



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDE TRAVMANIN KUŞAKLAR ARASI ETKİSİ

Dr. Lala ALLAHYAROVA

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ayşegül YOLGA TAHİROĞLU

ADANA-2020



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDE TRAVMANIN KUŞAKLAR ARASI ETKİSİ

Dr. Lala ALLAHYAROVA

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ayşegül YOLGA TAHİROĞLU

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi Tarafından Desteklenmiştir.
TTU-2020-6839

ADANA-2020

TEŞEKKÜR

Çocuk ruh sağlığı uzmanlık eğitimime başladığım günden itibaren en yoğun zamanlarda bile bilgi birikimini hoşgörü ve sabırla paylaşan, tez sürecim boyunca yanımda olan, anlayışı ve katkılarıyla bu süreci kolaylaştıran, hayatımın her alanında düşüncelerini önemsediğim, olaylara yaklaşım şekli ve olay çözme becerisine hayran kaldığım, her konuda fikir danışabildiğim, desteğini, sevgisini hissettiğim ve çok sevdiğim ‘ablam’, değerli hocam ve tez danışmanım anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Ayşegül YOLGA TAHİROĞLU’na teşekkür ederim.

Tanıştığım zamandan beri enerjisine, neşesine, engin bilgisine, vakalara yaklaşım şekline, hekimlik tarzına hayran kaldığım, onun öğrencisi olmaktan gurur duyduğum, öğrenmekten ve öğretmekten asla vazgeçmeyen bölümümüzün kurucusu kıymetli hocam Prof. Dr. Ayşe AVCI’ya, birlikte hasta izlemekten keyif aldığım, bilgi, birikimini severek paylaşan, sağlığımız konusunda bizden daha duyarlı davranan, manevi desteğini her zaman hissettiğim Prof. Dr. Gonca GÜL ÇELİK’e, asistanlık hayatımın ilk zamanlarından itibaren vakaları değerlendirirken bilgisini, deneyimini, zamanını gönül açıklığıyla paylaşan, sıkıntılı zamanlarda desteğini en yakından hissettiğim Dr. Öğr. Üyesi Özge METİN’e teşekkür ederim.

Tez sürecimde baştan sona benimle birlikte çalışan, ihtiyaç duyduğum her konuda elinden geleni yapan, ilk günden itibaren bize ‘abla’ olan, şartlar ne olursa olsun hoşgörüsünü, gülümsemesini, paylaşımını eksik etmeyen Dr. Öğr. Üyesi Perihan ÇAM RAY’a çok teşekkür ederim.

Meslek hayatıma çok önemli katkılar sağlayan Adli Olguları Değerlendirme Heyeti’nde engin bilgi ve deneyimlerini sabır ve hoşgörüyle paylaşan, olgulara ve olaylara yaklaşım şekli ile örnek olan, çok sevdiğim Prof. Dr. Necmi ÇEKİN ve Prof. Dr. Nurdan EVLİYAOĞLU’na gönülden teşekkür ederim.

Psikiyatri rotasyonum boyunca birlikte çalışma fırsatı bulduğum, rotasyon sürecimi hem bilgi, birikimi, hem de enerjisiyle güzelleştiren Prof. Dr. Lut TAMAM, Doç. Dr. Gonca KARAKUŞ, Yrd. Doç. Dr. Soner ÇAKMAK’a teşekkür ederim. Ayrıca Çocuk Nöroloji rotasyonum sırasında bilgi ve tecrübelerinden yararlanma fırsatı bulduğum Prof. Dr. Şakir ALTUNBAŞAK, Prof. Dr. Özlem HERGÜNER, Prof. Dr.

Faruk İNCECİK, Dr. Öğr. Üyesi Gülen GÜL MERT ve çok değerli Uzm. Dr. Duygu GÜNER ÖZCANYÜZ’e teşekkür ederim.

Bu sürecin bir kısmında birlikte çalışma fırsatı bulmama rağmen içtenliği ve nezaketiyle hayatıma dokunan, hem klinik tecrübesini, hem de arkadaşlığını hala paylaşmaktan mutluluk duyduğum Uzm. Dr. Zeynep YEŞİLDAĞ TUNÇ, beraber çalışmanın yanısıra aynı evi paylaştığım, hayatıma renk katan, hem dost, hem kardeş olan Uzm. Dr. Ülker Shamkhalova, varlıklarıyla hem asistanlık sürecimi, hem de hayatımı güzelleştiren Uzm. Dr. Ayşegül KIZILTOPRAK ve Uzm. Dr. Buse Pınar KIRMIZI başta olmak üzere birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma, sosyal hizmetler uzmanımız ve psikologlarımıza teşekkür ederim.

Asistanlığım boyunca birlikte çalıştığım, her zaman desteğini çok yakından hissettiğim hemşirelerimiz, anabilim dalı sekreterlerimiz ve tüm personellerimize teşekkür ederim.

Asistanlık hayatına birlikte başladığım, en mutlu anları paylaşıp, en zor zamanları birlikte atlattığımız, beraber zaman geçirmekten aşırı keyif aldığım, arkadaştan öte ‘aile’ olan, canım arkadaşlarım Hatice Rahimova, Rana İsmayılova ve Narmin Miribrahimova’ya teşekkür ederim.

Tanıdığım ilk andan itibaren varlığıyla hayatımı güzelleştiren, tez sürecimde benimle birlikte çalışan, anlayışı, hoşgörüsü ve desteğiyle zorlukları kolaylaştıran, hayatı paylaşmaktan büyük mutluluk duyduğum sevgili hayat arkadaşım Savaş Göçebe’ye, ayrıca sevgi ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili ailesine çok teşekkür ederim.

Hayatım boyunca attığım her adımda bana sonsuz güvenle destek olan, mesafelerden bağımsız bir şekilde hep yanımda hissettiren, hayatı daha güzel, zorlukları daha katlanılabilir kılan canım anne-babam’a fedakarlıkları ve özverileri için en içten teşekkürlerimi sunarım. Ve tabiki varlığıyla hayatıma anlam katan, desteğini her zaman arkamda hissettiğim canım kardeşim Nusret’e çocukluk anılarımı güzelleştirdiği, önce oyun arkadaşım, sonra en iyi arkadaşım olduğu için çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLO LİSTESİ	vii
KISALTMALAR LİSTESİ	viii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Anksiyete Bozuklukları	3
2.1.1. Tanım ve Tarihçe	3
2.1.2. Epidemiyoloji	5
2.1.3. Komorbidite	7
2.1.4. Etiyoloji	7
2.1.4.1. Genetik Faktörler	7
2.1.4.2. Nörokimyasal Faktörler	8
2.1.4.2.1. GABA	9
2.1.4.2.2. Serotonin;	9
2.1.4.2.3. Norepinefrin;	9
2.1.4.3. Nöroanatomik ve Nörofizyolojik Faktörler	10
2.1.4.4. Nöroimmunolojik faktörler	11
2.1.4.5. Çevresel ve Psikososyal Faktörler	13
2.1.5. Değerlendirme ve Tanı	14
2.1.5.1. Sınıflandırma	14
2.1.6. Klinik Görünüm	15
2.1.6.1. Panik Bozukluk (PB) ve Agorafobi.	15
2.1.6.2. Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB).	17
2.1.6.3. Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB)	18
2.1.6.4. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu (AA)	19
2.1.6.4.1. Okul reddi	21
2.1.6.5. Selektif Mutizm (Sm)	22
2.1.6.6. Özgül Fobi (ÖF)	25
2.2. Travma ve Hafıza	27

2.2.1. Travmanın Nesiller Arası Aktarımı	31
2.2.2. Travmanın Aktarım Modelleri	33
2.2.3. Travmanın Sonraki Kuşaklardaki Etkileri	35
2.2.4. Travmatik deneyimin epigenetik etkileri	37
3. YÖNTEM	41
3.1. Çalışma Örneklemi.....	41
3.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:	41
3.1.2. Dışlama Kriterleri.....	41
3.2. İşlem.....	41
3.2.1. Psikometrik Ölçümler:	42
3.3. İstatistiksel Analizler.....	46
4. BULGULAR.....	47
4.1. Olgulara Ait Klinik ve Demografik Öyküler	47
4.1.1. Anksiyete Bozukluğu Alt Tiplerine Göre Olguların Dağılımı.....	47
4.2. Olguların Ailelerine Ait Klinik ve Demografik Öyküler.....	47
4.2.1. Annenin Çocukluk Dönemi ve Yaşam Boyu Travma Maruziyeti	48
4.3. Olguların Anksiyete Bozukluğu Alt Tipleri ile Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki	49
4.4. Anne ve Babanın Psikiyatrik Tanısı ile Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki.	50
4.5. Annenin Çocukluk ve Yaşam Boyu Travma Maruziyeti ile Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki.	53
4.6. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Korelasyonlar.....	58
5. TARTIŞMA.....	60
5.1. Anksiyete Bozukluğu Alt Tiplerine Göre Olguların Dağılımının Tartışılması ..	61
5.2. Olguların Ailelerine Ait Klinik ve Demografik Öykülerin Tartışılması.....	62
5.3. Olguların Anksiyete Bozukluğu Alt Tipleri ile Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	63
5.4. Anne ve Babanın Psikiyatrik Tanısı ile Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Tartışılması	63
5.5. Annenin Çocukluk Dönemi ve Yaşam Boyu Travma Maruziyeti ile Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Tartışılması. 65	

6. SONUÇ	68
KAYNAKLAR:	69
EKLER	112
Ek-1. Aydınlatılmış Onam Formu	112
Ek-2. Sosyo Demografik Form	113
Ek-3. Hamilton-Anksiyete-Degerlendirme-Ölcegi	114
Ek-4. Durumluk-ve-Sürekli-Kaygı-Ölçeği Erişkin Formu	116
Ek-5. Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği	118
Ek-6. Beck Anksiyete Ölçeği	122
Ek-7. ÇATÖ- Anne-Baba Formu	123
Ek-8. ÇATÖ-Çocuk Formu	125
Ek-9. Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri- Çocuk Formu	127
Ek-10. Etik Kurul Formu	128
ÖZGEÇMİŞ	129

TABLO LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Hastaların Yaşlarının Ortalaması ve Cinsiyet Dağılımı	47
Tablo 2. Anksiyete Bozukluğu Alt Tiplerine Göre Olguların Dağılımı	47
Tablo 3. Olguların Annelerin Ruhsal Hastalık Öyküsü	48
Tablo 4. Ruhsal Hastalık Öyküsü Olan Annelerin Tanılara Göre Dağılımı	48
Tablo 5. Olguların Babalarında Ruhsal Hastalık Öyküsü	48
Tablo 6. Annenin Çocukluk ve Genç Erişkinlik Dönemi Travma Maruziyeti	48
Tablo 7. Annenin Çocukluk ve Genç Erişkinlik Dönemlerindeki Travmatik Olayın Travma Türüne Göre Sınıflandırılması	49
Tablo 8. Annenin Yaşam Boyu Travma Maruziyeti	49
Tablo 9. Anksiyete Bozukluğu Alt Tipleri ile Ölçeklerden Alınan Toplam Puanlar Arasındaki İlişki	50
Tablo 10. Annenin Psikiyatrik Tanı Alması ile Ölçeklerden Alınan Toplam Puanlar Arasındaki İlişki	51
Tablo 11. Annedeki Anksiyete Bozukluğu Tanısı ve Ölçeklerden Alınan Toplam Puanlar Arasındaki İlişki	52
Tablo 12. Babada Psikiyatrik Tanı Varlığı ve Ölçeklerden Alınan Toplam Puanlar Arasındaki İlişki	52
Tablo 13. Annenin Çocukluk Dönemi Travma Maruziyeti ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	53
Tablo 14. Annenin Yaşam Boyu Travma Maruziyeti ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	54
Tablo 15. Olay Sırasında Olaydan Etkilenme Düzeyiyle TSSTÖ Puanları Arasındaki İlişki	55
Tablo 16. Olay Sırasında Fiziksel Yara Alınmasıyla Ölçeklerden Alınan Toplam Puanlar Arasındaki İlişki	55
Tablo 17. Olay Sırasında Çaresizlik Düşüncesiyle Ölçeklerden Alınan Toplam Puanlar Arasındaki İlişki	56
Tablo 18. Olay Sırasında Duyulan Korku ile Ölçeklerden Alınan Toplam Puanlar Arasındaki İlişki	56
Tablo 19. Olay Sırasında Hayati Tehdit Düşüncesi ile Ölçeklerden Alınan Toplam Puanlar Arasındaki İlişki	57
Tablo 20. Başkası İçin Hayati Tehlike Düşüncesi ile Ölçeklerden Alınan Toplam Puanlar Arasındaki İlişki	57
Tablo 21. Annenin İşlevselliğinin Etkilenme Düzeyi ile Ölçeklerden Alınan Toplam Puanlar Arasındaki İlişki	58
Tablo 22. Travmadan Etkilenme Düzeyi ve Anksiyete Belirtileri İle Çocuğun Kaygı Düzeyi Arasındaki Korelasyon Değerleri	59

