikotik bozukluklar, bipolar bozukluklar, major depresif bozukluk ve kişilik bozuklukları tanısına sahip olmak
- 4) Sağlıklı gönüllüler için herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almış olmak, psikiyatrik tedavi görmüş olmak

3.2. Gereçler

- 1) Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu
- 2) Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği
- 3) Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
- 4) SCID-5 DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
- 5) Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Kısa Form (ÇÇTÖ)
- 6) Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)
- 7) Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE)

3.2.1. Sosyodemografik Klinik Veri Formu

Çalışmaya katılanların sosyodemografik ve klinik bilgilerini edinmeye yönelik araştırmacılar tarafından hazırlanmış bir form. Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aylık gelir, suisid girişimi, katılımcıların çocukluk dönemindeki travmatik yaşam olaylarına (doğal felaketler, şiddete maruz kalma veya tanık olma gibi) yönelik sorular içeren form, görüşmeci tarafından uygulanmıştır.

3.2.2. SCID-5: (Structured Clinical Interview for DSM-V Diagnosis)

Hekim tarafından doldurulan, toplam 10 modülden oluşan yapılandırılmış klinik görüşme formudur. 32 tanısal kategori ayrıntılı tanı kriterleriyle, 16 tanısal kategori ise araştırmacı sorularıyla yer almaktadır (184). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Elbir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (184).

3.2.3. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ)

Max Hamilton tarafından 1960 yılında yayınlanan ve halen günümüzde de depresyonun derecesini ölçmek için sıkça kullanılan yöntemdir (185). Çalışmamızda 17 maddelik ölçek versiyonu kullanılmıştır. Her bir madde 0-4 arasında puanlanır; en yüksek 53 puan alınır. 0-7 puan depresyonun olmadığını veya tedavi sonrası remisyonu, 8-15 puan hafif dereceli depresyonu, 16-28 arası orta dereceli depresyonu, 29 ve üzeri ağır dereceli depresyonu göstermektedir (186). Türkçe geçerlilik ve

güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından 1996 yılında gerçekleştirilmiştir (187).

3.2.4. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ)

Hamilton tarafından, 1959 yılında anksiyete şiddetinin belirlenmesi amacıyla geliştirilmiş olan, yarı yapılandırılmış bir ölçektir (188). Ruhsal ve bedensel belirtileri sorgulamayı amaçlayan 14 maddeden oluşur (185). Her bir madde 0-4 arasında puanlanır. 0-4 puan arası anksiyetenin olmadığı, 5-17 hafif derecede anksiyete, 18-24 orta derecede anksiyete, 25 ve üstü puanlar şiddetli derecede anksiyete olarak yorumlanır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından, 1998 yılında yapılmıştır (189).

3.2.5. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Kısa Form (ÇÇTÖ)

Yirmi yaşından önce gerçekleşen örselenme ve ihmal yaşantılarını geriye dönük taramaya yönelik, Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen 5'li likert tipi bir özbildirim ölçeğidir (190). Bu çalışmada ölçeğin 28 maddelik kısa formu kullanılmıştır. Çocukluk çağında maruz kalınan fiziksel ve duygusal ihmal ile fiziksel, cinsel ve duygusal istismarın var olup olmadığı değerlendirilmektedir; fiziksel istismar 8, 9, 10, 14 ve 16. maddelerin puanlarının toplamı ile, fiziksel ihmal 1, 3, 5, 15 ve 28. maddelerin puanlarının toplamı ile, duygusal istismar 2, 7, 13, 17 ve 24. maddelerin puanlarının toplamı ile, duygusal ihmal 4, 6, 12, 18 ve 27. maddelerin puanlarının toplamı ile ve cinsel istismar 19, 20, 22, 23 ve 26. maddelerin puanlarının toplamı ile belirlenir. Ek olarak 3 minimizasyon- inkar sorusu bulunmaktadır. Ölçekteki her bir madde için yanıt seçenekleri; “1: hiçbir zaman”, “2: nadiren”, “3: zaman zaman”, “4: sıklıkla”, “5: çok sık” şeklindedir ve her bir maddenin puanı 1-5 arasında değişmektedir (191). Ölçek puanının hesaplanırken olumlu ifadelerden alınan puanlar ters çevirilir. Beş alt puanın toplamı ile toplam puan elde edilir. Alt puanlar 5-25 arasında ve toplam puan ise 25 - 125 arasındadır. Olumlu ifade olmasına rağmen minimizasyon ile ilgili olan maddelerin (madde 10, 16, ve 22) puanları ters çevrilmez, bu üç madde ile travmanın inkarı ölçülmektedir, toplam puanı etkilemez. Türkiye’de ÇÇTÖ kesme puanları; cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın, duygusal istismar ve

fiziksel ihmal için 7 puan, duygusal ihmal için ise 12 puanın aşılması ve toplam puan için 35 puanın aşılması olarak kabul edilmiştir (192). Ölçeğin Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirlik çalışması Şar ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (193).

3.2.6. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Ölçek, 1963 yılında Morris Rosenberg tarafından geliştirilmiştir ve Çuhadaroglu tarafından 1986 yılında ülkemize uyarlanmıştır (194). Ölçeğin 12 alt testi bulunmakta ve toplamda 63 maddeden oluşmaktadır. Bu çalışmada benlik saygısı alt testi kullanılmıştır. 1, 2, 4, 6 ve 7. sorular pozitif kendiliği değerlendirilmekte, 3, 5, 8, 9. ve 10. sorular negatif kendilik değerlendirilmektedir. Rosenberg Benlik Saygısı alt testinden 0-6 arası puanlama yapılır. 0-1 puan yüksek; 2-4 puan orta, 5-6 puan düşük benlik saygısı olarak yorumlanır.

3.2.7. Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE)

Ölçek 2010 yılında Dennis ve Vander Wal tarafından geliştirilmiştir (164). Toplamda 20 maddeden oluşan ölçeğin kontrol ve alternatifler olmak üzere 2 alt ölçeği mevcuttur. 5'li likert tipine sahip ölçekte 2, 4, 7, 9, 11 ve 17. maddeler tersine puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 100 ve en düşük puan 20'dir. Envanterden alınan puan arttıkça bilişsel esnekliğin de arttığı düşünülür. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Gülüm ve Dağ gerçekleştirmiştir (162).

3.3. Etik Kurul Onayı

Çalışmamız, değerlendirilmek üzere Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik kurulu'na sunulmuş olup, 01.10.2020 tarihindeki toplantıda değerlendirilerek B.30.2.ATA.0.01.00/443 sayı numarası ile bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi.

3.4. İstatistiksel Analiz

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleriyle incelendi. Gruplara göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare ve Fisher's Exact testleri kullanıldı. İkili gruplara göre normal dağılan nicel verilerin karşılaştırılmasında Bağımsız iki örnek t testi ve normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Üç ve üzeri gruplara göre normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar Dunn testiyle gerçekleştirildi. Ayrılık anksiyetesine etki eden risk faktörleri binary lojistik regresyon analizi ile incelendi. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama $\pm$ s. sapma ve ortanca (minimum – maksimum) şeklinde kategorik veriler ise frekans (yüzde) olarak sunuldu. Önem düzeyi $p < 0,050$ olarak alındı.

4. BULGULAR

4.1. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine başvuran, muayenelerinin sonucunda kaygı (anksiyete) bozukluğu tanısı konmuş 176 hasta (49 kişi başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu anksiyete bozukluğu, 14 kişi sosyal anksiyete bozukluğu, 62 kişi yaygın anksiyete bozukluğu, 46 kişi panik bozukluk, 5 kişi özgül fobi tanısı almış) çalışma için tarafımıza yönlendirildi. Vakti olmadığı gerekçesiyle çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 10 kişi çalışmaya alınmadı. Çalışmaya katılmayı kabul eden anksiyete bozukluğu tanısı olan 166 hasta araştırmacı tarafından SCID-5 ve DSM-5'e göre yeniden değerlendirildi, bu değerlendirmenin sonucunda Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanılı 1 hasta ve Panik Bozukluk tanılı 1 hasta AKB tanısı almış olmasına rağmen, ek olarak kişilik bozukluğu tanısı tespit edildiği için çalışmaya dahil edilmedi, ayrılma kaygısı bozukluğu tanısı alan, bilgilendirilmiş yazılı onam alınan, dışlama ve dahil etme kriterlerini karşılayan 51 hasta çalışmaya dahil edildi. Daha sonra yaş, cinsiyet ve eğitim yönünden eşleştirilmiş 51 sağlıklı birey kontrol grubu olarak çalışmamıza dahil edildi.

Çalışmaya katılmayı kabul eden anksiyete bozukluğu tanısı olan 166 hasta SCID-5 ve DSM-5'e göre yeniden değerlendirildiğinde; komorbid YAKB tanısı alan PB tanılı bir hastada ve YAB tanılı başka bir hastada ek olarak kişilik bozukluğu tespit edilmesi üzerine bu iki hasta çalışmaya dahil edilmedi; başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu tanısı alan 10 hastanın ve yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan 3 hastanın tanısı ayrılma kaygısı bozukluğu olarak değiştirildi; yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış 23 kişiye, panik bozukluğu olan 10 kişiye, sosyal anksiyete bozukluğu tanısı alan 1 kişiye ve başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu tanısı olan 4 kişiye komorbid olarak ayrılma kaygısı bozukluğu tanısı konuldu.

Ayrılma kaygısı bozukluğu tanısıya çalışmaya dahil edilen 51 hastanın %74,5'inde (n=38) psikiyatrik komorbidite tespit edildi, ek tanı olarak yaygın anksiyete bozukluğu %41,2 (n=21), panik bozukluk %19,6 (n=10), başka türlü

adlandırılmayan anksiyete bozukluğu %5,9 (n=3), yaygın anksiyete bozukluğu ile birlikte obsesif kompulsif bozukluk %3,9 (n=2), yaygın anksiyete bozukluğu ile birlikte sosyal anksiyete bozukluğu %2 (n=1), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu %2 (n=1) bulundu.

Sosyodemografik veriler açısından hasta ve sağlıklı kontrol grubu arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 1).

Tablo 1. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

	Ayrılma kaygısı (n=51) n (%)	Sağlıklı kontrol (n=51) n (%)	Toplam (n=102) n (%)	Test ist.	p
Cinsiyet					
Kadın	40 (78,4)	40 (78,4)	80 (78,4)	$\chi^2=0,000$	1,000
Erkek	11 (21,6)	11 (21,6)	22 (21,6)		
Medeni hal					
Bekâr	22 (43,1)	22 (43,1)	44 (43,1)	$\chi^2=0,000$	1,000
Evli	27 (52,9)	27 (52,9)	54 (52,9)		
Boşanmış	2 (3,9)	2 (3,9)	4 (3,9)		
Yaşadığı yer					
Köy	1 (2)	1 (2)	2 (2)	$\chi^2=3,053$	0,217
İlçe	7 (13,7)	2 (3,9)	9 (8,8)		
İl merkezi	43 (84,3)	48 (94,1)	91 (89,2)		
Öğrenim durumu					
İlkokul	10 (19,6)	8 (15,7)	18 (17,6)	$\chi^2=0,626$	0,960
Ortaokul	6 (11,8)	8 (15,7)	14 (13,7)		
Lise mezunu	19 (37,3)	18 (35,3)	37 (36,3)		
Üniversite	11 (21,6)	11 (21,6)	22 (21,6)		
Lisansüstü	5 (9,8)	6 (11,8)	11 (10,8)		
İş durumu					
Çalışıyor	15 (29,4)	25 (49)	40 (39,2)	$\chi^2=4,452$	0,486
Çalışmıyor	2 (3,9)	1 (2)	3 (2,9)		
Emekli	1 (2)	1 (2)	2 (2)		
Öğrenci	15 (29,4)	12 (23,5)	27 (26,5)		
Ev hanımı	17 (33,3)	11 (21,6)	28 (27,5)		
Düzensiz iş	1 (2)	1 (2)	2 (2)		
Aylık gelir					
0-2500	25 (49)	30 (58,8)	55 (53,9)	$\chi^2=0,987$	0,610
2500-4500	16 (31,4)	13 (25,5)	29 (28,4)		
4500 ve üzeri	10 (19,6)	8 (15,7)	18 (17,6)		
	Ayrılma kaygısı		Sağlıklı	p	
	Ort.±s. sapma	Ort. (min.- maks.)	Ort.± s.sapma	Ort.(min.-maks.)	
Yaş	34,63 ± 12,69	33,00 (19,00 - 61,00)	35,31 ± 12,68	32,00 (18,00 - 63,00)	U=1225,5 0,615
Kardeş Sayısı	4,47 ± 1,92	4,00 (1,00 - 11,00)	4,76 ± 2,28	4,00 (2,00 - 11,00)	U=1250 0,732
Kaçıncı Çocuk	2,71 ± 1,76	2,00 (1,00 - 10,00)	2,63 ± 1,60	2,00 (1,00 - 7,00)	U=1279 0,883
Çocuk Sayısı	1,53 ± 1,68	1,00 (0,00 - 5,00)	1,41 ± 1,87	0,00 (0,00 - 8,00)	U=1215,5 0,539
Eğitim Yılı	12,00 ± 4,24	13,00 (5,00 - 19,00)	12,22 ± 4,37	14,00 (5,00 - 18,00)	U=1237 0,668

χ^2 : Ki-kare test istatistiği

Hasta ve kontrol grubunun tıbbi ve psikiyatrik özgeçmişleri ile soygeçmiş özellikleri karşılaştırıldığında 1, 2, 3. derece akrabalar ile anne veya babada psikiyatrik öykü olmasının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulundu (Tablo 2).

Tablo 2. Hasta ve kontrol grubunun tıbbi ve psikiyatrik özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri

	Ayrılma kaygısı(n=51)	Sağlıklı (n=51)	Toplam	Test ist.	P
Kronik hastalık					
Var	13 (25,5)	5 (9,8)	18 (17,6)	$\chi^2=3,306$	0,069
Yok	38 (74,5)	46 (90,2)	84 (82,4)		
Ek tıbbi ilaç kullanım					
Var	11 (21,6)	4 (7,8)	15 (14,7)	=2,814	0,093
Yok	40 (78,4)	47 (92,2)	87 (85,3)		
1,2,3.derece akrabalarda psikiyatrik öykü				=19,456	<0,001
Var	28 (54,9)	6 (11,8)	34 (33,3)		
Yok	23 (45,1)	45 (88,2)	68 (66,7)		
Anne babada psikiyatrik öykü					
Var	15 (29,4)	3 (5,9)	18 (17,6)	=8,163	0,004
Yok	36 (70,6)	48 (94,1)	84 (82,4)		
Sigara veya alkol kullanım öyküsü					
Var	13 (25,5)	9 (17,6)	22 (21,6)	=0,552	0,470
Yok	38 (74,5)	42 (82,4)	80 (78,4)		
Sigara veya alkol kullanımı varsa türü					
Sigara	11 (84,6)	9 (100)	20 (90,9)	$\chi^2=1,523$	0,217
Sigara ve alkol	2 (15,4)	0 (0)	2 (9,1)		

χ^2 : Ki-kare test istatistiği

Çocuklukta anne baba boşanma öyküsü ve aile bireylerinin dışındaki kişiler tarafından travmatik olaya maruz kalma durumunun gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı olarak farklılık gösterdiği bulundu (Tablo 3).

