

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Işık GÖRKER

**ÇOCUKLARDA AYRILIK KAYGISI
BOZUKLUĞU GELİŞİMİ İLE ANNENİN KİŞİLİK
ÖZELLİKLERİ VE BAĞLANMA STİLİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Güçlü AYAZ

EDİRNE-2015

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, aynı zamanda tez danışmanım olan ve tezimin her aşamasında yardım ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Işık GÖRKER'e, uzmanlık eğitimimde katkıları bulunan Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyelerine ve kliniğimizde birlikte çalışmaktan keyif aldığım ve desteklerini her zaman hissettiğim çocuk psikiyatrisi ekibine teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
TANIM VE TARİHÇE	3
EPİDEMİYOLOJİ	4
ETİYOLOJİ	4
KLİNİK ÖZELLİKLER	12
EŞ TANILAR.....	13
AYIRICI TANI	14
TEDAVİ.....	14
KLİNİK SEYİR	15
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	17
BULGULAR.....	21
TARTIŞMA.....	35
SONUÇLAR.....	40
ÖZET	42
SUMMARY	44
KAYNAKLAR.....	46
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

AKB : Ayrılık Kaygısı Bozukluğu

ÇDDÖ: Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği

EBSÖ : Erişkin Bağlanma Stilleri Ölçeği

PB : Panik Bozukluğu

GİRİŞ VE AMAÇ

Kaygı, sağlıklı bireylerde gelişim boyunca koruyucu ve uyum sağlayıcı işlevleri olan normal bir duygudur (1). Nöroetiyolojik modellerde türlerin devamı için kaygının gerekli olduğu düşünülmektedir (2). Bir miktar kaygı birçok durumda normal olarak değerlendirilir ancak kaygı bozukluklarında görülen belirgin korku ve endişeler sosyal ya da akademik işlevlerde bozulmalara sebep olabilir (3). Ayrılık kaygısı da çocuklarda 3 yaşına kadar normal olarak değerlendirilir ve daha sonra azalarak kaybolması beklenir. Eğer bakım verenden ya da evden ayrı kaldığında çocuğun gelişimsel düzeyine uygun olmayan şekilde yoğun kaygı belirtileri görülüyorsa Ayrılma Kaygısı Bozukluğu'ndan (AKB) söz edilir (4,5). AKB'de okul başarısı, arkadaş ilişkileri ve sosyal yaşam ile ilgili önemli işlevsellik alanlarında güçlükler yaşanır (6). AKB olgularının bir kısmında erişkinlikte de AKB belirtilerinin devam ettiği, çocukluk çağında oluşan AKB'nin erişkinlikte özellikle Panik Bozukluğu (PB) ve *agorafobi* olmak üzere diğer kaygı bozukluklarının gelişimi için risk faktörü olduğu bildirilmiştir (7,8).

Ayrılık Kaygısı Bozukluğu oluşumunda genetik ve nörobiyolojik etmenler ve çocuğun mizaç özellikleri ile birlikte çocuğun geliştiği psikososyal ortam, aile tutumları ve ebeveyn özelliklerinin de önemli katkısı olduğu bildirilmiştir (9). Bu bağlamda anne-çocuk ilişkisinin niteliği oldukça önem kazanmaktadır. Çocuğuna aşırı düşkün, sorumluluk vermeyen, aşırı disiplin uygulayan ya da çocuğunu ihmal eden, güven vermeyen ebeveyn tutumlarının çocuğun ruhsal gelişim basamaklarında sağlıklı ilerleyememesine ve ileriki dönemlerde ciddi psikopatolojilerin ortaya çıkmasına neden olabileceği belirtilmiştir (10). AKB olgularının annelerinde anksiyete bozukluklarının ve depresif bozuklukların sık görüldüğü, PB tanısı alan annelerin çocuklarında AKB sıklığının toplum örneklemine göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Annede görülen bu bozuklukların erken dönemde anne-çocuk ilişkilerini

bozarak çocukta kaygı bozukluğu gelişimine neden olabileceği ya da kaygı bozuklukları için genetik geçişin göstergesi olabileceği düşünülmüştür (6,11).

Ayrılık Kaygısı Bozukluğu ebeveyn ilişkileriyle yakından ilgili olan, koruyucu yaklaşımların ve erken müdahalenin önemli olduğu bir bozukluktur. Erken çocukluk döneminde bağlanma ve ayrılma ile ilgili sorunlara yol açabilen önlenebilir nitelikteki davranışlara odaklanan ve eşik altı ayrılma kaygısı belirtilerini tanımaya yönelik bir yaklaşım, bozukluğun ortaya çıkmasını engellemeye ve erken müdahaleye olanak tanıyabilecektir (12).

Bu çalışmada Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine başvuran ve DSM–V tanı ölçütlerine göre AKB tanısı alan çocukların davranışlarının değerlendirilmesi, ailesel ve sosyal etkenlerin belirlenmesi, annelerinin kişilik özellikleri ve bağlanma stilinin Ayrılık Kaygısı Bozukluğu gelişimindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

TANIM VE TARİHÇE

Ayrılık kaygısı küçük çocukların birincil bakım veren kişilerden ayrılma durumuna gelişimsel süreçleriyle uyumlu olarak verdikleri bir yanıttır. Ayrılık kaygısı bebekte bağlanmanın başladığı 6. aydan itibaren görülmeye başlar, 13. ve 18. aylar arasında yoğunlaşır ve 3 yaşından itibaren çocuğun bilişsel gelişiminin bakım verenden ayrılmanın geçici bir durum olduğunu kavrayacak düzeye gelmesi ile birlikte azalmaya başlar (4). Altıncı aydan itibaren bebeklerde anneyi sürekli izleme ve anneden ayrıldığında huzursuzluk, ağlama, çevreyi araştırıcı davranışlarda azalma gözlenir. 18. ayda en yoğun halini alan bu durum 3 yaşına kadar normal olarak değerlendirilir. Çocuklar 3 yaşından itibaren annelerine ilişkin bir imajı zihinlerinde sürdürebilecek bilişsel olgunluğa ulaşırlar ve ayrılma kaygıları azalmaya başlar. Bu durum genellikle 3–5 yaş arasında sona erer ve çocuklar annelerinden ayrı kalmaya daha az tepki vermeyi öğrenirler (5). AKB, çocuğun birincil bakım veren kişilerden ayrılma ile ilgili gelişimsel düzeyine uygun olmayan şekilde yoğun kaygı duyması ile ortaya çıkar. AKB'nin temel özelliği çocuğun temel bağlanma figürlerinden ayrı kalma ya da evden uzak olma ile ilgili aşırı korku ve endişe duymasıdır. Bu durum ayrılık sırasında olabileceği gibi ayrılık beklentisi olduğunda da ortaya çıkabilir. Çocuklar sıklıkla ağlayarak ayrılığa direnç gösterirler, eğer ayrılırlarsa kendilerinin ya da ebeveynlerinin başına gelebilecek bir olay nedeniyle ayrılığın kalıcı olacağı endişesini duyarlar (4).

Ayrılık Kaygısı Bozukluğu ilk kez DSM–III'te ve DSM–III–R'de Çocukluk veya Ergenliğin Anksiyete Bozuklukları başlığı altında, çekinme bozukluğu ve aşırı kaygı duyma bozukluğu ile birlikte tanımlanmıştır (13,14).

DSM-IV'te ve DSM-IV-TR'de Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenliğin Diğer Bozuklukları başlığı altında tanımlanmış ve DSM-III-R'den farklı olarak bozukluğun en az iki hafta devam etme koşulu dört hafta olarak değiştirilmiştir (15,16).

Ayrılık Kaygısı Bozukluğu son olarak DSM-V'te Kaygı Bozuklukları başlığı altında sınıflandırılmıştır. Temel özellikleri değişmemiştir ancak ölçütler erişkin ayrılma kaygısı belirtilerini de kapsayacak şekilde düzenlenmiştir. Ayrıca belirtilerin 18 yaşından önce başlama zorunluluğu kaldırılmış ve erişkinlerde belirtilerin 6 ay ya da daha uzun bir süre bulunması gerekliliği getirilmiştir (17) (Tablo 1).

ICD-10 sınıflandırma sistemine göre ise AKB Genellikle Çocukluk ve Ergenlikte Başlayan Davranışsal Ruhsal Bozukluklar arasında yer almaktadır. Bu sınıflandırmada AKB küçük çocuklar için bir tanı kategorisi gibi ele alınmış ve bozukluğun başlangıç yaşının 6 yaşından önce olması gerektiği belirtilmiştir (18) (Tablo 2).

EPİDEMİYOLOJİ

Ayrılık Kaygısı Bozukluğu'nun görülme sıklığı %3 ile %5 arasındadır (19,20). AKB çocuklarda ergenlerden daha sık görülür. Bir çok çocuk eşik altı ayrılma kaygısı belirtileri gösterse de AKB tanı kriterlerini karşılamamaktadır. Bir çalışmada 8 yaşındaki çocuklardan oluşan örnekleme eşik altı ayrılma kaygısı belirtileri yaklaşık %50 oranında bildirilmiştir (21). Bazı çalışmalarda AKB'nin kızlarda erkeklerden daha sık görüldüğü bulunmuş (22,23), bazı çalışmalarda ise her iki cinsiyet arasında fark saptanmamıştır (24,25). Ülkemizde yapılan bir çalışmada olguların %60'ının erkek olduğu saptanmıştır (26). Kaygı bozukluklarının daha çok orta ve üst sosyoekonomik düzeydeki ailelerin çocuklarında görülmesine karşın AKB'nin daha çok düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerin çocuklarında görüldüğü bildirilmiştir (12,24). Ancak bunu desteklemeyen çalışmalar da vardır (27).

ETİYOLOJİ

Çocuklarda ayrılma kaygısının görülebilmesi için öncelikle bağlanmanın gelişmiş olması gerekir. Bu nedenle etyolojide bağlanma kavramı ve buna ilişkin psikodinamik yaklaşımlar incelenmektedir. Bununla beraber çocuğun geliştiği psikososyal ortam ve ailesel faktörler de psikopatoloji gelişimde önemli yere sahiptir. Ancak araştırmacılar AKB gelişiminde bu nedensel ilişkilerin yanı sıra, çocuğun mizaç özelliklerinin, genetik ve nörobiyolojik özelliklerinin de etyolojiye katkıda bulunduğu görüşünü paylaşmaktadırlar (28).

Tablo 1. DSM–V Ayrılık Kaygısı Bozukluğu tanı ölçütleri (17)

A. Aşağıdakilerden en az üçünün olması ile belirli, kişinin bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla ilgili, gelişimsel olarak uygun olmayan ve aşırı düzeyde bir kaygı ya da korku duyması:

1. Evden ya da bağlandığı başlıca kişilerden ayrılacak gibi olduğunda ya da ayrıldığında hep aşırı tasalanma.
2. Bağlandığı başlıca kişileri yitireceği ya da bu kişilerin başına hastalık, yaralanma, yıkım, ölüm gibi kötü bir olay geleceğiyle ilgili olarak, sürekli bir biçimde aşırı tasalanma.
3. Bağlandığı başlıca kişilerden birinden ayrılmaya neden olacak, istenmedik bir olay (örn. Kaybolma, kaçırılma, bir kaza geçirme, hastalanma) yaşayacağıyla ilgili olarak, sürekli bir biçimde, 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. Evin dışında ya da bağlandığı başlıca kişilerden biri yanında olmadan uyuma konusunda isteksizlik gösterme ya da buna karşı koyma.
7. Yineleyici bir biçimde, ayrılma konusunu da içeren kabuslar görme.
8. Bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da ayrılacak gibi olduğunda bedensel belirtilerle (örn. baş ağrıları, karın ağrıları, bulantı, kusma) ilgili yineleyen yakınmalarının olması.

B. Bu korku, kaygı ya da kaçınma süreklilik gösterir, çocuklarda ve ergenlerde en az dört hafta, erişkinlerde altı ay ya da daha uzun sürer.

C. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, okulla ilgili, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Bu bozukluk, otizm açılımı kapsamında bozuklukta değişikliğe aşırı direnç göstermekten ötürü evden ayrılmaya karşı koyma, psikozla giden bozukluklarda ayrılmaya ilişkin sanrılar ya da varsanılar, agorafobide güvenilir bir eşlikçi olmadan dışarı çıkmaya karşı koyma, yaygın kaygı bozukluğunda önem verdiği diğer kişilerin başına bir hastalık ya da başka kötü bir olay gelecek olmasından ötürü kaygılanma ya da hastalık kaygısı bozukluğunda bir hastalığın olduğuna ilişkin kaygı duyma gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Tablo 2. ICD–10 Ayrılık Kaygısı Bozukluğu tanı ölçütleri (18)

A. Aşağıdakilerden en az üçü:

1. Temel bağlanma figürlerine zarar gelebileceği ya da onların yitirileceği ile ilgili gerçekçi olmayan ve aşırı endişe ya da bağlanma figürlerinin ölümüyle ilgili sürekli endişeler.
2. Kötü olayların çocuğu temel bağlanma figüründen ayıracağı konusunda gerçekçi olmayan ve aşırı endişe (örneğin çocuğun kaybolması, kaçırılması, hastaneye yatırılması ya da öldürülmesi).
3. Temel bağlanma figüründen ayrılmaktan korktuğundan ya da evde kalmak için, okula gitme konusunda sürekli isteksizlik ya da okul reddi.
4. Bir bağlanma figürünün yakınında olmadan uyuyamama.
5. Yalnız olmaktan ya da temel bağlanma figürü olmadan evde kalmaktan uygunsuz ve sürekli olarak korkma.
6. Ayrılmayla ilgili yineleyici kabuslar.
7. Bağlanma figüründen ayrılmayla ilgili durumlarda (okul, kamplar vb.) yineleyici fiziksel belirtiler (bulantı, karın ağrısı, baş ağrısı, kusma gibi).
8. Temel bağlanma figüründen ayrılmanın beklendiği durumlarda, ayrılma sırasında, ya da ayrılmanın hemen ardından endişe, ağlama, sinirlilik, evden ayrılmakta isteksizlik vb.

B. Çocukluk çağının yaygınlaşmış kaygı bozukluğunun olmaması.

C. Altı yaşından önce başlama.

D. Bozukluk başka bir duygusal, davranışsal, kişiliğe ilişkin rahatsızlığın ya da yaygın gelişimsel bozukluk, psikotik bozukluk, psikoaktif madde kullanımı bozukluğunun bir parçası değildir.

Bağlanma ve Psikodinamik Kuramlar

Bebeklik dönemi fiziksel, zihinsel ve duygusal gelişimin en hızlı olduğu dönemdir. Bebeğin biyolojik yetersizliği göz önüne alındığında bakım verene bağlanmanın oluşması kaçınılmazdır. Ancak bu dönemde fiziksel ihtiyaçların karşılanması tek başına yeterli olmaz. Bakımverenle kurulan birebir ilişki zihinsel ve duygusal gelişim açısından da oldukça önemlidir (28). Freud, oral dönemde bebeklerin acıktığında anneleri tarafından doyurulduğunu ve anneleriyle beslenme üzerinden bir ilişki kurduğunu belirtmiştir. Ancak hayvan çalışmaları, bağlanma için beslenme ilişkisinin yeterli açıklamayı sağlamadığını göstermiştir. Harlow ve arkadaşlarının yavru maymunlar üzerinde yaptığı çalışmalar,

bağlanmanın yalnızca temel açlık gereksinimini karşılamaya yönelik bir tepki olmadığını göstermiştir. Bu çalışmalarda, yavru maymunlar doğumdan hemen sonra annelerinden ayrılarak kafeslere alınmışlardır. Bu kafeslere tahta başlı ve tel gövdeden oluşan yapay anne ile yumuşak ve kahverengi bir kumaşla kaplı yapay anne konulmuştur. Her iki yapay anneye de yavru maymun temas ettiğinde ona sıcaklık sağlayan bir düzenek eklenmiştir. Ayrıca tel gövdeden oluşan yapay annenin göğsüne süt veren bir biberon yerleştirilmiştir. Yavru maymunların, korktuklarında ve uyumak istediklerinde süt vermeyen ancak sıcak ve yumuşak olan yapay anneyi tercih ettikleri gözlenmiştir. Böylece bağlanma oluşumunda yalnızca fizyolojik gereksinimlerin karşılanmasının yeterli olmayacağı gösterilmiştir (29). Bowlby'nin geliştirdiği kurama göre sağlıklı bir bağlanma çocuk ile bakım veren arasında doyum ve zevkin olduğu, sıcaklık, yakınlık ve devamlılık içeren ilişkiler ile sağlanmaktadır. Bağlanma yaşamın ilk yılında oluşur ve çocuk ile bakım veren arasındaki duygusal tonusu yansıtır. Kuramın temel noktası, annenin bebeğine dış dünyayı inceleyebileceği ve gerektiğinde sığınabileceği güvenli bir ortam oluşturmaktır (30). Bağlanma sürecini etkileyen faktörler doğum öncesi dönemden başlamaktadır. Bu bağlamda annenin bebek ile ilgili zihinsel tasarımlarının bile doğum sonrası annelik özelliklerini etkilediği düşünülmektedir. Doğum sonrası anne ile bebeğin erken tinsel teması ile bağlanma gelişimi arasında olumlu yönde bir ilişki olabileceği de bildirilmiştir (31). Doğumdan hemen sonra başlayan meme arama, emme, başı döndürme, sokulma–uzanma, bakma, beslenme saatlerini hissetme ve anneye yönelme gibi davranışlara bağlanma davranışları denir (28). Bebek bağlanma davranışlarını ulaşabildiği herhangi bir kişiye yönlendirebilir. Ancak altıncı aydan itibaren bu davranışları kendisinden ayrı kalmak istemediği tek bir kişiye yönlendirir. Bu kişiye birincil bağlanma nesnesi denir. Birincil bağlanma nesnesi genellikle annedir. Bebek bağlandığı kişiye yakınsa rahatlar, kendisini güvende hisseder ve çevreyi araştıracı davranışlarda bulunabilir (32). Ancak bebekler bir yandan çevreyi araştırırken bir yandan da birincil bağlanma nesnesi ile yakınlıklarını koruma çabası gösterirler. Bu çaba dahilinde bebeğin bakıcısı ile sürdürdüğü fiziksel temasın, göz temasının ve birbirlerine seslenme sürecinin araştıracı davranışları sürdürme sırasında devam etmesi önemlidir. Anne çocuğun yanında olmadığı ve çevrede yabancıların bulunduğu ortamlarda çocuğun araştıracı davranışlarında bir azalma olduğu bildirilmiştir (33).