KISALTMALAR LİSTESİ

5HT	: 5 Hidroksi Triptamin
AAB	: Ayrılık Anksiyitesi Bozukluğu
AB	: Anksiyete Bozukluğu
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BTA	: Başka Türlü Adlandırılmayan
CRP	: C-reaktif protein
ÇATÖ	: Çocuklar için Anksiyete Tarama Ölçeği
ÇDSKÖ	: Çocuklar için Durumluluk Sürekli Kaygı Ölçeği
ÇDŞG-ŞY	: Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu
DA	: Dopamin
DB	: Davranı Bozukluğu
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DNA	: Deoksiribonükleik Asit
DSM:	: Mental Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel Klavuzu
EEG	: Elektroensefalogram
FMRG	: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
GABA	: Gama-Aminobutirik Asit
GAD 65	: Glutamik Asit Dekarboksilaz 65
GIS	: Gastrointestinal Sistem
HPA	: Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal
ICD	: Hastalıkların ve ilişkili Sağlık Sorunlarının Uluslar arası İstatistiksel Sınıflamasının gözden Geçirmesi
IFN-g	: İnterferon gama
İL	: İnterlökin
KAY-BÖ	: Kaygı Bozukluğu Ölçeği
KOKGB	: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
K-SADS-PL	: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version
LSD	: Liserjik Asit Dietilamid

MDB	: Majör Depresif Bozukluk
NA	: Noradrenalin
NO	: Nitrik Oksit
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OMR	: Orta düzeyde Mental Retardasyon
OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
ÖF	: Özgül Fobi
PA	: Panik Atak
PB	: Panik Bozukluk
RNS	: Reaktif Nitrosatif Gruplar
ROS	: Reaktif Oksidatif Gruplar
SAB	: Sosyal Anksiyete Bozukluğu
SF	: Sosyal Fobi
SM	: Selektif Mutizm
SSS	: Santral Sinir Sistemi
TNF-a	: Tümör Nekroz Faktör alfa
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TSSTÖ	: Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği
VLPHK	: Ventrolateral Prefrontal Korteks
VTA	: Ventral Tegmental Alan

ÖZET

ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDE TRAVMANIN KUŞAKLAR ARASI ETKİSİ

Amaç: Son zamanlar anksiyete bozukluklarının etiolojisinde çocukluk travmaları, stresli yaşam olayları ve genetik yatkınlığa odaklanılmaktadır. Bu çalışmada çocuklardaki Anksiyete Bozukluğu ile annenin anksiyete belirtileri ve travmatik deneyiminin ilişkisini göstermeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya çocuk psikiyatri polikliniğine 2019 aralık -2020 nisan tarihleri arasında başvuran DSM-V tanı ölçütlerine göre Anksiyete Bozukluğu olan 6-18 yaş aralığında 30 kız ve 13 erkek toplam 43 olgu alındı. Psikiyatrik tanılarını belirlemek amacı ile katılımcılara Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması (K-SADS), Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI), Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Ölçeği (KAY-BÖ)-çocuk formu, olguların annelerine ise Hamilton Anksiyete Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI), Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ), Beck Anksiyete Ölçeği, Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Ölçeği (KAY-BÖ)-ebeveyn formu uygulandı. Hastaların sosyodemografik verileri, ailesel travma öyküleri kaydedildi. Çalışma verilerinin istatistiksel analizi SPSS 21.00 ile yapıldı.

Bulgular: Çalışmamıza katılan olguların anneleri arasında Anksiyete Bozukluğu %20,7, çocukluk dönemi travma maruziyeti %37,7, yaşam boyu travma maruziyeti ise %72,1 oranında idi. Annenin Anksiyete Bozukluğu tanısı ile anne ve çocuktaki kaygı düzeyi arasında ilişki saptandı. Annedeki hem anksiyete bozukluğu varlığı, hem de yaşam boyu travma maruziyeti annenin TSSB bulguları ve anne tarafından bildirilen çocuktaki kaygı düzeyi ile ilişkili bulundu. İlginç bir şekilde, annenin travmatik bulguları babanın psikiyatrik tanısıyla anlamlı derecede ilişkili bulundu.

Sonuç: Annenin çocukluk ve genç erişkinlik dönemindeki travma maruziyeti, yaşam boyu travma maruziyetine oranla çocuğun kaygı düzeyini daha çok etkilemektedir. Çalışmamız önemlidir, çünkü çocuklarda anksiyete bozukluğu gelişiminde travmanın kuşaklar arası etki hipotezini destekleyen Türkiyede'ki ilk çalışmadır

Anahtar Kelimeler: kuşaklararası travma, anksiyete bozukluğu, çocukluk travması, yaşam boyu travma.

ABSTRACT

TRANSGENERATIONAL EFFECT OF TRAUMA IN CHILD AND ADOLESCENTS WITH ANXIETY DISORDER

Objective: Etiologic models of anxiety emphasize the importance of childhood trauma, stressful events, and genetic predisposition in recent studies. This study examines the relationship between the mother's trauma exposure, anxiety symptoms, and children's anxiety disorder.

Material and Methods: The study included 43 patients of 6-18 years of age who admitted to the Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic. A structured clinical interview, Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children, Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), State-Trait Anxiety Inventory for children, Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders were applied to the participants, Hamilton Anxiety Rating Scale, State-Trait Anxiety Inventory, Beck Anxiety Inventory, Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders- parent form and Posttraumatic Stress Diagnostic Scale were applied to the mothers. The demographic information, history of familial trauma were recorded. Statistical analysis was performed with SPSS 21.00.

Results: The rate of anxiety disorder was 20,7 % in the mothers of the participants. 72,1 % of mothers reported lifetime trauma exposure and 37,7 % exposed to childhood trauma. There was a relationship between the mother's diagnosis of Anxiety Disorder and the level of anxiety in the mother and child. Both the presence of anxiety disorder and lifetime trauma exposure in the mother were associated with the mother's PTSD symptoms and the level of anxiety in the child reported by the mother. Interestingly, traumatic findings of the mother were significantly associated with the psychiatric diagnosis of the father.

Conclusions: We demonstrated that trauma exposure of the mother in childhood and young adulthood affects the anxiety level of the child more than her lifetime trauma exposure. Also, our study is important, because it is the first study to support the intergenerational effect hypothesis of trauma in the development of anxiety disorder in children in Turkey.

Key Words: Transgenerational trauma, anxiety disorder, childhood trauma, lifetime trauma

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Anksiyete normalde bireye yönelik olası bir tehlike tehdidi karşısında onu, gereğini yapmak üzere harekete geçmek için hazırlayan biyolojik bir uyarıcıdır. Bu duyguya vücutta bir takım duyumlar eşlik edebilir. Göğüste sıkışma hissi, kalp çarpıntısı, terleme, baş ağrısı midede boşluk duygusu ve hemen tuvalete gitme gereksiniminin doğması gibi duyumlar örnek olarak verilebilir. Bu durum kalıcı ve yaygın nitelikte olup kaçınma, öznel stres, çocuğun sosyal ve akademik hayatını etkilemeye başladığı zaman Anksiyete Bozukluğu olarak değerlendirilir. Yaşam boyu bir anksiyete bozukluğu prevalansı çocuklar ve ergenler için %15-20 arasında bildirilmektedir.

Son zamanlar anksiyete bozukluklarının etiyolojisinde çocukluk travmaları, stresli yaşam olayları ve genetik yatkınlığa odaklanılmaktadır. 1986 yılında Reiss ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada anksiyete duyarlılığı olarak karakterize edilen- kişinin yapısında bulunan ve süreklilik gösteren- ‘temel bir korkunun’ anksiyetenin devamlılığında rol oynadığı gösterilmiştir.¹ Başka bir çalışmada; anksiyete duyarlılığının genetik/ailesel bir bileşeni olmakla birlikte, çocukluk döneminde karşılaşılan düşmanca veya tehdit edici ebeveyn davranışıyla ilişkili olabileceği gösterilmiştir.² Sosyal etkenler, ebeveyn tutumu aynı zamanda anksiyete bozukluklarından korunmakta da önemli role sahiptir.

Yapılan çalışmalar yaşamın erken dönemindeki streslerin ruhsal hastalık gelişiminde oynadığı rolün önemini ortaya koymuştur. Bununla ilgili toplum tarama çalışmalarında çocuklukta istismara maruz kalanlarda yaşam boyu psikopatoloji gelişme riskinin arttığı bulunmuştur.

Son zamanlarda çalışmalar travmanın kuşaklararası etkisine odaklanmıştır. 1998 yılında Yehuda ve ark. tarafından yahudi soykırımı kurbanlarıyla yapılan çalışmalarda travmanın kuşaklar arası bir aktarımı olabileceğine işaret edilmektedir.³ Birçok çalışmada annenin yaşam boyu maruz kaldığı travmanın ve annenin anksiyete bozukluğu tanısı almasının çocukta depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu gibi ruhsal travmaları predikte edebileceği gösterilmiştir. Son yapılan çalışmalarda, annenin çocukluk travması ile çocukların içselleştirme ve dışsallaştırma semptomatolojisi arasında ilişki bulunmuştur.⁴ Çalışmalar annenin yaşam boyu maruz kaldığı travmatik

olayların çocuğun sağlığını etkilediğini kanıtlamaktadır. Önceki çalışmalarda; fiziksel veya cinsel istismar mağduru olan annelerin çocuklarına karşı daha eleştirel, düşmanca tutumlarının olduğu ve hem çocuklara özerklik verme, hem de çocuklara karşı duygusal yanıtın azaldığı gösterilmiştir. Başka bir çalışmada gösterilmiştir ki; travmatik yaşantılar sonrası annenin depresif bozukluk geliştirmesi çocuğun okul öncesi döneminde anksiyete bozukluğu gelişmesinde önemli rol oynamakta, okul dönemindeki çocukta ise anksiyete bozukluğu gelişimini predikte etmektedir.⁵ Aynı çalışma; annenin depresif bozukluk geliştirmedeğ i taktirde annenin yaşad ığı travmatik olayın çocukta anksiyete bozukluğu gelişimini etkilemediğini göstermektedir.