Tablo 3. Hasta ve kontrol grubunun olumsuz yaşam olayları

	Ayrılma kaygısı (n=51) n (%)	Sağlıklı kontrol (n=51) n (%)	Test ist.	P
Anne babanın boşanma öyküsü				
Var	4 (7,8)	0 (0)	$\chi^2=4,163$	0,041
Yok	47 (92,2)	51 (100)		
Anne babanın ayrı yaşaması				
Var	4 (7,8)	1 (2)	=1,893	0,169
Yok	47 (92,2)	50 (98)		
Anne hayatta mı?				
Evet	46 (90,2)	38 (74,5)	=3,306	0,069
Hayır	5 (9,8)	13 (25,5)		
Baba hayatta mı?				
Evet	36 (70,6)	38 (74,5)	=0,049	0,824
Hayır	15 (29,4)	13 (25,5)		
Çocuklukta ebeveyn kaybı				
Var	4 (7,8)	3 (5,9)	=0,153	0,695
Yok	47 (92,2)	48 (94,1)		
Çocuklukta yakın birinin ciddi bir sağlık sorunu				
Var	13 (25,5)	11 (21,6)	=0,054	0,815
Yok	38 (74,5)	40 (78,4)		
Çocuklukta yakın olduğunuz birinin ölümü				
Var	20 (39,2)	18 (35,3)	=0,042	0,838
Yok	31 (60,8)	33 (64,7)		
Çocuklukta doğal felaket yada kaza yaşama				
Var	21 (41,2)	21 (41,2)	=0,000	1,000
Yok	30 (58,8)	30 (58,8)		
Çocuklukta yaşanan doğal felaket veya kaza türü				
Doğal felaket	13 (61,9)	9 (42,9)	=1,620	0,655
Diğer kazalar	5 (23,8)	8 (38,1)		
Yangın ve kazalar	2 (9,5)	3 (14,3)		
Doğal felaket ve kazalar	1 (4,8)	1 (4,8)		
Çocuklukta aile bireyleri dışındaki kişiler tarafından travmatik olaya maruz kalma				
Var	12 (23,5)	2 (3,9)	=6,706	0,010
Yok	39 (76,5)	49 (96,1)		
Çocuklukta aile bireyleri dışındaki kişiler tarafından maruz kalınan travmatik olayın türü				
Psikolojik şiddet	8 (66,7)	2 (100)	=0,933	0,817
Cinsel istismar	1 (8,3)	0 (0)		
Psikolojik şiddet ve fiziksel saldırı	2 (16,7)	0 (0)		
Psikolojik şiddet ve cinsel istismar	1 (8,3)	0 (0)		
Çocuklukta başkasının yaşadığı travmatik olaya şahit olma				
Var	13 (25,5)	5 (9,8)	=3,306	0,069
Yok	38 (74,5)	46 (90,2)		
Çocuklukta yaşadığı, hatırladığında ciddi rahatsızlık veren bir olay				
Var	15 (29,4)	6 (11,8)	=3,838	0,050
Yok	36 (70,6)	45 (88,2)		

 χ^2 : Ki-kare test istatistiği

Hasta ve Kontrol Grubunun Ölçek Puanları ve Sosyodemografik ve Klinik Özellikler ile İlişkisi

Hamilton Anksiyete Skoru ve Hamilton Depresyon Skoru Ayrılma Kaygısı grubunda, sağlıklı gruba göre istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,001$). Gruplara göre Ctq Duygusal İstismar değerleri arasında ($p=0,001$), Ctq Fiziksel İhmal değerleri arasında ($p=0,013$), Ctq Duygusal İhmal değerleri arasında ($p<0,001$) ve Ctq Toplam Puanı değerleri arasında ($p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi. Gruplara göre Benlik Saygısı Skoru değerleri, Bilişsel Esneklik Alternatifler alt ölçeği ortalama değerleri, Bilişsel Esneklik Kontrol alt ölçeği ortalama değerleri ve Bilişsel Esneklik Toplam Skor ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,001$) (Tablo 4).

Tablo 4. Hasta ve kontrol grubunun HAM-D, HAM-A, ÇÇTÖ (Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği), Rosenberg Benlik Saygısı, Bilişsel Esneklik Envanteri Ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Ayrılma –kaygısı (n=51)		Sağlıklı (n=51)		Test istatistiği	P
	Ort. $\pm$ s. sapma	Ort. (min. - maks.)	Ort. $\pm$ s. sapma	Ort. (min. - maks.)		
Hamilton Anksiyete Skoru	23,31 $\pm$ 8,54	24,00 (10,00 - 44,00)	2,49 $\pm$ 1,98	2,00 (0,00 - 7,00)	U=0	<0,001
Hamilton Depresyon Skoru	10,04 $\pm$ 5,08	10,00 (2,00 - 25,00)	1,49 $\pm$ 1,49	1,00 (0,00 - 6,00)	U=51,5	<0,001
Ctq Duygusal İstismar	6,80 $\pm$ 3,41	5,00 (5,00 - 24,00)	5,53 $\pm$ 1,92	5,00 (5,00 - 18,00)	U=899	0,001
Ctq Fiziksel İstismar	5,43 $\pm$ 1,47	5,00 (5,00 - 14,00)	5,06 $\pm$ 0,31	5,00 (5,00 - 7,00)	U=1170,5	0,077
Ctq Cinsel İstismar	5,43 $\pm$ 1,39	5,00 (5,00 - 12,00)	5,12 $\pm$ 0,52	5,00 (5,00 - 8,00)	U=1242,5	0,405
Ctq Fiziksel İhmal	7,41 $\pm$ 2,53	7,00 (5,00 - 18,00)	6,29 $\pm$ 1,38	6,00 (5,00 - 10,00)	U=940,5	0,013
Ctq Duygusal İhmal	11,92 $\pm$ 4,12	12,00 (5,00 - 23,00)	7,49 $\pm$ 2,56	7,00 (5,00 - 14,00)	U=489,5	<0,001
Ctq Toplam Puanı	37,22 $\pm$ 8,40	36,00 (25,00 - 60,00)	29,49 $\pm$ 5,02	29,00 (25,00 - 55,00)	U=517,5	<0,001
Benlik Saygısı Skoru	3,02 $\pm$ 1,86	3,00 (0,00 - 6,00)	0,73 $\pm$ 0,83	1,00 (0,00 - 3,00)	U=355,5	<0,001
Bilişsel Esneklik Alternatifler	39,51 $\pm$ 8,30	39,00 (19,00 - 62,00)	53,71 $\pm$ 7,35	52,00 (37,00 - 65,00)	t=-9,145	<0,001
Bilişsel Esneklik Kontrol	15,65 $\pm$ 4,73	16,00 (8,00 - 28,00)	26,45 $\pm$ 5,83	27,00 (7,00 - 34,00)	t=-10,273	<0,001
Bilişsel Esneklik Toplam Skor	55,16 $\pm$ 10,83	55,00 (29,00 - 82,00)	80,16 $\pm$ 10,18	81,00 (55,00 - 98,00)	t=-12,014	<0,001

t: Bağımsız iki örnek t testi, U: Mann-Whitney U test istatistiği

Ayrılma kaygısı olanlarda cinsiyete göre Ctq Fiziksel İhmal puanı arasında ($p=0,007$), Ctq Duygusal İhmal puanı arasında ($p=0,031$) ve Ctq Toplam Puanı arasında ($p=0,009$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (Tablo 5).

Tablo 5. Ayrılma kaygısı grubunda cinsiyete göre CTQ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Cinsiyet						
	Kadın (n=40)		Erkek (n=11)		Test istatistiği	P
	Ort. ± s. sapma	Ort(min-maks.)	Ort. ± s. sapma	Ort(min-maks.)		
Ctq Duygusal İstismar	6,20 ± 2,03	5,00 (5,00 - 15,00)	9,00 ± 5,95	6,00 (5,00 - 24,00)	U=159	0,129
Ctq Fiziksel İstismar	5,20 ± 0,69	5,00 (5,00 - 8,00)	6,27 ± 2,83	5,00 (5,00 - 14,00)	U=179	0,116
Ctq Cinsel İstismar	5,55 ± 1,55	5,00 (5,00 - 12,00)	5,00 ± 0,00	5,00 (5,00 - 5,00)	U=192,5	0,222
Ctq Fiziksel İhmal	6,98 ± 2,15	6,00 (5,00 - 14,00)	9,00 ± 3,22	9,00 (6,00 - 18,00)	U=104	0,007
Ctq Duygusal İhmal	11,35 ± 4,32	11,00 (5,00 - 23,00)	14,00 ± 2,45	14,00 (10,00 - 17,00)	U=126	0,031
Ctq Toplam Puanı	35,53 ± 7,59	35,50 (25,00 - 56,00)	43,36 ± 8,65	42,00 (32,00 - 60,00)	U=105,5	0,009

Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği

Medeni hale göre Ctq Fiziksel İstismar puanları arasında ($p=0,008$), Ctq Fiziksel İhmal puanları arasında ($p=0,002$), Ctq Duygusal İhmal puanları arasında ($p=0,005$) ve Ctq Toplam Puanları arasında ($p=0,003$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (Tablo 6).

Tablo 6. Ayrılma kaygısı grubunda evlilik durumuna göre CTQ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Evlilik durumu						P
	Bekar (n=24)		Evli (n=27)		Test istatistiği	
	Ort. $\pm$ s. sapma	Ort(min- maks.)	Ort. $\pm$ s. sapma	Ort(min-maks.)		
Ctq Duygusal İstismar	6,33 $\pm$ 2,48	5,00 (5,00 - 14,00)	7,22 $\pm$ 4,07	6,00 (5,00 - 24,00)	U=266	0,234
Ctq Fiziksel İstismar	5,00 $\pm$ 0,00	5,00 (5,00 - 5,00)	5,81 $\pm$ 1,96	5,00 (5,00 - 14,00)	U=240	0,008
Ctq Cinsel İstismar	5,58 $\pm$ 1,69	5,00 (5,00 - 12,00)	5,30 $\pm$ 1,07	5,00 (5,00 - 9,00)	U=307,5	0,546
Ctq Fiziksel İhmal	6,33 $\pm$ 1,43	6,00 (5,00 - 9,00)	8,37 $\pm$ 2,91	8,00 (6,00 - 18,00)	U=161	0,002
Ctq Duygusal İhmal	10,21 $\pm$ 3,99	10,00 (5,00 - 19,00)	13,44 $\pm$ 3,67	13,00 (7,00 - 23,00)	U=175,5	0,005
Ctq Toplam Puanı	33,46 $\pm$ 6,85	32,50 (25,00 - 50,00)	40,56 $\pm$ 8,34	39,00 (29,00 - 60,00)	U=167	0,003

Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği

Çocuk sahibi olma durumuna göre Ctq Fiziksel İstismar puanları arasında ($p=0,008$), Ctq Fiziksel İhmal puanları arasında ($p<0,001$), Ctq Duygusal İhmal puanları arasında ($p=0,002$) ve Ctq Toplam Puanları arasında ($p=0,001$) anlamlı bir fark tespit edildi (Tablo 7).

Tablo 7. Ayrılma kaygısı grubunda çocuk varlığına göre CTQ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Çocuk varlığı						P
	Var (n=27)		Yok (n=24)		Test istatistiği	
	Ort. $\pm$ s. sapma	Ort(min-maks.)	Ort. $\pm$ s. sapma	Ort(min-maks.)		
Ctq Duygusal İstismar	7,22 $\pm$ 4,07	6,00 (5,00 - 24,00)	6,33 $\pm$ 2,48	5,00 (5,00 - 14,00)	U=266	0,234
Ctq Fiziksel İstismar	5,81 $\pm$ 1,96	5,00 (5,00 - 14,00)	5,00 $\pm$ 0,00	5,00 (5,00 - 5,00)	U=240	0,008
Ctq Cinsel İstismar	5,30 $\pm$ 1,07	5,00 (5,00 - 9,00)	5,58 $\pm$ 1,69	5,00 (5,00 - 12,00)	U=307,5	0,546
Ctq Fiziksel İhmal	8,48 $\pm$ 2,87	8,00 (6,00 - 18,00)	6,21 $\pm$ 1,32	6,00 (5,00 - 9,00)	U=136	<0,001
Ctq Duygusal İhmal	13,56 $\pm$ 3,58	13,00 (7,00 - 23,00)	10,08 $\pm$ 3,98	9,50 (5,00 - 19,00)	U=162	0,002
Ctq Toplam Puanı	40,78 $\pm$ 8,12	39,00 (29,00 - 60,00)	33,21 $\pm$ 6,86	32,00 (25,00 - 50,00)	U=153	0,001

Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği

Psikiyatrik komorbidite varlığına göre Hamilton Anksiyete Skoru ortalama değerleri arasında ($p=0,006$), Ctq Cinsel İstismar puanları arasında ($p=0,005$) ve Bilişsel Esneklik Toplam Skor ortalama değerleri arasında ($p=0,029$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p=0,006$) (Tablo 8).

Tablo 8. Psikiyatrik Komorbidite varlığına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Psikiyatrik Komorbidite				Test istatistiği	P
	Var (n=38)		Yok (n=13)			
	Ort. ± s. sapma	Ort(min-maks.)	Ort. ± s. sapma	Ort (min-maks.)		
Hamilton Anksiyete Skoru	25,18 ± 8,56	25,00 (12,00 - 44,00)	17,85 ± 5,87	17,00 (10,00 - 28,00)	t=2,86	0,006
Hamilton Depresyon Skoru	10,61 ± 5,43	10,00 (3,00 - 25,00)	8,38 ± 3,55	10,00 (2,00 - 13,00)	U=207	0,385
Ctq Duygusal İstismar	6,87 ± 3,64	5,00 (5,00 - 24,00)	6,62 ± 2,75	6,00 (5,00 - 15,00)	U=235	0,778
Ctq Fiziksel İstismar	5,47 ± 1,64	5,00 (5,00 - 14,00)	5,31 ± 0,85	5,00 (5,00 - 8,00)	U=243	0,885
Ctq Cinsel İstismar	5,18 ± 1,14	5,00 (5,00 - 12,00)	6,15 ± 1,82	5,00 (5,00 - 9,00)	U=179,5	0,005
Ctq Fiziksel İhmal	7,66 ± 2,76	7,00 (5,00 - 18,00)	6,69 ± 1,55	6,00 (5,00 - 10,00)	U=201,5	0,317
Ctq Duygusal İhmal	12,16 ± 4,20	12,50 (5,00 - 23,00)	11,23 ± 3,96	11,00 (5,00 - 18,00)	t=0,696	0,490
Ctq Toplam Puanı	37,63 ± 8,58	36,50 (25,00 - 60,00)	36,00 ± 8,03	36,00 (25,00 - 56,00)	t=0,601	0,551
Benlik Saygısı Skoru	3,00 ± 1,96	2,50 (0,00 - 6,00)	3,08 ± 1,61	3,00 (1,00 - 5,00)	U=237	0,825
Bilişsel Esneklik Alternatifler	38,39 ± 7,58	38,00 (19,00 - 52,00)	42,77 ± 9,70	40,00 (29,00 - 62,00)	t=-1,67	0,101
Bilişsel Esneklik Kontrol	14,84 ± 3,95	15,50 (8,00 - 22,00)	18,00 ± 6,10	17,00 (8,00 - 28,00)	t=-1,746	0,100
Bilişsel Esneklik Toplam Skor	53,24 ± 10,00	52,00 (29,00 - 73,00)	60,77 ± 11,59	61,00 (41,00 - 82,00)	t=-2,251	0,029

t: Bağımsız iki örnek t testi, U: Mann-Whitney U test istatistiği

Ayrılma Kaygısı grubunda 1, 2 ve 3. derece akrabalarda psikiyatrik öykü varlığı ile Ctq puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 9).