Bebeğin birincil bağlanma nesnesinden ayrı kaldığında gösterdiği tepkiler pek çok araştırmacı tarafından incelenmiştir. Bu konuda yapılan en önemli çalışma Ainsworth'un geliştirdiği Yabancı Durum Testi'dir. Ainsworth, Bowlby'nin geliştirdiği bağlanma kuramının istatistiksel olarak ölçülebilir hale gelmesini ve bilimsel geçerlilik kazanmasını

sağlamıştır. Yabancı Durum Testi bebeğin bir yabancı ile karşılaştığı anda gösterdiği tepkileri ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Test yapılırken anne, çocuk ve araştırmacı; içinde oyuncaklar olan ve çevreyi araştırmacı davranışların rahatlıkla yapılabileceği bir odada bir araya gelirler. Uygulamada bebek ve annesi, araştırmacının gözetiminde üçer dakikalık yedi ayrı duruma maruz bırakılır. Birinci durumda anne ve bebek odaya alınır ve bebek annesi tarafından bir örtünün üzerine yatırılır. İkinci durumda araştırmacı sadece gözlemci olarak bu ikiliye eşlik eder. Üçüncü durumda ise annenin odadan çıkması ile birlikte araştırmacı altı basamaktan oluşan işlemler dizisine başlar. İlk olarak, araştırmacı ayakta bebeğin görüş alanına girer, göz teması kurar, sözel tepkide bulunmaz. İkinci olarak araştırmacı gülümser, konuşur, ancak bebeğe yaklaşmaz. Bir sonraki aşamada araştırmacı gülerek ve konuşarak bebeğe yaklaşır. Dördüncü aşamada araştırmacı bebeğin elini tutar ya da kolunu okşar. Beşinci aşamada bebeği kucağına almak için eğilir. Son aşamada ise bebeği kucağına alır ve dizlerinin üstüne oturtur. Ölçek puanlanırken korku tepkilerine (ağlama, sızlanma, feryat etme, dudak titremesi, yüzünü buruşturma, başka yere bakma ve dönme, geriye çekilme, yüzünü saklama) puan verilir. Dördüncü durumda anne odaya girerken araştırmacı odadan çıkar. Beşinci durumda bebek odada tek başına bırakılır. Altıncı durumda araştırmacı içeriye girerek üçüncü durumdaki işlemleri sırasıyla tekrar yapar. Yedinci durumda araştırmacı odadan çıkarken anne odaya alınır. Bu arada çocuğun verdiği tepkiler kayıt edilir. Çocuğun ayrılık durumuna ilişkin tepkileri kayıt edilip değerlendirildiğinde temelde üç bağlanma stili olduğu görülmüştür (28,32–35):

1. Güvenli Bağlanma (Tip B): Bebek ebeveynin gidişine tepki gösterir, protesto eder. Bu tepki ebeveynin dönüşüyle birlikte sona erer, çocuk kısa bir sürede rahatlar ve çevreyi araştırmacı davranışlarına devam eder.
2. Kaygılı–kaçınan Bağlanma (Tip A): Bebek ebeveyni ile birlikteyken araştırmacı davranışlarına devam eder ancak duygularını bu kişi ile paylaşmaz. Ebeveyn den ayrılığa fazla tepki göstermez ve protesto etmez, ebeveyn ortama geri döndüğünde hiçbir değişiklik olmamış gibi meşgul olduğu işe devam eder.
3. Kaygılı–direnç Gösteren/ambivalan Bağlanma (Tip C): Bebek ayrılığa tepki gösterir, ancak ebeveyn ortama döndüğünde sakinleşmez, ebeveynle hem bir arada olmak ister hem de onu reddeder.

Son yıllarda bu üç klasik bağlanma türüne ek olarak dezorganize bağlanma (Tip D) ve kaçınan/ambivalan bağlanma (Tip A/C) adı verilen iki bağlanma türü üzerinde daha durulmaktadır. Dezorganize bağlanma tipinde kaygı denetiminde tutarsızlık vardır. Kaçınan ve karasız davranışlar bir arada gözlenir. Bu durum bakımverenin depresyonda ya da hasta

olduğu durumlarda ya da çocuğun istismara maruz kaldığı durumlarda görüldüğü düşünülmektedir. Kaçınan/ambivalan bağlanma tipinde ise bebekler hem kaçınan, hem de ambivalan bağlanma davranışı özellikleri gösterirler (28,32–35).

Bebek ile bakım veren arasında güvenli bir bağlanma ilişkisi oluşmuşsa, bebek bağlanma nesnesini güvenli üs olarak kullanabilir ve çevresini araştırmacı davranışlarda bulunmaya ve keşfetmeye başlayabilir. Ainsworth’a göre güvenli bağlanmanın oluşabilmesi için çocuğun tutarlı tepkiler veren, duyarlı ve her zaman ulaşılabilir bir bakım verene sahip olması gerekir. Güvenli bağlanma geliştiren çocukların annelerinin çocuğun ağlamalarına duyarlı, farklı gereksinimlerine uygun tepkiler vermeye hazır ve uyumlu oldukları, güvensiz kaçınan bağlanma geliştiren çocukların annelerinin çocuğun bakımında yeterli olsalar da ilgi ve sevgi gereksinimi konusunda yetersiz, mesafeli ve duygusal olarak zor ulaşılır oldukları, güvensiz ikilemli bağlanma geliştiren çocukların annelerinin ise davranışlarında genellikle tutarsız oldukları saptanmıştır (35).

Yapılan çalışmalarda güvensiz bağlanma geliştiren çocuklarda güvenli bağlanma geliştiren çocuklardan daha yüksek oranda kaygı bozukluğu görüldüğü saptanmıştır (36). İleriye yönelik yapılan bir çalışmada 99 anne–çocuk ikilisi, çocuğun birinci ayından itibaren izleme alınarak bağlanma stili, annenin duyarlılığı ve annedeki ayrılma kaygısı bakımından değerlendirmeye alınmıştır. Çocuklar 6 yaşına geldiğinde güvensiz bağlanma geliştirenlerin güvenli bağlanma geliştirenlere göre anlamlı oranda daha fazla AKB belirtisi gösterdiği saptanmıştır. Regresyon analizlerine göre bağlanma stili ve annenin duyarlılığının çocuklarda ayrılma kaygısı gelişiminde etkili olduğu bulunmuş, annedeki ayrılma kaygısı etkili bulunmamıştır (37).

Bebek ile anne arasında gelişen bağlanma, annenin kendi bebekliğinde annesiyle geliştirdiği bağlanma özelliklerinden de etkilenebilmektedir. Anne, kendi annesiyle güvenli bir bağlanma ilişkisi kurmuşsa, evliliğinde ve kendi çocuğu ile olan ilişkisinde daha tutarlı, sıcak ve sevgi dolu olabileceği ve bu durumun da çocuğu ile güvenli bir bağlanma geliştirebilmesine zemin hazırlayabileceği öne sürülmüştür (38).

Freud maternal nesne kaybına bağlı olarak yaşanan kaygıya ayrılık kaygısı adını vermiştir. Ancak Bowlby’e göre ayrılık durumunda kaygı, çocuğun sevgi nesnesinin kaybını fark edecek bilişsel gelişime ulaşmasından önce başlamaktadır. Çocuk bağlanma nesnesine kolayca ulaşamıyorsa kendisini güvende hissedemez, tehlike altında hisseder ve kaygı yaşar (30).

Winnicott’a göre çevreye tutunma anne tarafından sağlanır. İyi bir anne çocuğu ile empati kurarak, çocuğun nesne devamlılığı bilgisinin ne kadar geliştiğini anlar ve ondan ne

kadar süre ayrı kalabileceğini bilir. Ancak annenin bir görevi de çocuğun yalnız kalabilme kapasitesinin gelişmesine uygun ortam sağlamaktır. Buna göre çocuğun kendi başına durabildiği sakin yalnızlık deneyimleri, gereksiz uyaranlarla bölünmemelidir. Annenin bu süreyi talepsiz geçirmesi çocuğun kendilik algısının gelişimi açısından gereklidir (39).

Klein'a göre sevilen nesneden ayrılma tehdidi kişide doğuştan var olan bir alarm sistemini harekete geçirir. Bu sistem iki bileşenden oluşur. Biri etkin yardım arama (protesto), diğeri de çaresizlik–umutsuzluk bileşenidir. Birinci bileşen kaygı ve panik ataklardan, ikincisi depresif durumlardan sorumludur. Uyarılma eşiği düşük olduğunda bu sistem minimal uyaranlar ile ya da uyaran olmaksızın harekete geçebilir. Mahler ise ayrılık kaygısının nedenlerini uygun ayırışma–bireyselleşme sürecinin olmaması, bireyselleşmenin pekiştirilmemesi ve nesne sürekliliğindeki sorunlar olarak açıklamaktadır (28).

Ailesel Etmenler

Ayrılık kaygısı bozukluğunun aynı aile bireyleri arasında genel nüfusa göre daha sık görüldüğü, bunun genetik özelliklerin yanı sıra ebeveynlerin davranış ve tutumları ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir. Ebeveynlerin kaygılı, kontrol edici ve müdahaleci tutumlarının çocuklarda AKB gelişimi ile anlamlı ilişkisi olduğu bildirilmiştir (40). Bir çalışmada ebeveynlerin müdahaleci tutumlarını değerlendiren bir ölçek kullanılarak, bu ebeveyn tutumları ile çocuklarındaki kaygı bozuklukları karşılaştırılmıştır. Müdahaleci ebeveyn tutumları; çocuğun kendi başına yapması gereken görevlere gereksiz yere yardım etme, çocuğa bebek gibi davranma ve özel yaşamı ihlal etme olarak tanımlanmıştır. Çalışmada ebeveynlerin müdahaleci davranış derecesi ile çocuğun ayrılma kaygısı bulgularının yoğunluğu arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Ancak müdahaleci davranış derecesi ile çocuktaki yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal fobi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (41). AKB olan çocukların aileleri incelendiğinde annelerin çocuklarına aşırı özen gösterdikleri, sürekli olarak çocuklarını memnun ederek onların sevgisini kazanma çabası içinde oldukları, onları hayal kırıklığına uğramaktan korudukları, bedensel rahatsızlıklarıyla yakından ilgilendikleri ve çocuklarından uzak olduklarında kendilerini çok yalnız hissettikleri belirlenmiştir (42).

Çocuğa bakım veren kişinin kaygılı olması, çocukta kaygının artmasına neden olur. Bu tür anne babaların kendilerinin nevrotik ve güvensiz olduğu, çocuğun başına kötü şeylerin geleceği ile ilgili olarak gereksiz yere endişelendikleri ve çocuğu hep ev içinde tutmaya çalıştıkları gözlenmektedir. Breit, korkusu olan çocukların annelerinde kaygılı bağlanma olduğunu bildirmiştir (43). Bir çalışmada majör depresyon ya da PB tanısı olan erişkinlerin

çocuklarının AKB gelişimine kontrol grubuna göre daha yatkın olduğu bulunmuştur (44). Ülkemizde yapılan bir çalışmada AKB olan çocukların annelerinde nevrotik özellikler olduğu saptanmıştır (45). Yine ülkemizde yapılan bir başka çalışmada okul korkusu olan çocukların ebeveynlerinde kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde psikopatoloji bulunmuştur (46).

Mizaç Özellikleri

Anksiyete bozukluğu gelişiminde ailesel ve çevresel etmenlerin yanı sıra kişinin mizaç özelliklerinin rolü de araştırılmaktadır. Çocuğun yeni ya da alışılmamış bir durum karşısında suskunluk, gerginlik ve kaçınma davranışı şeklinde tepki göstermesi davranışsal ketlenme olarak tanımlanmış ve genetik temelli bir mizaç özelliği olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bebeklerde aşırı tepkisellik olarak adlandırılan bir mizaç özelliği daha tanımlanmıştır. Bu bebeklerin yeni uyaranlara motor aktivite artışı ve ağlama şeklinde yanıt verdikleri ve büyük çoğunluğunun ileriki dönemlerde davranışsal ketlenme şeklinde mizaç özellikleri gösterdiği saptanmıştır (47). Yapılan çalışmalarda davranışsal ketlenmenin çocuk ve ergenlerde anksiyete bozukluğu riskini arttırdığı bildirilmiştir (48).

Mizaç üzerinde aile içi çatışmalar, sosyoekonomik zorluklar ve ebeveyn tutumları gibi çevresel faktörlerin de etkisi olmaktadır. Bu faktörler arasında, anne babanın çocuğa yönelik tutumlarını ifade eden “expressed emotion” (gösterilen duygulanım) kavramı üzerinde daha çok durulmaktadır. Gösterilen duygulanımın, aşırı ve/veya olumsuz eleştiricilik ve aşırı koruyuculuk veya müdahalecilik şeklinde iki bileşeni vardır. Bakım verenin aşırı ve/veya olumsuz eleştirici tutumlarının çocukta yıkıcı ve zarar verici davranışlarla ilişkili olduğu, aşırı koruyuculuk veya müdahaleciliğin ise çocukta kaygı bozuklukları, özellikle de AKB ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (49).

Genetik Faktörler

Ayrılık Kaygısı Bozukluğu gelişiminde önemli rolü olan özgün bir gen bölgesi saptanmamıştır. Bir ikiz çalışmasına göre AKB’de kalıtımın rolü yalnızca %4 oranındadır, oysa ortak çevresel faktörlerin, özellikle de ailesel etmenlerin rolü %40 oranında bulunmuştur. Ayrıca AKB semptomlarındaki bireysel farklılıkların açıklanmasında genetik varyasyonun anlamlı katkısının olmadığı bildirilmiştir (50). Ehringer ve ark.’nın yaptığı bir çalışmada yaşam boyu AKB prevalansı monozigot ikizlerde dizigot ikizlerden daha yüksek bulunmuştur (22).

KLİNİK ÖZELLİKLER

Ayrılık Kaygısı Bozukluğu'nun temel özelliği çocuğun evden ya da bağlandığı kişilerden ayrı kaldığında yineleyici bir biçimde aşırı sıkıntı ve kaygı yaşamasıdır. AKB'de en sık görülen semptomların; ayrılma ile ilişkili sıkıntı hissi, yanında bir yetişkin olmadan ya da yalnız kalmayı reddetme ve evden ya da bakım veren kişilerden uzakta uyumayı reddetme olduğu bildirilmiştir (51). AKB olan çocuklar ebeveynlerinden ayrıldıklarında sürekli olarak onların nerede olduklarını bilmek isterler ve onlarla telefon görüşmesi gibi yollarla iletişim halinde olmaya çalışırlar. Ebeveynlerinin ya da kendilerinin hastalanacaklarına ya da kaza geçireceklerine ilişkin sürekli kaygı duyarlar. Sıklıkla kaybolma korkuları vardır. Ebeveynleri olmadan arkadaşlarına ev ziyaretlerine gitmek ve geceyi orada geçirmek, kamp ya da benzeri sosyal etkinliklere katılmak istemezler. Ebeveynlerine yapışma davranışı gösterip sürekli onların etrafında dolaşırlar (52).

Ayrılık Kaygısı Bozukluğu olan çocuklar yanlarında ebeveynleri olmadan uyumakta zorlanırlar, yalnız yatağa gitmeyi reddedebilirler. Gece uykularında kabuslar görebilirler. Bu kabuslar genellikle kaybolma, kaçırılma, hastalık, ölüm ya da bir felaket nedeniyle bağlandıkları kişilerden ayrılma ile ilgilidir (53).

Ayrılık Kaygısı Bozukluğu'nda karın ağrısı, bulantı, kusma, baş ağrısı, halsizlik hissi gibi bedensel yakınmalar da sık görülür. Bu yakınmalar ayrılık durumunda ya da bir ayrılık beklentisi olduğunda gözlenebilir. Genellikle çocuk okula giderken veya okulda iken başlar, eve geldiğinde hızla kaybolur, hafta sonlarında ya da tatillerde gözlenmez (54). Bir çalışmada bedensel yakınma tipinin anksiyete bozukluğu tipini belirlemede yardımcı olabileceği gösterilmiştir. Çalışmaya okul reddi yakınması olan AKB, PB, sosyal fobi, aşırı kaygı duyma bozukluğu ve çekinme bozukluğu tanıları alan çocuk ve ergenler alınmıştır. Bu çocuklarda otonomik yakınmalar (baş ağrısı, terleme, sersemlik) %45,4, gastrointestinal yakınmalar (bulantı, kusma, karın ağrısı) %34,1 ve kardiyovasküler yakınmalar (çarpıntı) %27,3 oranında saptanmıştır. AKB tanısı olanlarda gastrointestinal belirtilerin sık görüldüğü, kardiyovasküler belirtilerin ise nadir görüldüğü bildirilmiştir (55).

Ayrılık kaygısı bozukluğu'nda sık görülen belirtilerden biri de evden ya da bağlandığı başlıca kişilerden ayrılma kaygısı nedeniyle okula gitmek istememidir. Okula gitmeyen çocuklar, korku ya da anksiyeteden dolayı okula gitmeyenler ile okula ilgi duymama ve/veya yetişkin otoritesine karşı çıkma nedeniyle okula gitmeyenler olarak iki gruba ayrılmıştır. Birinci grup için okul reddi, anksiyöz okul reddi ve okul fobisi gibi terimler kullanılmış, ikinci grup ise okuldan kaçma olarak adlandırılmıştır (56). Günümüzde birinci grubu tanımlamak için daha kapsayıcı olan okul reddi terimi tercih edilmektedir. Okul reddi olan çocuklarda sorun çoğu kez

okul hakkında belirsiz yakınmalar, okula gitmek istememe, ebeveynler ve öğretmenler tarafından ikna edilmeye çalışılsa da okulda kalmayı reddetme şeklinde başlamaktadır. Okula gitme zamanı geldiğinde ise belirgin kaygı ve panik belirtileri görülmektedir. Çocukların çoğu okula gitmek için evden ayrılamamakta, bunu başaranların bir çoğu ise yarı yoldan eve geri dönmek istemektedir. Bazıları ise birçok kez okula gitmeye hazır olduğunu söylese de okul zamanı geldiğinde bunu başaramamaktadır (57).

Araştırmalarda okul reddi ile kaygı bozuklukları arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilmektedir ancak okul reddi birçok ruhsal bozukluğun belirtisi olarak karşımıza çıkabilir (58). Kaygı bozuklukları dışında duygudurum bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları, öğrenme güçlüğü ve uyum bozukluklarında da okul reddi görülebilmektedir (59). Okul reddi olan çocuk ve ergenlerde en sık görülen kaygı bozukluğu AKB'dir. AKB'nin en sık gözlenen belirtisi de okul reddidir. Okul reddi olan çocuk ve ergenlerin %80'inde AKB bulunur, AKB olan çocuk ve ergenlerin de %75'inde okul reddi görülür (6). Ülkemizde yapılan bir çalışmada okul reddi olan çocuk ve ergenlerin %74.5'i AKB tanısı almıştır (60).