Farklı tarihlerde yapılan bazı çalışmalarda annelerin Anksiyete Bozukluğu tanısı ile çocukların Anksiyete Bozukluğu tanısı arasında ilişki saptanmamıştır. Öte yandan bu çalışmalarda yeralan annelerin %57 oranında Anksiyete Bozukluğu tanısı almış olmaları önceki çalışmayla uyumlu değildir ve ikisi arasında ilişki saptanmaması ölçeklerin klinisyen tarafından değil anneler tarafından doldurulmasına ve annelerin kendi tanılarını inkar etme veya görmezden gelme eğiliminde olmasına bağlanmıştır.⁶

Bildiğimiz gibi bireyin yaşad ığı ruhsal sıkıntıları her daim o kişinin yaşam ı içerisinde ele almak ve ruhsal sıkıntıların nedenlerini kişinin yaşantısıyla sınırlı kalarak açıklamak her zaman mümkün olmamaktadır. Bazı vakalarda nedeni bulunamayan korkular, kaygılar ya da bugünkü yaşam koşullarıyla açıklanamayan ruhsal sorunlar görölmektedir. Ruhsal hastalıkların tanısı sadece o kişinin yaşam ı üzerinden değil, kaçınılmaz şekilde birçok nesil üzerinden aile sisteminin tanısını içermektedir. Bu durum, bireyi ve yaşad ığı problemleri çok nesilli bir bakışla ele almayı gerekli kılmaktadır.⁷

Bizim çalışmamızın amacı, ebeveynlerin deneyimlediği travmatik yaşantıların sonraki kuşaklardaki etkilerini, annenin travmatik deneyiminin çocuğun anksiyete bozukluğu tanısı ile ilişkisi bağlamında araştırmak ve çocuğun anksiyete bozukluğu geliştirmesinde annenin anksiyete belirtilerinin etkisini değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Anksiyete Bozuklukları

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Anksiyete normalde bireye yönelik olası bir tehlike tehdidi karşısında onu, gereğini yapmak üzere harekete geçmesi için hazırlayan bir biyolojik uyarıcıdır. Bu tehdit bir yitimden kaynaklanabileceği gibi iç çatışmalardan da kaynak alabilir.⁸

Korku da benzeri bir uyarıcıdır; ancak korku dışarıda bulunan, bilinen, tanımlanabilir ve kökeni iç çatışmaya dayalı olmayan bir tehdide karşı gösterilen bir tepkidir.⁸

Aralarında bir ayrım yapmak çoğu zaman zor olur, çünkü korku da bilinçdışı, içten gelen bastırılmış bir uyarının dış dünyadaki başka bir nesneye yansıtılması sonucunda ortaya çıkabilir.⁸

Anksiyete bir semptom olarak bir çok mental hastalıkta karşılaştığımız bir belirtidir. Anksiyetenin birey üzerinde fiziksel ve mental belirtileri mevcuttur. Anksiyetenin psikolojik belirtileri arasında irritabilite, konsantrasyon zorluğu, sese karşı hassasiyet ve yerinde duramama sayılabilir. Ayrıca hafızanın zayıflaması, otonom sistem aktivasyonu sonucunda kalp atımlarını hissetme ve bunu bir kalp krizi gibi yanlış yorumlama ve buna bağlı algılama çarpıklıkları ve düşünce bozuklukları da ortaya çıkabilmektedir.

Kısa süreli korkular ve kaygılar normal gelişimin bir parçasıdır. Analitik görüşe göre kaygı duymayan çocuk yoktur ve çeşitli kaygı türleri belli gelişim evrelerinde görülmektedir. Örneğin, ayrılık kaygısı anne-çocuk arasındaki biyolojik birlik evresine, sevgi yitimi korkusu sabit nesne ilişkilerine, kastre edilme kaygısı Oidipus kompleksine, suçluluk duygusu üstben oluşumu evresine denk düşmektedir.⁹ Ancak bazı durumlarda, kaygı duygusunun olağan olması ile ilgili, bu düşüncenin anksiyete bozukluklarının varlığını maskeleye bildiğini gösteren çalışmalar vardır.¹⁰

Anksiyete bozukluklarının ortak özellikleri, şimdiki veya gelecekteki olaylar hakkında hissedilen süregelen kaygı, kaçınma gibi davranışsal; olumsuz benlik değerlendirmeleri gibi bilişsel; artan kalp atışı, hızlı nefes alıp verme, titreme, kasların gerginleşmesi gibi fizyolojik tepkileri içermesidir.¹¹

Yaklaşık yüzyıl önce, S. Freud “Anksiyete Nörozu” terimini türetmiş ve anksiyetenin iki tipini tanımlamıştır. Bu yaklaşıma göre anksiyetenin bir tipi, kontrol altına alınamamış libido’dan kaynaklanır. Diğer bir ifade ile, fizyolojik olguların mental yansıması olan, libidonun artmasına bağlı olarak ortaya çıkan seksüel gerilimdeki fizyolojik artıştır. Bu tip bir gerilimin normal boşalımı, Freud’a göre, cinsel ilişki yolu ile olur. Her nasılsa, diğer cinsel uygulamalar, öyle ki, cinsel yoksunluk ve koitus interruptus gerilimin boşalmasını önler ve güncel nöroz ile sonuçlanır. Libidinal blokaja bağlı olarak anksiyetenin yükselmesinin şartları sonucunda nevrasteni, hipokondriazis ve anksiyete nörozu oluşur. Bunlar, Freud’a göre biyolojik temele sahip görünümeler olarak karşımıza çıkmaktadır.¹²

Anksiyetenin diğer formu, baskılanmış düşünce ve arzuların orijinal yapılarının sıkıntısının ve endişesinin yoğun olarak hissedilmesi şeklinde karakterize edilebilir. Anksiyetenin bu formu, obsesyonel nöroz, histeri ve fobi gibi psikonörozlardan sorumludur.

Freud, bilinen bu şartları ve onlarla bağlantılı olarak ortaya çıkan anksiyeteyi, fizyolojik faktörlerden ziyade psikolojik faktörlere bağlamaktadır. İntrapsişik çatışmalar anksiyete ve psikonörozlara neden olur. Freud aktüel nörozda, gözlediğinden daha az dramatik ve daha az yoğun bir anksiyete ile sonuçlandığını tespit etmiştir.

Freud’un “Inhibitions, Symptoms and Anxiety” isimli 1926’da yayınlanan kitabında, anksiyete ile ilgili yeni bir teori oluşturmuştur.¹³ Bu teoride, real dış kaynaklı anksiyete ve nörotik iç kaynaklı anksiyetenin her ikisini de tehlikeli durumlara bir cevap olarak oluştuğuna inanıyordu. Freud anksiyeteyi oluşturan durumların iki tipini belirledi. Bunlardan biri doğum olayı ile ilk prototipini yaşayan, içgüdüsel stimulusun karşıkönulmaz etkisidir. Bu tip durumlarda ego’nun koruyucu bariyerleri basınç altında delinerek dürtünün tüm etkinliğini ortaya çıkararak, travma ve mutsuzluk durumunu oluşturur.

İkinci ve daha yaygın olan durumlar ise, tehlikenin oluşturduğu durumlardan ziyade, tehlike beklentisi içinde gelişen anksiyetenin oluşmasıdır. Organizmaya yönelik yapılan bu tehdit, anksiyete belirtisi veya işareti olarak algılanmaktadır. Bu anksiyete bilinçdışı seviyesinde hazırlanır ve egonun kaynaklarını, tehlikeyi bir başka alana yönlendirecek şekilde mobilize etmeye hizmet eder. İnternal ve eksternal kaynaklı tehlikelerin her ikisi de düşmana karşı korumaya yönelik düzenlenmiş ego’nun özgün

defans mekanizmalarına götüren bir sinyal sistemi olarak ortaya çıkmış olabilir veya içgüdüsel uyarının derecesini kontrol altına almaya yönelik olabilir.

2.1.2. Epidemiyoloji

Anksiyete gelişimsel sürecin normal bir parçası olup, çocuğun belli durumlarda ortaya çıkan korku, kaygılarının durum ile orantısız düzeyde yoğunluğu ve akademik, sosyal alanlarda işlevselliğin bozulması gibi durumlarda anksiyete bozukluğu olarak tanımlanmaktadır.

Anksiyete bozukluğu sıklığı gençler arasında %15-20 arasında olup, çocuk ve ergenlerde sık karşılaşılan bir psikiyatrik hastalıktır.¹⁴⁻¹⁵ Ergenlerde anksiyete bozukluğu alt tiplerinden herhangi birinin yaşam boyu rastlanma sıklığı %31,9'dur.¹⁶ Çocukluk çağında ise anksiyete bozuklukları prevalansı %17-21 arasında değişmekte olup, bunların %8'inin tedavi aldığını gösteren çalışmalar vardır.¹⁷

Retrospektif ve prospektif çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde anksiyete bozukluklarının 'en erken başlangıçlı psikopatoloji' olduğu ortaya çıktığı görülmektedir.¹⁸ Çocukluk çağında 'özümlü fobi' en erken yaşta başlayan anksiyete bozukluğudur, böylece depresif bozukluk ve madde kullanım bozukluğu gibi hastalıkları önemli derecede geride bırakmaktadır.¹⁹ Çocuklarda anksiyete bozukluklarının ortalama yaşının 6 olduğu, alt tiplerine bakıldığında panik bozukluk (PB) başlangıç yaşının orta ergenlik dönemi olduğu belirlenmiştir.¹⁶

2011 yılında yapılmış meta analiz çalışmasında 6-12 yaş arası çocuklarda anksiyete bozukluğunun prevalansı %12,3, anksiyete bozukluğu alt tipleri değerlendirildiğinde ise özümlü fobi (ÖF) %6,7, ayrılık anksiyetesi (AA) %3,9, sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) %2,2 ve yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) %1,7 oranında bulunmuştur.²⁰ Bu çalışmaya göre ergenlerde anksiyete bozuklukları oranı %11 olup, alt tiplerinin prevalansı ÖF %6,6, SAB %5,0, AA %2,3, YAB %1,9, PB %1,1 şeklindedir. 2015 yılında yapılmış başka bir çalışmada ise anksiyete bozukluklarının çocuk ve ergenlerde rastlanma oranı %6,5 olarak saptanmıştır.²¹ Bilindiği gibi Avrupa ve Amerika'da çocuk ve ergenlerde antidepresan kullanımı genelde anksiyete bozuklukları için yaygındır. 2005-2012 yıllarını kapsayan bir meta-analiz çalışmasında çocuk ve ergenlerde antidepresan kullanımının %18'den %61'e yükseldiği saptanmış, bu sonuç ise anksiyete bozukluğu sıklığındaki artışla ilişkilendirilmiştir.²²

Subklinik anksiyete bozukluklarının genel pediatrik popülasyonda daha sık olduğu, okul yaş çocuklarının yaklaşık %70'inin şimdi veya başka zamanda anksiyöz hissettiğini bildirdikleri görülmüştür.¹⁴ Bushnell ve arkadaşları tarafından yaş ortalaması 12 olan 198.450 hastayla yapılan çalışmada başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu oranı %53, YAB %25, OKB %5, PTBS oranı %4 olarak saptanmıştır.²³ 7-12 yaş arasındaki çocuklarla yapılan başka bir çalışmada ise YAB %75, SAB %63,5, AA %51,7, ÖF %49,7 PB agorafobinin eşlik etmediği %2,2, Selektif Mutizm %1,3, başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu %1,3 oranında idi Moffitt tarafından yapılan bir çalışmada ise ergenler arasında SF ve ÖF oranı %3, YAB ise %1,6 olarak bulunmuştur.²⁴

Anksiyete bozukluklarının prevalansı yaş, ırk, cinsiyet, anksiyete bozukluğu alt tipi gibi bir çok faktöre göre değişmektedir. Örneğin; 9-13 yaş arası çocuklarla yapılmış bir çalışmada Amerikalı Hintli çocuklarda anksiyete bozukluğu oranı %5,3 , beyaz ırkta ise bu oran %5,6 olarak saptanmıştır. Bu sonuç ırkla ilgili farkların düşük sosyoekonomik düzey, yetersiz sosyal destek, ailesel zorluklar gibi çevresel faktörlerden çok genetik kökenli olduğunu düşündürmektedir. Çünkü, çevresel risk etkenleri Hintli'lerde sık rastlanırken; beyaz ırkta, ebeveynlerde herhangi bir ruhsal bozukluğun rastlanma sıklığı daha fazladır.²⁵