Tablo 9. Ayrılma kaygısı olanlarda akrabalarda psikiyatrik öyküsü varlığına göre CTQ ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

1, 2, 3. derece akrabalarda psikiyatrik öykü						
	Var (n=28)		Yok (n=23)		Test istatistiği	P
	Ort. $\pm$ s. sapma	Ort(min-maks.)	Ort. $\pm$ s. sapma	Ort(min-maks.)		
Ctq Duygusal İstismar	7,11 $\pm$ 3,89	5,50 (5,00 - 24,00)	6,43 $\pm$ 2,76	5,00 (5,00 - 15,00)	U=288	0,484
Ctq Fiziksel İstismar	5,54 $\pm$ 1,84	5,00 (5,00 - 14,00)	5,30 $\pm$ 0,88	5,00 (5,00 - 8,00)	U=317	0,874
Ctq Cinsel İstismar	5,68 $\pm$ 1,76	5,00 (5,00 - 12,00)	5,13 $\pm$ 0,63	5,00 (5,00 - 8,00)	U=288	0,212
Ctq Fiziksel İhmal	7,14 $\pm$ 2,55	7,00 (5,00 - 18,00)	7,74 $\pm$ 2,53	7,00 (5,00 - 14,00)	U=273	0,346
Ctq Duygusal İhmal	11,79 $\pm$ 3,34	12,00 (5,00 - 17,00)	12,09 $\pm$ 4,99	11,00 (5,00 - 23,00)	t=-0,248	0,806
Ctq Toplam Puanı	37,29 $\pm$ 7,92	36,00 (25,00 - 60,00)	37,13 $\pm$ 9,12	37,00 (25,00 - 56,00)	U=310	0,820

U: Mann-Whitney U test istatistiği, t: Bağımsız iki örnek t test istatistiği

Ayrılma Kaygısı grubunda anne veya babada psikiyatrik öykü varlığı ile Ctq Cinsel İstismar puanı ve Ctq Fiziksel İhmal puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (Tablo 10).

Tablo 10. Ayrılma kaygısı grubunda anne veya babada psikiyatrik öyküsü varlığına göre CTQ ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

	Anne veya babada psikiyatrik öykü				Test istatistiği	P
	Var		Yok			
	(n=15)		(n=36)			
	Ort. $\pm$ s. sapma	Ort(min-maks.)	Ort. $\pm$ s. sapma	Ort(min-maks.)		
Ctq Duygusal İstismar	7,53 $\pm$ 4,85	6,00 (5,00 - 24,00)	6,50 $\pm$ 2,62	5,00 (5,00 - 15,00)	U=237	0,458
Ctq Fiziksel İstismar	5,93 $\pm$ 2,46	5,00 (5,00 - 14,00)	5,22 $\pm$ 0,72	5,00 (5,00 - 8,00)	U=243	0,351
Ctq Cinsel İstismar	6,27 $\pm$ 2,28	5,00 (5,00 - 12,00)	5,08 $\pm$ 0,50	5,00 (5,00 - 8,00)	U=203,5	0,008
Ctq Fiziksel İhmal	6,27 $\pm$ 1,22	6,00 (5,00 - 9,00)	7,89 $\pm$ 2,79	7,00 (5,00 - 18,00)	U=165,5	0,028
Ctq Duygusal İhmal	11,47 $\pm$ 3,64	11,00 (5,00 - 17,00)	12,11 $\pm$ 4,34	12,00 (5,00 - 23,00)	t=-0,505	0,616
Ctq Toplam Puanı	37,47 $\pm$ 8,59	36,00 (25,00 - 60,00)	37,11 $\pm$ 8,43	36,50 (25,00 - 56,00)	t=0,136	0,892

U: Mann-Whitney U test istatistiği, t: Bağımsız iki örnek t test istatistiği

ÇÇTÖ ölçeğine göre cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal maruziyeti varlığına göre hastalığın başlangıç yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi (Tablo 11).

Tablo 11. Ctq ölçeği ile hastalığın başlangıç yaşının ilişkisinin incelenmesi

Hastalığın başlangıç yaşı					
	n	Ort. ± s. sapma	Ort. (min. - maks.)	Test istatistiği	P
Ctq Duygusal istismar					
Var	12	23,58 ± 9,40	19,00 (16,00 - 45,00)	U=203,5	0,497
Yok	39	25,33 ± 9,76	23,00 (8,00 - 50,00)		
Ctq Fiziksel istismar					
Var	7	28,57 ± 7,30	30,00 (18,00 - 39,00)	U=99,0	0,138
Yok	44	24,34 ± 9,88	20,00 (8,00 - 50,00)		
Ctq Cinsel istismar					
Var	5	15,20 ± 4,21	17,00 (8,00 - 18,00)	U=29,5	0,004
Yok	46	25,98 ± 9,46	24,00 (13,00 - 50,00)		
Ctq Fiziksel ihmal					
Var	19	31,00 ± 9,26	32,00 (15,00 - 45,00)	U=123,5	<0,001
Yok	32	21,31 ± 7,95	19,00 (8,00 - 50,00)		
Ctq Duygusal ihmal					
Var	23	27,96 ± 10,58	30,00 (8,00 - 45,00)	U=215,0	0,042
Yok	28	22,43 ± 8,10	20,00 (15,00 - 50,00)		
Ctq Çocukluk travması					
Var	29	26,62 ± 10,01	25,00 (8,00 - 45,00)	U=236,5	0,116
Yok	22	22,68 ± 8,79	20,00 (13,00 - 50,00)		

U: Mann-Whitney U test istatistiği

Yakın olunan birinin ölümü, çocuklukta yaşanan ve hatırlandığında hala ciddi rahatsızlık hissettiği bir olay varlığına göre hastalığın başlangıç yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (Tablo 12).

Tablo 12. Çocukluk döneminde yaşanmış travmatik olayların türü ile hastalığın başlangıç yaşının ilişkisinin incelenmesi

Hastalığın başlangıç yaşı					
	n	Ort. ± s. sapma	Ort. (min. - maks.)	Test istatistiği	P
Çocuklukta yakın olduğu birinin ciddi sağlık sorunu yaşaması					
Var	13	22,15 ± 8,14	20,00 (8,00 - 39,00)	U=209,5	0,417
Yok	38	25,87 ± 9,99	24,00 (13,00 - 50,00)		
Çocuklukta yakın olduğu birinin ölümü					
Var	20	21,10 ± 8,01	18,50 (8,00 - 41,00)	U=188,5	0,019
Yok	31	27,39 ± 9,87	25,00 (15,00 - 50,00)		
Çocuklukta herhangi bir doğal felaket yada kaza yaşama					
Var		24,95 ± 7,95	20,00 (17,00 - 43,00)	U=280,5	0,508
Yok	30	24,90 ± 10,76	22,00 (8,00 - 50,00)		
Çocuklukta aile bireyleri dışındaki kişiler tarafından travmatik olaya maruz kalma					
Var	12	21,25 ± 8,31	18,50 (8,00 - 41,00)	U=163,5	0,117
Yok	39	26,05 ± 9,80	22,00 (13,00 - 50,00)		
Çocuklukta başkasının yaşadığı travmatik olaya şahit olma					
Var	13	22,15 ± 10,94	18,00 (8,00 - 45,00)	U=168,5	0,089
Yok	38	25,87 ± 9,08	24,00 (15,00 - 50,00)		
Çocuklukta yaşadığı, hatırladığında ciddi rahatsızlık hissettiği bir olay					
Var	15	20,13 ± 7,63	18,00 (8,00 - 39,00)	U=147,0	0,011
Yok	36	26,92 ± 9,74	25,00 (15,00 - 50,00)		

U: Mann-Whitney U test istatistiği

Grup ayrımı yapmaksızın ayrılma kaygısı grubu ve kontrol grubu birlikte ele alındığında Hamilton Anksiyete Skoru ile Ctq Duygusal İhmal puanı arasında ($r=0,506$; $p<0,001$) ve Ctq Toplam Puanı arasında ($r=0,480$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki tespit edildi. Hamilton Anksiyete Skoru ile Ctq Duygusal İstismar, Ctq Fiziksel İstismar, Ctq Fiziksel İhmal puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulundu (Tablo 13).

Grup ayrımı yapmaksızın ayrılma kaygısı grubu ve kontrol grubu birlikte ele alındığında Hamilton Depresyon Skoru ile Ctq Duygusal İhmal puanı arasında ($r=0,499$; $p<0,001$) ve Ctq Toplam Puanı arasında ($r=0,476$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki saptandı. Hamilton Depresyon Skoru ile Ctq Duygusal İstismar, Ctq Fiziksel İstismar, Ctq Fiziksel İhmal puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edildi. Benlik Saygısı Skoru ile Ctq Duygusal İstismar puanı arasında ($r=0,409$; $p<0,001$), Ctq Duygusal İhmal puanı arasında ($r=0,449$; $p<0,001$) ve Ctq Toplam Puanı arasında ($r=0,5$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki bulundu. Benlik Saygısı Skoru ile Ctq Fiziksel İstismar puanı, Ctq Fiziksel İhmal puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edildi (Tablo 13).

Grup ayrımı yapmaksızın ayrılma kaygısı grubu ve kontrol grubu birlikte ele alındığında Bilişsel Esneklik Alternatifler alt ölçek puanı ile Ctq Duygusal İhmal puanı arasında ($r=-0,542$; $p<0,001$) ve Ctq Toplam Puanı arasında ($r=-0,542$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki saptandı. Bilişsel Esneklik Alternatifler alt ölçek puanı ile Ctq Duygusal İstismar puanı, Ctq Fiziksel İstismar puanı, Ctq Fiziksel İhmal puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki bulundu. Bilişsel Esneklik Kontrol alt ölçek puanı ile Ctq Duygusal İhmal puanı arasında ($r=-0,505$; $p<0,001$) ve Ctq Toplam Puanı arasında ($r=-0,501$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki saptandı. Bilişsel Esneklik Kontrol alt ölçek puanı ile Ctq Duygusal İstismar puanı ve Ctq Fiziksel İhmal puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki bulundu (Tablo 13).

Grup ayrımı yapmaksızın ayrılma kaygısı grubu ve kontrol grubu birlikte ele alındığında Bilişsel Esneklik Toplam Skor ile Ctq Duygusal İhmal puanı arasında ($r=-0,583$; $p<0,001$) ve Ctq Toplam Puanı arasında ($r=-0,581$; $p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki saptandı. Bilişsel Esneklik Toplam Skor ile Ctq Duygusal İstismar puanı, Ctq Fiziksel İstismar puanı, Ctq Fiziksel İhmal puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edildi (Tablo 13).

Tablo 13. Grup ayrımı yapmaksızın CTQ toplam ve alt boyut puanları ile diğer ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Ctq Duygusal İstismar	Ctq Fiziksel İstismar	Ctq Cinsel İstismar	Ctq Fiziksel İhmal	Ctq Duygusal İhmal	Ctq Toplam Puanı
Hamilton Anksiyete Skoru	r	0,257	0,198	0,078	0,235	0,506	0,480
	p	0,009	0,046	0,438	0,017	<0,001	<0,001
Hamilton Depresyon Skoru	r	0,294	0,212	0,085	0,212	0,499	0,476
	p	0,003	0,032	0,397	0,032	<0,001	<0,001
Benlik Saygısı Skoru	r	0,409	0,279	-0,010	0,319	0,449	0,500
	p	<0,001	0,004	0,921	0,001	<0,001	<0,001
Bilişsel Esneklik Alternatifler	r	-0,333	-0,274	0,035	-0,325	-0,542	-0,542
	p	0,001	0,005	0,726	0,001	<0,001	<0,001
Bilişsel Esneklik Kontrol	r	-0,333	-0,166	-0,176	-0,210	-0,505	-0,501
	p	0,001	0,095	0,076	0,034	<0,001	<0,001
Bilişsel Esneklik Toplam Skor	r	-0,361	-0,261	-0,080	-0,308	-0,583	-0,581
	p	<0,001	0,008	0,423	0,002	<0,001	<0,001

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı

Grup ayrımı yapmaksızın ayrılma kaygısı grubu ve kontrol grubu birlikte ele alındığında yaş ile Ctq Cinsel İstismar puanı ve Ctq Fiziksel İhmal puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki bulundu. Kardeş sayısı ile Ctq Fiziksel İstismar puanı, Ctq Fiziksel İhmal puanı, Ctq Duygusal İhmal puanı ve Ctq Toplam Puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edildi. Çocuk sayısı ile Ctq Fiziksel İstismar puanı, Ctq Fiziksel İhmal puanı, Ctq Duygusal İhmal puanı ve Ctq Toplam Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı (Tablo 14).

Grup ayrımı yapmaksızın ayrılma kaygısı grubu ve kontrol grubu birlikte ele alındığında eğitim yılı ile Ctq Fiziksel İhmal puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı

negatif yönlü orta şiddette bir ilişki bulundu ($r=-0,403$; $p<0,001$), eğitim yılı ile Ctq Duygusal İhmal puanı ve Ctq Toplam Puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edildi (Tablo 14).

Tablo 14. Grup ayrımı yapmaksızın CTQ toplam ve alt boyut puanları ile sosyodemografik veriler arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Ctq Duygusal İstismar	Ctq Fiziksel İstismar	Ctq Cinsel İstismar	Ctq Fiziksel İhmal	Ctq Duygusal İhmal	Ctq Toplam Puanı
Yaş	r	-0,100	0,058	-0,208	0,285	0,175	0,133
	p	0,315	0,564	0,036	0,004	0,079	0,181
Kardeş Sayısı	r	0,050	0,214	-0,061	0,293	0,218	0,227
	p	0,621	0,031	0,541	0,003	0,028	0,022
Kaçınıcı Çocuk	r	0,074	0,132	-0,058	0,114	0,010	0,047
	p	0,461	0,187	0,563	0,256	0,923	0,640
Çocuk Sayısı	r	0,032	0,207	-0,111	0,260	0,250	0,225
	p	0,753	0,037	0,265	0,008	0,011	0,023
Eğitim Yılı	r	-0,066	-0,096	0,091	-0,403	-0,294	-0,297
	p	0,509	0,339	0,362	<0,001	0,003	0,002
Anne-babası boşandığında hastanın yaşı	r	0,632	0,775	-0,775	-0,600	-0,105	0,400
	p	0,368	0,225	0,225	0,400	0,895	0,600
Anne babası ayrı yaşadığında hastanın yaşı	r	0,103	<0,001	-0,707	0,289	-0,359	-0,500
	p	0,870	1,000	0,182	0,638	0,553	0,391
Annesi öldüğünde hastanın yaşı	r	-0,213	-0,265	---	-0,091	-0,327	-0,234
	p	0,397	0,288	---	0,720	0,186	0,351
Babası öldüğünde hastanın yaşı	r	-0,341	-0,216	---	-0,029	0,051	-0,047
	p	0,076	0,270	---	0,884	0,796	0,812

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı

Ayrılma kaygısı grubunda Benlik Saygısı Skoru ile Ctq Duygusal İstismar puanı ve Ctq Toplam Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulundu. Bilişsel Esneklik Kontrol alt ölçek puanı ile Ctq Duygusal İstismar puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki bulundu. Bilişsel Esneklik Toplam Skor ile Ctq Duygusal İhmal puanı ve Ctq Toplam Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki saptandı (Tablo 15).