Okul değişikliği, okulda yaşanan bir gerginlik, taşınma veya göç, ebeveyn ayrılığı veya boşanması, aile içi şiddet, ebeveynlerden birinin ya da çocuğun hastanede yatması, yakın birinin hastalığı veya ölümü gibi etmenler çocuk ve ergenlerde AKB oluşumunu kolaylaştırabilir veya klinik şiddetini arttırabilir (53).

EŞ TANILAR

Çocuk ve ergenlerde kaygı bozuklukları birbirleriyle yakın ilişki göstermektedirler. Genel olarak bir kaygı bozukluğunun en sık birlikteliği diğer bir kaygı bozukluğu ile olmaktadır (20). Yapılan çalışmalarda AKB tanısı alan çocuk ve ergenlerin yaklaşık yarısının başka bir kaygı bozukluğu ya da özgül fobi tanısı aldığı, yaklaşık üçte birinin ise depresyon tanısı aldığı bildirilmiştir (61–63). Bir çalışmada, diğer kaygı bozukluğu ile birlikte olma oranı en düşük olan kaygı bozukluğunun AKB olduğu öne sürülmüştür (61). Öte yandan başka bir çalışmada AKB, yaygın kaygı bozukluğu ve sosyal kaygı bozukluğu olan çocuklar karşılaştırılmış ve eş tanı oranı en yüksek olan bozukluğun AKB olduğu bildirilmiştir (64). Bu çalışmada AKB için bildirilen eş tanı oranları sırasıyla şöyledir: Yaygın kaygı bozukluğu (%74), özgül fobi (%58), dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (%22), sosyal fobi (%20), karşıt olma–karşı gelme bozukluğu (%12), enürezis (%8), uyku terörü (%8), obsesif-kompulsif bozukluk (%4), distimik bozukluk (%2) ve PB (%2). Ülkemizde yapılan bir çalışmada AKB tanısı alan çocukların % 27.7'sinde eşlik eden bir psikiyatrik hastalık bulunduğu, bunların arasında en yüksek oranda diğer kaygı bozukluklarının (%11.4) görüldüğü bildirilmiştir (26).

AYIRICI TANI

Ayrılık Kaygısı Bozukluğu'nun diğer kaygı bozukluklarından ayırıcı tanısında önemli olan nokta çocuğun bakım verenden ayrıldığında korktuğu şeyin ne olduğunun anlaşılmasıdır. AKB'de çocuğun korkusu kendisinin ya da ebeveynlerinin başına kötü bir olay gelebileceği ve bu nedenle ayrılığın kalıcı olacağına yöneliktir. Sosyal fobide çocuk yabancı ortamdan ve yabancı kişilerden kaçınma gösterdiği için ebeveynlerinden ayrılmak istemeyebilir. PB olan çocuklar beklenmeyen bir anda gelebilecek bir panik atak esnasında ebeveynlerine ihtiyaç duyacağı için onlardan ayrılmaya direnç gösterirler. Yaygın kaygı bozukluğunda ise çocukların kaygıları, kendilerinin veya ebeveynlerinin sağlığı ve güvenliği ile ilgili olsa da genellikle ebeveynlerinden ayrılma ile ilgili sorun yaşamazlar (4). Genellikle ayırt edilmeleri güç olmasa da öğrenme bozuklukları ve depresyon da akılda tutulmalıdır. Hipertiroidi, fazla kafein alımı, semptomimetikler, steroidler ve kurşun zehirlenmesi gibi kaygı belirtilerini taklit edebilecek durumlar da göz önünde bulundurulmalıdır (65).

TEDAVİ

Ayrılık kaygısı bozukluğu tedavisinde çocuğun ve ailenin psikoeğitimini, ebeveyn–çocuk etkileşimlerini içeren aile tedavisini, bilişsel davranışçı tedaviyi ve gerektiğinde ilaç tedavisini içeren çok yönlü bir yaklaşım önerilmektedir. Okul reddi acil durum olarak değerlendirilmekte ve okul çalışanları ile işbirliği ve eşgüdüm içerisinde çocuğun en kısa sürede okula dönmesi amaçlanmaktadır (65).

Psikoterapötik Yaklaşımlar

Aile ve çocuğun AKB hakkında bilgilendirilmesi, AKB'yi devam ettiren ve pekiştiren davranışların farkına varılıp azaltılmasına ve ortadan kaldırılmasına yardımcı olur. Bilişsel davranışçı yaklaşımlar olarak kademeli maruz bırakma (sistemik duyarsızlaştırma), olumlu pekiştirme, model oluşturma ve sorun çözme becerisini geliştirme gibi yöntemler sıklıkla uygulanmakta ve kısa sürede sonuç vermektedir (66). Çocuklarda genellikle okulda bulunma veya ebeveynlerden uzakta olma gibi kaygı uyandıran durumlarla ilgili “annem beni okuldan almayı unutabilir”; “biz birlikte değilken annemin başına kötü bir olay gelebilir ve onu bir daha hiç göremem” gibi düşünceler bulunmaktadır. Bilişsel yaklaşımlarda çocuğun bu kaygı dolu düşünceleri tanıması ve daha gerçekçi ve akılcı düşünceler geliştirebilmesi hedeflenir. Sistemik duyarsızlaştırma, çocuğun kaygıyı ortaya çıkaran ortamda, az kaygılı durumdan daha çok kaygılı duruma doğru kademeli olarak maruz bırakılması esasına dayanır. Çocuk kaygıya neden olan duruma maruz kaldıkça korkulan sonuçların gerçekleşmediğini deneyimler ve

kaygıları azalarak kaybolur (67). Örneğin okul reddi olan AKB olgularında başlangıçta ebeveyn okula giderken ve okulda bulunduğu süre boyunca çocuğa eşlik etmeli, daha sonraki günlerde ebeveyn okulda bulunma süresini azaltarak yavaş yavaş geriye çekilmeli ve çocuk ebeveyninden bağımsız olarak okulda bulunmaya başladığında bu başarısı haftalık olarak ödüllendirilmelidir (68). Aile tedavisinde ebeveynlerin çocuğa karşı tutumlarında tutarlılık olması istenmeli, özellikle anne ile çocuk arasındaki bağımlılık üzerinde çalışılmalı, çocuğun otonomi kazanması sağlanmalıdır. Annenin çocuğu hakkındaki kaygıları yatıştırılmalıdır. Ebeveynlerin çocuğu anladığı, desteklediği, pozitif ve sıcak bir iletişimin kurulması çocukta güven duygusunu geliştirerek ebeveynlerden daha kolay ayrılabilmesini sağlar (69).

Psikofarmakolojik Yaklaşımlar

Ayrılık Kaygısı Bozukluğu'nda kaygı belirtileri şiddetli ise ve işlevsellikte azalmaya neden oluyorsa çok yönlü yaklaşımlar içerisinde ilaç tedavisi de önerilmektedir. İlaç tedavisinde ilk seçenek olarak seçici serotonin geri alım inhibitörleri önerilmektedir (65). Yapılan kontrollü çalışmalarda fluoksetin ve fluvoksamin, AKB'de kaygı belirtilerinin azaltılmasında plasebodan üstün bulunmuştur (70,71). Benzodiyazepin kullanımı; tolerans gelişimi ve bağımlılık riski nedeniyle yalnızca seçici serotonin geri alım inhibitörleri ile birlikte, onların etkisi başlayana kadar kısa süreli olarak önerilmektedir. Trisiklik antidepresan ilaçların kullanımı ise özellikle kardiyovasküler yan etkileri nedeniyle oldukça sınırlıdır (65).

KLİNİK SEYİR

Ayrılık kaygısı bozukluğu, koruyucu önlemler alınmış olan olgularda ve özellikle erken tanı–tedavi almış olgularda iyi bir gidiş gösterir. Uzunlamasına yapılan bir çalışmada klinik veya subklinik ayrılma kaygısı olan 3 yaşındaki 60 çocuk, yaklaşık 3.5 yıl sonra yeniden değerlendirildiğinde çoğunun semptomlarında anlamlı ölçüde azalma olduğu saptanmıştır (72). AKB'nin gidişini ve kısa vadeli sonuçlarını değerlendiren 18 aylık bir izlem çalışmasında da olguların %20'sinin AKB tanı kriterlerini karşılamaya devam ettiği belirlenmiştir. Bozukluğun devam ettiği grupta karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun daha yüksek oranda bulunduğu, annelerin evlilikte bulduğu doyumun düşük olduğu belirlenmiştir (73). Çocukluk çağında AKB olması, erişkin dönemde kaygı bozukluklarının gelişimi için risk faktörü olabilir (7). Çalışmalarda çocukluk çağında AKB'nin ergenlik ve erişkinlikte PB ve *agorafobi* gelişimi için risk faktörü olduğu, PB tanısı alan gençlerin %50 - %75'inde geçmişte AKB tanısı olduğu ya da eştanı olarak AKB bulunduğu

bildirilmiştir (8,74). Bir çalışmada çocuklukta AKB olan olguların %36'sının, erişkinlik döneminde de AKB belirtilerinin devam ettiği ve tanı kriterlerini karşıladığı saptanmıştır (19).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

OLGULAR

Bu çalışmaya, araştırma grubu olarak Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine ebeveynleri tarafından getirilen ve DSM–V tanı ölçütlerine göre AKB tanısı alan, kronik tıbbi ve nörogelişimsel hastalığı olmayan 39 olgu alınmıştır. Kontrol grubu olarak Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine ebeveynleri tarafından getirilen, kronik tıbbi ve nörogelişimsel hastalığı olmayan, AKB ve okul reddi öyküsü olmayan 39 olgu alınmıştır. Çalışmanın yürütülmesi için Trakya Üniversitesi Yerel Etik Kurulu’ndan etik onayı alınmıştır (Ek 1)

Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. DSM–V tanı ölçütlerine göre AKB tanısı almış olması.
2. 4–11 yaş arasında olması.
3. Ayrılık Kaygısı Bozukluğu semptomlarının en az 1 aydır devam ediyor olması.
4. Kronik tıbbi (epilepsi, serebral palsi, ensefalit vb.) ve nörogelişimsel (otizm spektrum bozuklukları, mental retardasyon vb.) bozukluk tanısı almamış olması.
5. Annelerinin en az ilkokul mezunu olması.

Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

1. DSM–V tanı ölçütlerine göre AKB tanısı almamış olması.
2. 4 yaşından küçük, 11 yaşından büyük olması.

3. Ayrılık Kaygısı Bozukluğu semptomlarının 1 aydan kısa süredir devam ediyor olması.
4. Kronik tıbbi (epilepsi, serebral palsi, ensefalit vb.) veya nörogelişimsel (otizm spektrum bozuklukları, mental retardasyon vb.) bozukluk tanısı almış olması.
5. Annelerinin okuma yazma bilmiyor olması.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Sosyodemografik Veri Formu

Bu formda olguların sosyodemografik özellikleri incelenerek AKB gelişiminde etkisi olabilecek ailesel, sosyal ve eğitimle ilgili etmenler sorgulanmaktadır. (Ek 2)

Çocuklarda Ayrılık Kaygısı Belirti Tarama Ölçeği

Bu ölçek DSM-V AKB kriterlerine dayalı olarak Anabilim Dalımızda oluşturulmuştur. (Ek 3)

Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ)

4-18 yaş çocuk ve ergenlerin davranışlarını değerlendirmek için Achenbach ve Edelbroch tarafından geliştirilmiştir (75). Türk çocukları için uyarlanması ve standardizasyonu Erol ve ark. tarafından yapılmıştır (76).

Ölçekte çocukların duygusal ve davranışsal sorunlarını sorgulayan 118 soru yer almaktadır. Soruların yanıtları son 6 aydaki görülme sıklığına göre 0, 1 ya da 2 şeklinde derecelendirilmiştir. Sorular kendi aralarında gruplara ayrılarak çeşitli alt ölçekleri oluşturur. Sonuç olarak içe yönelim (internalizasyon) ve dışa yönelim (eksternalizasyon) şeklinde iki ayrı davranış biçiminin puanları elde edilir. Sosyal içe çekilme, somatik yakınmalar ve anksiyete/depresyon alt ölçekleri içe yönelim grubunu; suça yönelik davranışlar ve saldırganlık alt ölçekleri de dışa yönelim grubunu oluşturur. Sosyal sorunlar, düşünce sorunları ve dikkat sorunları alt ölçekleri ise her iki gruba da girmeyen alt ölçeklerdir. Alt ölçeklerden elde edilen puanların toplamı ile toplam sorun puanı elde edilmektedir.

Ölçeğin tanı koydurucu özelliği yoktur, davranışların standart bir şekilde tanımlanmasını sağlar. Ebeveynler tarafından doldurulabilir, sekizden fazla soru boş bırakıldığında ölçek geçersiz olur. Ölçeği dolduran kişinin en az ilkokul mezunu olması gerekir. Ebeveynlerin eğitim düzeyi yetersiz olduğunda ölçek görüşmeci tarafından uygulanabilir. (Ek 4)

Eysenck Kişilik Envanteri

Eysenck kişilik envanteri 101 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler kendi aralarında gruplara ayrılarak 4 alt grup oluştururlar ve kişilik bu 4 boyutta değerlendirilir. Bunlar; nevrotiklik boyutu, dışa/içe dönüklük boyutu, psikotiklik boyutu ve yalan boyutudur.

Nevrotiklik Boyutu: Bu boyut, normal ve nevrotik uçlar arasında yer alan bir kişilik değişkeni olarak tanımlanır. Bireyler, dengeli ve uyumlu kişilik özellikleri gösteren bir uç ile dengesiz ve uyumsuz kişilik özellikleri gösteren diğer bir uç arasında derecelendirilir. Nevrotiklik puanı yüksek olan kişiler kaygılı, huzursuz, çabuk heyecanlanan, psikosomatik yakınmaları olan, uykusu düzensiz, duygu durumu değişken olup zaman zaman depresif özellikler gösteren, değişken duygusal tepkileri nedeniyle çevreye zor uyum sağlayan bir kişilik yapısı sergilerler. Nevrotiklik puanı düşük olanlar ise duygusal olarak kontrollü, sakin ve kaygı düzeyi düşük kişilerdir.

Dışa/İçe Dönüklük Boyutu: Dışa dönük kişilerin tipik olarak sosyal yönleri güçlüdür, toplantıları ve sosyal etkinlikleri severler, arkadaşları çoktur, şanslarını denemekten ve öne çıkmaktan hoşlanırlar, çabuk öfkelenmeye eğilimlidirler. İçe dönük kişiler ise sessiz ve çekingendirler, kalabalıktan ve sosyal etkinliklerden hoşlanmazlar, heyecandan uzak dururlar ve düzenli bir yaşam sürerler, duygularını denetim altında tutmaya çalışırlar.

Psikotiklik Boyutu: Eysenck'in tanımladığı kişilik yapısına nevrotiklik ve dışa/içe dönüklük boyutlarından bağımsız bir boyut olarak sonradan eklemiştir. Psikotiklik puanı yüksek olan kişiler diğer insanlara karşı ilgisiz ve duyarsız, empati becerisi zayıf, sosyal olarak sık sık sorun yaşayan, acımasız kişiler olarak tanımlanır. Bu boyutta patolojik belirtiler değil, normallik sınırları içindeki davranışlar ele alınmıştır. Psikiyatrik anlamda şizoid ve antisosyal özelliklerle ilişkilidir.

Yalan Boyutu: Teste katılan kişilerin iyi bir görüntü vermek için yapabilecekleri yanıltmaları ölçen bir boyuttur.

Eysenck Kişilik Envanterinin Türkiye çalışmaları Topçu tarafından yapılmıştır. Türk örnekleminde nevrotiklik ve dışa dönüklük puanları yüksek bulunmuştur (77,78) (Ek 5).

Erişkin Bağlanma Stilleri Ölçeği (EBSÖ)

Erişkinlerin özellikle duygusal ilişkilerindeki bağlanma özelliklerini değerlendiren 18 maddelik 4'lü Likert tipi bir ölçektir. Belirli maddelerin toplamı ile üç alt ölçek (güvenli, kaçınan ve ikircikli bağlanma) puanları elde edilir. Hangi alt ölçek puanı en yüksekse birey o tip bağlanma özelliğine sahiptir. Bunlardan kaçınan veya ikircikli bağlanma puanları yüksek olanlar güvensiz bağlanma olarak kabul edilir. Ölçeğin özgün sürümü Collins ve Read

tarafından geliştirilmiştir (79). Ölçek, Alp tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlilik çalışması yapılmıştır (80) (Ek 6).

VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışmaya katılan her bir olgu ve annesi ile ayrıntılı klinik görüşme yapılmıştır. Anabilim Dalımızda oluşturulan sosyodemografik veri formu doldurulmuştur. AKB tanısı klinik görüşme ve DSM-V tanı ölçütlerine göre konulmuştur. Olguların annelerinin kişilik özelliklerini belirlemek amacıyla Eysenck Kişilik Envanteri, bağlanma stillerini belirlemek amacıyla da EBSÖ uygulanmıştır. Olguların davranışsal ve duygusal sorunlarını değerlendirmek amacıyla ÇDDÖ uygulanmıştır.

VERİLERİN ANALİZİ

İstatistiksel değerlendirme, 10240642 seri numaralı SPSS 21 istatistik programı kullanılarak yapıldı. Ölçülebilen verilerin normal dağılıma uygunlukları tek örnek Kolmogorov Smirnov testi ile bakıldıktan sonra normal dağılım göstermeyen, skor ve ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Değişkenler arası ilişki için Spearman rho korelasyon analizi kullanıldı.

Niteliksel verilerde Pearson χ^2 , Yates düzeltmeli Pearson χ^2 testi, Fisher's kesin χ^2 ve Kolmogorov Smirnov iki örnek testi kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler olarak sayı ve yüzdeler ile Ortanca (Min-Mak) değerleri ve aritmetik ortalama $\pm$ standart sapma verildi. Tüm istatistikler için anlamlılık sınırı iki yönlü $p<0.05$ olarak seçildi.

BULGULAR

Bu çalışmada araştırma grubu 22 (%56,4) erkek ve 17 (%43,6) kız çocuktan, kontrol grubu 14 (%35,9) erkek ve 25 (59,5) kız çocuktan oluşmaktadır. Araştırma grubu ile kontrol grubu arasında cinsiyet bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Olguların cinsiyet dağılımları

		Araştırma Grubu (n=39) Sayı (Yüzde)	Kontrol Grubu (n=39) Sayı (Yüzde)	p*
Cinsiyet	Erkek	22 (56,4)	14 (35,9)	0,112
	Kız	17 (43,6)	25 (59,5)	

*: Yates düzeltilmeli kare testi.