Anksiyete bozukluklarında cinsiyetler arası fark hem prevalansta, hem de anksiyete bozukluğu alt tiplerinde görülmektedir. Yaşam boyu anksiyete bozukluğu oranı erkek:kız arasında 1:1,7 şeklindedir.²⁶ Ergenler arasında ise kızlarda erkeklerden daha sık olup, bu oran 2-3:1 şeklindedir.^{20,27,28} İkiz çalışmaları cinsiyetlerarası farkın genetik yatkınlığa dayandığını, kızlarda anksiyete bozukluğu gelişme riskinin yüksek olduğunu göstermektedir.²⁹ Alt tiplere bakıldığında ise kızlarda PB, agorafobi, ÖF ve AA daha sık ortaya çıkmaktadır.^{16,30}

Halk sağlığı çalışmalarının sonucuna göre bu hastalıkların varlığı gençlerde suisid girişimi riskini artırmakta^{31,32} ve önemli oranda mortalite, morbiditeye sebep olmaktadır.¹⁹

2.1.3. Komorbidite

Çocuk ve ergenlerde, anksiyete bozuklukları birçok hastalıkla komorbidite göstermektedir. Anksiyete bozukluğu çocuklarda %40-60 oranında komorbidite ile seyreder.^{6,33,34} Bu durum anksiyete bozukluklarının ortak risk faktörleriyle ilişkili olmakla birlikte, tanı sınırlarının net olmamasına da bağlanabilir.³⁵

Yapılan toplum tabanlı çalışmalarda anksiyete bozukluklarının kendi aralarında olan komorbiditesi (homotipik komorbidite) %50³⁶ klinik örnekleme ise %70 olarak değerlendirilmiştir.³⁷ Anksiyete bozukluklarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile komorbiditesi %0-21 arasında değişmekte olup, davranış bozukluğu (DB) ve karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB) ile %3-13, depresyon ile %1-20 arasında komorbidite göstermektedir.³⁶

2.1.4. Etiyoloji

Anksiyete bozukluklarının etiyolojisi tam olarak aydınlatılmasa da genetik, biyolojik ve çevresel etkenlerin birlikte rol aldığı multifaktöriyel etiyolojiye sahip olduğu düşünülmektedir. Genetik ve çevresel etkenler bireyi anksiyeteye duyarlı hale getirir ve bu yatkınlık bireylerde daha sonra biyolojik, kognitif ve sosyal durumların da etkisiyle anksiyete bozukluğu olarak şekillenir. Yani genetik etkenler çevresel risk faktörleriyle karşılaşınca önem kazanmaktadır.^{38,39}

2.1.4.1. Genetik Faktörler

Kalıtımın anksiyete bozukluklarını da diğer psikiyatrik hastalıklar gibi ergen ve genç erişkinlerde önemli ölçüde artırdığını gösteren çalışmalar vardır. Anksiyete bozukluklarının genetik geçişi anksiyetenin değerlendirilme şekli, kişilik özelliği veya klinik tanı, değerlendirilen populasyonun yaş, cinsiyet gibi özelliklerine bağlıdır.⁴⁰ Anksiyete bozuklukları etiyolojisinde genetiğin rolüne dair günümüze kadar ikiz çalışmaları, evlat edinme çalışmaları, aile çalışmaları ve moleküler genetik çalışmalar yürütülmüştür. 2001 yılında Eley tarafından yapılan ikiz çalışmalarında çocuklarda anksiyete semptomlarının 1/3'ünün genetik etkilere bağlı olduğu gösterilmiştir.²⁹ Bu genlerin etkisi direkt olmayıp, kodladıkları proteinler vasıtasıyla ortaya çıkmaktadır. Bu proteinler nörotransmitter reseptörleri gibi beyin yapılarını ve regülatif prosesleri değiştirebilmektedir.

Anksiyete bozukluklarında, moleküler genetik çalışmaları seratonin (5HT) ve gama aminobutirik asit (GABA) sistemi üzerine yoğunlaştırılmıştır. SSS'in tüm sinapslarının yaklaşık olarak %40'ının nörotransmisyonunda GABA'yı kullandığı düşünülmektedir.^{41,42} Çalışmalarda GABA sistemini kodlayan glutamik asit dekarboksilaz 65 (GAD 65) geni davranışsal inhibisyon ile ilişkilendirilmiş, bu genin PB gelişimi açısından risk oluşturduğu bildirilmiş, ancak direkt olarak PB'la ilişkilendirilmiş herhangi bir GABA reseptörünü kodlayan gen bulunamamıştır.⁴³

Başka bir çalışmada 5-HT transporter için promotor alanında polimorfizm saptanmış gen ile, özellikle çevresel faktörlere maruz kalan bireylerde, davranışsal inhibisyon arasında ilişki saptanmıştır.⁴⁴

Mizaç teorisyenleri ise anksiyete bozukluklarının yeniliğe karşı direnç gibi biyolojik faktörlerden kaynaklandığı görüşünü öne sürmektedirler.^{45,46,47} Davranışsal inhibisyonu olan çocuklar kaçınma, yeniliğe direnç, ebeveyne bağımlılık, otonomik aktivasyon gibi anksiyete bozukluklarıyla ortak olan davranışsal, afektif ve fiziksel belirtiler göstermektedirler.⁴⁶

2.1.4.2. Nörokimyasal Faktörler

Yapılan çalışmalara göre hem normal, hem de patolojik anksiyetenin gelişiminde GABA-Benzodiazepin Reseptörü-Cl-iyonofor Kompleksi, Noradrenerjik Sistem ve Seratonerjik Sistem önemli role sahiptir. Bu temel nörotransmitter sistemlerinin yanısıra ventral tegmental alandaki (VTA) dopaminerjik nöronlar ve pedikülopontin nükleustaki kolinerjik nöronların uyanıklık ve dikkati artırarak anksiyete gelişimine minimal düzeyde katkı sağladıkları düşünülmekte, ancak antikolinerjik ve antidopaminerjik ilaçların belirgin anksiyolitik etkisinin olmaması bu sistemlerin anksiyeteye direkt ilişkisini desteklememektedir. Santral nöropeptitler olan kolesistokininin ve P maddesine ek olarak santral sinir sisteminin (SSS) diğer inhibitör nörotransmitterleri nitrik oksit (NO) ve adenosin de anksiyete gelişimi ve sürdürülmesinde rol oynamaktadır.⁴⁸

2.1.4.2.1. GABA

SSS'deki en yaygın inhibitör olan GABA'nın nörotransmisyonunda sinapsların yaklaşık %40'da kullanıldığı düşünülmektedir.^{41,42} Yapılan çalışmalar GABA'nın sadece presinaptik inhibisyon yaptığına dair ilk düşüncelerin doğru olmadığını, hem presinaptik, hem de postsinaptik bölgede inhibisyon yaptığına işaret etmektedir.^{41,42}

Barbituratlar ve benzodiyapinlerin GABA nörotransmisyonunu artırarak anksiyolitik etki yaptıkları bilinmektedir.⁴⁹ Bu sınıf ilaçlar GABA reseptörlerine direkt bağlanmayıp Cl kanallarının açılmasını sağlamaktadırlar. Barbituratlar Cl kanallarının açık kalma süresini uzatırken benzodiyazepinlerse bu kanalların açılma sıklığını artırmaktadır. GABA-erjik yolağın modulasyonu anksiyeteyi hemen azaltmakla birlikte bu ilaçlara hızlı tolerans gelişmekte ve ilaç çekilmesi yaşanmaktadır.⁵⁰ Ayrıca bu ilaçların hafıza bozukluklarına da yol açması hastalara eşzamanlı psikoterapi uygulamalarını kısıtlamaktadır. Antikonvulzan ajanların da GABA transmisyonunu değiştirdiği ve anksiyete tedavisinde kullanıldığı biliniyor.⁵¹ Bu sınıf ilaçlar Ca kanallarını bloke ederek GABA transmisyonunu indirekt olarak etkilemekte ve ilaç bağımlılığı ve çekilme semptomlarını azaltmaktadır.⁵²

2.1.4.2.2. Serotonin;

Fonksiyonları lokasyonlarına göre değişen bir çok serotonin reseptör alt tipi vardır. Örneğin; 5HT-1A reseptörü presinaptik veya postsinaptik yerleşimine göre hem mediatör, hem de inhibitör olabilmektedir.⁵³ Bunlara ek olarak bütün serotonin reseptörleri alt tiplerinin anksiyolitik etkileri olmadığı gibi, 5HT-2A reseptörleri de LSD ve Meskalin gibi ilaçların etki mekanizmasında rol almaktadır.⁵⁴ Bu karışıklıklara rağmen, serotonin geri alımını inhibe eden ajanların serotonin nörotransmisyonunu artırdığı ve bir çok hastada anksiyete semptomlarını azalttığı bilinmektedir.⁵⁵

2.1.4.2.3. Norepinefrin;

SSS'deki noradrenalinin yaklaşık %70'ni içeren locus sereleus ponsun dorsal bölümünde yer alan bir nukleustur.^{56,57} Locus sereleus SSS'in otonomik ve emosyonel alarm yanıtları ile ilişkili merkezidir.⁵⁷ Locus sereleusun uyarılması, noradrenalin düzeyinin artması ve korku duyumsama, tremor, taşikardi, ağız kuruluğu, terleme,

GİS’de peristaltik artış, terleme, midriazis gibi otonomik ve emosyonel semptomlarla sonuçlanmaktadır.^{56,58}

Anksiyete bozukluğunun birçok fiziksel semptomu noradrenalin ile ilişkilidir ve tedavide noradrenalin reseptör antagonistleri kullanılmaktadır. Anksiyete tanısı alanlarda NA ile birlikte NA’nin major metaboliti olan 3-metoksi-4-hidroksifenilglukol düzeylerinde de artışlar saptanmıştır.⁵⁹

2.1.4.3. Nöroanatomik ve Nörofizyolojik Faktörler

Normal veya anormal anksiyete esas olarak santral sinir sisteminden kaynaklanmaktadır. Davranışsal inhibisyon sistemi, SSS’de anksiyete yanıtını oluşturan yapıları anlamak için iyi bir başlangıç noktası sayılabilir.^{60,61} Davranışsal inhibisyon sistemi amigdala, lokus sereleus’un noradrenerjik yolağı, rafe nükleus’un serotonerjik yolağını da kapsayan septohipokampal sistem’i içermektedir.⁶⁰ Davranışsal inhibisyon sistemi tehlikeli durumlarda bizi bu tehlikeye maruz kalmaktan korumak amacıyla aktive olmaktadır. Ancak bu sistemin fazla aktivasyonu aşırı korku, negatif duygulanım, hipervijilans gibi belirtilerle ilişkilendirilmiştir.