Tablo 15. Ayrılma kaygısı grubunda CTQ toplam ve alt boyut puanları ile diğer ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Ctq Duygusal İstismar	Ctq Fiziksel İstismar	Ctq Cinsel İstismar	Ctq Fiziksel İhmal	Ctq Duygusal İhmal	Ctq Toplam Puanı
Hamilton Anksiyete Skoru	r	-0,088	0,208	-0,150	0,167	0,211	0,187
	p	0,539	0,144	0,292	0,242	0,137	0,189
Hamilton Depresyon Skoru	r	0,123	0,098	-0,019	-0,041	0,125	0,134
	p	0,388	0,492	0,893	0,774	0,382	0,350
Benlik Saygısı Skoru	r	0,300	0,216	-0,258	0,126	0,246	0,320
	p	0,033	0,129	0,068	0,379	0,082	0,022
Bilişsel Esneklik Alternatifler	r	-0,176	-0,229	0,185	-0,109	-0,219	-0,216
	p	0,216	0,107	0,194	0,446	0,123	0,128
Bilişsel Esneklik Kontrol	r	-0,305	-0,052	-0,099	-0,082	-0,179	-0,253
	p	0,029	0,717	0,490	0,566	0,209	0,073
Bilişsel Esneklik Toplam Skor	r	-0,270	-0,232	0,076	-0,156	-0,288	-0,322
	p	0,056	0,101	0,597	0,274	0,040	0,021

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı

Ayrılma kaygısı grubunda yaş ile Ctq Duygusal İhmal puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulundu. Yaş ile Ctq Fiziksel İhmal puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki tespit edildi ($r=0,479$; $p<0,001$) (Tablo 16).

Ayrılma kaygısı grubunda kardeş sayısı ile Ctq Fiziksel İstismar puanı, Ctq Duygusal İhmal puanı ve Ctq Toplam Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı. Kardeş sayısı ile Ctq Fiziksel İhmal puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki saptandı ($r=0,556$; $p<0,001$) (Tablo 16).

Ayrılma kaygısı grubunda kişinin kaçınıcı çocuk olduğu ile Ctq Fiziksel İhmal puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulundu. Çocuk sayısı ile Ctq Fiziksel İstismar puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edildi. Çocuk sayısı ile Ctq Fiziksel İhmal puanı arasında ($r=0,538$; $p<0,001$), Ctq Duygusal İhmal puanı arasında ($r=0,449$; $p=0,001$) ve Ctq Toplam Puanı arasında ($r=0,426$; $p=0,002$) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki tespit edildi (Tablo 16).

Ayrılma kaygısı grubunda eğitim yılı ile Ctq Fiziksel İhmal puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki saptandı ($r=-0,528$; $p<0,001$). Eğitim yılı ile Ctq Duygusal İhmal puanı ve Ctq Toplam Puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki bulundu (Tablo 16).

Ayrılma kaygısı grubunda hastalığın başlangıç yaşı ile Ctq Fiziksel İhmal puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki bulundu ($r=0,521$; $p<0,001$). Hastalığın başlangıç yaşı ile Ctq Cinsel İstismar puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki bulundu (Tablo 16).

Ayrılma kaygısı grubunda tedaviye başlama yaşı ile Ctq Fiziksel İhmal puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki bulundu ($r=0,565$; $p<0,001$). Tedaviye başlama yaşı ile Ctq Toplam Puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edildi (Tablo 16).

Tablo 16. Ayrılma kaygısı grubunda CTQ toplam ve alt boyut puanları ile sosyodemografik veriler arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Ctq Duygusal İstismar	Ctq Fiziksel İstismar	Ctq Cinsel İstismar	Ctq Fiziksel İhmal	Ctq Duygusal İhmal	Ctq Toplam Puanı
Yaş	r	-0,052	0,117	-0,197	0,479	0,304	0,220
	p	0,716	0,413	0,165	<0,001	0,030	0,122
Kardeş Sayısı	r	0,071	0,326	-0,045	0,556	0,394	0,384
	p	0,621	0,020	0,753	<0,001	0,004	0,005
Kaçınıcı Çocuk	r	0,031	0,138	-0,077	0,343	0,169	0,174
	p	0,832	0,335	0,592	0,014	0,235	0,222
Çocuk Sayısı	r	0,099	0,335	-0,136	0,538	0,449	0,426
	p	0,489	0,016	0,342	<0,001	0,001	0,002
Eğitim Yılı	r	-0,081	-0,036	0,177	-0,528	-0,351	-0,300
	p	0,572	0,803	0,215	<0,001	0,012	0,033
Anne-babası boşandığında hastanın yaşı	r	0,632	0,775	-0,775	-0,600	-0,105	0,400
	p	0,368	0,225	0,225	0,400	0,895	0,600
Anne-babası ayrı yaşadığında hastanın yaşı	r	0,800	0,258	-0,775	<0,001	0,316	<0,001
	p	0,200	0,742	0,225	1,000	0,684	1,000
Annesi öldüğünde hastanın yaşı	r	-0,433	-0,363	---	-0,410	-0,667	-0,410
	p	0,467	0,548	---	0,493	0,219	0,493
Babası öldüğünde hastanın yaşı	r	-0,235	-0,062	---	0,120	0,115	0,109
	p	0,398	0,826	---	0,670	0,684	0,699
Hastalığın Başlangıç Yaşı	r	-0,113	0,212	-0,379	0,521	0,229	0,200
	p	0,429	0,135	0,006	<0,001	0,106	0,159
Tedaviye Başlama Yaşı	r	-0,028	0,217	-0,059	0,565	0,285	0,302
	p	0,853	0,143	0,693	<0,001	0,052	0,039

Ayrılma kaygısına etki eden risk faktörleri binary lojistik regresyon analizi ile Univariate ve Multivariate model olarak incelendi. Multivariate model sonuçları incelendiğinde univariate modelde anlamlı elde edilen risk faktörleri Backward: Wald yöntemi kullanılarak multivariate modele dahil edildi. Univariate modelle çalışılan risk faktörlerinden p değeri 0,25'in altında olanlar tabloda gösterildi. Analiz sonucunda Hamilton Depresyon Skoru bir birim artığında ayrılma kaygısı riskinin 7,583 kat arttığı bulundu (p=0,014). Bilişsel Esneklik Alternatifler bir birim artığında ayrılma kaygısı riskinin 0,715 kat azaldığı bulundu (p=0,023) (Tablo 17).

Tablo 17. Ayrılık anksiyetesine etki eden risk faktörlerinin binary lojistik regresyon analizi ile incelenmesi

	Univariate		Multivariate	
	OR (%95 CI)	p	OR (%95 CI)	p
Hamilton Depresyon Skoru	2,901 (1,824 - 4,612)	<0,001	7,583 (1,518 - 37,874)	0,014
Ctq Duygusal İstismar	1,284 (1,004 - 1,643)	0,047		
Ctq Fiziksel İstismar	1,95 (0,793 - 4,794)	0,146		
Ctq Cinsel İstismar	1,412 (0,865 - 2,305)	0,167		
Ctq Fiziksel İhmal	1,383 (1,076 - 1,776)	0,011		
Ctq Duygusal İhmal	1,461 (1,252 - 1,706)	<0,001	2,391 (0,965 - 5,926)	0,06
Ctq Toplam Puanı	1,216 (1,112 - 1,33)	<0,001	0,742 (0,524 - 1,051)	0,093
Benlik Saygısı Skoru	3,717 (2,138 - 6,46)	<0,001		
Bilişsel Esneklik Alternatifler	0,798 (0,734 - 0,869)	<0,001	0,715 (0,535 - 0,954)	0,023
Bilişsel Esneklik Kontrol	0,711 (0,626 - 0,806)	<0,001		
Bilişsel Esneklik Toplam Skor	0,817 (0,756 - 0,881)	<0,001		
Çalışma durumu	0,433 (0,192 - 0,979)	0,044		
Anne babanın ayrı yaşaması	4,255 (0,459 - 39,463)	0,203		
Annenin hayatta olmaması	3,147 (1,03 - 9,62)	0,044		
Kendisinde kronik hastalık varlığı	3,147 (1,03 - 9,62)	0,044		
Ailde psikiyatrik öykü varlığı	9,13 (3,31 - 25,189)	<0,001		
Anne ya da babada psikiyatrik öykü	6,667 (1,794 - 24,776)	0,005		
Ctq çocukluk travması varlığı	21,091 (5,798 - 76,723)	<0,001		
Çocuklukta başkasının yaşadığı travmatik olaya şahit olma	3,147 (1,03 - 9,62)	0,044		
Çocuklukta yaşadığı, hatırladığında rahatsızlık hissettiği bir olay	3,125 (1,101 - 8,87)	0,032		

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda Yetişkin Ayrılma Kaygısı Bozukluğu ile bilişsel esneklik, benlik saygısı ve çocukluk çağı travmalarının ilişkisinin araştırılması ve özellikle yetişkin popülasyonda sınırlı sayıda çalışma bulunan bu alanda, literatüre katkıda bulunulması hedeflenmiştir. Çalışmamızda YAKB tanılı hastaların sağlıklı kontrol grubu ile kıyaslandığında benlik saygısı ve bilişsel esneklik düzeylerinin daha düşük olduğu, daha yüksek oranda çocukluk çağı travması bildirdikleri saptanmıştır. Ayrılma kaygısını etkileyen risk faktörlerine baktığımızda ise depresyonun şiddeti arttıkça ve bilişsel esneklik düzeyi azaldıkça ayrılma kaygısı riskinin arttığı saptanmıştır.

Bilişsel Esneklik düzeyinin, hem kontrol hem de alternatifler alt boyutları olmak üzere, ayrılma kaygısı grubunda sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Kişilerin bilişsel esnekliği arttıkça; yeni durumlara daha kolay uyum sağlayabileceği, problemler karşısında daha fazla alternatif çözümler bulabileceği, zor durumları daha üstesinden gelinebilir olarak değerlendirebileceği literatürde daha önce de öne sürülmüştür (163,183). Bu veriler bize kişilerin bilişsel esneklik düzeyi arttıkça ayrılmaya ilişkin olumsuz inanışların daha az olacağı, bağlandığı kişilerin bulunmadığı yeni ortamlara daha kolay adapte olabileceği, bu sayede ayrılma kaygısı geliştirme ihtimalinin daha düşük olacağını düşündürmektedir. Çalışmamızda da bilişsel esnekliğin alternatifler alt boyutu düzeyi arttıkça ayrılma kaygısı gelişme riskinin azaldığı bulunmuştur. Bilişsel esneklikteki azalmanın kaygı bozukluğu gelişiminde bir öncül olabileceği (177), her iki durumun benzer nörokimyasal özelliklere sahip olduğu (177), bilişsel esnekliğin anksiyete semptomları ve depresif semptomlarla ilişkili olduğunu belirten çalışmalar (175) teorimizi desteklemektedir, ancak literatürü taradığımız kadarıyla spesifik olarak yetişkin ayrılma kaygısı bozukluğu tanısı almış hastalarla ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Çalışmamız bu yönden diğer çalışmalardan farklılık göstermektedir.

Çalışmamızda ayrılma kaygısı grubunda benlik saygısı düzeyinin sağlıklı gruba göre anlamlı olarak daha düşük olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu sonuç literatürle paralellik göstermektedir (131, 151, 152). Fennel'in yaptığı bir çalışmada kronik kaygı bozukluğunun, gerçekçi bir benlik yapısına sahip kişilerde bile zamanla

benlik saygısında azalmaya neden olabileceği belirtilmiştir (195). Bazı çalışmalarda ise benlik saygısının anksiyeteye karşı koruyucu etkisinin olduğu bildirilmektedir (196). Benlik saygısının düşük olması mı anksiyeteye neden oluyor, yoksa anksiyete mi düşük benlik saygısını doğuruyor, bu ilişkinin yönü bilinmemekle birlikte, diğer kaygı bozukluklarına benzer bir şekilde yetişkin ayrılma kaygısı bozukluğu ile benlik saygısı arasında bir ilişki olduğu çalışmamızda saptanmıştır. Maldonado ve arkadaşlarının ergenlik dönemindeki çocuklar ile yaptığı bir çalışmada ise bulgularımızın aksine, benlik saygısı ile AKB ilişkili bulunmamıştır (197).

Çalışmamızda ÇÇTÖ kullanarak değerlendirdiğimiz çocukluk çağı travmaları maruziyeti, duygusal ihmal ve istismar maruziyetleri; ayrılma kaygısı tanısı alanlarda sağlıklı gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrılma kaygısı semptomlarının, erken çocukluktaki ailesel sıkıntılar, büyük felaketlere maruz kalma gibi durumlar ile daha sonra gelişen yetişkin ruhsal bozukluklarının başlangıcı arasındaki ilişkilere aracılık edebileceği daha önce de öne sürülmüştür (68, 198, 199). Mertol ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada YAKB hastalarında sağlıklı kontrollere göre duygusal istismar maruziyeti daha fazla bulunmuştur ancak aldığımız sonuçtan farklı olarak duygusal ihmal maruziyeti ile anlamlı farklılık saptanmamıştır (39).

Çocukluk döneminde aile bireylerinin dışındaki kişiler tarafından psikolojik ya da fiziksel şiddet, cinsel istismar gibi travmatik durumlara maruz kalma durumu ayrılma kaygısı grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek oranda bildirilmiştir. Literatürü taradığımız kadarıyla çalışmalar daha çok aile içindeki istismar ve ihmal durumuna odaklanmış olup, çalışmamız bu konuda daha kapsamlı veriye sahiptir.

Ayrılma kaygısı bozukluğu gelişiminde çevresel faktörlerin etkisi bilinmektedir. Bir çalışmada ebeveynlerin boşanması, yeni bir eve taşınma veya okul değiştirme, bağlandığı kişilerin önemli hastalıklarına şahit olma, ebeveyn kaybı gibi stressör olaylar ayrılma kaygısı gelişimine neden olan çevresel faktörler olarak ileri sürülmüştür (5). Çalışmamızda anne-baba boşanma öyküsü gruplara göre anlamlı farklılık göstermektedir. Ayrılma kaygısı grubunda anne baba boşanma oranı %7,8 iken, sağlıklı grupta boşanma gözlemlenmemiştir.