Araştırma grubundaki olguların yaş ortalaması $8,08\pm2,41$ yıl, kontrol grubundaki olguların yaş ortalaması $8,54\pm2,66$ yıldır. Araştırma grubu ile kontrol grubunun yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Araştırma grubundaki olguların annelerinin yaş ortalaması $35,56\pm5,95$ yıl, kontrol grubundaki olguların annelerinin yaş ortalaması $36,74\pm6,03$ yıldır. Araştırma ve kontrol grubundaki olguların annelerinin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Araştırma grubundaki olguların babalarının yaş ortalaması $38,54\pm5,23$ yıl, kontrol grubundaki olguların babalarının yaş ortalaması $40,18\pm6,23$ yıldır. Araştırma ve kontrol

grubundaki olguların babalarının yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Olguların ve anne–babalarının yaş ortalamalarının araştırma ve kontrol grupları arasında karşılaştırılması

	Araştırma Grubu (n=39) AO±SS Ort (Min- Mak)	Kontrol Grubu (n=39) AO±SS Ort (Min- Mak)	p*
Olguların Yaş Ortalaması	8,08±2,41 7 (5-11)	8,54±2,66 8 (5-11)	0,474
Annelerin Yaş Ortalaması	35,56±5,95 36 (25-51)	36,74±6,03 36 (27-55)	0,483
Babaların Yaş Ortalaması	38,54±5,23 38 (31-54)	40,18±6,23 39 (29-60)	0,184

AO: Aritmetik ortalama, **SS:** Standart sapma, **Ort:** Ortanca, **(Min-Mak):** (Minimum- Maksimum).

*: Mann Whitney U testi.

Araştırma grubundaki olguların %87,2’sinin ailesi çekirdek aile, %12,8’inin ailesi geniş ailedir. Kontrol grubundaki olguların %82,1’inin ailesi çekirdek aile, %17,9’unun ailesi geniş ailedir. Araştırma ve kontrol grubunun aile tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5).

Tablo 5. Olguların aile tiplerinin araştırma ve kontrol grupları arasında karşılaştırılması

		Araştırma Grubu (n=39) Sayı (Yüzde)	Kontrol Grubu (n=39) Sayı (Yüzde)	p*
Aile Tipi	Çekirdek Aile	34 (87,2)	32 (82,1)	0,754
	Geniş Aile	5 (12,8)	7 (17,9)	

*: Yates düzeltilmeli kıkare testi.

Araştırma grubundaki olguların %41'i tek çocuk, %56,4'ü iki kardeş, %2,6'sı üç kardeşdir. Kontrol grubundaki olguların %23,1'i tek çocuk, %64,1'i iki kardeş, %10,3'ü üç kardeş, %2,6'sı dört kardeşdir. Araştırma grubundaki olguların %66,7'si ilk çocuk, %33,3'ü ikinci çocuktur. Kontrol grubundaki olguların %59'u ilk çocuk, %33,3'ü ikinci çocuk, %5,1'i üçüncü çocuk, %2,6'sı dördüncü çocuktur.

Araştırma grubundaki olguların ailelerinin %10,3'ü az gelirli, %82,1'i orta gelirli, %7,7'si yüksek gelirlidir. Kontrol grubundaki olguların ailelerinin %7,7'si az gelirli, %87,2'si orta gelirli, %5,1'i yüksek gelirlidir. Araştırma ve kontrol grubundaki olguların ailelerinin gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Ailenin gelir durumu açısından araştırma ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

		Araştırma Grubu (n=39) Sayı (Yüzde)	Kontrol Grubu (n=39) Sayı (Yüzde)	p*
Ailenin Gelir Durumu	Az Gelirli	4 (10,3)	3 (7,7)	1,000
	Orta Gelirli	32 (82,1)	34 (87,2)	
	Yüksek Gelirli	3 (7,7)	2 (5,1)	

*: Kolmogorov Smirnov iki örnek testi.

Araştırma grubundaki olguların %28,2'si okul öncesi eğitime, %71,8'i ilköğretime devam etmektedir. Kontrol grubundaki olguların %23,1'i okul öncesi eğitime, %76,9'u ilköğretime devam etmektedir. Araştırma ve kontrol grubundaki olgular arasında eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 7).

Araştırma grubundaki olguların %94,9'unun bakım vereni anne-baba, %5,1'inin bakım vereni diğer aile yakınlarıdır. Kontrol grubundaki olguların %92,3'ünün bakım vereni anne-baba, %7,7'sinin bakım vereni diğer aile yakınlarıdır. Araştırma ve kontrol grubundaki olgular arasında bakım veren kişi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 7. Olguların Öğrenim durumlarının araştırma ve kontrol grupları arasında karşılaştırılması

		Araştırma Grubu (n=39) Sayı (Yüzde)	Kontrol Grubu (n=39) Sayı (Yüzde)	p*
Öğrenim Durumu	Okul Öncesi	11 (28,2)	9 (23,1)	0,795
	İlköğretim	28 (71,8)	30 (76,9)	

*: Yates düzeltilmeli kıkare testi.

Tablo 8. Olgulara bakım veren kişi açısından araştırma ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

		Araştırma Grubu (n=39) Sayı (Yüzde)	Kontrol Grubu (n=39) Sayı (Yüzde)	p*
Bakım Veren	Anne - Baba	37 (94,9)	36 (92,3)	1,000
	Diğer	2 (5,1)	3 (7,7)	

*: Fisher's kesin kıkare testi.

Çalışmaya katılan olguların hepsinin annelerinin ve babalarının öz olduğu belirlenmiştir. Üvey anneye veya üvey babaya sahip olan olgu yoktur. Ayrıca araştırma ve kontrol grubundaki olgularda anne-baba arasında akrabalık saptanmamıştır.

Araştırma grubundaki olguların annelerinin %28,2'si ilkokul, %15,4'ü ortaokul, %28,2'si lise ve %28,2'si yüksekokul-üniversite mezunudur. Kontrol grubundaki olguların annelerinin %33,3'ü ilkokul, %15,4'ü ortaokul, %35,9'u lise, %15,4'ü yüksekokul-üniversite mezunudur. Araştırma ve kontrol grubundaki olguların annelerinin eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$) (Tablo 9).

Araştırma grubundaki olguların babalarının %23,1'i ilkokul, %7,7'si ortaokul, %30,8'i lise ve %38,5'i yüksekokul-üniversite mezunudur. Kontrol grubundaki olguların babalarının %20,5'i ilkokul, %12,8'i ortaokul, %43,6'sı lise, %23,1'i yüksekokul-üniversite

mezunudur. Araştırma ve kontrol grubundaki olguların babalarının eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 9. Olguların annelerinin eğitim durumlarının araştırma ve kontrol grupları arasında karşılaştırılması

		Araştırma Grubu (n=39) Sayı (Yüzde)	Kontrol Grubu (n=39) Sayı (Yüzde)	p*
Annenin Eğitim Durumu	İlkokul	11 (28,2)	13 (33,3)	0,573
	Ortaokul	6 (15,4)	6 (15,4)	
	Lise	11 (28,2)	14 (35,9)	
	Yüksekokul - Üniversite	11 (28,2)	6 (15,4)	

*: Pearson kıkare testi.

Tablo 10. Olguların babalarının eğitim durumlarının araştırma ve kontrol grupları arasında karşılaştırılması

		Araştırma Grubu (n=39) Sayı (Yüzde)	Kontrol Grubu (n=39) Sayı (Yüzde)	p*
Babanın Eğitim Durumu	İlkokul	9 (23,1)	8 (20,5)	0,745
	Ortaokul	3 (7,7)	5 (12,8)	
	Lise	12 (30,8)	17 (43,6)	
	Yüksekokul - Üniversite	15 (38,5)	9 (23,1)	

*: Kolmogorov Smirnov iki örnek testi.

Çalışmaya katılan olguların anne ve babalarında psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmadığı incelenmiştir. Araştırma grubundaki olguların annelerinin %7,7'sinin psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu, %92,3'ünün psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığı görülmüştür. Kontrol grubundaki olguların annelerinin %5,1'inin psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu, %94,9'unun psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığı görülmüştür. Araştırma ve kontrol grubundaki olgular arasında annelerinin psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Annede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından araştırma ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

		Araştırma Grubu (n=39) Sayı (Yüzde)	Kontrol Grubu (n=39) Sayı (Yüzde)	p*
Annede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var	3 (7,7)	2 (5,1)	1,000
	Yok	36 (92,3)	37 (94,9)	

*: Fisher's kesin kıkare testi.

Araştırma grubundaki olguların babalarının %7,7'sinin psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu, %92,3'ünün psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığı görülmüştür. Kontrol grubundaki olguların babalarının %5,1'inin psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu, %94,9'unun psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığı görülmüştür. Araştırma ve kontrol grubundaki olgular arasında babalarının psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Babada psikiyatrik hastalık öyküsü açısından araştırma ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

		Araştırma Grubu (n=39) Sayı (Yüzde)	Kontrol Grubu (n=39) Sayı (Yüzde)	p*
Babada Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var	3 (7,7)	2 (5,1)	1,000
	Yok	36 (92,3)	37 (94,9)	

*: Fisher's kesin kıkare testi.

Çalışmaya katılan olguların anne-babalarının medeni durumu incelenmiştir. Araştırma grubundaki olguların anne-babalarının %94,9'unun evli olduğu, %5,1'inin boşanmış olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki olguların anne-babalarının %94,9'unun evli olduğu, %5,1'inin boşanmış olduğu saptanmıştır. Araştırma ve kontrol grubundaki olguların anne-

babalarının medeni durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Anne–babanın medeni durumu açısından araştırma ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

		Araştırma Grubu (n=39) Sayı (Yüzde)	Kontrol Grubu (n=39) Sayı (Yüzde)	p[*]
Anne–Babanın Medeni Durumu	Evli	37 (94,9)	37 (94,9)	1,000
	Boşanmış	2 (5,1)	2 (5,1)	

*: Fisher’s kesin kıkare testi.

Araştırma grubundaki olguların %15,4’ünün erken doğum, %84,6’sının zamanında doğum öyküsü olduğu, geç doğum öyküsü olan olgu olmadığı görülmüştür. Kontrol grubundaki olguların %12,8’inin erken doğum, %82,1’inin zamanında doğum, %5,1’inin geç doğum öyküsü olduğu görülmüştür. Araştırma ve kontrol grubundaki olguların doğum zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Olguların doğum zamanlarının araştırma ve kontrol grupları arasında karşılaştırılması

		Araştırma Grubu (n=39) Sayı (Yüzde)	Kontrol Grubu (n=39) Sayı (Yüzde)	p[*]
Doğum Zamanı	Erken Doğum	6 (15,4)	5 (12,8)	1,000
	Zamanında Doğum	33 (84,6)	32 (82,1)	
	Geç Doğum	0 (0,0)	2 (5,1)	

*: Kolmogorov Smirnov iki örnek testi.

Olguların doğum tipi değerlendirildiğinde araştırma grubundaki olguların %7,7’sinin normal doğum, %92,3’ünün sezaryen doğum olduğu; kontrol grubundaki olguların

%48,7'sinin normal doğum, %51,3'ünün sezaryen doğum olduğu görülmüştür. Araştırma ve kontrol grubundaki olguların doğum tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Olguların doğum tipi açısından araştırma ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

		Araştırma Grubu (n=39) Sayı (Yüzde)	Kontrol Grubu (n=39) Sayı (Yüzde)	p*
Doğum Tipi	Normal Doğum	3 (7,7)	19 (48,7)	0,0001
	Sezaryen	36 (92,3)	20 (51,3)	

*: Yates düzeltilmeli kıkare testi.

Araştırma grubundaki olguların 6'sında (%15,4) gebelikte veya doğum esnasında tıbbi sorun olduğu, kontrol grubundaki olgularda gebelikte veya doğum esnasında tıbbi sorun olmadığı belirlenmiştir. Araştırma ve kontrol grubu arasında gebelikte veya doğum esnasında tıbbi sorun olması bakımından anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo16). Bu tıbbi sorunlar şu şekildedir: *preeklampsi* (1 olgu), *abortus imminens* (2 olgu), kanama (2 olgu), hipertansiyon (1 olgu).

Tablo 16. Gebelikte veya doğum esnasında tıbbi sorun varlığı açısından araştırma ve kontrol grubundaki olguların karşılaştırılması

		Araştırma Grubu (n=39) Sayı (Yüzde)	Kontrol Grubu (n=39) Sayı (Yüzde)	p*
Gebelikte veya Doğum Esnasında Tıbbi Sorun	Var	6 (15,4)	0 (0,0)	0,025
	Yok	33 (84,6)	39 (100,0)	

*: Fisher's kesin kıkare testi.

Çalışmamızda araştırma grubundaki olgularda AKB belirtilerinin sıklığı Çocuklarda Ayrılık Kaygısı Belirti Tarama Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Belirtilerin sıklığı sırasıyla şöyle bulunmuştur: Bakım verenden ya da evden ayrı kaldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde sık sık endişe duyma (%89,7), bakım vereni kaybedeceği ya da başına kötü bir şey geleceği konusunda sık sık endişe duyma (%89,7), bakım verenden ya da evden ayrı kaldığında gece uyku uyuma konusunda isteksiz davranma ya da uyumayı reddetme (%79,5), evde ya da başka bir ortamda tek başına kaldığında ya da bakım veren yanında olmadığına aşırı korku duyma (%64,1), bakım verenden ya da evden ayrı kalma korkusu nedeniyle okula veya başka bir yere gitmekte sorun yaşama (%53,8), bakım verenden ya da evden ayrı kaldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde tekrarlayıcı biçimde fiziksel yakınmalar getirme (%48,7), kendi başına gelebilecek olumsuz bir olay nedeniyle bakım verenden ayrılacağı endişesi (%38,5), sık sık ayrılma ile ilgili kabuslar görme (%7,7) (Tablo 17).

Tablo 17. Araştırma grubunda Ayrılık Kaygısı Bozukluğu belirtilerinin sıklığı

Belirtiler	Araştırma Grubu (n=39) Yüzde
Bakım verenden ya da evden ayrı kaldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde sık sık endişe duyma	89,7
Bakım vereni kaybedeceği ya da başına kötü bir şey geleceği konusunda sık sık endişe duyma	89,7
Bakım verenden ya da evden ayrı kaldığında gece uyku uyuma konusunda isteksiz davranma ya da uyumayı reddetme	79,5
Evde ya da başka bir ortamda tek başına kaldığında ya da bakım veren yanında olmadığına aşırı korku duyma	64,1
Bakım verenden ya da evden ayrı kalma korkusu nedeniyle okula veya başka bir yere gitmekte sorun yaşama	53,8
Bakım verenden ya da evden ayrı kaldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde tekrarlayıcı biçimde fiziksel yakınmalar getirme	48,7
Kendi başına gelebilecek olumsuz bir olay nedeniyle bakım verenden ayrılacağı endişesi	38,5
Sık sık ayrılma ile ilgili kabuslar görme	7,7

Çalışmamıza katılan olgulara uygulanan ÇDDÖ alt ölçek puanları araştırma ve kontrol grubu arasında karşılaştırılmıştır (Tablo 18) (Şekil 1).

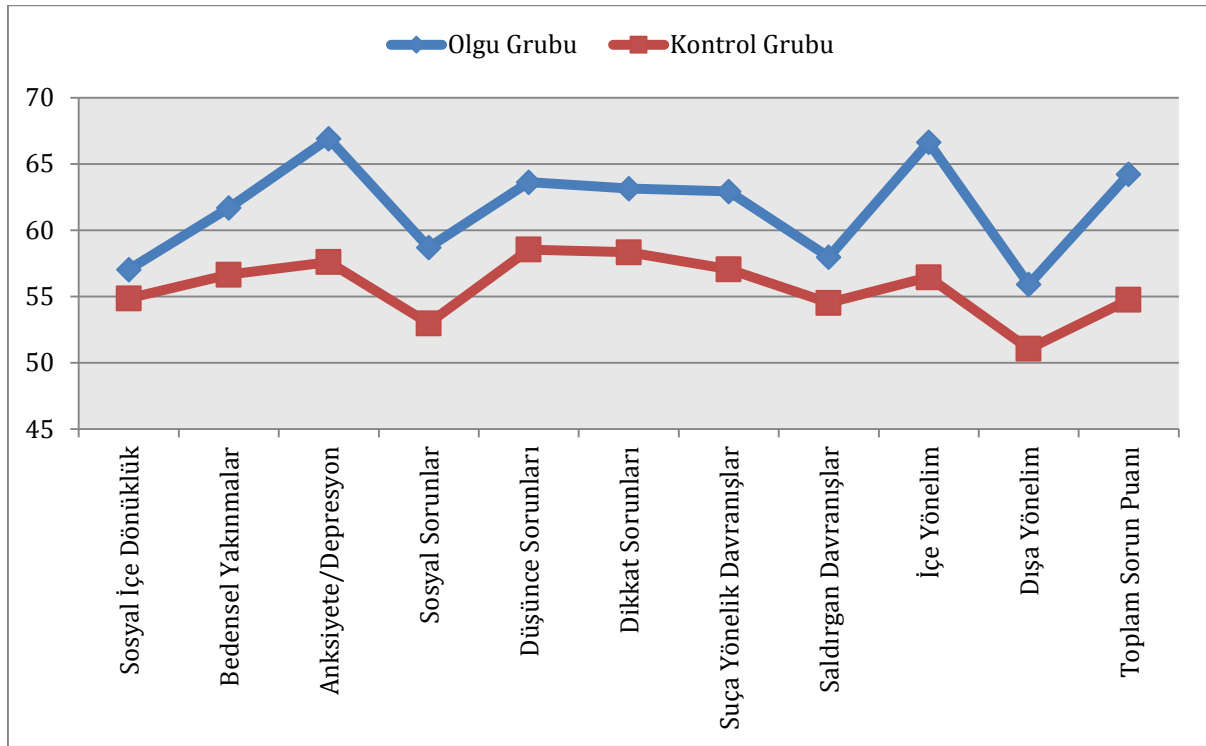
Tablo 18. Çocukların davranışlarını değerlendirme ölçeği puanlarının araştırma ve kontrol grupları arasında karşılaştırılması

	Araştırma Grubu (n=39) AO±SS Ort (Min- Mak)	Kontrol Grubu (n=39) AO±SS Ort (Min- Mak)	p*
Sosyal İçer Dönüklük	57,03±7,761 57 (50-80)	54,85±6,892 51 (50-73)	0,057
Bedensel Yakınmalar	61,67±10,796 58 (50-95)	56,64±8,219 54 (50-80)	0,025
Anksiyete/Depresyon	66,90±8,626 68 (50-96)	57,59±6,269 57 (50-72)	0,0001
Sosyal Sorunlar	58,69±8,898 57 (50-82)	52,97±5,194 50 (50-73)	0,0001
Düşünce Sorunları	63,62±8,592 65 (50-85)	58,54±7,650 58 (50-76)	0,007
Dikkat Sorunları	63,13±9,336 61 (50-82)	58,33±8,465 54 (50-79)	0,021
Suçer Yönelik Davranışlar	62,92±9,278 64 (50-88)	57,05±6,497 57 (50-70)	0,003
Saldırgan Davranışlar	57,97±9,683 55 (50-90)	54,51±6,390 52 (50-73)	0,095
İçer Yönelim	66,62±8,312 66 (48-85)	56,44±9,575 58 (33-75)	0,0001
Dışer Yönelim	55,90±10,592 54 (32-83)	51,05±9,902 52 (32-72)	0,050
Toplam Sorun Puanı	64,21±8,862 65 (46-84)	54,74±10,057 56 (32-73)	0,0001

AO: Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma, Ort: Ortanca, (Min-Mak): (Minimum- Maksimum).