Beyindeki subkortikal yapılar içinde talamus, hipotalamus, hipokampus, pineal bez, hipofiz ve amigdala gibi önemli nöroanatomik oluşumları içeren limbik sistem bellek ve duygudurum değişikliklerinden sorumlu önemli bir bölgedir.⁴² Bunlardan amigdala anksiyete patogeneğinde özellikle dikkat çekmiştir.^{62,63} Amydala, frontal korteks (yürütücü işlevler), hipokampus (uzun süreli hafıza), striatum (yaklaş/uzaklaş), hipotalamus ve beyin sapı (otonomik fonksiyonlar, kortikosteroid yanıtı) gibi beyin yapılarıyla bağlantılıdır.^{43,63}

Yapılan EEG çalışmaları negatif duygulanımın sağ prefrontal ve anterior temporal alan aktivasyonu, pozitif duygulanımın ise sol prefrontal alan aktivasyonuna sebep olduğunu göstermiştir.⁶⁴ Üstelik sol prefrontal alan aktivasyonunun negatif uyarana karşı gelişen ürkme davranışını da baskıladığı öğrenilmiştir.^{64,65} Aynı çalışmada SAB ve depresif bozukluk tanılı erişkinler arasında sağ prefrontal lob aktivasyonu daha sık olup, aynı bulgu infantlarda ve 8-11 yaş arası anksiyete bozukluğu tanısı alan okul çağı çocuklarında da bulunmuştur.^{66,67}

Anksiyete bozukluğu olan çocuklarla yapılan bir çalışmada bu hastalarda fonksiyonel-magnet rezonans görüntüleme (f-MRG) sonucunda santral korku yanıtının

oluşumunda esas role sahip olan amigdala'da aktivasyon artışı saptanmıştır. Ancak amigdalanın disfonksiyonu onun hiperaktivitesinden ziyade medial prefrontal korteks, anterior singulat korteks, insula ve serebellum gibi, bağlantılı olduğu beyin alanlarına karşı fonksiyonel yanıtsızlıkla seyretmektedir. Amigdala aktivitesini regule etmekle birlikte, korku yaratan durumdan kurtulmakta rol aldığı bilinen ventrolateral prefrontal korteks (VLPFK) üzerine yapılan çalışmalar anksiyete bozukluğu olan çocuklarda bu alanın aktivitesinin klinikle korele olduğunu göstermiştir.⁶⁸

Anksiyete bozukluğu olan ergenlerde motivasyon ve kognitif kontrolü sağlayan singulat korteks hiperaktivitesi de gösterilmiştir.⁶⁹

2.1.4.4. Nöroimmunolojik faktörler

Nöropsikiyatrik hastalıkların gelişiminde SSS ve immun sistemin karşılıklı etkileşimi bilinmekte olup, psikonöroimmunoloji alanında yapılan çalışmalarla fiziksel ve psikolojik stresin SSS ve periferde sitokin salınımını tetiklediği gösterilmiştir.^{70,71,72,73} Sinir sistemi ve endokrin sistem nörotransmitterler, hormonlar aracılığıyla immun sisteme, immun sistem ise sitokin ve kemokinler gibi spesifik mediatörlerle sinir ve endokrin sistemine bilgi göndermektedir.⁷² Sitokinler hem beyinde (migroglia, astrosit, oligodentrosit), hem de periferde (makrofag, monosit) salgılanmaktadır.⁷³ Sitokin salınımının beyinde nörokimyasal, nöroimmunolojik ve davranışsal değişikliklere sebep olduğu eksperimental ve klinik çalışmalarla ortaya çıkarılmıştır.^{74,75,76,77,78} Sitokin salınımı tip 1 helper (Th1) ve tip 2 helper (Th2) hücreleri tarafından kontrol edilmektedir. Th1 proinflamatuvar hücresel immun yanıtı, Th2 ise humoral immun yanıtı artırmaktadır. Proinflamatuvar sitokinler (IL-1; IL-6; IFN-g; TNF-a) immun yanıtı artırarak patojenleri elimine etmekle, anti-inflamatuvar sitokinler (IL-4; IL-10; IL-13) proinflamatuvar sitokinlerin sentezini azaltarak immun yanıtı söndürmekle yükümlüdürler.⁷⁴ Th1 ve Th2 arasındaki denge inflamatuvar yanıtın düzenlenmesinde önemlidir.^{76,79}

Sitokinlerin beyinin amigdala, hipokampus, hipotalamus ve serebral korteks gibi alanlarında nöronal sirkulasyonu module ettiği bilinmektedir.^{80,81} Akut strese karşı oluşan immun reaksiyon kısa süreli, adaptif ve kontrollü olsa da, kronik hastalıklar, kronik stres, sitokin tedavisi gibi durumlar kronik ve disregule inflamatuvar yanıt geliştirerek maladaptif davranışsal semptomlar ve nöropsikiyatrik hastalıklar için zemin

oluşturmaktadır. Sitokinler davranışları farklı yollarla değiştiriyor, bunlar aşağıdakilerdir:

-nörotransmitter fonksiyonlarını seratonin, dopamin, glutamat metabolizması üzerinden^{82,83,84}

-nöroendokrin aktivasyonu CRP, kortizol; adrenokortikotrop hormon salınımını stimule ederek HPA-aksı üzerinden^{85,86}

-nöral devreyi bazal ganglion ve anterior singulat korteksin dorsal kısmını hedef alarak etkilemektedir.^{40,87}

Sitokinlerin davranış üzerindeki etkileri depresyon, anksiyete, anoreksiya, yorgunluk, kognitif disfonksiyon, psikomotor yavaşlama, uyku bozukluğu gibi sonuçlar doğurmaktadır.⁷⁸ Nöropsikiyatri alanında yapılan çalışmalar depresif bozuklukta nöroimmunolojik faktörlerin rolünü, inflamatuvar yanıt ve sitokinlerin etkisini kanıtlamakta olup, depresyonun ‘monoamin hipotezi’nden daha fazlası olduğunu göstermiştir.^{88,89,90,91} 24 araştırmayı kapsayan meta-analiz çalışmasında depresif bozuklukta proinflamatuvar sitokinlerin (TNF-alfa; İL-6) arttığı ve stresin immun sistemi aktive ettiği belirtilmiştir.⁹² Ek olarak immun disregulasyon hipotezi ise Th1 pro-inflamatuvar sitokinlerin Th2 anti-inflamatuvar sitokinler üzerinde dominant olduğunu iddia etmektedir.^{72,93,94} Preklinik ve klinik çalışmalarda depresif bozukluk tedavisinde kullanılan antidepresanların inflamatuvar markerları azallattığı görülmektedir.⁷³ Çeşitli antidepresanların spesifik anti-inflamatuvar etkileri olup, Th1 sayılarını azaltarak İFN-gama salınımında azalma, bunun sonucundaysa mikrogial İL-6 ve NO salınımında artma bunlardan bazılarıdır.⁹⁵

Depresyon ve anksiyete bozukluklarının sık komorbiditesi ve antidepresanların tedavideki ortak ajan olması her iki durumun etiyolojisinde benzer nörobiyolojik substratların olabileceğini göstermektedir. Eksperimental ve klinik çalışmalar sonucunda, stresin proinflamatuvar sitokinlerin salınımını artırdığı, kronik stresin ise HPA aksı ve immun sistemde yaptığı değişiklikler sonucunda anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluğa yol açtığı ortaya konmuştur.⁷²

Anksiyete bozukluğu ve immunoloji alanına yönelik bir çok araştırmalarla da ikisi arasında ilişki olduğu görülmüştür. Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalarda periferde sitokinlerin yüksek ekspresyonu farelerde artmış anksiyete ile ilişkilendirilmiş,

bu farelerde İL-6 ve TNF salınımındaki artış anksiyojenik fenotiple uyumlu bulunmuştur.^{96,97,98}

Başka bir çalışmada anksiyete ve inflamatuvar/koagulatif markerlar (TNF alfa; İL-6; CRP) arasında pozitif korelasyon olduğu gösterilmiştir.^{99,100,101} Sağlıklı gönüllülerin dahil edildiği araştırma zamanı immün aktivatör olarak bilinen liposakkarid enjeksiyonu sonrası anksiyete semptomlarında akut artma görülmüştür.¹⁰²

Oksidatif stresin bazı önemli hastalıkların başlatılmasında veya gidişatında rol aldığı bilinmektedir. Reaktif oksidatif grupların (ROS) ve reaktif nitrosatif grupların (RNS) üretimiyle tetiklenen oksidatif ve nitrosatif stresin SSS'nin birçok hastalığında olduğu bilinmektedir.^{103,104,105} Bu durum beyinin oksidatif yüke hassasiyetiyle ilişkilendirilmiştir.¹⁰⁶ Oksidatif stresin konak hücre tarafından proinflamatuvar sitokilerin salınımını artırarak kronik nöroinflamasyonu tetiklediği bildirilmiştir. SSS'de hücreler ve lökositler çeşitli sitokinler, adheziv/kostimulatör moleküller eksprese etmekte, bunun sonucundaysa ROS üretimi artmaktadır.^{107,108,109,110,111,112,113} ROS SSS'de endojen antioksidanların nötralize edici etkisini aşırı artırdığından beyin için oldukça toksiktir. Böylece pro- ve anti-inflamatuvar faktörler arasındaki denge oksidatif stresin derecesini ve sonucunda oluşan nörodejenerasyonu da içeren inflamatuvar yanıtın yoğunluğunu ve yönünü belirlemektedir.^{114,115,116,117}

2.1.4.5. Çevresel ve Psikososyal Faktörler

Kişinin anksiyete belirtilerinin oluşumundan klasik, edimsel ya da gözlemsel koşullanmalar sorumludur.¹¹⁸ Çocukluk döneminde karşılaşılan ve çocuklarda anksiyete ve depresyona neden olan ebeveyn davranışlarının aynı zamanda çocuklarda anksiyete duyarlılığını artırdığı gösterilmiştir. 2003 yılında Scher ve Strein² tarafından yapılan bir çalışmada; 'tehdit edici ebeveyn davranışlarının' toplumsal olarak gözlemlenebilir anksiyete belirtilerini, 'düşmanca ve reddedici tutumların' ise bilişsel kontrol kaybından korkuyu özgül olarak yordadığı sonucuna varılmıştır. Kontrolcü ebeveynliğin anksiyete gelişiminde ihmalkar ebeveyne oranla daha büyük risk faktörü olduğu, ihmal edilen çocuklarda daha çok depresif bozukluğa rastlandığı gösterilmiştir.¹¹⁹ Çalışmalar anne ile çocuk iletişiminin azalmasının ve yetersiz anne sıcaklığı, duygusallığı, şiddet uygulayan anne gibi faktörlerin çocuklarda depresif bozukluk tanısı ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Annenin çocuğa otonomi vermemesi ve anksiyöz anne modeli çocuklarda

anksiyete gelişimini yordamaktadır.^{120,121,122} Başka bir çalışmada çocukların, ebeveynlerinin alkol veya madde kullanımına bağlı ‘kontROLSÜZ davranışlarına maruz kalmaları’ da yüksek anksiyete duyarlılığı düzeyleriyle ilişkili bulunmuştur.¹²³

2.1.5. Değerlendirme ve Tanı

AB klinik bir tanı olup bozukluğa özgü spesifik bir test yoktur.

2.1.5.1. Sınıflandırma

Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı-5 (DSM-5)’te anksiyete bozuklukları; yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, selektif mutizm, özgül fobi ve agorafobi olarak sınıflandırılmaktadır.¹²⁴ DSM-5 ile birlikte anksiyete bozuklukları tanı sınıflandırılmasında bazı değişiklikler olmuştur.

- Agorafobi tek başına tanı olarak sınıflandırılmaktadır; panik bozukluk tanısı olup olmamasına bağlı bir tanı değerlendirmesi yapılmamaktadır.
- Ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve selektif mutizm yeniden anksiyete bozuklukları arasında sınıflandırılmaktadır (DSM-IV’te ‘genellikle ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konan bozukluklar’ başlığında sınıflandırılmıştır)¹²⁴
- Obsesif-kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu ; ‘obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar’ ile ‘travma ve stres ile ilişkili bozukluklar’ başlığında sınıflandırılmıştır (DSM-IV’te anksiyete bozuklukları kategorisinde yer almıştır).
- Her anksiyete bozukluğu alt tipinin ana kriterleri büyük oranda DSM-IV ile benzerlik göstermektedir. Agorafobi, özgül fobi ve sosyal anksiyete bozukluğu bağlamında ortaya çıkan geçici korkular nedeni ile aşırı tanı koymayı engellemek için 18 yaş altı semptomların en az 6 ay sürmesi gerektiği kriteri eklenmiştir.