ÇÇTÖ kullanılarak çocukluk çağı travmaları ile benlik saygısı düzeyi arasındaki ilişki vaka ve sağlıklı kontrol grubu birlikte değerlendirildiğinde, çocukluk çağı travması olanların, duygusal istismar ve duygusal ihmale uğrayanların daha düşük benlik saygısı düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Ebeveynlerinden yeterince yakınlık göremeyen, duygusal ihmale uğrayan çocuğun, bunun nedeninin kendisi veya yaptıklarından kaynaklandığını düşünmeye başlayacağı, bunun da kendini eleştirmesine, yetersiz bulmasına ve benlik saygısında azalmaya yol açabileceği bir çalışmada belirtilmiştir (200). Sosyal kaygı bozukluğu tanılı bireylerde yapılan bir çalışmada da benzer şekilde duygusal istismar ve ihmal maruziyeti ile düşük benlik saygısı ilişkili bulunmuş; bu ilişkiye cinsel istismar, fiziksel istismar ve fiziksel ihmal maruziyetinde rastlanılmamıştır (201). Bir diğer çalışmada 579 üniversite öğrencisinde çocukluk çağı travmalarıyla benlik saygısı düzeyi arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (202).

Çalışmamızda vaka ve sağlıklı kontrol grubu birlikte değerlendirildiğinde, ÇÇTÖ'ye göre çocukluk çağı travması ve duygusal ihmal maruziyeti arttıkça bilişsel esneklik düzeylerinin hem kontrol hem alternatifler boyutu yönünden azaldığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalara göre çocukluktaki olumsuz yaşam olayları kişide çaresizlik, yetersizlik duygularını pekiştirebilmektedir ve bu durum değişen durumlar karşısında yeni çözümler geliştirilmesinde, durumların kontrol edilebilir algılanmasında sorunlara yol açmaktadır (203, 204). Duygusal ihmale uğramış bireyin çocukluğunda deneyimlediği yeterince iyi olmadığı için kendinden utanma hisleri, zor durumlarda hiçbir şey yapamayacağına dair olumsuz inanışlara sahip olmasına neden olabileceği için bilişsel esnekliğinin düşük olması beklenebilecek bir sonuçtur. Çalışmamızda ortaya koyduğumuz çocukluk çağı travması ile bilişsel esneklik ilişkisi literatürle uyumludur ancak bizim çalışmamızda fiziksel ihmal ve istismar ile bilişsel esneklik ilişkisi zayıf bulunsa da bu ilişkinin güçlü olarak saptandığı çalışmalar da mevcuttur (205).

Çalışmamızda ÇÇTÖ'ye göre çocukluk çağı travması olanlarda ve duygusal ihmale uğrayanlarda anksiyete ve depresyon şiddetinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çocukluk çağı travmasının şiddeti ile depresyonun daha erken başlaması arasında ve depresif belirtilerin şiddeti arasında anlamlı bir ilişki olduğu çeşitli

çalışmalarda gösterilmiştir (206, 207). Benzer şekilde anksiyete belirtileriyle çocukluk çağı travmalarının da ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (105, 115). Cougle ve arkadaşlarının çalışmasında fiziksel ve cinsel istismarın kaygı bozukluğu belirti şiddetini arttırdığı belirlenmiştir (208).

Çalışmamızda, psikiyatrik komorbiditesi olan hastaların ÇÇTÖ'ye göre cinsel istismar maruziyetleri, komorbiditesi bulunmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çocukluk çağı cinsel istismar maruziyetinin, erişkinlikte kaygı bozukluklarının yanısıra madde kullanım bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), kişilik bozuklukları, psikotik ve affektif bozukluklar gelişimine yol aćtıęına dair literatür bilgisi mevcuttur (209), bu nedenle psikiyatrik komorbiditenin beklenebilecek bir durum olduğu düşünölmüştür.

Çalışmamızda ayrılma kaygısı grubunda, ÇÇTÖ'ye göre çocukluk çağı travması ve fiziksel ihmal maruziyeti erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Bozgun ve Pekdoğan'ın çalışmasında da benzer şekilde fiziksel ihmal erkeklerde daha fazla görölmüştür (210). Literatürde genel popölasyonda çocukluk çağı travmalarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin çalışmalarda tutarlı sonuçlara rastlanmamıştır; bazı çalışmalarda erkeklerde bazı çalışmalarda ise kadınlarda daha sık saptanmış olup, anlamlı farklılık saptanmayan çalışmalar da mevcuttur (211-213).

Çalışmamızda ayrılma kaygısı grubunda, evlilerin, ÇÇTÖ ile değerlendirdiğimizde çocukluk çağı travması, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal, fiziksel istismar maruziyeti bekarlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Benzer bir sonuç, çocukluk çağında ihmale uğramış yetişkinlerde romantik partnerle birlikte yaşama oranının yüksek bulunduğu bir çalışmada da alınmıştır (214). Ancak bu çalışmada çocukluğunda ihmale uğramış kişilerin, kontrol grubuna göre ilişkilerini sürdürmede daha az başarılı oldukları bulunmuştur.

Ayrılma kaygısı grubunda ÇÇTÖ ile değerlendirdiğimizde fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve toplamda çocukluk çağı travma maruziyeti daha fazla olan kişilerin çocuk sayılarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bulduk. Bir çalışmada

çocukluğunda ihmale ve istismara uğramış kişilerin, anne-baba olduklarında duygusal yönden olgunlaşmamış ebeveynler olacağı ve kendi çocuklarını duygusal olarak doyurmak yerine onlardan anlayış, teselli, güven, bakım, sevgi ve koruma bekleyecekleri, duygusal açlıklarını onlar aracılığıyla gidermeye çalışacakları ileri sürülmüştür (215). Bu nedenle bu kişilerin sahip oldukları çocuk sayısının daha yüksek olması beklenebilecek bir sonuçtur.

Çalışmamızda ayrılma kaygısı grubunda anne veya babada psikiyatrik öykü varlığı olanlarda cinsel istismar ve fiziksel ihmale daha fazla maruz kaldıkları bulunmuştur. Ailede, özellikle de anne-babada psikiyatrik bozukluk bulunması literatürde de çocukluk çağı travması risk etkenleri içinde önemli bir yere sahiptir (216).

Çalışmamızda ayrılma kaygısı bozukluğu tanısı almış grupta 1,2 ve 3. derece akrabalarda psikiyatrik öykü oranı sağlıklı gruba göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yalnızca anne ve babada psikiyatrik öykü varlığı da gruplara göre farklılık göstermektedir. Bu konuda yetişkinlerde yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bir çalışmada annede ayrılma kaygısı olması ile çocukta görülen ayrılma kaygısı görülmesi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (217). Bernstein ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da annenin yaygın anksiyete bozukluğu ve fobik bozukluk tanılarına sahip olması ile çocuklarında ayrılma kaygısı görülmesi ilişkili bulunmuştur (218). Yine, ebeveynlerde görülen bozuklukların çocukta AKB için risk oluşturduğu gösterilen çalışmalar mevcuttur (219,220).

Çalışmamızda çocukluğunda; ebeveynlerinde boşanma öyküsü olanlarda, yakın olduğu birini kaybedenlerde, hatırladığında hala ciddi rahatsızlık hissetmesine neden olan bir olay yaşamış olanlarda ve cinsel istismar maruziyeti olanlarda olmayanlara göre hastalık başlangıç yaşının anlamlı olarak daha erken olduğu bulunmuştur. Çocuklukta yaşanan bu durumlar hem travmatik etkileri ve buna bağlı kırılganlığa neden olabilmeleri hem de erken yaşta ayrılığa şahit olmaya neden olmalarıyla, ayrılma kaygısının daha erken başlaması beklenebilecek bir sonuçtur ve literatürle de uyumludur (5). Fiziksel ihmal ve duygusal ihmal maruziyeti olanlarda ise hastalık başlangıç yaşının anlamlı olarak daha geç olduğu bulundu. Çocukluk

çağında duygusal ihmale maruz kalma ile kayıtsız bağlanma stili arasında anlamlı bir ilişki olduğu bir çalışmada saptanmıştır (221). Başka bir çalışmada ise bu kişilerin hayal kırıklığı yaşamamak için yakın ilişkilerden uzak durabileceği belirtilmiştir (222). Ayrılma kaygısının başlangıç yaşının ihmale uğrayanlarda daha geç olması bununla ilişkilendirilebilir. İstismar ile saplantılı bağlanma gelişmesi arasında bir ilişki olduğunu ve çocukluğunda istismara uğrayan kişilerin ilişkileriyle ilgili çok fazla düşünme eğiliminde olduklarını ileri süren bir çalışma mevcuttur (223). Bu bulgular cinsel istismar maruziyetinde hastalık başlangıç yaşının daha erken olmasını; duygusal ve fiziksel ihmal maruziyetinde ise daha geç olmasını kısmen açıklayabilir.

Çalışmamızda psikiyatrik komorbiditesi olan hastaların anksiyete şiddetinin, komorbiditesi bulunmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek; bilişsel esneklik düzeylerinin anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur. Ayrılma kaygısına ek psikiyatrik bozuklukların, özellikle de diğer kaygı bozukluklarının eşlik etmesiyle anksiyete şiddetinin artması ve komorbid durumlarda bilişsel esneklik düzeyinin düşük olması beklenen bir sonuç olmuştur.

Çalışmamıza katılan hastalar ve kontrol grubu sosyodemografik açıdan incelendiğinde hasta grubunun 78,4'ü kadın, %21,6'sı erkekti. Anksiyete kliniklerinde yapılan çalışmalarda kadınlarda YAKB görülme sıklığı erkeklerden 2-3 kat daha fazla bulunmuştur (23). Bizim çalışmamızda bu oran daha fazladır (3,6 kat). Bu durum, çalışmanın yapıldığı bölgenin kültürel özellikleri nedeniyle erkeklerin daha az tedavi arayışından ve ayrılma ile ilgili kaygılarını saklama eğilimlerinden kaynaklanıyor olabilir. Gruplar arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış olup, literatürdeki YAKB hastalarının sağlıklı kontrollere göre bekar-boşanmış olma oranlarının daha yüksek olduğu çalışmalardan farklı bir sonuç alınmıştır (6).

Çalışmamızın kesitsel bir tasarımının olması, hastalarla ilgili bilgilerin yalnızca kendilerinden alınması, kullanılan bazı ölçeklerin öz bildirime dayanması nedeniyle objektifliğin daha sınırlı olması, travmanın ölçek sorularıyla değerlendirilmesi, örneklem büyüklüğü yeterli olsa da, bazı yordayıcı ek araştırmalara olanak tanımaması çalışmamızın kısıtlılıklarıdır. Çocukluk çağı travmaları

ölçeğinin travmaları ölçmekte yeterli olmaması nedeniyle sosyodemografik veri formumuzda travmayla ilgili daha geniş kapsamlı sorular sormaya çalıştık. Çalışmamızın, benzer çalışmaların çoğunluğunun aksine, klinik popülasyonunda yapılması, yetişkin ayrılma kaygısının etyolojisine özellikle de çocukluk çağı travmalarının bu bozuklukla yakından ilişkisine odaklanması, sosyodemografik veri formumuzdaki ek sorularla travmaya dair, birçok çalışmadan daha geniş kapsamlı değerlendirmemizin bulunması güçlü yönlerindendir. Çalışmamız YAKB ile ilgili az sayıda yapılmış olan çalışmalara yeni sonuçlar ekleyerek bu alanda yapılacak gelecekteki araştırmalara duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır.

Sonuç ve Öneriler

- 1) Çalışmamızda, yetişkin ayrılma kaygısı bozukluğu tanısı olanların sağlıklı kişilere göre daha düşük benlik saygısına sahip oldukları saptanmıştır.
- 2) Ayrılma kaygısı bozukluğu tanısı alanların sağlıklı kişilere göre daha düşük bilişsel esnekliğe sahip olduğu saptanmıştır.
- 3) Ayrılma kaygısı bozukluğu tanısı alanların sağlıklı kişilere göre daha fazla çocukluk çağı travmasına maruz kalmış olduğu saptanmıştır.
- 4) Duygusal istismara, duygusal ihmale ve çocukluk çağı travmasına daha fazla maruz kalan kişilerin anlamlı olarak daha düşük benlik saygılarının olduğu bulunmuştur.
- 5) Duygusal İhmal ve çocukluk çağı travma maruziyeti daha yüksek olan kişilerin bilişsel esneklik düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur.
- 6) Duygusal İhmal ve çocukluk çağı travma maruziyeti daha yüksek olan kişilerin depresyon ve anksiyete belirti şiddetinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- 7) Depresyon şiddeti arttıkça ve bilişsel esneklik düzeyleri azaldıkça ayrılma kaygısı bozukluğu görülme riskinin arttığı saptanmıştır.

İlerde yapılacak çalışmalarda, travma öyküsünün daha kapsamlı olarak ele alınması, aile üyelerinden de ayrıntılı bilgi alınması, travmayla psikiyatrik bozuklukların ilişkisini ele alan nitel ve nicel çalışma yöntemlerinin birlikte

kullanılması ve daha yüksek sayıda hastayı kapsayan, çok merkezli, daha geniş popölasyonlara ulaşılması literatüre önemli katkılar sağlayabilir. Ayrılma kaygısı bozukluğuna her ne kadar erişkinlikte yeteri kadar dikkat ve önem atfedilmese de, yaygınlığı ve bireyin işlevselliğini ne derece etkilediğı ile ilgili çalışmaların yapılması bu bozukluğun gözden kaçırılmamasına ve tedavisine de katkı sağlayacaktır.



KAYNAKÇA

1. Zhang A, Park S, Sullivan JE, Jing S. The effectiveness of problem-solving therapy for primary care patients' depressive and/or anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2018;31(1):139-50.
2. Bowlby J. Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger. *Attachment and Loss: Volume II: Separation, Anxiety and Anger*: London: The Hogarth press and the institute of psycho-analysis; 1973. p. 1-429.
3. Manicavasagar V, Marnane C, Pini S, Abelli M, Rees S, Eapen V, et al. Adult separation anxiety disorder: a disorder comes of age. *Current psychiatry reports*. 2010;12(4):290-7.
4. Cyranowski JM, Shear MK, Rucci P, Fagiolini A, Frank E, Grochocinski VJ, et al. Adult separation anxiety: psychometric properties of a new structured clinical interview. *Journal of psychiatric research*. 2002;36(2):77-86.
5. Seligman LD, Wuyek LA. Correlates of separation anxiety symptoms among first-semester college students: An exploratory study. *The Journal of psychology*. 2007;141(2):135-45.
6. Shear K, Jin R, Ruscio AM, Walters EE, Kessler RC. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(6):1074-83.
7. David D, Giron A, Mellman TA. Panic-phobic patients and developmental trauma. *The Journal of clinical psychiatry*. 1995.
8. Friedman S, Smith L, Fogel D, Paradis C, Viswanathan R, Ackerman R, et al. The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: a comparison with other psychiatric outpatients. *Journal of anxiety disorders*. 2002;16(3):259-72.
9. Arata CM, Langhinrichsen-Rohling J, Bowers D, O'Brien N. Differential correlates of multi-type maltreatment among urban youth. *Child abuse & neglect*. 2007;31(4):393-415.