*: Mann Whitney U testi.

Araştırma grubundaki olguların bedensel yakınmalar ($p<0,05$), anksiyete/depresyon ($p<0,05$), sosyal sorunlar ($p<0,05$), düşünce sorunları ($p<0,05$), dikkat sorunları ($p<0,05$), suça yönelik davranışlar ($p<0,05$), içe yönelim ($p<0,05$), dışa yönelim ($p: 0,050$) ve toplam sorun ($p<0,05$) puanları kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Saldırgan davranışlar ($p>0,05$) ve sosyal içe dönüklük ($p>0,05$) puanları bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.



Şekil 1. Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği puanlarının grafik düzeni ile gösterilmesi

Olguların annelerine uygulanan Eysenck Kişilik Envanteri ile elde edilen sonuçlar araştırma ve kontrol grubu arasında karşılaştırılmıştır. Araştırma grubundaki olguların annelerinin psikotiklik boyutu ($p<0,05$) ve nevrotiklik boyutu ($p<0,05$) puanları kontrol grubundakilere oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Dışa/içe dönüklük boyutu ($p>0,05$) ve yalan boyutu ($p>0,05$) puanları açısından araştırma ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 19) (Şekil 2).

EBSÖ ile olguların annelerinin bağlanma stilleri belirlenmiştir. Araştırma grubundaki olguların annelerinin %51,3'ünde güvenli bağlanma, %43,6'sında kaçınan bağlanma, %5,1'inde ikircikli bağlanma olduğu; kontrol grubundaki olguların annelerinin %76,9'unda

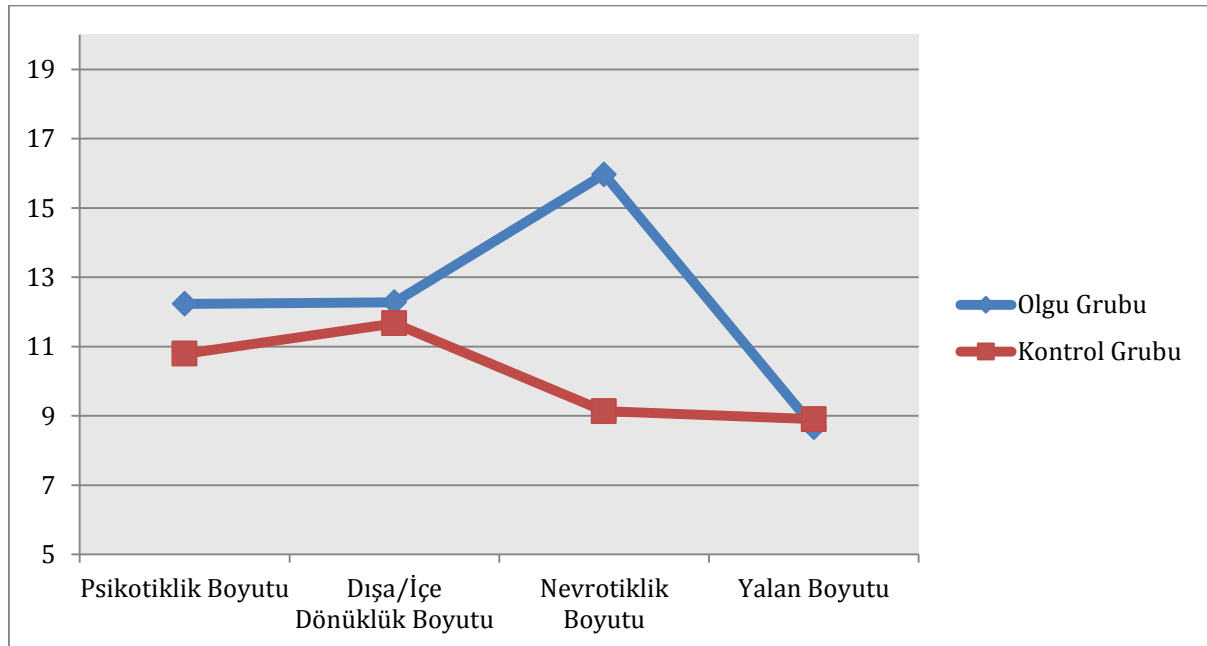
güvenli bağlanma, %20,5’inde kaçınan bağlanma, %2,6’sında ikircikli bağlanma olduğu belirlenmiştir (Tablo 20) (Şekil 3).

Tablo 19. Eysenck Kişilik Envanteri ile elde edilen puanların araştırma ve kontrol grupları arasında karşılaştırılması

	Araştırma Grubu (n=39) AO±SS Ort (Min- Mak)	Kontrol Grubu (n=39) AO±SS Ort (Min- Mak)	p*
Psikotiklik Boyutu	12,23±1,799 12 (7-15)	10,79±1,657 11 (7-14)	0,0001
Dışa/İçe Dönüklük Boyutu	12,28±3,292 13 (7-18)	11,67±3,012 12 (4-17)	0,415
Nevrotiklik Boyutu	15,97±3,780 17 (8-23)	9,13±3,750 10 (3-17)	0,0001
Yalan Boyutu	8,67±2,017 9 (5-13)	8,90±2,257 8 (6-15)	0,812

AO: Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma, Ort: Ortanca, (Min-Mak): (Minimum- Maksimum).

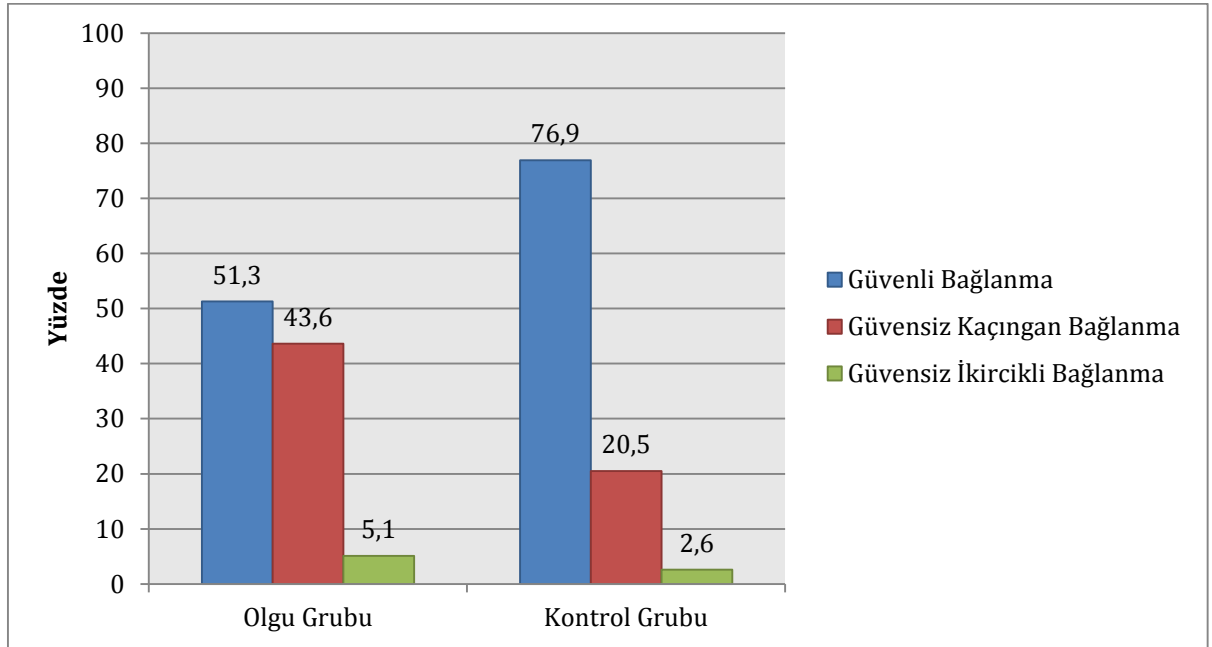
*: Mann Whitney U testi.



Şekil 2. Eysenck kişilik envanteri ile elde edilen puanların grafik düzeni ile gösterilmesi

Tablo 20. Olguların annelerinin bağlanma stillerinin dağılımı

	Güvenli Bağlanma	Güvensiz Bağlanma	
		Kaçınan Bağlanma	İkircikli Bağlanma
Araştırma Grubu (n=39) Yüzde	51,3	43,6	5,1
Kontrol Grubu (n=39) Yüzde	76,9	20,5	2,6



Şekil 3. Olguların annelerinin bağlanma stillerinin grafik düzeni ile gösterilmesi

Kaçınan bağlanma ve ikircikli bağlanma stillerinin her ikisinin de güvensiz bağlanma stili olduğu göz önünde bulundurulduğunda araştırma grubundaki olguların annelerinin %51,3'ünde güvenli bağlanma, %43,6'sında güvensiz bağlanma olduğu; kontrol grubundaki olguların %76,9'unda güvenli bağlanma, %20,5'inde güvensiz bağlanma olduğu görülmüştür. Güvenli ve güvensiz bağlanma stilleri açısından araştırma ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 21).

Araştırma grubundaki olguların ÇDDÖ ile belirlenen içe yönelim, dışa yönelim ve toplam sorun puanları ile araştırma grubundaki olguların annelerinin Eysenck Kişilik Envanteri ile belirlenen nevrotiklik ve psikotiklik boyutu puanları Spearmen korelasyon analizi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Olguların içe yönelim puanı, annelerin nevrotiklik

boyutu puanı ve psikotiklik boyutu puanı ile ilişkili bulunmuştur. Olguların toplam sorun puanı annelerin psikotiklik boyutu puanı ile ilişkili bulunmuştur (Tablo 22).

Tablo 21. Olguların annelerinin bağlanma stillerinin araştırma ve kontrol grupları arasında karşılaştırılması

Annenin Bağlanma Tipi	Araştırma Grubu (n=39) Yüzde	Kontrol Grubu (n=39) Yüzde	p*
Güvenli Bağlanma	51,3	76,9	0,034
Güvensiz Bağlanma	48,7	23,1	

*: Yates düzeltilmeli kikare testi.

Tablo 22. Araştırma grubundaki olguların Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği puanları ile annelerinin Eysenck Kişilik Envanteri puanları arasındaki ilişkinin Spearmen korelasyon analizi ile incelenmesi

	Nevrotiklik Boyutu		Psikotiklik Boyutu	
	Rho (r)	p	Rho (r)	p*
İçe Yönelim Puanı	0,318	0,049	0,378	0,018
Dışa Yönelim Puanı	0,014	0,934	0,226	0,167
Toplam Sorun Puanı	0,227	0,165	0,353	0,028

*: Spearmen korelasyon testi.

TARTIŞMA

Ayrılık Kaygısı Bozukluğu'nun kızlarda erkeklerden daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar vardır (22,23). Ancak bazı çalışmalarda da her iki cinsiyet arasında fark saptanmadığı bildirilmiştir (24,25). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise AKB sıklığı, erkeklerde kızlardan daha fazla bulunmuştur (26). Çalışmamızda, AKB tanısı alan olguların cinsiyet dağılımları incelendiğinde erkeklerin kızlara oranla daha fazla olduğu belirlendi. Ülkemizde erkeklerdeki oranın daha yüksek olmasında kültürel etkenlerin rolü olabileceği düşünüldü. Kültüre bağlı nedenlerle kız çocuklarda evden ya da ebeveynlerden ayrılmak istememe gibi yakınmalar daha normal olarak algılandığı için hoşgörüle karşılanıyor olabilir. Ancak aynı yakınmalar erkek çocuklarda görüldüğünde sorun olarak algılanıp daha sık kliniğe başvuru nedeni olabilir.

Ayrılık Kaygısı Bozukluğu'nun ortalama başlangıç yaşı 7-9 yaş olarak bildirilmiştir (23–25). Çalışmamızda araştırma grubundaki olguların yaş ortalaması 8,08 yıl olarak bulundu. AKB semptomları genellikle daha erken yaşlarda başlasa da okula başlamadan önceki dönemde evden ve bakım verenden ayrılma deneyimleri uzun süreli olmadığı için bu durum belirgin bir sorun yaratmıyor olabilir. Ancak çocukların okula başlamasıyla birlikte okula gitmede isteksizlik, okula devamsızlık ve zamanla ders başarısında etkilenme başlamaktadır. Bu süreçte ailelerin kaygılarının artması, daha çok okul çağı döneminde bir çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğine başvurmalarının nedeni olabilir. Çalışmamızda, araştırma grubundaki olguların öğrenim durumlarına bakıldığında ilköğretim döneminde olanların (%71,8), okul öncesi dönemde olanlara (%28,2) oranla daha fazla olması bu durumla uyumludur.

Yapılan bazı araştırmalarda; aile tipi, anne babanın eğitim düzeyi, anne babada psikiyatrik hastalık öyküsü, kardeş sayısı gibi sosyodemografik özelliklerin,  ocuk ve ergenlerde görülen psikiyatrik hastalıklarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (81,82). Ancak daha sonra yapılan çalışmalarda bu ilişkiye rastlanmamıştır (83,84). Çalışmamıza katılan olgularda aile tipi, anne ve babaların yaş ortalamaları, anne ve babaların eğitim durumları, anne–babada psikiyatrik hastalık öyküsü, kardeş sayısı ve kaçıncı  ocuk oldukları gibi sosyodemografik özelliklerin araştırma ve kontrol grubu arasında farklılık göstermediği görüldü.

Kaygı bozukluklarının daha çok orta ve üst sosyoekonomik düzeydeki ailelerin çocuklarında görülmesine karşın, AKB’nin daha çok düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerin çocuklarında görüldüğü bildirilmiştir (12,24). Ancak bu bulguyu desteklemeyen çalışmalar da vardır (27). Çalışmamızda ailelerin gelir durumları incelendiğinde, olguların çoğunun ailelerinin orta gelirli olduğu belirlendi ve ailenin gelir durumu bakımından araştırma ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık bulunmadı. Sosyoekonomik düzeyin ailenin algısına göre belirlenmiş olması, çalışmamızın yöntem açısından bir kısıtlılığı olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda, gebelikte veya doğum esnasında tıbbi sorun varlığı araştırma grubunda kontrol grubuna oranla anlamlı derecede yüksek bulundu. Gebelikte veya doğum esnasında tıbbi sorunla karşılaşan ebeveynlerde, çocuklarının başına kötü birşey geleceğine yönelik kaygıların artmasıyla birlikte, doğumdan sonra daha korumacı tutumlar gelişebilmektedir. Ebeveynlerin kaygılı, kontrol edici ve müdahaleci tutumlarının  ocuklarda AKB gelişimi ile anlamlı ilişkisi olduğu bildirilmiştir (40).

Yazındaki bazı çalışmalarda AKB’nin en sık belirtisinin okula gitmede isteksizlik veya okul reddi olduğu bildirilmiştir (5,6,45). Ancak daha sonra Allen ve arkadaşlarının çalışmasında AKB’de en sık görülen semptomların bakım verenden ya da evden ayrı kaldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde sık sık endişe duyma (%87,4), bakım verenden ya da evden ayrı kaldığında gece uyku uyuma konusunda isteksiz davranma ya da uyumayı reddetme (%85,7), evde ya da başka bir ortamda tek başına kaldığında ya da bakım veren yanında olmadığında aşırı korku duyma (%81), bakım vereni kaybedeceği ya da başına kötü bir şey geleceği konusunda sık sık endişe duyma (%60,4) olduğu bulunmuştur (51). Aynı çalışmada ayrılık korkusu nedeniyle okula veya başka bir yere gitmekte sorun yaşama belirtisinin %51,4 oranında görüldüğü belirlenmiştir. Çalışmamızda en sık görülen belirtiler bakım verenden ya da evden ayrı kaldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde sık sık endişe duyma (%89,7), bakım vereni kaybedeceği ya da başına kötü bir şey geleceği konusunda sık sık endişe duyma (%89,7), bakım verenden ya da evden ayrı kaldığında gece

uyku uyuma konusunda isteksiz davranma ya da uyumayı reddetme (%79,5), evde ya da başka bir ortamda tek başına kaldığında ya da bakım veren yanında olmadığında aşırı korku duyma (%64,1) olarak bulundu. Bakım verenden ya da evden ayrı kalma korkusu nedeniyle okula veya başka bir yere gitmekte sorun yaşama belirtisi %53,8 oranında görüldü. Bu sonuçlar, Allen ve arkadaşlarının çalışmasının (51) sonuçları ile uyumludur.

Çalışmamızda, AKB tanılı olguların davranış sorunlarının kontrol grubundaki olgulara göre daha fazla olduğu saptandı. ÇDDÖ’de saldırgan davranışlar ve sosyal içe dönüklük puanları dışında tüm alt ölçek puanları, araştırma grubunda kontrol grubuna oranla anlamlı derecede yüksek bulundu. Erermiş ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada AKB tanılı olgularda ÇDDÖ’nün tüm alt ölçek puanları kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur (85). Yine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada okula gitmeme yakınmasıyla başvuran ve AKB tanısı alan olgularda ÇDDÖ’nün saldırganlık alt ölçeği dışındaki tüm alt ölçek puanları kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur (9). Çalışmamızda içe yönelim puanlarının dışa yönelim puanlarına göre daha yüksek oluşu dikkat çekmektedir. Araştırma grubunda içe yönelim puanlarının aritmetik ortalaması $66,62 \pm 8,312$, kontrol grubunda $56,44 \pm 9,575$ olarak bulundu ($p: 0,0001$). Araştırma grubunda dışa yönelim puanlarının aritmetik ortalaması $55,90 \pm 10,592$, kontrol grubunda $51,05 \pm 9,902$ olarak bulundu ($p: 0,050$). İçe yönelim grubunda yer alan anksiyete/depresyon ve somatik yakınmalar alt ölçek puanlarının, araştırma grubunda kontrol grubundan daha yüksek olmasının özellikle kaygı bozuklukları ve AKB açısından önem taşıdığı düşünülebilir. Bu bulguyu destekler nitelikte, AKB tanısı alan çocuk ve ergenlerin yaklaşık yarısının başka bir kaygı bozukluğu ya da özgül fobi tanısı aldığı, yaklaşık üçte birinin ise depresyon tanısı aldığı bildirilmiştir (61–63). Ayrıca kaygı bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde somatik yakınmaların oldukça yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir (27).