DSM-IV	DSM-V	ICD-10
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	Yaygın Anksiyete Bozukluğu
Özgül Fobi	Özgül Fobi	Basit Fobi
Sosyal Fobi	Sosyal Anksiyete Bozukluğu	Sosyal Fobi
Panik Bozukluk ✓ Agorafobili ✓ Agorafobisiz	Panik Atak Panik Bozukluk Agorafobi	Panik Bozukluk Agorafobi
Akut Stres Bozukluğu Posttravmatik Stres Bozukluğu Obsesif-Kompulsif Bozukluk Başka Türlü Adlandırılmayan AB	Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu Seçici mutizm	Posttravmatik Stres Bozukluğu Obsesif-Kompulsif Bozukluk Miks Anksiyete Depresif Bozukluk
Madde Kullanımına Bağlı AB	Madde/İlacın neden olduğu AB	
Genel Tıbbi Duruma Bağlı AB	Diğer tıbbi nedenlere bağlı AB	

2.1.6. Klinik Görünüm

Anksiyete bozukluğu olan çocuklar, korku ve endişe ile kliniğe başvurabilir ve korkularını yersiz-anlamsız olarak tanımlamayabilir. Genellikle baş ağrısı, karın ağrısı gibi somatik belirtileri vardır. Çocuklarda bazen eşlik eden ağlama, irritabilite ve öfke patlamaları karşı gelme olarak anlaşılabılır. Gerçekte bu durum korku dışı vurumu ya da anksiyete oluşturan uyarandan kaçma çabası ile ortaya çıkar. Tanı ise bütün olarak semptom bağlamında konulur.¹²⁵

2.1.6.1. Panik Bozukluk (PB) ve Agorafobi.

Panik bozukluk, belirli bir uyararla ilişkilendirilmeyen beklenmedik, tekrarlayan iki veya daha fazla sayıda panik atak ile tanımlanmaktadır.¹²⁴ Panik atak aniden başlamakta ve dakikalar içinde pik yapıp, 13 fiziksel ve kognitif belirtiden en az 4'ü (çarpıntı, kusma, terleme, titreme, sıcak veya soğuk basması) ile devam etmektedir.^{124,126} Panik bozuklukta, kliniğe PA sonrası en az bir ay devam eden beklenti anksiyesi veya PA yaşamamak için belirli durum veya işlerden kaçınma gibi bulgular da eşlik etmektedir.¹²⁴

Klinik çocuk ve erişkin hastalarda benzer olmakla birlikte gençlerde nefes darlığı, mide bulantısı, kusma gibi semptomlar; erişkinlerde ise boğulma hissi, göğüs ağrısı, depersonalizasyon, ölüm korkusu yakınmaları daha fazla görülmektedir.¹²⁷ 14-

17 yaş arası ergenlerin en az %78'de PA sırasında tabloya taşıkardi de eşlik etmektedir.¹²⁸

PB ve agorafobi bütün anksiyete bozuklukları içinde işlevselliği ve hastanın yaşam kalitesini en çok etkileyenlerdir.¹⁵ PB çocuklarda agorafobi ile sık birliktelik göstermektedir.¹²⁹ Agorafobi belirli durum veya ortamlarda kurtulamama veya eğer gerek duyarsa yardım alamama düşüncesiyle yoğun korku duyma olarak karakterize edilir.¹²⁴ Bu düşünceye eşlik eden korku sebebiyle hastalar genelde PA yaşadıkları ortamdan kaçınırlar. Çocuklar için PA sonrasında en korkulan durum ev dışında yalnız olma, en çok kaçınılan durum ise evde yalnız olmadır.¹²⁷

Ergenlerde PB'un yaşam boyu prevalansı ortalama %2,3 olup, bu oran 13-14 yaşlarında %1,8, 15-16 yaşlarında %2,3, 17-18 yaşlarındaysa %3,3 olarak değişmekle birlikte, agorafobi için yaşamboyu prevalans %2,4'tür.¹⁵ Başka bir çalışmada 13-16 yaş arasında agorafobili ve agorafobisiz PB oranı %0,3 olarak bulunmuştur.¹³⁰ Klinik örneklemelerde ise çocuk ve ergenlerde PB oranı %6'dır.¹²⁷ PB kızlarda erkeklerden daha sık olup, bazı çalışmalarda bu oran 3:1¹³¹ bazılarındaysa 2:1¹²⁶ şeklinde gösterilmiştir.

PB genelde orta ergenlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Erkekler için ortalama başlangıç yaşı 16, kızlar için ise 15,8'dir.¹³² Agorafoninin de başlama yaşı PB ile benzer olup, gençlerde genelde 15,8 yaşlarında başlamaktadır.¹³³

PB diğer hastalıklarla sık komorbidite göstermektedir. PB tanısı alan hastaların en az yarısında tanıya başka bir anksiyete bozukluğu eşlik etmektedir.^{126,127,134} Küçük çocuklarda PA en sık ayrılık anksiyetesiyle komorbidite göstermektedir.^{127,135} PB tanısı alan gençlerde anksiyete bozukluğu, depresif bozukluk, madde bağımlılığı, madde kötüye kullanımı gibi hastalıkların gelişme riski artmaktadır.^{128,136,137} Aynı zamanda klinik örneklemelerde depresif bozukluk tanısı alan gençlerde sıklıkla PA görülmektedir.^{127,138} Ergen ve genç erişkinlerde 24 yaşa kadar PA sıklıkla PTSB tanısına eşlik etmektedir.¹²⁸

Anksiyete bozukluklarında kalıtım %30-60 oranında olup, PB %48 oranla en güçlü kalıtıma sahip olan anksiyete bozukluğudur.¹³⁹ Genetik yatkınlığa ek olarak PB gelişiminde stresli yaşam olayları, sosyal problemler, fiziksel hastalıklar, ebeveyn kaybı, madde kullanımı gibi çevresel faktörler de etkilidir.^{136,137,140,141}

2.1.6.2. Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB).

SAB sosyal ortamlarda başkaları tarafından değerlendirilme veya eleştirilme ile ilgili uygunsuz ve süregelen korku ile karakterize edilir. Bu korku sıklıkla farklı sosyal durumlarda davranışsal kaçınmayla sonuçlanan yoğun strese sebep olur.¹²⁴ SAB başlangıcı genellikle geç çocukluk veya erken ergenlik dönemine tekabül etmektedir.¹⁴² Muhtemelen gelişimin bu döneminde daha fazla sosyal etkinliklerde bulunma negatif sosyal değerlendirme, reddedilme veya utanma korkusunda da artmaya sebep olmaktadır.^{143,144,145} DSM-V ile birlikte çocuk ve ergenlerde SAB tanısı için anksiyete ve kaçınmanın sadece erişkinlerle iletişimde değil akran ortamında da ortaya çıkması kriteri getirilmiştir.¹²⁴

Yapılan çalışmalarda SAB'nin ergenlerde okuldan kaçınma veya okulu reddetmenin en önemli nedenlerinden biri olduğu gösterilmiştir.¹⁴⁶ Aynı zamanda madde kullanım bozukluğu, davranış problemleri, suisid, depresyon gibi bir çok negatif psikososyal durumu da beraberinde getirmektedir.^{124,147} Coballo ve ekibi tarafından 2016 yılında 12801 çocuk ve ergeni kapsayan çalışmada kızlarda erkeklerden, prepubertal dönemde (9-12y) ise adolesan dönemden (13-15y) daha çok SAB tanısı bildirilmiştir. SAB tanısı batı ülkelerinde doğu ülkelerine oranla daha sık rastlanmakta olup¹⁴⁸, bu durum farklı kültürel ve etnik faktörlere bağlanmıştır.

Çocuk ve ergenlerde SAB prevalansının %1-13 arasında değiştiğini gösteren çalışmalar vardır.^{149,150,151,152,153} Bazı çalışmalar kızların ve geç ergenlik döneminde olanların risk grubunda olduğunu gösterse de^{150,151}, diğerleri cinsiyetler arası^{149,152} ve yaş ile ilgili¹⁵⁴ fark bildirmemiştir.

SAB tanısına özgül fobi ve YAB sıklıkla eşlik etmektedir.¹⁵³ SAB olan bireylerde KOKGB, duygudurum bozukluğu, madde kullanım bozukluğu da görülmektedir.¹⁵⁵

Etiyolojide genetik ve çevresel faktörler birlikte rol almakta^{156,157} ve ebeveynlerden herhangi birinde SAB olması çocuklar için risk teşkil etmektedir.¹⁵⁸ 13 kohort araştırmasını içeren bir metaanaliz çalışmasında SAB gelişiminde ortak genetik mirasa sahip olup, farklı çevresel faktörleri paylaşan ikizler değerlendirilmiş ve genetik faktörlerin gençlerde SAB gelişiminde daha önemli rol oynadığı gösterilmiş, ancak erişkin döneminde etiyolojide genetik yatkınlığın daha az öneme sahip olduğu

görülmüştür.¹⁵⁹ Şu anda SAB ile ilişkili spesifik bir gen bulunamamıştır. Bunun için daha ileri düzeyde çalışmalara gerek duyulmaktadır.

Psikanalitik kuramda; SAB oral döneme ilişkin saplanma sonucunda daha sonraki bir dönemde benliğin işlev görebilmesi için dış destek ve onaya gereksinim duyması ve bu desteğin yitilmesi korkusu ile oral döneme gerileme ortaya çıkabilir. Bu gereksinime ve bağımlılığın yarattığı düşmanca duyguların yansıtılması sonucunda karşı taraftan gelebilecek düşmanca tutum, yargı veya eleştiri beklentisi ortaya çıkar. Sosyal fobide geçmiş çocukluk yaşantılarıyla bağlantılı olarak içdiş edici, cezalandırıcı ebeveyn figürüne duyulan korku ve öfke dış ortama, yabancılara yönelik olarak yer değiştirir. Erken çocukluk döneminde içselleştirilen; eleştiren, utandıran, alay eden ve terk eden temsiller daha sonra çevredeki kişilere yansıtılır.¹⁶⁰

2.1.6.3. Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB).

Yaygın anksiyete bozukluğu en az altı ay süreyle devam eden, herhangi bir özel olay veya durumdan bağımsız olarak, kontrol edilemeyen kaygı şeklinde ortaya çıkmaktadır. Çocuk ve ergenlerde YAB uykusuzluk, yorgunluk, konsantrasyon güçlüğü, kas gerginliği gibi somatik semptomlarla seyretmektedir.¹⁶¹ Bu bulgular genelde erken çocukluk döneminde başlayıp, orta veya geç ergenlikte ağırlaşmaktadır.¹²⁴

Çocuklarda YAB DSM-III'te aşırı kaygı duyma bozukluğu olarak tanımlanmış daha sonra DSM-IV'de bu tanı kaldırılmış, çocuklar ve erişkinler için ortak tanı olarak YAB terimi kullanılmaya başlanmıştır. Küçük çocuklarda aşırı kaygı duyma tepkisi olarak başlayan, stresli yaşam olaylarının da etkisiyle devam eden kaygı ilerleyen yaşlarda YAB olarak karşımıza çıkmaktadır.¹⁶²

YAB başlama şekline göre diğer anksiyete bozukluklarından çok depresif bozukluğa benzemekte olup, çocukluktan ziyade erken ergenlik döneminde ortaya çıkmaktadır.¹⁶³ Yapılan çalışmalar, insanların büyük çoğunluğunda YAB semptomlarının 20-30'lu yaşlarında başladığını göstermiştir.¹⁶⁴ Aşırı kaygı duyma bozukluğunun çocuklardaki başlangıç yaşı ise 8,8'dir.¹⁶⁵

YAB'nin genel toplumda prevalansı %5-8 arasında olup¹⁶⁶, çocuk ve ergenlerde sıklığı %2-6 arasında değişmektedir.¹⁴ Kızlarda erkeklerden iki defa çok görülmektedir.¹⁶⁷

YAB en sık majör depresif bozukluk (MDB) (%32) ve distimi (%22) ile komorbid olup¹⁶⁸, OKB, PB, SAB, madde kullanım bozukluğu da YAB'ye eşlik edebilmektedir. YAB tanısı alan çocuklar geçmiş ve gelecekteki olaylarla ilgili endişe duyarlar. Hata yapma, sevdiği birinin hasta olması veya ölmesi, kendi sağlığı, akademik performans, doğal afetler gibi kötü olaylar yaşanacağına dair kaygı duyarlar. Bu çocuklar genellikle mükemmeliyetçidirler ve toplum, çevresi tarafından onaylanma ihtiyacı hissederler.