10. Draijer N, Langeland W. Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*. 1999;156(3):379-85.
11. Gibb BE, Chelminski I, Zimmerman M. Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and anxiety*. 2007;24(4):256-63.
12. Mancini C, Van Ameringen M, MacMillan H. Relationship of childhood sexual and physical abuse to anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1995.
13. Yörükoğlu A. Gençlik Çağı: Ruhsağılığı ve Ruhsal sorunları. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları1988.
14. Ran G, Zhang Q, Huang H. Behavioral inhibition system and self-esteem as mediators between shyness and social anxiety. *Psychiatry research*. 2018;270:568-73.
15. Stevens AD. Social problem-solving and cognitive flexibility: Relations to social skills and problem behavior of at-risk young children: Seattle Pacific University; 2009.
16. Anderson P. Assessment and development of executive function (EF) during childhood. *Child neuropsychology*. 2002;8(2):71-82.
17. Karamustafalıoğlu KO. Temel ve Klinik Psikiyatri2018. 347-53 p.
18. Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları2018. 606-7 p.
19. Manicavasagar V, Silove D. Is there an adult form of separation anxiety disorder? A brief clinical report. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1997;31(2):299-303.
20. Bögels SM, Knappe S, Clark LA. Adult separation anxiety disorder in DSM-5. *Clinical psychology review*. 2013;33(5):663-74.
21. Cyranowski JM, Shear MK, Rucci P, Fagiolini A, Frank E, Grochocinski VJ, et al. Adult separation anxiety: psychometric properties of a new structured clinical interview. *J Psychiatr Res*. 2002;36(2):77-86.
22. Silove D, Slade T, Marnane C, Wagner R, Brooks R, Manicavasagar V. Separation anxiety in adulthood: dimensional or categorical? *Comprehensive psychiatry*. 2007;48(6):546-53.

23. Pini S, Abelli M, Shear K, Cardini A, Lari L, Gesi C, 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):40-6.
24. Manicavasagar V, Silove D, Curtis J. Separation anxiety in adulthood: a phenomenological investigation. *Comprehensive psychiatry*. 1997;38(5):274-82.
25. Ollendick TH, Lease C, Cooper C. Separation anxiety in young adults: A preliminary examination. *Journal of anxiety disorders*. 1993;7(4):293-305.
26. Mayseless O, Scher A. Mother's attachment concerns regarding spouse and infant's temperament as modulators of maternal separation anxiety. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2000;41(7):917-25.
27. Wijeratne C, Manicavasagar V. Separation anxiety in the elderly. *Journal of anxiety disorders*. 2003;17(6):695-702.
28. Silove DM, Marnane CL, Wagner R, Manicavasagar VL, Rees S. The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic. *BMC psychiatry*. 2010;10(1):1-7.
29. Manicavasagar V, Silove D, Rapee R, Waters F, Momartin S. Parent–child concordance for separation anxiety: a clinical study. *Journal of affective disorders*. 2001;65(1):81-4.
30. Ogliari A, Spatola CA, Pesenti-Gritti P, Medda E, Penna L, Stazi MA, et al. The role of genes and environment in shaping co-occurrence of DSM-IV defined anxiety dimensions among Italian twins aged 8–17. *Journal of Anxiety Disorders*. 2010;24(4):433-9.
31. Van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. DRD4 7-repeat polymorphism moderates the association between maternal unresolved loss or trauma and infant disorganization. *Attach Hum Dev*. 2006;8(4):291-307.
32. Costa B, Pini S, Gabelloni P, Abelli M, Lari L, Cardini A, et al. Oxytocin receptor polymorphisms and adult attachment style in patients with depression. *Psychoneuroendocrinology*. 2009;34(10):1506-14.
33. Costa B, Pini S, Martini C, Abelli M, Gabelloni P, Landi S, et al. Ala147Thr substitution in translocator protein is associated with adult separation anxiety in patients with depression. *Psychiatric genetics*. 2009;19(2):110-1.

34. Jurbergs N, Ledley DR. Separation anxiety disorder. *Psychiatric Annals*. 2005;35(9):728-35.
35. Manicavasagar V, Silove D, Wagner R, Hadzi-Pavlovic D. Parental representations associated with adult separation anxiety and panic disorder-agoraphobia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 1999;33(3):422-8.
36. Vaughan J, Coddington JA, Ahmed AH, Ertel M. Separation anxiety disorder in school-age children: what health care providers should know. *Journal of pediatric health care*. 2017;31(4):433-40.
37. Ehrenreich JT, Santucci LC, Weiner CL. Separation anxiety disorder in youth: Phenomenology, assessment, and treatment. *Psicologia conductual*. 2008;16(3):389.
38. Atlı Ö, Bayın M, Alkın T. Hypersensitivity to 35% carbon dioxide in patients with adult separation anxiety disorder. *Journal of affective disorders*. 2012;141(2-3):315-23.
39. Mertol S, Alkın T. Temperament and character dimensions of patients with adult separation anxiety disorder. *Journal of affective disorders*. 2012;139(2):199-203.
40. Alkın T. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2010;3:53-63.
41. Quirin M, Gillath O, Pruessner JC, Eggert LD. Adult attachment insecurity and hippocampal cell density. *Social cognitive and affective neuroscience*. 2010;5(1):39-47.
42. Gillath O, Bunge SA, Shaver PR, Wendelken C, Mikulincer M. Attachment-style differences in the ability to suppress negative thoughts: Exploring the neural correlates. *Neuroimage*. 2005;28(4):835-47.
43. Vrtička P, Andersson F, Grandjean D, Sander D, Vuilleumier P. Individual attachment style modulates human amygdala and striatum activation during social appraisal. *PloS one*. 2008;3(8):e2868.
44. Kirsch P, Esslinger C, Chen Q, Mier D, Lis S, Siddhanti S, et al. Oxytocin modulates neural circuitry for social cognition and fear in humans. *Journal of neuroscience*. 2005;25(49):11489-93.

45. Pine DS, Klein RG, Coplan JD, Papp LA, Hoven CW, Martinez J, et al. Differential carbon dioxide sensitivity in childhood anxiety disorders and nonill comparison group. *Archives of General Psychiatry*. 2000;57(10):960-7.
46. Pine DS, Klein RG, Roberson-Nay R, Mannuzza S, Moulton JL, Woldehawariat G, et al. Response to 5% carbon dioxide in children and adolescents: relationship to panic disorder in parents and anxiety disorders in subjects. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(1):73-80.
47. Ogliari A, Tambs K, Harris JR, Scaini S, Maffei C, Reichborn-Kjennerud T, et al. The relationships between adverse events, early antecedents, and carbon dioxide reactivity as an intermediate phenotype of panic disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2010;79(1):48-55.
48. Roberson-Nay R, Klein DF, Klein RG, Mannuzza S, Moulton III JL, Guardino M, et al. Carbon dioxide hypersensitivity in separation-anxious offspring of parents with panic disorder. *Biological psychiatry*. 2010;67(12):1171-7.
49. Pini S, Martini C, Abelli M, Muti M, Gesi C, Montali M, et al. Peripheral-type benzodiazepine receptor binding sites in platelets of patients with panic disorder associated to separation anxiety symptoms. *Psychopharmacology*. 2005;181(2):407-11.
50. Chelli B, Pini S, Abelli M, Cardini A, Lari L, Muti M, et al. Platelet 18 kDa translocator protein density is reduced in depressed patients with adult separation anxiety. *European Neuropsychopharmacology*. 2008;18(4):249-54.
51. Abelli M, Chelli B, Costa B, Lari L, Cardini A, Gesi C, et al. Reductions in platelet 18-kDa translocator protein density are associated with adult separation anxiety in patients with bipolar disorder. *Neuropsychobiology*. 2010;62(2):98-103.
52. Nicolson NA. Childhood parental loss and cortisol levels in adult men. *Psychoneuroendocrinology*. 2004;29(8):1012-8.
53. Pesonen A-K, Räikkönen K, Feldt K, Heinonen K, Osmond C, Phillips DI, et al. Childhood separation experience predicts HPA axis hormonal responses in late adulthood: a natural experiment of World War II. *Psychoneuroendocrinology*. 2010;35(5):758-67.

54. Quirin M, Pruessner JC, Kuhl J. HPA system regulation and adult attachment anxiety: individual differences in reactive and awakening cortisol. *Psychoneuroendocrinology*. 2008;33(5):581-90.
55. Tops M, Van Peer JM, Korf J, Wijers AA, Tucker DM. Anxiety, cortisol, and attachment predict plasma oxytocin. *Psychophysiology*. 2007;44(3):444-9.
56. Meinlschmidt G, Heim C. Sensitivity to intranasal oxytocin in adult men with early parental separation. *Biological psychiatry*. 2007;61(9):1109-11.
57. Birligi. AP. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 5.Baskı. Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-V). Hekimler Yayın Birliği 2013.
58. Feriante J, Bernstein B. Separation Anxiety. StatPearls [Internet]. 2020.
59. Silove D, Momartin S, Marnane C, Steel Z, Manicavasagar V. Adult separation anxiety disorder among war-affected Bosnian refugees: Comorbidity with PTSD and associations with dimensions of trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*. 2010;23(1):169-72.
60. Loas G, Atger F, Perdereau F, Verrier A, Guelfi J-D, Halfon O, et al. Comorbidity of dependent personality disorder and separation anxiety disorder in addictive disorders and in healthy subjects. *Psychopathology*. 2002;35(4):249-53.
61. Brückl TM, Wittchen H-U, Höfler M, Pfister H, Schneider S, Lieb R. Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: results from a community study. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2007;76(1):47-56.
62. Lipsitz JD, Martin LY, Mannuzza S, Chapman TF, Liebowitz MR, Klein DF, et al. Childhood separation anxiety disorder in patients with adult anxiety disorders. *The American journal of psychiatry*. 1994.
63. Aaronson CJ, Shear MK, Goetz RR, Allen LB, Barlow DH, White KS, et al. Predictors and time course of response among panic disorder patients treated with cognitive-behavioral therapy. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2008;69(3):418-24.
64. Pini S, Abelli M, Troisi A, Siracusano A, Cassano GB, Shear KM, et al. The relationships among separation anxiety disorder, adult attachment style and

- agoraphobia in patients with panic disorder. *Journal of anxiety disorders*. 2014;28(8):741-6.
65. Ramsawh HJ, Chavira DA, Stein MB. Burden of anxiety disorders in pediatric medical settings: prevalence, phenomenology, and a research agenda. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2010;164(10):965-72.
 66. Kirsten LT, Grenyer BF, Wagner R, Manicavasagar V. Impact of separation anxiety on psychotherapy outcomes for adults with anxiety disorders. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2008;8(1):36-42.
 67. Busch FN, Milrod BL, Singer MB, Aronson AC. *Manual of panic focused psychodynamic psychotherapy—extended range*: Routledge; 2012.
 68. Milrod B, Markowitz JC, Gerber AJ, Cyranowski J, Altemus M, Shapiro T, et al. Childhood separation anxiety and the pathogenesis and treatment of adult anxiety. *American Journal of Psychiatry*. 2014;171(1):34-43.
 69. Levy KN, Ellison WD, Scott LN, Bernecker SL. Attachment style. *Journal of clinical psychology*. 2011;67(2):193-203.
 70. Ramsauer B, Gehrke J, Lotzin A, Powell B, Romer G. Attachment and attachment-based intervention: The circle of security intervention project in hamburg. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 2011;60(6):417-29.
 71. Markowitz JC, Milrod BL. The importance of responding to negative affect in psychotherapies. *American Journal of Psychiatry*. 2011;168(2):124-8.
 72. Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso JS, Weber M, Clarkin JF, et al. Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2006;74(6):1027.
 73. Mohatt J, Bennett SM, Walkup JT. Treatment of separation, generalized, and social anxiety disorders in youths. *American Journal of Psychiatry*. 2014;171(7):741-8.
 74. Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, Birmaher B, Compton SN, Sherrill JT, et al. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*. 2008;359(26):2753-66.
 75. J. H. *Travma ve iyileşme*. İstanbul: Literatür Yayıncılık.1992.

76. Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, Keck Jr PE, Denicoff KD, Nolen WA, et al. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biological psychiatry*. 2002;51(4):288-97.
77. Yurdakök K. Çocuk istismar ve ihmali, tanım ve risk faktörleri. *Katkı Pediatri Dergisi*. 2010;32(5):537-46.
78. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Acta Medica*. 2004;35(2):82-6.
79. Veltkamp LJ, Miller TW. *Clinical handbook of child abuse and neglect: International Universities Press, Inc; 1994.*
80. Ekinçi S. Fiziksel çocuk istismarı. *Katkı Pediatri Dergisi*. 2010;32(5):625-31.
81. Jones DP. *Child maltreatment*. 2008.
82. Topbaş M. İnsanın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2004;3(4):76-80.
83. Runyan D. *Child abuse and neglect by parents and other caregivers. World report on violence and health*. 2002.
84. Derman O. Adolesanlarda fiziksel ve duygusal istismar. *Katkı Pediatri Dergisi*. 2010;32(5):633-6.
85. GH H. *Adli Tıp ve Adli Bilimler*. Seçkin Yayıncılık, Ankara. 2002.
86. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Kaplan-Sadock Psikiyatri*.
87. Uygur N. *Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu*. Ankara2018.
88. Kanbur N, Akgül S. Adolesanlarda cinsel istismar ve pediatristin rolü. *Çocuk İhmal ve İstismarı-I*. 2010;32(4):491-502.
89. A. Y. *Textbook of Child Adolescent Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press1997.
90. Bays J, Chadwick D. Medical diagnosis of the sexually abused child. *Child abuse & neglect*. 1993;17(1):91-110.
91. Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O, Albayrak-Kaymak D, Uysal O, Ilter O. Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. *Child Abuse & Neglect*. 2006;30(3):247-55.
92. Güler N, Uzun S, Boztaş Z, Aydoğan S. Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2002;24(3):128-34.

93. Lynch M, Saralidze L, Gogvadze N, Zolotor A. National study on violence against children in Georgia. Tbilisi: Unicef Georgia; 2007.
94. Özdemir D. Cinsel istismar ve çocuk ruh sağlığı. *Katkı Pediatri Dergisi*. 2010;32(5):569-82.
95. Aral N, Gürsoy F. Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi*. 2001;151(5):27-54.
96. Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1999;38(10):1214-22.
97. Şar V. Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar. *Psikiyatri Temel*. 1998.
98. Reece R. Background considerations in child maltreatment. *Child Maltreatment Mosby, Newyork*. 1997:666-916.
99. Scannapieco M, Connell-Corrick K. Do collaborations with schools of social work make a difference for the field of child welfare? Practice, retention and curriculum. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 2003;7(1-2):35-51.
100. Wright MOD, Crawford E, Del Castillo D. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child abuse & neglect*. 2009;33(1):59-68.
101. UNICEF. Measuring and monitoring child protection systems: proposed core indicators for the East Asia and Pacific Region. Bangkok: UNICEF EAPRO. 2012.
102. Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, Vicente B, Rioseco P, Saldivia S. Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: results from a community sample. *Comprehensive psychiatry*. 2008;49(2):163-9.
103. Dye H. The impact and long-term effects of childhood trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 2018;28(3):381-92.
104. Burnam MA, Stein JA, Golding JM, Siegel JM, Sorenson SB, Forsythe AB, et al. Sexual assault and mental disorders in a community population. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1988;56(6):843.

105. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *Jama*. 1997;277(17):1362-8.
106. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The lancet*. 2009;373(9657):68-81.
107. Dong M, Giles WH, Felitti VJ, Dube SR, Williams JE, Chapman DP, et al. Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study. *Circulation*. 2004;110(13):1761-6.
108. Enoch M-A. The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology*. 2011;214(1):17-31.
109. Cummings M, Berkowitz SJ, Scribano PV. Treatment of childhood sexual abuse: an updated review. *Current psychiatry reports*. 2012;14(6):599-607.
110. Van der Kolk B. Developmental Trauma Disorder *Psychiatric Annals*. 2005.
111. Carr CP, Martins CMS, Stingel AM, Lemgruber VB, Juruena MF. The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *The Journal of nervous and mental disease*. 2013;201(12):1007-20.
112. Álvarez M-J, Roura P, Osés A, Foguet Q, Solà J, Arrufat F-X. Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. *The Journal of nervous and mental disease*. 2011;199(3):156-61.
113. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British journal of psychiatry*. 2010;197(5):378-85.
114. Terr LC. Remembered images and trauma: A psychology of the supernatural. *The psychoanalytic study of the child*. 1985;40(1):493-533.
115. Örsel S, Karadağ H, Kahıloğulları AK, Aktaş EA. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2011;12(2).
116. Oktan V, Şahin M. Kız ergenlerde beden imajı ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Uluslararası insan bilimleri dergisi*. 2010;7(2):543-56.

117. Overholser JC, Adams DM, Lehnert KL, Brinkman DC. Self-esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34(7):919-28.
118. Yener Ö, GÜLAÇTI F. Benlik-Kavramı ve Benliğin Gelişimi Bilen Benliğe Gerekseim Var Mı? *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2010;12(2):20-38.
119. Yazgan İnanç B. Yerlikaya EE Kişilik kuramları. Ankara, Pagem yayınevi. 2014.
120. Çobanoğlu B. Çocukluk çağında travmaya uğramış bireylerin, beliren yetişkinlik döneminde duygusal yeme davranışı ve benlik saygısı oluşumu arasındaki ilişki: İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2020.
121. Sarı M, Cenkseven F. Quality of school life and self-concept among elementary school students. *Journal of Human Sciences*. 2008;5(2).
122. Donnellan MB, Trzesniewski KH, Robins RW. Self-esteem: Enduring issues and controversies. 2011.
123. Orth U, Robins RW. The development of self-esteem. *Current directions in psychological science*. 2014;23(5):381-7.
124. Rosenberg M. Rosenberg self-esteem scale (RSE). Acceptance and commitment therapy Measures package. 1965;61(52):18.
125. Ackerman RA, Witt EA, Donnellan MB, Trzesniewski KH, Robins RW, Kashy DA. What does the narcissistic personality inventory really measure? *Assessment*. 2011;18(1):67-87.
126. Wells E, Marwell G. Self-Esteem: It's Conceptualization and Measurement: Sage Publications. Inc Beverly Hills. 1976.
127. Koçak E. Ergenlerde yalnızlığın yordayıcısı olarak benlik saygısı ve sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının incelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adana Çukurova Üniversitesi, Adana. 2008.
128. Coopersmith S. The antecedents of self-esteem San Francisco Freeman, 1967. 1967.
129. Harter S. Causes, correlates and the functional role of global self-worth. *Perceptions of Competence and incompetence across the life-span*. 1988.

130. Cevher FN, Buluş M. Benlik kavramı ve benlik saygısı: önemi ve geliştirilmesi. Akademik Dizayn Dergisi. 2007;2(1):52-64.
131. Sümer N, Şendağ MA. Orta Çocukluk Döneminde Ebeveynlere Bağlanma, Benlik Algısı ve Kaygı. Turk Psikoloji Dergisi. 2009;24(63).
132. Berenson KR, Crawford TN, Cohen P, Brook J. Implications of identification with parents and parents' acceptance for adolescent and young adult self-esteem. Self and Identity. 2005;4(3):289-301.
133. La Greca AM, Harrison HM. Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression? Journal of clinical child and adolescent psychology. 2005;34(1):49-61.
134. Zimmerman MA, Copeland LA, Shope JT, Dielman TE. A longitudinal study of self-esteem: Implications for adolescent development. Journal of youth and Adolescence. 1997;26(2):117-41.
135. Erikson EH. Identity and the life cycle: Selected papers. 1959.
136. Sedikides C. Assessment, enhancement, and verification determinants of the self-evaluation process. Journal of personality and social psychology. 1993; 65(2): 317.
137. Pyszczynski T, Greenberg J, Solomon S, Arndt J, Schimel J. Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. Psychological bulletin. 2004; 130(3): 435.
138. Evans DR. Health promotion, wellness programs, quality of life and the marketing of psychology. Canadian Psychology/Psychologie canadienne. 1997; 38(1): 1.
139. Orth U, Robins RW, Widaman KF. Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. Journal of personality and social psychology. 2012; 102(6):1271.
140. Crocker J, Major B. Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. Psychological review. 1989;96(4):608.
141. Eskin M, Preston J, Örs Y, Uzbay T, Sevinçok L, Sır A. İntihar:(açıklama, değerlendirme, tedavi ve önleme): HYB Yayıncılık; 2012.

142. Kaner S. Ortopedik engelli ve engelli olmayan erkek ergenlerde benlik saygısı ve beden imajı. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi. 2000;2(04).
143. Rosenberg M. Self-concept from middle childhood through adolescence. Psychological perspectives on the self. 1986;3.
144. Harter S. Processes underlying the construction, maintenance and enhancement of the self-concept in children. Psychological perspectives on the self. 1986;3:136-82.
145. Wallis DAN. Depression, anxiety and self-esteem: A clinical field study. Behaviour Change. 2002;19(2):112.
146. Marchand A, Goupil G, Trudel G, Bélanger L. Fear and social self-esteem in individuals suffering from panic disorder with agoraphobia. Scandinavian Journal of Behaviour Therapy. 1995;24(4):163-70.
147. Ehntholt KA, Salkovskis PM, Rimes KA. Obsessive-compulsive disorder, anxiety disorders, and self-esteem: An exploratory study. Behaviour research and therapy. 1999;37(8):771-81.
148. Crocker J, Park LE. The costly pursuit of self-esteem. Psychological bulletin. 2004;130(3):392.
149. Greenberg J, Solomon S, Pyszczynski T, Rosenblatt A, Burling J, Lyon D, et al. Why do people need self-esteem? Converging evidence that self-esteem serves an anxiety-buffering function. Journal of personality and social psychology. 1992;63(6):913.
150. Zeigler-Hill V. The connections between self-esteem and psychopathology. Journal of Contemporary Psychotherapy. 2011;41(3):157-64.
151. Luo J, Wang LG, Gao WB. The influence of the absence of fathers and the timing of separation on anxiety and self-esteem of adolescents: A cross-sectional survey. Child: care, health and development. 2012;38(5):723-31.
152. Pottinger AM. Children's experience of loss by parental migration in inner-city Jamaica. American Journal of Orthopsychiatry. 2005;75(4):485-96.
153. Wilson CG, Nusbaum AT, Whitney P, Hinson JM. Trait anxiety impairs cognitive flexibility when overcoming a task acquired response and a preexisting bias. PloS one. 2018;13(9): e0204694.

154. Martin MM, Rubin RB. A new measure of cognitive flexibility. *Psychological reports*. 1995;76(2):623-6.
155. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*. 1979;37(1):1.
156. Canas JJ, Fajardo I, Salmeron L. Cognitive flexibility. *International encyclopedia of ergonomics and human factors*. 2006;1:297-301.
157. Martin MM, Anderson CM. The cognitive flexibility scale: Three validity studies. *Communication Reports*. 1998;11(1):1-9.
158. Zelazo PD, Craik FI, Booth L. Executive function across the life span. *Acta psychologica*. 2004;115(2-3):167-83.
159. Snyder M. Self-monitoring of expressive behavior. *Journal of personality and social psychology*. 1974;30(4):526.
160. Rubin RB, Martin MM. Development of a measure of interpersonal communication competence. *Communication Research Reports*. 1994;11(1):33-44.
161. Bilgin M. Bilişsel esnekliği yordayan bazı değişkenler. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2009;3(36):142-57.
162. Gülüm IV, Dağ İ. Tekrarlayıcı Düşünme Ölçeği ve Bilişsel Esneklik Envanterinin Türkçeye uyarlanması, geçerliliği ve güvenilirliği. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2012;13(3).
163. Stahl L, Pry R. Attentional flexibility and perseveration: Developmental aspects in young children. *Child Neuropsychology*. 2005;11(2):175-89.
164. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*. 2010;34(3):241-53.
165. Bochner AP, Kelly CW. Interpersonal competence: Rationale, philosophy, and implementation of a conceptual framework. 1974.
166. Horvath P, Russell JM. A systematic framework for integrating psychological evaluations and interventions. *Journal of Psychotherapy Integration*. 1999;9(4):313-36.
167. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*: Springer publishing company; 1984.

168. Kesselring AF. The relation of executive functioning to coping strategies and internalizing symptoms in a community sample of African American adolescents: Loyola University Chicago; 2010.
169. Koesten J, Schrod P, Ford DJ. Cognitive flexibility as a mediator of family communication environments and young adults' well-being. *Health Communication*. 2009;24(1):82-94.
170. Yazar MS, Meterelliyo KŞ. Examination of relationship between depressive symptoms, cognitive flexibility and hopelessness in non-clinic population. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*. 2019;8(3):155-63.
171. Ciarrochi J, Said T, Deane FP. When simplifying life is not so bad: The link between rigidity, stressful life events, and mental health in an undergraduate population. *British Journal of Guidance & Counselling*. 2005;33(2):185-97.
172. Andrés ML, Richaud de Minzi MC, Castañeiras C, Canet-Juric L, Rodríguez-Carvajal R. Neuroticism and depression in children: The role of cognitive emotion regulation strategies. *The Journal of genetic psychology*. 2016;177(2):55-71.
173. Levinson CA, Byrne M, Rodebaugh TL. Shame and guilt as shared vulnerability factors: Shame, but not guilt, prospectively predicts both social anxiety and bulimic symptoms. *Eating behaviors*. 2016;22:188-93.
174. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2004;26(1):41-54.
175. Wang T, Li M, Xu S, Liu B, Wu T, Lu F, et al. Relations between trait anxiety and depression: A mediated moderation model. *Journal of affective disorders*. 2019;244:217-22.
176. Fossati P, Ergis A-M, Allilaire J. Executive functioning in unipolar depression: a review. *L'encéphale*. 2002;28(2):97-107.
177. Lee JK, Orsillo SM. Investigating cognitive flexibility as a potential mechanism of mindfulness in generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2014;45(1):208-16.

178. Park J, Moghaddam B. Impact of anxiety on prefrontal cortex encoding of cognitive flexibility. *Neuroscience*. 2017;345:193-202.
179. Shin LM, Whalen PJ, Pitman RK, Bush G, Macklin ML, Lasko NB, et al. An fMRI study of anterior cingulate function in posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*. 2001;50(12):932-42.
180. Eysenck MW, Derakshan N, Santos R, Calvo MG. Anxiety and cognitive performance: attentional control theory. *Emotion*. 2007;7(2):336.
181. Bishop SJ. Trait anxiety and impoverished prefrontal control of attention. *Nature neuroscience*. 2009;12(1):92-8.
182. Raghunathan R, Pham MT. All negative moods are not equal: Motivational influences of anxiety and sadness on decision making. *Organizational behavior and human decision processes*. 1999;79(1):56-77.
183. Cox KS. The effects of second-language study on the cognitive flexibility of freshman university students: The Ohio State University; 1980.
184. Elbir M, Alp Topbaş Ö, Bayad S, Kocabaş T, Topak OZ, Çetin Ş, et al. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2019;30(1).
185. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 1960;23(1):56.
186. Williams JB. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of general psychiatry*. 1988;45(8):742-7.
187. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996;4(4):251-9.
188. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *British journal of medical psychology*. 1959;32(1):50-5.
189. Yazici M, Demir B, Tanriverdi N, Karaagaoglu E, Yolac P. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği; değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*. 1998;9(2):114-7.

190. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*. 2003;27(2):169-90.
191. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American journal of psychiatry*. 1994.
192. Sar V, Öztürk E, İkikardes E. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Gecerlilik ve Güvenilirliği/Validity and Reliability of the Turkish Version of Childhood Trauma Questionnaire. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 2012;32(4):1054.
193. Sar V, Ozturk E, İkikardes E. Validity and reliability of the Turkish version of childhood trauma questionnaire. 2012.
194. Çuhadaroğlu F. Adolesanlarda benlik saygısı. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara. 1986.
195. Fennell MJ. Low self-esteem: A cognitive perspective. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 1997;25(1):1-26.
196. Crocker J, Park LE. The costly pursuit of self-esteem. *Psychological bulletin*. 2004;130(3):392.
197. Maldonado L, Huang Y, Chen R, Kasen S, Cohen P, Chen H. Impact of early adolescent anxiety disorders on self-esteem development from adolescence to young adulthood. *Journal of Adolescent Health*. 2013;53(2):287-92.
198. Scheeringa MS, Zeanah CH. Reconsideration of harm's way: Onsets and comorbidity patterns of disorders in preschool children and their caregivers
199. Hoven CW, Duarte CS, Lucas CP, Wu P, Mandell DJ, Goodwin RD, et al. Psychopathology among New York City public school children 6 months after September 11. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(5):545-51.
200. Dinleyici M, Dağlı F. Duygusal ihmal, istismar ve çocuk hekiminin rolü/Emotional abuse, neglect and the role of pediatrician. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2016;38(2):18-27.
201. Kuo JR, Goldin PR, Werner K, Heimberg RG, Gross JJ. Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*. 2011;25(4):467-73.

202. Durmuşoğlu N, Doğru SSY. ocukluk rseleyici yaşantılarının ergenlikteki yakın ilişkilerde bireye etkisinin incelenmesi. Seluk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstits Dergisi. 2006(15):237-46.
203. Kelifa MO, Yang Y, Herbert C, He Q, Wang P. Psychological resilience and current stressful events as potential mediators between adverse childhood experiences and depression among college students in Eritrea. Child Abuse & Neglect. 2020;106:104480.
204. Chen J, Zhang C, Wang Y, Liu X, Xu W. A longitudinal study of childhood trauma impacting on negative emotional symptoms among college students: a moderated mediation analysis. Psychology, Health & Medicine. 2021:1-18.
205. Spann MN, Mayes LC, Kalmar JH, Guiney J, Womer FY, Pittman B, et al. Childhood abuse and neglect and cognitive flexibility in adolescents. Child Neuropsychology. 2012;18(2):182-9.
206. Wiersma JE, Hovens JG, van Oppen P, Giltay EJ, van Schaik DJ, Penninx BW. The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. The Journal of clinical psychiatry. 2009;70(7):0-.
207. Moskvina V, Farmer A, Swainson V, O'Leary J, Gunasinghe C, Owen M, et al. Interrelationship of childhood trauma, neuroticism, and depressive phenotype. Depression and anxiety. 2007; 24(3): 163-8.
208. Cogle JR, Timpano KR, Sachs-Ericsson N, Keough ME, Riccardi CJ. Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. Psychiatry research. 2010;177(1-2):150-5.
209. Cutajar MC, Mullen PE, Ogloff JR, Thomas SD, Wells DL, Spataro J. Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. Child abuse & neglect. 2010;34(11):813-22.
210. Bozgn K, Pekdoğan S. ğretmen adaylarının çocukluk dnemi istismar yaşantılarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. 2018.
211. Cecen-Erogul AR. Psychometric properties of Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire among adolescents with gender differences. Psychology. 2012;3(10):916-22.