Ayrılık Kaygısı Bozukluğu’nun aynı aile bireyleri arasında genel nüfusa göre daha sık görüldüğü, bunun genetik özelliklerin yanı sıra ebeveynlerin davranış ve tutumları ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir. Ebeveynlerin kaygılı, kontrol edici ve müdahaleci tutumlarının çocuklarda AKB gelişimi ile anlamlı ilişkisi olduğu bildirilmiştir (40,41). Çalışmamıza katılan olguların anneleri, kişilik özellikleri bakımından Eysenck Kişilik Envanteri uygulanarak değerlendirildiğinde, nevrotiklik boyutu ve psikotiklik boyutu puanları araştırma grubunda kontrol grubuna oranla daha yüksek bulundu. Daha önce yapılan çalışmalarda da çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir (45,86). Nevrotik kişilik özelliklerine sahip anneler kaygılı, huzursuz, çabuk heyecanlanan, psikosomatik yakınmaları olan, uykusu düzensiz, duygu durumu değişken olan ve zaman zaman depresif özellikler gösteren, değişken

duygusal tepkileri nedeniyle çevreye zor uyum sağlayan bir kişilik yapısı sergilerler (77). Bu durum çocuklarıyla ilişkilerinde işlevsel bozukluklara neden olmaktadır. Nevrotik özellikler gösteren bir anne, çocuğunun başına kötü şeyler geleceğine yönelik gereksiz yere endişe duyar ve çocuğunu hep kendi gözetimi altında ve evde tutmaya çalışır. Zamanla, çocukta da evden uzakta iken kendisinin veya anne-babasının başına kötü şeyler geleceğine ilişkin korkular gelişmeye başlar. Aşırı koruyucu ve müdahaleci tutumlar çocuğun ayrılma ve bireyselleşmesini, otonomi kazanmasını olumsuz yönde etkilemektedir (45,87). Bu bulgular, ailelerde kaygının sürekliliğinin sağlanmasında bir model olarak ileri sürülmektedir (88). Ayrıca kaygı düzeyi yüksek olan annelerin çocuklarında, AKB gelişimi için kolaylaştırıcı bir faktör olarak bilinen davranışsal ketlenme daha sık olarak gözlenmektedir (89). Ülkemizde yapılan bir çalışmada okul öncesi yaş grubu çocukların annelerinin mizaç özellikleri incelenmiş ve AKB tanısı alan olguların anneleri, kontrol grubundaki olguların annelerine göre daha yüksek anksiyöz mizaç, depresif mizaç, siklotimik mizaç ve iritabl mizaç puanları almıştır (85).

Çalışmamızda Eysenck Kişilik Envanteri'ne göre psikotiklik boyutu puanları araştırma grubundaki olguların annelerinde kontrol grubundaki olguların annelerine oranla daha yüksek bulundu. Psikotiklik puanı yüksek olan anneler diğer insanlara karşı ilgisiz ve duyarsız olma, empati kurma becerisinde zayıflık ve sosyal olarak sık sık sorun yaşama gibi özellikler göstermektedir (77). Annenin sosyal ilişkilerinin, arkadaşlık kurma ve sürdürme becerilerinin; çocuğun yakınlık kurma ve paylaşma özelliklerini ve arkadaşlığa katılımını önemli ölçüde etkilediği bildirilmiştir (90). Annede psikotiklik puanının yüksek olmasının, çocuklarda yetersiz sosyalleşme ile birlikte bireyselleşme ve otonomi kazanmada güçlüklerle neden olarak AKB gelişimine katkıda bulunabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda, AKB tanısı alan olguların davranış değerlendirme puanları ile annelerinin kişilik özellikleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, çocukların içe yönelim puanı ile annelerin nevroitiklik ve psikotiklik puanları arasında ilişki olduğu görüldü. İçe yönelim puanının belirleyicileri, anksiyete/depresyon, somatik yakınmalar ve sosyal içe dönüklük alt ölçekleridir. Bu bağlamda; nevroitiklik puanı yüksek olan annelerdeki kaygı, huzursuzluk, çökkünlük ve psikosomatik yakınmalar gibi özelliklerin, çocuklarda anksiyete/depresyon ve bedensel yakınmaları arttırmış olabileceği düşünülmektedir. Benzer şekilde; annelerdeki psikotiklik puanıyla ilişkili olan duyarsızlık, sosyal ilişki sorunları ve empati eksikliğinin, çocuklarda sosyal içe dönüklüğü arttırmış olabileceği düşünülmektedir.

Çocuklarda güvenli bağlanma gelişiminde annenin bağlanma stili önemli bir faktördür. Kendi annesiyle güvenli bağlanma ilişkisi kuran bir annenin, çocuğu ile olan

ilişkisinde daha tutarlı, sıcak ve sevgi dolu olacağı ve bu durumun da çocuğu ile güvenli bağlanma geliştirmesine zemin hazırlayabileceği öne sürülmüştür (38). Çalışmamıza katılan olguların annelerinin bağlanma stili incelendiğinde, araştırma grubundaki olguların annelerinde güvensiz bağlanma stili, kontrol grubundaki olguların annelerine oranla anlamlı derecede yüksek bulundu. Annenin bağlanma stili güvensiz olduğunda, çocuğu ile olan bağlanma ilişkisinin de etkilendiği ve çocukta da güvensiz bağlanma gelişimine zemin hazırlandığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda güvensiz bağlanma geliştiren çocuklarda, güvenli bağlanma geliştiren çocuklardan daha yüksek oranda kaygı bozukluğu ve AKB görüldüğü saptanmıştır (36,37). Dolayısıyla annede güvensiz bağlanma stili olmasının, çocuklarda AKB gelişimini etkileyen bir faktör olabileceği düşünülmektedir.

Ayrılık Kaygısı Bozukluğu oluşumunda aile tutumları ve ebeveyn özelliklerinin önemli katkısı olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda özellikle anne-çocuk ilişkisinin niteliği açısından önem taşıyan iki faktör üzerinde durulmuştur. Bunlardan biri annenin kişilik özellikleridir. Annenin nevrotik özellikler göstermesinin veya çevreye karşı duyarsız, ilgisiz ve empatiden yoksun olmasının, çocuklarda AKB gelişimi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. İncelenen diğer faktör ise annenin bağlanma stilidir. Annede güvensiz bağlanma stili olmasının, çocuklarda AKB gelişimi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular bize, AKB oluşumunu önlemek için koruyucu yaklaşımların ve erken müdahalenin önemini göstermektedir. Erken çocukluk döneminde bağlanma ve ayrılma ile ilgili sorunlara yol açabilen önlenabilir nitelikteki davranışlara odaklanan bir yaklaşım, bozukluğun ortaya çıkmasını engellemeye olanak tanıyabilecektir. Bu konuda daha fazla araştırmaya gereksinim vardır.

SONUÇLAR

“Çocuklarda Ayrılık Kaygısı Bozukluğu Gelişimi ile Annenin Kişilik Özellikleri ve Bağlanma Stili Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi” başlıklı çalışmamızda elde edilen bulgulardan aşağıdaki sonuçlar çıkarılmıştır:

1. AKB tanısı alan erkek olguların oranı kız olgulardan daha yüksektir.
2. AKB tanısı alan olgular daha çok orta sosyoekonomik düzeydeki ailelerden gelmektedir.
3. Sezaryen doğum oranı AKB tanısı alan olgularda kontrol grubundaki olgulardan daha yüksektir.
4. Gebelikte veya doğum esnasında tıbbi sorun yaşamış olma oranı AKB tanısı alan olgularda kontrol grubundaki olgulardan daha yüksektir.
5. AKB’de en sık görülen ilk üç belirti; bakım verenden ya da evden ayrı kaldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde sık sık endişe duyma (%89,7), bakım vereni kaybedeceği ya da başına kötü bir şey geleceği konusunda sık sık endişe duyma (%89,7) ve bakım verenden ya da evden ayrı kaldığında gece uyku uyuma konusunda isteksiz davranma ya da uyumayı reddetmedir (%79,5).
6. AKB’de en az görülen belirti sık sık ayrılma ile ilgili kabuslar görmedir (%7,7).
7. AKB tanılı olgularda davranış sorunları, kontrol grubundaki olgulara göre daha fazla görülmektedir. AKB olan olgularda bedensel yakınmalar, anksiyete/depresyon, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, suça yönelik davranışlar, içe yönelim, dışa yönelim ve toplam sorun puanları kontrol grubundan daha yüksektir.
8. AKB tanısı alan olguların anneleri, Eysenck Kişilik Envanteri’ne göre nevrotiklik ve psikotiklik boyutlarından yüksek puanlar almıştır. Bu anneler; kaygı düzeyi yüksek,

psikosomatik yakınmaları olan, empati kurma becerisi zayıf olan ve değişken duygusal tepkileri nedeniyle çevreye zor uyum sağlayan bireylerdir.

9. AKB tanısı alan olguların annelerinde güvensiz bağlanma stili, güvenli bağlanma stilinden daha yüksek oranda bulunmuştur.

ÖZET

Bu araştırmada, çocuklarda Ayrılık Kaygısı Bozukluğu gelişimi ile annenin kişilik özellikleri ve bağlanma stili arasındaki ilişki değerlendirildi.

Araştırma grubu olarak, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine ebeveynleri tarafından getirilen ve DSM–V tanı ölçütlerine göre ayrılık kaygısı bozukluğu tanısı alan 39 olgu (22 erkek, 17 kız) alındı. Kontrol grubu olarak Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine ebeveynleri tarafından getirilen, kronik tıbbi ve nörogelişimsel hastalığı olmayan, ayrılık kaygısı bozukluğu ve okul reddi öyküsü olmayan 39 olgu (14 Erkek, 25 kız) alındı.

Araştırmaya alınan tüm olgulara, anabilim dalımızda oluşturulan sosyodemografik veri formu ve çocuklarda ayrılık kaygısı belirti tarama ölçeği; annelerine de çocukların davranışlarını değerlendirme ölçeği, Eysenck kişilik envanteri ve erişkin bağlanma stilleri ölçeği uygulandı.

Araştırma grubundaki olguların davranışsal sorunlarının, kontrol grubundaki olgulardan daha fazla olduğu belirlendi. Ayrılık kaygısı bozukluğu olan olgularda, çocukların davranışlarını değerlendirme ölçeği'nde bedensel yakınmalar, anksiyete/depresyon, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, suça yönelik davranışlar, içe yönelim, dışa yönelim ve toplam sorun puanları kontrol grubundan daha yüksek bulundu.

Araştırma grubundaki olguların annelerinin, Eysenck kişilik envanteri'ne göre nevroitiklik ve psikotiklik boyutlarından yüksek puanlar aldıkları belirlendi. Ayrıca, araştırma grubundaki olguların annelerinde güvensiz bağlanma stili, güvenli bağlanma stilinden daha

yüksek oranda bulundu. Bu bulgular bize annenin kişilik özelliklerinin ve bağlanma stilinin, çocuklarda ayrılma kaygısı bozukluğu gelişiminde etkili olabileceğini düşündürdü.

Anahtar kelimeler: Çocuk, ergen, ayrılma kaygısı, bağlanma

THE EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PERSONALITY TRAITS AND ATTACHMENT STYLE OF MOTHER AND THE DEVELOPMENT OF SEPARATION ANXIETY DISORDER IN CHILDREN

SUMMARY

In this study, the relationship between personality traits and attachment style of mother and the development of separation anxiety disorder in children were assessed.

39 cases (22 male–17 female) being referred to Trakya University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry by their parents and having diagnosis of separation anxiety disorder according to DSM-V diagnostic criteria were obtained as the study group. 39 cases (14 male-25 female) being referred to Trakya University Faculty of Medicine, Department of Pediatrics by their parents and having no chronic medical or neurodevelopmental disease and separation anxiety disorder or school refusal were obtained as the control group.

Socio–demographic data form and separation anxiety symptom checklist, designed by our department were applied to all cases; child behavior checklist, Eysenck personality inventory and adult attachment scale were applied to their mothers.

It was determined that, behavioral problems of the cases in the study group are muchmore than those in the control group. In the cases having separation anxiety disorder; somatic complaints, anxiety/depression, social problems, attention problems, thought

problems, delinquent behavior, internalizing, externalizing and total problem scores in child behavior checklist were found higher than those in the control group.

It was found that the mothers of cases in the study group got high scores from neuroticism and psychoticism according to Eysenck personality inventory. Also, insecure attachment style at the mothers of cases in study group was found higher than secure attachment style. These findings were thought us that the personality traits and attachment style of mother could influence the development of separation anxiety disorder in children.

Key words: Child, adolescent, separation anxiety, attachment.

KAYNAKLAR

1. Labellarte MJ, Ginsburg GS, Walkup JT, Riddle MA. The treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Biol Psychiatry* 1999;46(11):1567–78.
2. Leckman JF, Mayes LC. Understanding developmental psychopathology: How useful are evolutionary accounts? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(10):1011–21.
3. Tanrıöver SK. Anksiyete bozuklukları ve ayrılık anksiyetesi bozukluğu. Aysev A, Taner YI (Editörler). *Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları*'da. 1.Baskı, İstanbul: Golden Print; 2007:443–53.
4. Bernstein GA, Victor AM. Separation anxiety disorder and school refusal. In: Dulcan MK (Ed). *Dulcan's textbook of child and adolescent psychiatry*. 1st ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2010:325–38.
5. Francis G, Last CG, Strauss CC. Expression of separation anxiety disorder: the role of age and gender. *Child Psychiatry Hum Dev* 1987;18(2):82–9.
6. Masi G, Mucci M, Millepiedi S. Separation anxiety disorder in children and adolescents: Epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs* 2001;15:93–105.
7. Manicavasagar V, Silove D, Hadzi Pavlovic D. Subpopulations of early separation anxiety: relevance to risk of adult anxiety disorders. *J Affect Disord* 1998;48:181–190.
8. Biederman J, Faraone SV, Marris A, Moore P, Garcia J, Ablon S et al. Panic disorder and agoraphobia in consecutively referred children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:214–23.
9. Büküşoğlu N, Aysan F, Erermiş S. Okul fobisi olan çocukların davranışsal özellikleri, annelerin ruhsal belirti düzeyleri ve aile fonksiyonlarının incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi* 2001;40(2):99–105.
10. Muris P, Steerneman P, Merckelbach H, Meesters C. The role of parental fearfulness and modeling in children's fear. *Behav Res Ther* 1996;34(3):265–68.

11. Silove D, Manicavasagar V, Curtis J, Blaszczynski A. Is early separation anxiety a risk factor for adult panic disorder? A critical review. *Compr Psychiatry* 1996;37(3):167–79.
12. Velez CN, Johnson J, Cohen PA. A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:861–64.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd Ed. Washington: American Psychiatric Association;1980.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders* 3rd Ed–Revised. Washington: American Psychiatric Association;1987.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders* 4th Ed. Washington: American Psychiatric Association;1994.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders* 4th Ed–Revised. Washington: American Psychiatric Association;2000.
17. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı. 5. Baskı (Çeviri: Köroğlu E). Ankara: Hekimler Yayın Birliği;2013:113–14.
18. World Health Organisation. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organisation;1993.
19. Shear K, Jin R, Ruscio AM, Walters EE, Kessler RC. Prevalence and corraletes of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006;163:1074–83.
20. Silverman WK, Dick-Niederhauser A. Separation Anxiety Disorder. In: Morris TL, March JS (eds.). *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press; 2004:164–88.
21. Kashani JH, Orvaschel H. A community study of anxiety in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1990;147:313–18.
22. Ehringer MA, Rhee SH, Young S, Corley R, Hewitt JK. Genetic and environmental contributions to common psychopatologies of childhood and adolescence: a study of twins and their siblings. *J Abnorm Child Psychol* 2006;34:1–17.
23. Last CG, Francis G, Hersen M, Kazdin AE, Strauss CC. Separation anxiety and school phobia: A comparison using DSM-III criteria. *Am J Psychiatry* 1987;144:653–57.
24. Last CG, Perrin S, Hersen M, Kazdin AE. DSM-III-R anxiety disorders in children: sociodemographic and clinical characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:1070–76.
25. Bird HR, Gould MS, Yager T, Staghezza B, Canino G. Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:847–50.
26. Çengel Kültür E, Tiryaki A, Ünal F. Ayrılık kaygısı bozukluğu olan çocuklarda sosyodemografik ve klinik özellikler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2003;10:3-8.

27. Last CG. Somatic complaints in anxiety disordered children. *J Anxiety Disorders* 1991;5:125–38.
28. Tüzün O, Sayar K. Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Düşünen Adam* 2006;19(1):24–39.
29. Demirgören BS, Özbek A. Bağlanma ve gelişimi. Karabekiroğlu K (Editör). *Bebek Ruh Sağlığı (0–4 yaş) Temel Kitabı'nda*. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği 2012;6:72–9.
30. Bowlby J: *Attachment and Loss, Separation Anxiety and Anger*. New York: Basic Books, 1973.
31. Troy NW. The time of this first holding of the infant and maternal self esteem related to feelings of maternal attachment. *Women Health* 1995;32(3):59–72.
32. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Personality and Social Psychology* 1987;52:511–24.
33. Soysal AŞ, Bodur Ş, İşeri E, Şenol S. Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri* 2005;8:88–9.
34. Güvenir T. Bağlanma kuramı. Aysev A, Taner YI (Editörler). *Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları'da*. 1.Baskı, İstanbul: Golden Print; 2007:39–53.
35. Holmes J. Attachment theory: A biological basis for psychotherapy. *Br J Psychiatry* 1993;163:430–38.
36. Manassis K, Bradley S, Goldberg S, Hood J, Swinson RP. Attachment in Mothers with Anxiety Disorders and Their Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:1106–113.
37. Dallaire DH, Weinraub M. Predicting children's separation anxiety at age 6: the contributions of infant–mother attachment security, maternal sensitivity, and maternal separation anxiety. *Attach Hum Dev* 2005;7:393–408.
38. Zeanah CH, Benoit D, Barton M, Regan C, Hirschberg LM, Lipsitt LP. Representations of attachment in mother and their one year old infants. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;32(2):278–86.
39. Winnicott DW (Çeviri: Birkan T). *Oyun ve Gerçeklik*. İstanbul: Metis Ötekini Dinlemek Yayınları; 1998:10–11.
40. Muris P, Meesters C, Merckelbach H, Sermon A, Zwakhlen S. Worry in normal children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:703–10.
41. Wood JJ. Parental intrusiveness and children's separation anxiety in a clinical sample. *Child Psychiatry Hum Dev* 2006;37:73–87.
42. Yavuzer H. *Çocuk Psikolojisi*. İstanbul: Remzi Kitabevi, 1993.
43. Breit M. Separation Anxiety in Mothers of Latency–age Fearful Children. *J Abnorm Child Psychology* 1982;10:135–44.