Psikanalitik kurama göre benliğin savunma düzeneklerinin yetersiz kaldığı durumlarda ortaya çıkan serbest kaygı YAB'nin klinik belirtisi olarak ortaya çıkar. Erken yaşta ebeveynlerden ayrılık veya ebeveynin bebek veya çocuğun gereksinimlerine yeterince yanıt vermemesi çocuğun kaygı modülasyonunu olumsuz yönde etkiler. Bu durum ebeveynde bir kaygı bozukluğu olması ya da depresyonun veya kaygılı yapının verdiği denetleyici özelliklerin olması sonucunda gelişerek çocukta kaygılı bir bağlanma örüntüsü yaratır.¹⁶⁰

Nörogörüntüleme çalışmalarında YAB tanısı alan bireylerde prefrontal korteks ve amigdala alanında etkilenme saptanmıştır. Özellikle medial prefrontal korteks, anterior singulat korteks, insula, serebellum bağlantılarında bozulma ile birlikte, amigdala, anterior singulat korteks ve ventrolateral prefrontal kortekste (VLPFK) aktivasyon tespit edilmiştir.^{169,170}

2.1.6.4. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu (AA)

Ayrılık anksiyetesi infant, çocuk, ergenlerle sınıflandırılmış tek anksiyete bozukluğudur.¹⁷¹ Ayrılık anksiyetesi genelde ebeveyn veya diğer aile üyeleri gibi bağlanma nesnesinden ayrılmayla ilgili gelişimle uygunsuz düzeyde, aşırı, süregelen, gerçek dışı korku ile karakterize edilmektedir. Bu çocuklar ayrılma zamanı kendi veya ebeveynlerinin sağlığıyla ilgili aşırı kaygı duyar, yalnız yatmakta zorlanır, ayrılık konulu kabuslar görür, çocuklarda sıklıkla somatik yakınmalar ve okul reddi görülür. Ayrılık anksiyetesi olan çocuklar semptomların ağırlığına göre kaçınma davranışı sergileye biliyorlar.¹⁷² Çocuklar genelde okul reddi veya somatik yakınmalar nedeniyle doktora götürülür.

Farklı epidemiyolojik çalışmalara göre çocuklarda ayrılık anksiyetesi oranı %4-5 arasında değişmekte olup, bu hastalığın 12 aylık prevalansı %5 olarak

değerlendirilmekle birlikte bu oran %13'e kadar değişebilmektedir.¹⁷³ Kanada'da yapılan altı aylık epidemiyolojik bir izlem çalışmasında 6-8 yaş arası çocuklarda AA oranı %4,9; 12-14 yaş arası adolesanlarda ise %1,3 olarak bulunmuştur.¹⁷⁴

2009 yılında Van Oort ve arkadaşları tarafından yapılan ve 5 yıl içinde 3 kez olmak üzere AA açısından değerlendirilen, kız ve erkekleri kapsayan büyük örneklem çalışmasında anksiyete semptomlarının erken ergenlik döneminde azaldığı, orta ergenlikten geç ergenliğe doğru tekrar arttığı gözlemlenmiştir.¹⁷⁵

Bazı çalışmalar kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda AA bildirmektedir.¹⁷⁶ Preadolesan çağda¹⁷⁷ ve lise öğrencileri arasında AA oranları kızlarda erkeklere kıyasla daha yüksektir.¹⁷⁸ Okul öncesi 4 yaşındaki çocukları kapsayan bir çalışmada ise cinsiyetler arası fark bildirilmemiştir.¹⁷⁹ AA olan çocuk ve ergenlerin diğer anksiyete bozuklukları, depresif bozukluk ve madde kullanımı açısından da risk altında oldukları bilinmektedir. Yine, juvenil panik bozukluk tanısı alan çocuk ve ergenlerin %50-75'i aynı zamanda ayrılık anksiyetesi tanısı almaktadır.^{127,180,181} Bazı araştırmacılar, çocukluktaki AA'nin erken başlangıçlı panik bozukluk ile bağlantılı olduğunu iddia etmektedir.¹⁸² Benzer şekilde bazı çalışmalarda, erişkin hayattaki panik atak ile çocukluktaki ayrılık anksiyetesi arasında ilişki gösterilmiştir.^{183,184} Diğer yandan, Fagiolini ve arkadaşları (1998) ayrılık anksiyetesinin panik bozukluk veya diğer anksiyete bozukluklarına dönüşmediğini, ancak bu durumun panik spektrumun bir parçası olarak erişkinlik döneminde devam ettiğini iddia etmişlerdir.¹⁸⁵ Aschenbrand ve arkadaşları da, çocukluk çağındaki ayrılık anksiyetesinin erişkin yaşamdaki panik bozukluk ve agorafobi için çocukluk çağındaki diğer anksiyete bozukluklarından farklı bir risk taşımasının söz konusu olmadığını bildirmişlerdir.¹⁸⁶ Brückl ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptığı, 14-24 yaş arası adolesan ve genç erişkinleri kapsayan ve 4 yıl süren izlem çalışmalarında, ayrılık anksiyetesinin çocuklarda gelişim sonucunda sadece panik bozukluk ve agorafobi değil, OKB, ÖF, YAB, BB, ağrı bozukluğu ve alkol bağımlılığı gibi hastalıkların da riskini arttırdığı bildirilmiştir.^{187,188}

Anksiyete bozuklukları gençlerde tek başına değil, genelde birbirleriyle komorbidite şeklinde görünür.¹⁸⁹ Çocuk ve ergenlerde anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluk sık birliktelik gösterir.^{184,190,191} Sınırlı birkaç çalışmada ayrılık anksiyetesi ve depresif bozukluk birlikteliği gösterilmiştir.¹⁹² Gençlerde AA ve bipolar

bozukluk arasında sık komorbidite gözlenmekle birlikte¹⁹³, yaşamın ilerleyen dönemlerinde madde kullanım riskinin arttığı bilinmektedir.¹⁹⁴

2.1.6.4.1. Okul reddi

Okul fobisi genelde çocukların ebeveyn bilgisi dahilinde ayrılık anksiyetesi veya özgül fobiler gibi nedenlerle okula gitmeyi reddetmesidir. AA veya okul fobisi gibi terimler çoğu zaman okul reddi yerine kullanılmaktadır. Okulu, korku veya anksiyete nedeniyle reddeden çocukların tanısı anksiyöz okul reddi veya okul fobisi olarak adlandırılmaktadır.¹⁹⁵ Johnson (1941) ‘okul fobisi’ terimini anne ve çocuğun ayrılma anksiyetesinin sebep olduğu okul korkusunu tanımlamak için kullanmıştır.^{196,197} Bu tanımlama okula hiç gitmeyen, okula gidip gün içinde okulu terkeden, sabahları okula gitmemek için öfke nöbetleri veya psikosomatik yakınmaları olan, okuldan alınması için ebeveynine yalvaran çocukları kapsamaktadır.

Anksiyöz okul reddi 3 tipe ayrılır, bunlar ayrılık anksiyetesi, sosyal fobi ve depresif bozukluk nedeniyle olan okul fobisidir.¹⁹⁵ Okul reddi oranı okul yaş çocuklarında yaklaşık %1, klinik örneklerinde ise %5’tir. Kız ve erkeklerde okul reddi prevalansı benzer şekildedir. Okul reddinin toplum, okul ve aile gibi birçok prediktörü vardır.¹⁹⁸ Pür anksiyöz okul reddinde yatkınlık oluşturan faktörler: tek ebeveynle yaşamak, tehlikeli bir okula gitmek ve biyolojik veya nonbiyolojik ebeveynlerden birinin psikiyatrik hastalığının olmasıdır.¹⁹⁹

Çocuklarda görülen okul reddi başta anksiyete bozuklukları olmakla birçok hastalığın belirtisi olabilir. Aynı zamanda AA, YAB, ÖF, SAB ve anksiyete ile giden uyum bozukluğu gibi birçok hastalık, okul fobisi şeklinde görülebilmektedir.²⁰⁰ Daha çok AA, okul fobisiyle ortaya çıkar ve AA’da çocuğun bakımverenden ayrılmayla ilgili korkusu genelde çocuğun okula başladığı zamanlarda farkedilir. Küçük çocuklarda okul fobisi genelde ayrılık anksiyetesiyle ilişkilendirilirken, adolesanlarda bu durum diğer anksiyete bozuklukları, özellikle fobilerle ilişkilendirilmektedir

Okul reddi etiyolojisinde genetik, biyolojik (obstetrik, neonatal), mizaç, komorbidite, çevresel risk faktörleri (yaşam olayları), çocukluk yaşantıları (çocuk-ebeveyn ilişkisi) gibi faktörler rol oynamaktadır.^{198,201,202} Okul reddi yaşayan ergenlerin yaklaşık %52’sinde sonraki yıllarda depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, davranış-kişilik problemleri veya diğer psikiyatrik hastalıklar ortaya çıkmaktadır.²⁰³ Okul reddi

kısa dönemde distres, akademik başarısızlık, aile içi çatışma, suç ve finansal problemlere; uzun dönemde ise yüksek eğitim fırsatının azalması, işsizlik, sosyal zorluklar ve psikiyatrik hastalık riskine yol açmaktadır.²⁰⁴

2.1.6.5. Selektif Mutizm (Sm)

SM, çocuklarda ev gibi bilinen ortamlarda konuşurken okul gibi konuşması beklenen yeni durumlarda ve sosyal ortamlarda süregelen konuşmama ile karakterize bir hastalıktır.¹⁷¹ DSM-V ile bu tanıya konuşmama yakınmasının en az bir ay devam etmesi kriteri getirilmiştir.¹²⁴ Birçok çocuk okula başlama gibi yeni durumlarla karşılaşırken endişelenir, bu yüzden bu tanı okulun ilk bir ayı içinde konulmamalıdır. Gelişimsel süreçte çocuğun bazı sesleri çıkaramaması veya konuşma hataları normal olarak değerlendirilebilir. DSM-V'e göre SM konuşma hatası veya konuşulan dili bilmemeye bağlı oluşmamalı ve çocuğun sosyal durumlarda rahatsızlık duyması nedeniyle olmalıdır. Dahası bu bozukluk iletişim bozukluğu (örn. çocukluk başlangıçlı konuşma akıcılığı bozukluğu) ve OSB, şizofreni gibi hastalıklarla ilişli olmamalıdır.¹²⁴

SM prevalansı %0,2-1,9 arasında olup, nadiren rastlanan anksiyete bozukluğudur.^{205,206} 1994 yılında Carlson ve arkadaşları²⁰⁷ tarafından yapılan 962 çocuk ve ergen psikiyatristinden, gördükleri SM tanılı çocuk ve ergenlerle ilgili, alınan bilgiye dayanan çalışmada gençler arasında SM tanısı %1 olarak değerlendirilmiştir. Almanya ve İsveç kliniklerinde SM tanısı için %0,54 ve %0,47 gibi oranlar bildirilmiştir.²⁰⁸ Son yapılan çalışmalarda ise çocuklarda SM oranı 0,18-1,90 arasında değişmektedir.^{209,210,211,212}

1997 yılında Dummit ve arkadaşları tarafından SM tanısı alan çocuklar arasında yapılan bir çalışmada kız erkek oranı 2:1 olarak değerlendirilmiştir.²¹³ Hastalığın başlangıç yaşı ortalama 2-5 olsa da semptomlar genelde okula başlayınca farkedilmekle birlikte, çocuklar mevcut durumun 1 ay devam etmesi halinde tanı almaktadırlar.²¹⁴