212. Harford TC, Yi H-y, Grant BF. Associations between childhood abuse and interpersonal aggression and suicide attempt among US adults in a national study. *Child Abuse & Neglect*. 2014;38(8):1389-98.
213. Gorey KM, Leslie DR. The prevalence of child sexual abuse: Integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child abuse & neglect*. 1997;21(4):391-8.
214. Colman RA, Widom CS. Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: A prospective study. *Child abuse & neglect*. 2004;28(11):1133-51.
215. Miller A. *The drama of the gifted child* New York. Basic Books; 1981.
216. Polat OE. O Polat (Ed.), *Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı*. Ankara: Seçkin Yayıncılık. 2007:169-86.
217. Peleg O, Halaby E, Whaby EN. The relationship of maternal separation anxiety and differentiation of self to children's separation anxiety and adjustment to kindergarten: A study in Druze families. *Journal of anxiety disorders*. 2006;20(8):973-95.
218. Bernstein GA, Layne AE, Egan EA, Nelson LP. Maternal phobic anxiety and child anxiety. *Journal of anxiety disorders*. 2005;19(6):658-72.
219. Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J. The association of anxiety disorders and obsessive compulsive personality disorder with anorexia nervosa: evidence from a family study with discussion of nosological and neurodevelopmental implications. *International Journal of Eating Disorders*. 2007;40(S3):S46-S51.
220. Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Liang K-Y, Bienvenu O, Hoehn-Saric R, et al. The relationship between obsessive-compulsive disorder and anxiety and affective disorders: results from the Johns Hopkins OCD Family Study. *Psychological medicine*. 2001;31(3):481-7.
221. Çelebi BM, Polat A. Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıların, Yetişkin Bağlanma Stillerinin ve Psikolojik İyi Oluşun Evlilik Doyumu Üzerindeki Etkisi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;5(1):29-34.
222. Simpson JA, Rholes WSE. *Attachment theory and close relationships*: The Guilford Press; 1998.

223. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*. 1991; 61(2):226.



EKLER

EK-1. Etik Kurul Onayı



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



Bölümü : Dekanlık
Servisi : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/443
Konu : Etik Kurul Kararı

01.10.2020

Sayın:Arş.Gör.Dr. Esra Merve ŞAHİN
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Araştırma Görevlisi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz
“Yetişkin Ayrılma Kaygısı Bozukluğu ile Benlik Saygısı, Bilişsel Esneklik ve Çocukluk
Çağı Travmalarının İlişkisi” isimli bilimsel tez çalışmasına ait Kurul Kararı ekte
sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Eki :
1 Adet Etik Kurul Kararı

Sorumlu Araştırmacı :
1. Dr.Öğr.Üy.Serap SARI
2.

Yardımcı Araştırmacı :
1. Arş.Gör.Dr. Esra Merve ŞAHİN



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Dr.Öğr.Üy.Serap SARI
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Yetişkin Ayrılma Kaygısı Bozukluğu ile Benlik Saygısı, Bilişsel Esneklik ve Çocukluk Çağı Travmalarının İlişkisi
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 08 Karar No: 48	Tarih: 01.10.2020
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

EK-2. Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

Katılımcı Dosya No:

1) Ad-Soyad :

2) Yaş :

3) Cinsiyet:

4) Kaç kardeşler (toplam):

5) Kaçınıcı çocuk (hastamız):

6) Medenî Durum:

1. Evli / Beraber Yaşıyor

2. Bekâr

3. Diğer (Boşanmış, Dul, Ayrı Yaşıyor)

7) Çocuk sayısı:

8) Yaşadığı yer:

1. Köy 2. Kasaba 3. İlçe 4. İl merkezi

9) Toplam Öğrenim Süresi (yıl olarak):

10) Öğrenim Durumu:

1. İlköğretim Mezunu (8 yıla kadar öğrenim)

2. Lise Mezunu (8-12 yıl arası öğrenim)

3. Yükseköğrenim Mezunu (12-16 yıl arası öğrenim)

4. Yüksek Lisans ve Üzeri Öğrenim (16 yıldan fazla süreli öğrenim)

11) Çalışma Durumu:

1. Düzenli gelir getiren bir işte çalışıyor (Tam zamanlı çalışma)

2. Düzensiz gelir getiren bir işi var (Yarı zamanlı çalışma, çiftçi, mevsimlik işçi)

3. Ev hanımı

4. Öğrenci

5. Emekli

6. Çalışmıyor / İşsiz / Malulen emekli

12) Sosyoekonomik Düzey:

1. Düşük düzey gelir (<2500 TL/ay net gelir)
2. Orta düzey gelir (2500-4500 TL/ay net gelir)
3. Yüksek düzey gelir (>4500 TL/ay net gelir)

13) Ek Tıbbî Hastalık:

1. Var

(Belirtiniz:.....)

2. Yok

14) Ek tıbbî ilaç kullanımı:

1. Var (Belirtiniz:.....)

2. Yok

15) Psikiyatrik Ek Hastalık (Değerlendirme anında):

1. Var (Belirtiniz:.....)

2. Yok

16) Akrabalarda Psikiyatrik Hastalık

1. Var (Belirtiniz:.....)

2. Yok

17) Anne veya babada Psikiyatrik Hastalık

1. Var (Belirtiniz:.....)

2. Yok

18) Özgeçmişte Başka Psikiyatrik Tanı:

1. Var (Belirtiniz:.....)

2. Yok

19) Özkıyım Öyküsü:

1. Var (..... defa, en son girişim: ay/yıl önce)

2. Yok

20) Hastalık başlangıç yaşı :

21) Tedaviye başlama yaşı:

22) Hastanede yatış sayısı: (En son yatış: ay önce)

23) Hastanede yatış süresi:

24) Madde Kullanımı:

1. Var (Belirtiniz:

a. Sigara (paket/gün):.....

b. Alkol (standart içki/gün):.....

c. Madde (Türünü belirtiniz.....)

2. Yok

25) Özgeçmişte Psikotrop İlaç Kullanımı:

1. Var (Günlük toplam dozu belirtiniz:.....)

2. Yok

26) Anne- baba boşanma öyküsü var mı?

1: Hayır

2: Evet (Boşanma olduysa hasta kaç yaşındayken olmuş?.....)

27) Anne babanın ayrı yaşama öyküsü var mı?

1: Hayır

2: Evet (Ayrılma varsa hasta kaç yaşındayken ayrılmışlar?(.....)

28) Annesi hayatta mı?

1: Evet

2: Hayır (hayatta değilse hasta kaç yaşındayken ölmüş?(.....)

29) Babası hayatta mı?

1: Evet

2: Hayır (hayatta değilse hasta kaç yaşındayken ölmüş?.....)

30) Çocukluğunuzda yakın olduğunuz biri ciddi bir sağlık sorunu yaşadı mı?

1: Hayır

2: Evet (.....)

31) Çocukluğunuzda yakın olduğunuz biri öldü mü?

1:Hayır

2: Evet (.....)

32) Çocukluk döneminde aşağıdakilerden tanık olduğunuz-maruz kaldığınız varsa lütfen işaretleyiniz? (Birden fazla seçebilirsiniz.)

1:Yok

2:Doğal felaket(sel-deprem-kasırga vb)

3:Yangın veya patlama

4:Trafik kazası

5:Diğer (.....)

33) Çocukluk döneminde aile bireylerinizin dışındaki insanlar tarafından kendinize yönelik aşağıdakilerden birine (ve-veya daha fazlasına) maruz kaldınız mı?

1:Hayır

2:Psikolojik şiddet(alay edilme, aşağılanma vb)

3:Fiziksel saldırı(saldırıya uğrama, dövülme, tekmelenme, yumruklanma vb)

4:Cinsel istismar

5:Cinsel saldırı

34) Çocukluk döneminde çevrenizde aşağıdakilerden birine (ve-veya daha fazlasına) tanık oldunuz mu?

1: Hayır

2:Aile içi şiddet(ebeveynler arasında vb)

3:Fiziksel saldırı(saldırıya uğrama, dövülme, tekmelenme, yumruklanma vb)

4:Cinsel istismar

5:Cinsel saldırı

6:Cinayet

7:İntihar

35) Çocukluk döneminde yaşadığınız, hatırladığınızda ciddi şekilde rahatsız hissettiren bir olay var mı?

1: Hayır

2: Evet (.....)



EK-3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Sizin için uygun olanı seçiniz.

- 1) Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 2) Bazı olumlu özelliklerim olduğumu düşünüyorum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 3) Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 4) Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 5) Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 6) Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 7) Genel olarak kendimden memnunum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 8) Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 9) Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 10) Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

EK-4. Bilişsel Esneklik Envanteri

Aşağıdaki ifadelerin size ne kadar uygun olduğunu göstermek için lütfen ifadelerin solunda yer alan ölçeği kullanınız.	Hiç uygun değil	Pek uygun değil	Kararsızım	Uygun	Tamamen Uygun
1. Durumları “tartma” konusunda iyiyimdir.	1	2	3	4	5
2. Zor durumlarla karşılaştığımda karar vermekte güçlük çekerim.	1	2	3	4	5
3. Karar vermeden önce çok sayıda seçeneği dikkate alırım.	1	2	3	4	5
4. Zor durumlarla karşılaştığımda kontrolümü kaybediyormuşum gibi hissedirim.	1	2	3	4	5
5. Zor durumlara değişik açılardan bakmayı tercih ederim.	1	2	3	4	5
6. Bir davranışın nedenini anlamak için önce, elimdekini dışında ek bilgi edinmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
7. Zor durumlarla karşılaştığımda öyle strese girerim ki sorunu çözecek bir yol bulamam.	1	2	3	4	5
8. Olaylara başkalarının bakış açısından bakmayı denerim.	1	2	3	4	5
9. Zor durumlarla baş etmek için çok sayıda değişik seçeneğin olması beni sıkıntıya sokar.	1	2	3	4	5
10. Kendimi başkalarının yerine koymakta başarılıyım.	1	2	3	4	5
11. Zor durumlarla karşılaştığımda ne yapacağımı bilemem.	1	2	3	4	5
12. Zor durumlara farklı açılardan bakmak önemlidir.	1	2	3	4	5
13. Zor durumlarda nasıl davranacağıma karar vermeden önce birçok seçeneği dikkate alırım.	1	2	3	4	5
14. Durumlara farklı bakış açılarından bakarım.	1	2	3	4	5
15. Hayatta karşılaştığım zorlukların üstesinden gelmeyi becerebilirim.	1	2	3	4	5
16. Bir davranışın nedenini düşünürken mevcut bütün bilgileri ve gerçekleri dikkate alırım.	1	2	3	4	5
17. Zor durumlarda, şartları değiştirecek gücümün olmadığını hissedirim.	1	2	3	4	5
18. Zor durumlarla karşılaştığımda önce bir durup çözüm için farklı yollar düşünmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
19. Zor durumlarla karşılaştığımda birden çok çözüm yolu bulabilirim.	1	2	3	4	5
20. Zor durumlara tepki vermeden önce birçok seçeneği dikkate alırım.	1	2	3	4	5

EK-5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-2.0 (Çeviren: © Vedat Şar,1996, 2012)
Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.
Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

3. Ailemdekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

7. Sevildiğimi hissediyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

11. Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

13. Ailemdekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

14. Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

16. Çocukluğum mükemmeldi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

19. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

EK-6. Hamilton Depresyon Ölçeği

İsim: _____

Tarih: _____

1) Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

- 1- Yok
- 2- Yalnızca soruları cevaplarken anlaşıyor.
- 3- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
- 4- Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşıyor.
- 5- Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

2) Suçluluk duyguları

- 1- Yok
- 2- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
- 3- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
- 4- Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
- 5- Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/ veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3) İntihar

- 1- Yok
- 2- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
- 3- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.
- 4- İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.
- 5- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4) Uykuya dalamamak

- 1- Bu konuda zorluk çekmiyor.
- 2- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.
- 3- Her gece uyuma güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5) Geceyarısı uyanmak

- 1- Herhangi bir sorunu yok.
- 2- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.
- 3- Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir.)

6) Sabah erken uyanmak

- 1- Herhangi bir sorunu yok.
- 2- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
- 3- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7) Çalışma ve aktiviteler

- 1- Herhangi bir sorunu yok.
- 2- Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
- 3- Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, müteredit olduğunu belirtiyor. (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.)
- 4- Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. (Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.)
- 5- Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.)

8) Reterdasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

- 1- Düşünceleri ve konuşması normal.
- 2- Görüşme sırasında hafif reterdasyon hissediliyor.
- 3- Görüşme sırasında açıkça reterdasyon hissediliyor.
- 4- Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
- 5- Tam stuporda.

9) Ajitasyon

- 1- Yok
- 2- Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
- 3- Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10) Psikik anksiyete

- 1- Herhangi bir sorunu yok.
- 2- Subjektif gerilim ve irritabilite.
- 3- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.
- 4- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
- 5- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11) Somatik anksiyete

- 1- Yok
- 2- Hafif
- 3- Ilımlı
- 4- Şiddetli
- 5- Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:

Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme.

12) Somatik semptomlar- Gastrointestinal

- 1- Yok
- 2- İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
- 3- Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13) Somatik semptomlar- Genel

- 1- Yok
- 2- Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
- 3- Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.

14) Genital semptomlar (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar vb.)

- 1- Yok
- 2- Hafif
- 3- Şiddetli

15) Hipokondriaklık

- 1- Yok
- 2- Kuruntulu.
- 3- Aklını sağlık konularına takmış durumda.
- 4- Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
- 5- Hipokondriak delüzyonlar.

16) Zayıflama (A ya da B'yi işaretleyiniz)

A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

- 1- Kilo kaybı yok.
- 2- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.
- 3- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

- 1- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
- 2- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

17) Durumu hakkında görüşü

- 1- Hasta ve depresyonda olduğunu bilincinde.
- 2- Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahat ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
- 2-Hasta olduğunu kabul etmiyor

EK-7. Hamilton Anksiyete Ölçeği

0-Yok

1-Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)

2-Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)

3-Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)

4-Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

1) Anksiyeteli mizaç (Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite)	0	1	2	3	4
2) Gerilim (gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe)	0	1	2	3	4
3) Korkular (karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan)	0	1	2	3	4
4) Uykusuzluk (uykuya dalmakta güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, karabasanlar, kabuslar, gece korkuları)	0	1	2	3	4
5) Entellektüel (kognitif) (konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması)	0	1	2	3	4
6) Depresif mizaç (ilgi yitimi, hobilerden zevk almama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar)	0	1	2	3	4
7) Somatik (ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu, kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu)	0	1	2	3	4
8) Kardiyovasküler semptomlar (taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller)	0	1	2	3	4
9) Solunum semptomları (göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne)	0	1	2	3	4
10) Gastrointestinal semptomlar (yutma güçlüğü, barsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyguları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı)	0	1	2	3	4
11) Genitoüriner semptomlar (sık işeme, amenore, menorai, firdite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans)	0	1	2	3	4
12) Otonomik semptomlar (ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması)	0	1	2	3	4
13) Görüşme sırasındaki davranış (yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kıvrılma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geğirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus)	0	1	2	3	4