44. Biederman J, Faraone SV, Hirshfeld-Becker DR, Friedman D, Robin JA, Rosenbaum JF. Patterns of psychopathology and dysfunction in high-risk children of parents with panic disorder and major depression. *Am J Psychiatry* 2001;158:49–57.
45. Türkbay T, Söhmen T. Ayrılık kaygısı bozukluğunda bireysel ve ailesel etkenler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2001;8:77–84.
46. Özcan Ö, Günay Kılıç B, Aysev A. Okul korkusu yakınması olan çocukların ana babalarında ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17:173–80.
47. Kagan J. Galen's Prophecy: Temperament in Human Nature. Boulder: Westview Press, 1998.
48. Biederman J, Rosenbaum JF, Bolduc EA. A 3-year follow-up of children with and without behavioral inhibition. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:814–21.
49. Stubbe DE, Zahner GE, Goldstein MJ, Lejkman JF. Diagnostic specificity of a brief measure of expressed emotion: A community study of children. *J Child Psychol Psychiatry* 1993;34(2):139–54.
50. Topolski TD, Hewitt JK, Eaves LJ, Silberg JL, Meyer JM, Rutter M et al. Genetic and environmental influences on child reports of manifest anxiety and symptoms of separation anxiety and overanxious disorder: A community-based twin study. *Behavior Genetics* 1997;27:15–28.
51. Allen JL, Lavallee KL, Herren C, Ruhe K, Schneider S. DSM-IV criteria for childhood separation anxiety disorder: informant, age, and sex differences. *J Anxiety Disord* 2010;24:946–52.
52. Flakierska N, Lindstrom M, Gillberg C. School Refusal: A 15-20 year follow-up study of 35 Swedish Urban Children. *Br J Psychiatry* 1988;152:834–37.
53. Jellinek MS, Kearns ME. Separation Anxiety. *Pediatrics in Review* 1995;16:57–61.
54. Livingston R, Taylor JL, Crawford SL. A Study of Somatic Complaints and Psychiatric Diagnosis in Children. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:185–87.
55. Bernstein GA, Massie ED, Thuras PD, Perwien AR, Borchardt CM, Crosby RD. Somatic Symptoms in Anxious–Depressed School Refusers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(5):661–68.
56. King N, Bernstein GA. School refusal in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:197–205.
57. Bahalı K, Tahiroğlu AY. Okul Reddi: Klinik özellikler, tanı ve tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010;2(3):362–83.
58. Bools C, Foster J, Brown I, Berg I. The identification of psychiatric disorders in children who fail to attend school: A cluster analysis of a non-clinical population. *Psychol Med* 1990;20:171–81.

59. Fremont WP. School refusal in children and adolescents. *Am Fam Physician* 2003;68:1555–60.
60. Bahalı K, Tahiroğlu AY, Avcı A. Okul reddi olan çocuk ve ergenlerin klinik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009;10:310–17.
61. Last CG, Strauss CC, Francis G. Comorbidity among childhood anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:726–30.
62. Benjamin RS, Costello EJ, Warren M. Anxiety disorders in a pediatric sample. *J Anxiety Disorders* 1990;4:293–316.
63. Last CG, Hersen M, Kazdin AE, Finkelstein R, Strauss C. Comparison of DSM-III separation anxiety and overanxious disorders: Demographic characteristics and patterns of comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987;26:527–31.
64. Verduin TL, Kendall PC. Differential occurrence of comorbidity within childhood anxiety disorders. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2003;32:290–95.
65. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assesment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:267–83.
66. Compton SN, March JS, Brent D, Albano AM, Weersing R, Curry J. Cognitive–behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence–based medicine review. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 2004;43:930–59.
67. Velting ON, Setzer NJ, Albano AM. Update on and advances in assessment and cognitive–behavioral treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Prof Psychol Res Pr* 2004;35:42–54.
68. Thyer BA, Sowers HKM. Behavior therapy for separation anxiety disorder. *Behav Modif* 1988;12:205–33.
69. Pincus D, Eyberg S, Choate M. Adapting parent–child interaction therapy for young children with separation anxiety disorder. *Education and Treatment of Children* 2005;28:163–81.
70. Birmaher B, Axelson DA, Monk K, Kalas C, Clark DB, Ehmann M et al. Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:415–23.
71. Research Unit on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group. Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *N Engl J Med* 2001;344:1279–85.
72. Kearney CA, Sims KE, Pursell CR, Tillotson CA. Separation anxiety disorder in young children: A longitudinal and family analysis. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2003;32:593–98.

73. Foley DL, Pickles A, Maes HM, Silberg JL, Eaves LJ. Course and short-term outcomes of separation anxiety disorder in a community sample of twins. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:1107–14.
74. Battaglia M, Bertella S, Politi E, Bernardeschi L, Perna G, Gabriele A et al. Age at onset of panic disorder: Influence of familial liability to the disease and of childhood separation anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:1362–64.
75. Achenbach TM, Edelbrock C. Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1983.
76. Erol N, Arslan L, Akçakın M, Sergeant j (Ed.). The adaptation and standardisation of the Child Behavior Checklist among 6-18 year-old Turkish children. Eunethydis: European Approaches to Hyperkinetic Disorder. Zurich: Fotoratar. 1995:109–13.
77. Eysenck HJ, Eysenck SBG. Manual of the Eysenck Personality Questionnaire. London: Hodder and Stoughton Ltd, 1978.
78. Topçu S. Çocuk ve yetişkinlerde kişilik boyutları ile bu boyutlarda kültürler arası ayrılıklar (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1982.
79. Collins NL, Read SJ. Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *J Pers Soc Psychol* 1990;58:644–63.
80. Alp EI. A validation study of two attachment inventories with Turkish young adults (Dissertation). İstanbul: Boğaziçi University; 1998.
81. Bor W, Najman JM, Andersen MJ, O'callaghan M, Williams GM, Behrens BC. The relationship between low family income and psychological disturbance in young children: An Australian longitudinal study. *Aust N Z J Psychiatry* 1997;31:664–75.
82. Costello EJ, Keeler GP, Angold A. Poverty, race/ethnicity and psychiatric disorder: A study of rural children. *Am J Public Health* 2001;91:1494–8.
83. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramirez R et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: Prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:85–93.
84. Bilaç Ö, Ercan ES, Uysal T, Aydın C. İlköğretim öğrencilerinde anksiyete ve duygudurum bozuklukları yaygınlığı ve sosyodemografik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2014;25(3):171–80.
85. Erermiş S, Bellibaş E, Özbaran B, Büküşoğlu N, Altıntoprak E, Bildik T ve ark. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan okul öncesi yaş grubu çocukların annelerinin mizaç özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009;20(1):14–21.
86. Obondo A, Dhadphale M. Familiy study of Kenyan children with school refusal. *East Afr Med J* 1990;67(2):100–108.
87. Bernstein GA, Svingen PH, Garfinkel BD. School Phobia: Patterns of family functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29(1):24–30.

88. Capps L, Sigman M, Sena R, Heoker B, Whalen C. Fear, anxiety, and perceived control in children of agoraphobic parents. *J Child Psychol Psychiatry* 1996;37(4):445–52.
89. Biederman J, Rosenbaum JF, Hirshfeld D. Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:21–6.
90. Doyle AB, Markiewicz D, Hardy C. Mothers' and children's friendship: Integrational associations. *Journal of Social and Personal Relationships* 1994;11:363–77.

EKLER

Ek 1

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOKAEK 2014/59	
	PROTOKOL ADI	Çocuklarda Ayrılık Kaygısı Bozukluğu Gelişimi ile Annenin Kişilik Özellikleri ve Bağlanma Stili Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Doç. Dr. Işık GÖRKER	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 07/07		
	Tarih: 02.04.2014		
Fakültemiz Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Işık GÖRKER'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Güçlü AYAZ'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.			
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOKAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Sedat ÜSTÜNDAĞ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Burcu TOKUÇ Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Koray ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Recep YAĞIZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.Ü.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Recep YAĞIZ
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

Sosyodemografik Veri Formu:

Adı Soyadı:

1. Yaş:

2. Doğum Yeri:

3. Cinsiyet: Erkek: () Kız: ()

4. Kaç kardeş:

5. Kaçınıcı çocuk:

6. Aile tipi: Çekirdek aile: () Geniş aile: ()

7. Ailenin gelir durumu: Az gelirli () Orta gelirli () Yüksek gelirli ()

8. Öğrenim durumu: Okul öncesi () İlköğretim ()

9. Bakım veren: Anne - baba () Diğer ()

ANNE

10. Anne: Öz () Üvey ()

11. Anne yaşı:

12. Annenin eğitim durumu:

İlkokul () Ortaokul () Lise () Yüksekokul - Üniversite ()

13. Annede psikiyatrik hastalık öyküsü: Var () Yok ()

14. Gebelikte veya doğum esnasında herhangi bir tıbbi sorun oldu mu?

Evet () Hayır ()

15. Evet ise açıklayınız

16. Doğum zamanı:

Erken doğum () Zamanında doğum () Geç doğum ()

17. Doğum tipi: Normal () Sezaryen ()

BABA

18. Baba: Öz () Üvey ()

19. Baba yaşı:

20. Babanın eğitim durumu:

İlkokul () Ortaokul () Lise () Yüksekokul - Üniversite ()

21. Babada psikiyatrik hastalık öyküsü: Var () Yok ()

22. Anne baba arasında akrabalık var mı? Evet () Hayır ()

23. Anne babanın medeni durumu: Evli () Boşanmış ()

Çocuklarda Ayrılık Kaygısı Belirti Tarama Ölçeği

Bu çalışmada Ayrılık Kaygısı Bozukluğu tanısı alan çocukların davranışlarının değerlendirilmesi, ailesel ve sosyal etkenlerin belirlenmesi, annelerinin kişilik özellikleri ve bağlanma stilinin Ayrılık Kaygısı Bozukluğu gelişimindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır, katılımınız için teşekkür ederiz.

- 10.Çocuğunuz sizden ya da evden ayrı kaldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde sık sık endişe duyar mı?
Evet (.....) Hayır (.....)
- 11.Çocuğunuz sizi kaybedeceği ya da başınıza kötü bir şey geleceği konusunda sık sık endişe duyar mı? (Hastalık, yaralanma, ölüm gibi)
Evet (.....) Hayır (.....)
- 12.Çocuğunuz başına gelebilecek olumsuz bir olay nedeniyle sizden ayrılacağı endişesini sık sık duyar mı? (Kaybolma ya da kaçırılma gibi) Evet
(.....) Hayır (.....)
- 13.Çocuğunuz sizden ya da evden ayrı kalma korkusu nedeniyle okula veya başka bir yere gitmekte sorun yaşar mı?
Evet (.....) Hayır (.....)
- 14.Çocuğunuz evde ya da başka bir ortamda tek başına kaldığında ya da siz yanında olmadığınızda aşırı korku duyar mı?
Evet (.....) Hayır (.....)
- 15.Çocuğunuz sizden ya da evden ayrı kaldığında gece uyku uyuma konusunda isteksiz davranır mı veya uyumayı reddeder mi?
Evet (.....) Hayır (.....)
- 16.Çocuğunuz sık sık ayrılma ile ilgili kabuslar görür mü?
Evet (.....) Hayır (.....)
- 17.Çocuğunuz sizden ya da evden ayrı kaldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde tekrarlayıcı biçimde fiziksel yakınmalar getirir mi? (Baş ağrısı, karın ağrısı, bulantı, kusma) Evet (.....) Hayır (.....)

ÇOCUKLARIN DAVRANIŞLARINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Bu çalışmada Ayrılık Kaygısı Bozukluğu tanısı alan çocukların davranışlarının değerlendirilmesi, ailesel ve sosyal etkenlerin belirlenmesi, annelerinin kişilik özellikleri ve bağlanma stilinin Ayrılık Kaygısı Bozukluğu gelişimindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır, katılımınız için teşekkür ederiz.

Aşağıda çocukların özelliklerini tanımlayan bir dizi madde bulunmaktadır. Her bir madde çocuğunuzun şu andaki ya da son 6 ay içindeki durumunu belirtmektedir. Bir madde çocuğunuz için çok ya da sıklıkla doğru ise 2, bazen ya da biraz doğruysa 1, hiç doğru değilse 0 sayılarını yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız.

0: Doğru değil (Bildiğiniz kadarıyla) 1: Bazen ya da biraz doğru 2: Çok ya da sıklıkla doğru

1. Yaşından daha küçük bir çocuk gibi davranır.....	0	1	2
2. Allerjisi vardır (Kaşıntı, döküntü, göz yaşarması vs.).....	0	1	2
3. Çok tartışır.....	0	1	2
4. Astımı (nefes darlığı) vardır.....	0	1	2
5. Karşı cinsten biri gibi davranır.....	0	1	2
6. Kakasını tuvaletten başka yerlere yapar.....	0	1	2
7. Övünür, yüksekten atar, hava yapar.....	0	1	2
8. Dikkatini uzun süre bir konu üzerinde toplayamaz.....	0	1	2
9. Bazı düşünceleri kafasına takar ve bunları aklından çıkaramaz (açıklayınız).....	0	1	2
10. Yerinde rahat duramaz, çok hareketlidir.....	0	1	2
11. Yetişkinlerin dizinin dibinden ayrılmaz, onlara çok bağlıdır.....	0	1	2
12. Yalnızlıktan yakınır.....	0	1	2
13. Kafası karışıktır, şaşkın görünür.....	0	1	2
14. Çok ağlar.....	0	1	2
15. Hayvanlara eziyet eder.....	0	1	2
16. Başkalarına eziyet eder, zalimce ve kötü davranır.....	0	1	2
17. Hayale dalıp gider, kendini unuttur.....	0	1	2
18. Bile bile kendine zarar verir ya da intihar girişiminde bulunur.....	0	1	2
19. Hep dikkat çekmek ister.....	0	1	2
20. Eşyalarına zarar verir.....	0	1	2
21. Ailesine ya da başkalarına ait eşyalara zarar verir.....	0	1	2
22. Evde söz dinlemez.....	0	1	2
23. Okulda söz dinlemez.....	0	1	2
24. İştahsızdır, az yemek yer.....	0	1	2
25. Diğer çocuklarla geçinemez.....	0	1	2
26. Yanlış davranışından dolayı suçlanmış gibi görünmez.....	0	1	2
27. Genellikle kıskançtır.....	0	1	2

28. Yenilip içilmeyecek şeyleri yer ya da içer (kum, kil, kalem, silgi gibi)(açıklayınız).....	0	1	2
29. Bazı hayvanlardan ve okul dışı ortamlardan ya da yerlerden korkar (açıklayınız).....	0	1	2
30. Okula gitmekten korkar.....	0	1	2
31. Kötü bir şey düşünmek ya da yapmaktan korkar.....	0	1	2
32. Mükemmel olmasını gerektiğine inanır.....	0	1	2
33. Kimsenin onu sevmediğine inanır ve bundan yakınır.....	0	1	2
34. Başkalarının ona zarar vereceğini ve kötülük yapacağını düşünür.....	0	1	2
35. Kendini değersiz hisseder.....	0	1	2
36. Çok sık bir yerlerini incitir, başı kazadan kurtulmaz.....	0	1	2
37. Çok kavga, dövüş eder.....	0	1	2
38. Onunla çok alay edilir (Arkadaşları onunla çok alay eder).....	0	1	2
39. Başı belada olan kişilerle dolaşır.....	0	1	2
40. Olmayan sesler işitir (Açıklayınız).....	0	1	2
41. Düşünmeden ya da aniden hareket eder(Aklına eseni yapar).....	0	1	2
42. Başkalarıyla beraber olmaktansa yalnız kalmayı tercih eder.....	0	1	2
43. Yalan söyler ve hile yapar.....	0	1	2
44. Tırnaklarını yer.....	0	1	2
45. Sinirli ve gergindir.....	0	1	2
46. Kas seğirmeleri, tikleri vardır.....	0	1	2
47. Gece kabusları, korkulu rüyaları vardır.....	0	1	2
48. Diğer çocuklar tarafından sevilmez.....	0	1	2
49. Kabızlık çeker.....	0	1	2
50. Çok korkak ve kaygılıdır.....	0	1	2
51. Baş dönmesi vardır.....	0	1	2
52. Kendini çok suçlu hisseder.....	0	1	2
53. Aşırı yemek yer.....	0	1	2
54. Aşırı yorgundur.....	0	1	2
55. Çok kiloludur.....	0	1	2
56. Tıbbi nedeni bilinmeyen bedensel şikayetleri vardır:			
a. Ağrılar, sızılar.....	0	1	2
b. Baş ağrıları.....	0	1	2
c. Bulantı, kusma hissi.....	0	1	2
d. Gözle ilgili şikayetler (Açıklatınız).....	0	1	2
e. Döküntüler ya da başka cilt sorunları.....	0	1	2
f. Karın ağrısı ve kramplar.....	0	1	2
g. Kusma.....	0	1	2
h. Diğer (Açıklayınız).....	0	1	2
57. İnsanlara fiziksel saldırıda bulunur.....	0	1	2
58. Burnuyla, cildiyle, vücudunun başka kısımlarıyla oynar ve yolar (Açıklayınız).....	0	1	2
59. Herkesin ortasında cinsel organıyla oynar.....	0	1	2
60. Cinsel organıyla çok fazla oynar.....	0	1	2
61. Okul başarısı düşüktür.....	0	1	2
62. Dengesiz ve sakardır.....	0	1	2
63. Kendinden büyük çocuklarla olmayı tercih eder.....	0	1	2
64. Kendinden küçük çocuklarla olmayı tercih eder.....	0	1	2

65. Konuşmayı reddeder.....	0	1	2
66. Bazı hareketleri tekrar tekrar yapar (tanımlayınız).....	0	1	2
67. Evden kaçar.....	0	1	2
68. Çok bağıırır, çağırır.....	0	1	2
69. Sır vermez, düşüncelerini kendine saklar.....	0	1	2
70. Olmayan şeyleri görür (Açıklayınız).....	0	1	2
71. Sıkılgan ve utangaçtır.....	0	1	2
72. Yangın çıkartır.....	0	1	2
73. Cinsel sorunları vardır (Açıklayınız).....	0	1	2
74. Gösterişten hoşlanır, maskaralık yapar.....	0	1	2
75. Çekingen ve ürkektir.....	0	1	2
76. Çocukların çoğundan daha az uyur.....	0	1	2
77. Çocukların çoğundan gece ve gündüz daha çok uyur.....	0	1	2
78. Kakasıyla oynar ya da etrafa bulaştırır.....	0	1	2
79. Konuşma güçlüğü vardır (Açıklayınız).....	0	1	2
80. Boş gözlerle uzun uzun bakar.....	0	1	2
81. Evden çalmaları vardır.....	0	1	2
82. Evin dışında çalmaları vardır.....	0	1	2
83. İhtiyacı olmayan nesneleri toplar, biriktirir (Tanımlayınız).....	0	1	2
84. Acayip, tuhaf davranışları vardır (Açıklayınız).....	0	1	2
85. Acayip, tuhaf düşünceleri vardır (Açıklayınız).....	0	1	2
86. İnatçı, somurtkan ve rahatsız edicidir.....	0	1	2
87. Duygu durumunda ani değişiklikler olur.....	0	1	2
88. Çok sık küser.....	0	1	2
89. Şüphedir.....	0	1	2
90. Küfürlü ve açık saçık konuşur.....	0	1	2
91. Kendini öldürmekten söz eder.....	0	1	2
92. Uykuda yürür ve konuşur (Açıklayınız).....	0	1	2
93. Çok fazla konuşur.....	0	1	2
94. Başkalarıyla çok dalga geçer, alay eder.....	0	1	2
95. Öfke nöbetleri vardır, çok çabuk öfkelenir.....	0	1	2
96. Cinsel konuları fazlaca düşünür.....	0	1	2
97. İnsanları tehdit eder.....	0	1	2
98. Parmak emer.....	0	1	2
99. Temizliğe ve titizliğe aşırı düşkündür.....	0	1	2
100. Uyku sorunu vardır.....	0	1	2
101. Okuldan kaçır, dersini asar.....	0	1	2
102. Hareketsiz ve yavaştır, enerjik değildir.....	0	1	2
103. Mutsuz, üzgün, çökkün ve bezgindir.....	0	1	2
104. Çok gürültücüdür.....	0	1	2
105. Tıbbi amaç dışında alkol ya da ilaç kullanır (Açıklayınız).....	0	1	2
106. Etrafındaki eşyalara amaçsız olarak zarar vermekten zevk alır.....	0	1	2

107. Gündüz altını ıslatır.....	0	1	2
108. Yatağını ıslatır.....	0	1	2
109. Sızlanır, mızırdanır.....	0	1	2
110. Karşı cinsten olmayı ister.....	0	1	2
111. İçe kapanıktır, başkalarıyla birlikte olmak istemez.....	0	1	2
112. Evhamlıdır, herşeyi dert edinir.....	0	1	2
113. Çocuğunuzun yukarıdaki listede belirtilmeyen başka sorunu varsa lütfen yazınız.....	0	1	2

EYSENCK KİŞİLİK ENVANTERİ

Bu çalışmada Ayrılık Kaygısı Bozukluğu tanısı alan çocukların davranışlarının değerlendirilmesi, ailesel ve sosyal etkenlerin belirlenmesi, annelerinin kişilik özellikleri ve bağlanma stilinin Ayrılık Kaygısı Bozukluğu gelişimindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır, katılımınız için teşekkür ederiz.

YÖNERGE:

Lütfen her sorunun sonundaki “EVET” ya da “HAYIR” şıkkını çember içine alarak cevaplayınız. Doğru ya da yanlış cevap olmadığı gibi şaşırtıcı sorular da yoktur. Mümkün olduğu kadar hızlı cevaplamaya çalışınız ve sorunun tam olarak ne anlama geldiği üzerinde fazla düşünmeyiniz.

Lütfen her soruyu cevaplayınız.

SORULAR

1- Yaşına göre çok küçük davranışlarda bulunur.	EVET - HAYIR
2- Allerjisi vardır. (Açıklayınız)	EVET - HAYIR
3- Ruh haliniz sık sık inişler çıkışlar gösterir mi?	EVET - HAYIR
4- Başkasının yaptığını bildiğiniz halde hayatınızda hiçbir şey için övgü kabullendiğiniz oldu mu?	EVET - HAYIR
5- Konuşkan bir insan mısınız?	EVET - HAYIR
6- Borç içinde olmak sizi endişelendirir mi?	EVET - HAYIR
7- Nedeni olmadığı halde kendinizi tam anlamında hiç son derece mutsuz hissettiğiniz oldu mu?	EVET - HAYIR
8- Kendi payınızdan fazlasını almak için hiç açgözlülük ettiğiniz oldu mu?	EVET - HAYIR
9- Geceleri evinizin kapısını,penceresini dikkatli bir şekilde kilitler misiniz?	EVET - HAYIR
10- Oldukça canlı bir kimse misiniz?	EVET - HAYIR
11- Bir çocuğu veya bir hayvanı acı çekerken görmek sizi alt üst eder mi ?	EVET - HAYIR
12- Yapmamanız gereken veya söylememeniz gereken olduğundan sık sık endişe duyar mısınız?	EVET - HAYIR
13- Bir şeyi yapacağınızı söylediğiniz zaman ortam ne kadar elverişsiz olsa bile verdiğiniz sözü tutar mısınız	EVET - HAYIR
14- Paraşütle atlamaktan hoşlanır mıydınız?	EVET - HAYIR
15- Canlı bir toplantının genellikle kendinizi,havasına kaptırır ve eğlenir misiniz?	EVET - HAYIR
16- Tedirgin bir kimse misiniz?	EVET - HAYIR
17- Kendi suçunuz olduğunu bildiğiniz halde bunu yapmaktan ötürü hiç başka birisini suçladınız mı?	EVET - HAYIR
18- Yeni kimselerden tanışmaktan hoşlanır mısınız?	EVET - HAYIR
19- Sigorta projelerinin iyi bir fikir olduğuna inanır mısınız?	EVET - HAYIR
20- Hisleriniz kolayca incinir mi ?	EVET - HAYIR
21- Bütün alışkanlıklarınız iyi ve arzu edilir bir cinsten mi ?	EVET - HAYIR
22- Sosyal olaylarda arka planda kalma temayülünde misiniz ?	EVET - HAYIR
23- Acayip veya tehlikeli etkileri olabilecek uyuşturucuları kullanabilir miydiniz ?	EVET - HAYIR
24- Sık sık taşıtınızı hisseder misiniz ?	EVET - HAYIR
25- (Bir toplu iğne veya düğme olsa bile) hiç başkasına ait bir şeyi aldığınız oldu mu ?	EVET - HAYIR
26- Çok gezmeyi sever misiniz ?	EVET - HAYIR
27- Sevdiğiniz kimseleri incitmekten hoşlanır mısınız ?	EVET - HAYIR

28- Sık sık suçluluk duygusundan rahatsız olur musunuz ?	EVET - HAYIR
29- Bazen hiçbir şey bilmediğiniz şeyler hakkında konuşur musunuz ?	EVET - HAYIR
30- Okumayı,insanlarla tanışmaya tercih eder misiniz ?	EVET - HAYIR
31- Size kötülük etmek isteyen düşmanlarınız var mı ?	EVET - HAYIR
32- Kendinize sinirli bir kimse der misiniz?	EVET - HAYIR
33- Kaba davrandığınız zaman daima özür diler misiniz ?	EVET - HAYIR
34- Çok arkadaşınız var mı ?	EVET - HAYIR
35- Bazen başkalarını gerçekten incitebilecek (zarar verecek) şakalardan hoşlanır mısınız ?	EVET - HAYIR
36- Endişe eden biri misiniz ?	EVET - HAYIR
37- Çocukluğunuzda size söyleneni hiç itiraz etmeden derhal yapar mıydınız ?	EVET - HAYIR
38- Kendiniz için kaygısız diyebilir misiniz ?	EVET - HAYIR
39- Terbiyeli ve dürüst olmak sizin için önemli midir ?	EVET - HAYIR
40- Dehşet verici şeyler olabilir diye endişe duyar mısınız ?	EVET - HAYIR
41- Başkasına ait bir şeyi hiç kırdığınız veya kaybettiğiniz oldu mu ?	EVET - HAYIR
42- Yeni dostlar edinmek için genellikle ilk adımı siz mi atarsınız ?	EVET - HAYIR
43- İnsanlar size dertlerinden bahsettiği zaman ne hissettiklerini kolayca anlayabilir misiniz ?	EVET - HAYIR
44- Kendinize gergin veya çok sinirli bir insan diyebilir misiniz ?	EVET - HAYIR
45- Etrafta el altında kağıt sepeti bulunmadığı zaman lüzumsuz kağıtları yere atar mısınız ?	EVET - HAYIR
46- Başkaları ile beraber olduğunuz zaman genellikle sessiz misiniz ?	EVET - HAYIR
47- Evliliğin modasının geçmiş olduğuna ve onsuz olunabileceğine inanır mısınız ?	EVET - HAYIR
48- Bazı bazı kendinize karşı acıma hissi duyar mısınız ?	EVET - HAYIR
49- Bazen azıcık böbürlenir misiniz ?	EVET - HAYIR
50- Sönük bir toplantıya kolayca canlılık getirebilir misiniz ?	EVET - HAYIR
51- Dikkatli araba kullanan insanlar sizi rahatsız eder mi ?	EVET - HAYIR
52- Sağlığınız hakkında endişelenir misiniz ?	EVET - HAYIR
53- Herhangi bir kimse için hiç fena veya yakışsız şeyler söylediğiniz oldu mu ?	EVET - HAYIR
54- Arkadaşlarınıza şaka veya komik anlatmaktan hoşlanır mısınız ?	EVET - HAYIR
55- Bir çok şeyin tadı (lezzeti) size aynı gelir mi ?	EVET - HAYIR
56- Bazen somurtur musunuz ?	EVET - HAYIR
57- Çocukluğunuzda anne veya babanıza karşı yüzsüzlük ettiğiniz hiç oldu mu ?	EVET - HAYIR
58- İnsanlarla kaynaşmaktan hoşlanır mısınız ?	EVET - HAYIR
59- İşinizde hatalar olduğunu bilmek sizi endişelendirir mi ?	EVET - HAYIR
60- Uykusuzluk çekmekten şikayetçi misiniz ?	EVET - HAYIR
61- Yemekten önce daima temiz olmaya dikkat eder misiniz ?	EVET - HAYIR
62- İnsanlar sizinle konuşurken hemen daima bir hazır cevabınız bulunur mu ?	EVET - HAYIR
63- Randevu yerine vaktinden önce bulunmaktan hoşlanır mısınız ?	EVET - HAYIR
64- Sık sık sebpsiz yere kendiniz kayıtsız ve yorgun hisseder misiniz ?	EVET - HAYIR
65- Oyun oynarken hiç hile yaptınız mı ?	EVET - HAYIR
66- Çabuk hareketi gerektiren şeylerden hoşlanır mısınız ?	EVET - HAYIR
67- Anneniz iyi bir kadın mıdır ? (mıydı)	EVET - HAYIR
68- Sık sık hayatın çok sıkıcı ve donuk olduğu hissine kapılır mısınız ?	EVET - HAYIR
69- Hiç kimseden yararlanmaya kalktığınız oldu mu ?	EVET - HAYIR
70- Sık sık zamanınızın elverdiğinden daha çok faaliyetlere katılır mısınız ?	EVET - HAYIR
71- Sizi atlatmaya çalışana çok endişelenir misiniz ?	EVET - HAYIR
72- Görünüşünüz için çok endişelenir misiniz ?	EVET - HAYIR
73- Hoşlanmadığınız insanlara karşı bile daima terbiyeli ve nazik misiniz ?	EVET - HAYIR
74- Sizce,insanlar geleceklerini güvence altına alabilmek için tasarruf ve sigorta işleri ile çok mu zaman harcamaktalar.	EVET - HAYIR
75- Ölmüş olmayı hiç istediğiniz oldu mu ?	EVET - HAYIR
76- Meydana çıkamayacağınızdan emin olsanız vergi öderken kaçamaklar kesinlikle yapar mıydınız ?	EVET - HAYIR
77- Bir toplantıyı hareketlendirir misiniz ?	EVET - HAYIR
78- İnsanlara karşı kabalık etmemeye çalışır mısınız ?	EVET - HAYIR
79- Utandırıcı bir tecrübenin ardından uzun süre endişelenir misiniz ?	EVET - HAYIR
80- Kendi bildiğinizi yapmak için hiç ısrar ettiğiniz oldu mu ?	EVET - HAYIR
81- Trene sık sık son dakikada mı yetişirsiniz?	EVET - HAYIR
82- “Asabi” olmaktan şikayetçi misiniz ?	EVET - HAYIR

- 83- Birinin hislerini rencide etmek için kasıtlı olarak bir söz söylediğiniz hiç vaki oldu mu ? EVET - HAYIR
- 84- Birbirlerine zararsız şakalar yapan bir toplulukta bulunmaktan nefret eder misiniz ? EVET - HAYIR
- 85- Sizin kabahatiniz olmadığı halde arkadaşlarınız kolayca bozulur mu ? EVET - HAYIR
- 86- Sık sık kendinizi yalnız hisseder misiniz ? EVET - HAYIR
- 87- Anlatacağınız şeyin her zaman önceden denemesini yapar mısınız ? EVET - HAYIR
- 88- Bazen hayvanları tedirgin etmekten hoşlanır mısınız ? EVET - HAYIR
- 89- Sizde veya yaptığınız işte hata bulunursa kolayca kırılır mısınız ? EVET - HAYIR
- 90- Hiç tehlikesi olmayan bir hayat size çok mu sıkıcı gelir ? EVET - HAYIR
- 91- Bir randevunuza veya işinize hiç çok geç kaldığınız oldu mu ? EVET - HAYIR
- 92- Etrafta fazla telaş ve heyecan olmasından hoşlanır mısınız ? EVET - HAYIR
- 93- Başkalarının sizden korkmalarından hoşlanır mısınız ? EVET - HAYIR
- 94- Bazen etrafınıza enerji saçarken,bazen de son derece cansız ve yavaş hareket eder misiniz ? EVET - HAYIR
- 95- Bazen bugün yapmanız gereken şeyi ertesi güne bırakır mısınız ? EVET - HAYIR
- 96- Başkaları sizi çok canlı ve hareketli olarak mı görür ? EVET - HAYIR
- 97- İnsanlar size çok yalan söyler mi ? EVET - HAYIR
- 98- Bazı şeylere karşı alıngan mısınız ? EVET - HAYIR
- 99- Yaptığınız hatayı daima kabul eder misiniz ? EVET - HAYIR
- 100- Tuzağa yakalanmış bir hayvan için daima üzüntü duyar mısınız ? EVET - HAYIR
- 101- Bu formleri doldurmaktan rahatsız oldunuz mu ? EVET - HAYIR

ERİŞKİN BAĞLANMA STİLLERİ ÖLÇEĞİ

Bu çalışmada Ayrılık Kaygısı Bozukluğu tanısı alan çocukların davranışlarının değerlendirilmesi, ailesel ve sosyal etkenlerin belirlenmesi, annelerinin kişilik özellikleri ve bağlanma stilinin Ayrılık Kaygısı Bozukluğu gelişimindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır, katılımınız için teşekkür ederiz.

Adı Soyadı:	Görüşme Tarihi:
-------------	-----------------

YÖNERGE:

Aşağıdaki ifadelerin herbirini dikkatlice okuduktan sonra, her birinin kendinizi ne kadar iyi tanıttığını dört seçenekten birini işaretleyerek belirtiniz; eğer sizi çok iyi tanıttığını düşünüyorsanız, “Çok doğru (4)” seçeneğini işaretleyiniz. Fakat hiç iyi tanıtmıyorsa “Hiç doğru değil (1)” seçeneğini işaretleyiniz. Diyelim ki şu ifadeyi okudunuz: “İnsan ihtiyacı olduğunda kimseyi bulamaz”. Eğer ihtiyacınız olduğunda kimseyi bulamayacağınızı düşünüyorsanız, o zaman “Çok doğru (4)” seçeneğini işaretlemeniz gerekir. Tam tersi, bu ifadenin sizi hiç tanıtmadığını düşünüyorsanız, o zaman “Hiç doğru değil (1)” seçeneğini işaretlemelisiniz.

1/ İnsan, ihtiyacı olduğunda kimseyi bulamaz.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

2/ Başkalarına bağımlı olmayı kabullenmek benim için zordur.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

3/ Başkalarına bağımlı olmak beni rahatsız etmez.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

4/ İnsanlara ihtiyacım olduğunda onları bulabileceğimi biliyorum.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

5/ İnsanlara tamamen güvenmek bana zor geliyor.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

6/ İhtiyacım olduğu anda birini bulabileceğimden emin değilim.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

7/ Terkedileceğim diye pek endişelenmem.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

8/ Beraber olduğum kişi (veya kendimi çok yakın hissettiğim kişi) beni gerçekten sevmiyor diye çoğu zaman kaygılanırım.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

9/ İnsanlar bana, benim onların bana yakınlaşmalarını istediğim kadar yakınlaşmaktan çekiniyorlar.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

10/ Beraber olduğum kişi (veya kendimi çok yakın hissettiğim kişi) benimle kalmak istemeyecek diye çoğu zaman kaygılanırım.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

11/ Bazen benim onlarla kaynaşma arzum insanları ürkütüp kaçırıyor.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

12/ İnsanlarla yakınlaşmak benim için oldukça kolaydır.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

13/ Birisi bana gereğinden fazla yakınlaşacak diye pek kaygılanmam.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

14/ İnsanlara yakın olmaktan biraz huzursuzluk duyarım.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

15/ Birisi bana aşırı derecede yakınlaştığında tedirgin olurum.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

16/ Başkalarının bana bağımlı olması beni rahatsız etmez.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

17/ İlişkiye girdiğim (veya kendimi çok yakın hissettiğim) kişiler çoğu zaman beni rahatsız edecek kadar samimi olmak istiyorlar.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

Aşağıda dört paragraf verilmektedir. Her bir paragrafı dikkatlice okuyunuz ve sizi ne kadar iyi tanıttığını, sizin için ne kadar geçerli olduğunu işaretleyiniz.

A/ Başkalarıyla duygusal olarak yakınlaşmak benim için kolaydır. Başkalarına bağımlı olmak, başkalarının da bana bağımlı olması beni rahatsız etmez. Yalnız kalmak veya başkalarının beni kabullenmemesi gibi endişelerim yoktur.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

B/ Yakın duygusal ilişkilerim olmadan da huzurluyum. Benim için, bağımsız ve kendi kendine yeterli olduğumu hissetmek çok önemlidir ve başkalarına bağımlı olmamayı, onların da bana bağımlı olmamasını tercih ederim.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

C/ Başkaları ile duygusal açıdan tamamen samimi olmak istiyorum fakat, başkalarının çoğunlukla bana benim arzuladığım kadar yakın olmaktan çekindiklerini görüyorum. Yakın ilişkilerimin olmaması beni rahatsız eder, ama yine de, bazen başkaları bana, benim onlara verdiğim kadar değer vermiyorlar diye endişelenirim.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

D/ Başkaları ile yakınlaşmak beni rahatsız eder. Duygusal açıdan yakın ilişkilerim olsun istiyorum ama, başkalarına tamamen güvenmek veya onlara bağımlı olmakta zorlanıyorum. Başkalarına aşırı derecede yakın olursam incinirim diye endişeleniyorum.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

Şimdi bu paragrafları bir kere daha okuyun, sonra sizi en iyi tanıttığına inandığınızı aşağıda işaretleyin (Lütfen yalnız BİR tanesini işaretleyin).

A____ B____ C____ D____