Uzun dönem izleme dayanan çalışma verilerine göre hastalık tanı sonrası 8 yıl boyunca devam etmektedir, sonrasındaysa esas semptomlar (özel durumlarda konuşmama) tamamen ortadan kalkmasa bile normal işlevselliğe izin verecek düzeye gelmektedir.²¹⁴ SM tanısı alan çocuklar ileriki yaşamlarında yine iletişim problemleri yaşamakta ve yüksek oranda psikiyatrik tanı almaktadırlar.^{214,215}

Geçmişte bu hastalık 'gönüllü afazi' olarak bilinirdi²¹⁶; daha sonraları 'elektif mutizm' olarak adlandırılmıştır.²¹⁷; her iki tanı çocukların belirli durumlarda veya belirli

kişilerle konuşmamayı seçmesi olarak tanımlanmaktaydı.¹⁶¹ DSM-V’te aynı tanı ‘selektif mutizm’ olarak değiştirildi ve anksiyete bozuklukları arasında kategorize edildi, bu ise çocukların konuşmamasının motivasyondan ziyade belirli durumlarda duydukları endişeye bağlı olduğunu vurgulamayı amaçlıyordu.¹²⁴

SM ve anksiyete bozuklukları ilişkisini araştıran birçok çalışma yayınlanmıştır. Steinhausen ve Jusi tarafından yapılan (1996) SM tanılı 100 çocuğu kapsayan çalışmada, SM ve anksiyete bozukluklarının birçok ortak semptom sergiledikleri gösterilmiş ve komorbidite oranı %66 olarak bildirilmiştir.²⁰⁸ 153 çocukla yapılan başka bir çalışmada da SM tanısı alan çocuklarda %12 oranında başka anksiyete ilişkili problemler (PA, SAB) bildirilmiştir.²¹⁸

SM başlangıcında bireylerin utangaçlık, kaçınma ve geri çekilme gibi anksiyete ilişkili semptomlar gösterdikleri bildirilmiştir.²¹⁹ Sonuç olarak bu bireylerin konuşurken daha az kelime kullanması, düşük ses volümü, daha az spontan konuşma gibi özellikleri SAB’na benzerdir. Ek olarak SM ve anksiyete (özellikle SAB) ilişkisini destekler nitelikte, SM tanılı çocuklarda anksiyete bozuklukları komorbiditesini değerlendiren 3 çalışmadaki çocukların neredeyse hepsi DSM-III R’a göre sosyal fobi tanısı alıyordu.^{205,213,220} Dummit tarafından yapılan çalışmada çocukların %48’inde bir veya daha fazla anksiyete bozukluğu, özellikle özgül fobi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, aşırı anksiyete duyma vardı. Ek olarak^{221,222} tarafından yapılan çalışmada da çocukların %33-50’sinde SM ile en az bir anksiyete bozukluğu komorbiditesi vardı, ama beklenmedik bir şekilde ve anlaşılamayan bir sebeple bu grupta sosyal fobi oranı düşük (%0-14) bulunmuştu.

SM etiyolojisinde nörogelişimsel, genetik, çevre, mizaç gibi farklı etkenler rol almaktadır.^{223,224} Bu çocukların aileleriyle yapılan çalışmalarda SM ve ilişkili semptomlar çok yüksek oranda tespit edilmiştir. Örneğin 45 SM tanılı çocuk ve ailesiyle yapılan araştırmada bu çocukların %9’unun babasında, %18’inin ise annesinde SM tanısı olduğu, %18 oranında çift dil öyküsü bulunduğu öğrenildi ve %51 oranında babalarda, %44 oranındaysa annelerde az konuşma/suskunluk belirtileri saptandı.^{214,225,226} tarafından ebeveynlerin kişilik özelliklerini araştıran çalışmada SM tanılı çocukların ebeveynlerinde yüksek oranda utangaçlık ve sosyal anksiyete bozukluğu saptanmış, aynı zamanda bu ebeveynlerin yalnız yapılan aktiviteleri tercih ettikleri görülmüştür. 2007 yılında Chavira ve arkadaşları²²⁷ tarafından ebeveynlerin

yaşamboyu psikiyatrik hastalıklarını araştıran çalışmada ise bu çocukların ebeveynleri arasında YAB ve kaçınan kişilik bozukluğu daha sıkı (%14; 15).

Genetik çalışmalar kısıtlı olmakla birlikte, özellikle sosyal problemlerle ilişkili CNTNAP2 genine odaklanan bir çalışmada bu genin polimorfizmi ile SM arasında önemli ilişki tespit edilmiştir.²²⁸

SM ve davranış inhibisyonu yeni sosyal ortamlarda veya aile dışı bireylerle konuşma sırasında ortaya çıkan korku hali, çekingenlik gibi birçok ortak özelliğe sahiptirler.²²⁹ Davranış inhibisyonu çocukların davranışlarında özellikle okul öncesi yıllarda aileden olmayan bireylerin yanında suskunluk, spontan konuşma başlatmama gibi belirtilerle kendini belli etmektedir.²³⁰ Aynı zamanda ilk yıllardaki davranış inhibisyonu sonraki yıllarda anksiyete bozukluğu²³¹, özellikle sosyal anksiyete bozukluğu^{232,233} için risk teşkil etmektedir. Ve bu durum SM ve sosyal fobinin gelişimin ortak yoludur. SM tanısı alan çocuklarda yüksek oranda kaçınma ve adaptasyon yeteneğinin düşük olması, yeniliğe ve değişime karşı direnç gibi özellikler görülmektedir.²¹⁸

Bir araştırmada SM tanılı çocuklarda KOKGB oranı %10 olarak bulunmuş²⁰⁵, diğer çalışmalarda artan dışavuran davranış problemleri bildirilmiş olsa da^{225,234,235}, bunlara zıt sonuçlara ulaşan birçok çalışma bulunmaktadır.^{236,237} Bu yüzden SM etiyolojisinde KOKGB önem taşımamakla birlikte, SM davranış problemleriyle birlikte görülebilmektedir.²³⁸

2011 yılında Edison ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada SM tanılı çocukların ebeveynlerinin daha kontrolcü ve aşırı koruyucu oldukları, başka bir çalışmada ise çocuklarına daha az otonomi verip, daha fazla uyarıda bulundukları görülmüştür.¹¹⁹ Bu problemin okul döneminde başlaması bu çocuklarda bu durumun akademik performanstan kaynakladığını, çocukların zeka problemleri veya öğrenme güçlüğü olabileceğini düşündürmüştür. 1981 yılında Kolvin ve Fundulis tarafından bu çocukların normal zeka düzeyinde (ortalama IQ 85) oldukları gösterilmiştir. Ford ve arkadaşları²¹⁸ tarafından bu çocukların önemli bir bölümünün (%45,1) konuşma problemleri nedeniyle özel eğitim programlarına yönlendirildikleri bildirilmiştir.

Yapılan çalışmalarda SM olan çocuklarda sosyal iletişim eksikliği, konuşma problemleri, gelişimde genel gerilik görülmekle birlikte^{239,240}, bu çocuklarda pre-perinatal problemler ve motor fonksiyonlarda gerilik bildirilmiştir. DSM-IV'e göre bu

çocuklarda kontrol grubuna kıyasla %17 koordinasyon bozukluğu, %32 dışaatım problemleri (enurezis, enkoprezis), %8 OMR, %7 OSB gibi hastalıklar daha yüksek oranda görülmektedir.²⁴⁰

Sonuç olarak bütün bunlara ek olarak aile içi çatışmalar, stresli yaşam olayları, okulda kötü tecrübe, imigrant statü gibi çevresel faktörler de etiyolojide önem taşımaktadır.

2.1.6.6. Özgül Fobi (ÖF)

Korku zarar verebilecek obje/durumlara karşı oluşan negatif emosyonel durum olarak tanımlanmakta olup, aslında adaptasyon ve yaşamı idame ettirmek için önemli role sahiptir. Ancak bu korku orantısız, yoğun bir şekilde olup, stres yaratıyor ve işlevselliği engelliyorsa bu durum tedavi gerektiren psikiyatrik bir bozukluğun varlığına işaret etmektedir.¹⁷¹ ÖF spesifik obje veya duruma karşı mantıksız ve açıklanamayan korkuyla karakterize edilen bir anksiyete bozukluğudur. DSM-III ve DSM-III R'da sade fobi diye isimlendirilmiş, DSM-IV ile birlikte özgül fobi terimi kullanılmaya başlanmıştır.

Şu anda ÖF'nin 5 alttipi ayırt edilmiştir: kan-enjeksiyon-yara; hayvan (örümcek, yılan, köpek); doğa olayları ve çevre (gök gürültüsü; karanlık, su, yükseklik); durumsal (uçak, asansör); diğer (kusma, boğulma, kostümlü karakterler, doktor, dişçi, hastalık). ÖF tanısı koyabilmek için çocuk veya ergenin korku nesnesiyle karşılaşması hemen korku ve anksiyeteye, kaçınmaya sebep olmalı, kaçınmanın imkansız olduğu durumlardaysa sürekli bir stres hali mevcut olmalı ve bu durum 6 aydan daha uzun süredir devam etmeli, OKB veya SAB gibi diğer anksiyete bozukluklarıyla daha iyi açıklanamamalıdır.¹⁷¹

Gelişimsel korkular birçok çocuk ve ergende görülebilir. Örneğin infantlar ve bebekler yabancılardan, yüksek sesten ve hayvanlardan korkabilir.^{241,242} Erken çocukluk döneminde kognitif yeteneğin gelişmesi nedeniyle hayali yaratıklardan ve karanlıktan korkma normal olarak kabul edilmektedir. Bu geç çocukluk dönemi ve ergenliğe kadar devam etmekte olup, bu dönemde korkular daha çok okul ve sosyal durumlarla ilişkilidir.

Bütün psikiyatrik hastalıklar arasında en erken başlayanı ÖF olup, başlangıç yaşı 6-14 arasında değişmektedir.^{243,244,245} AB olarak ÖF alttiplerinin başlangıç yaşı normal

korkulara benzer şekilde seyretmektedir. Örneğin hayvan korkusu 5-6 yaş, doğa olayları 6 yaş, kan-enjeksiyon-yaralanma korkusu 7 yaş, durumsal fobiler 15 yaşta gelişir.^{246,247,248,249}

ÖF prevalansı toplumda gençler arasında %10, klinik örnekleminde ise %20 oranında bulunmaktadır.^{247,250,251} Kızlarda erkeklerden daha sık olup^{243,250,252}, alttipleriyle ilgili birkaç epidemiyolojik çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalara göre çocuk ve ergenlerde hayvan ve doğa olayları/çevre fobisi en sık olup, bunları kan-enjeksiyon-yaralanma ve durumsal fobiler takip etmektedir.^{246,247,248,249}

ÖF %25-92 en az bir anksiyete bozukluğu (diğer tip fobiler, YAB, SAB, AAB) ile komorbid seyretmektedir.^{36,253,254} ÖF ile duygudurum bozuklukları, DEHB ve KOKGB komorbiditesini gösteren çalışmalar da vardır.^{254,255}

Bazı araştırmalar ÖF'nin ileriki yaşlarda psikiyatrik hastalık gelişme riskini artırdığını ve psikopatoloji sırasındaki en erken durum olduğunu iddia etmektedir.^{256,257} Kessler tarafından Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerinin değerlendirildiği bir çalışmada erişkinlerde ÖF'nin anksiyete bozukluğu, duygudurum bozukluğu, yeme bozuklukları ve madde kullanım bozukluğu gibi bir çok hastalığı predikte edebileceği sonucuna varılmıştır.^{258,259} Trumpf ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ÖF'nin 18-25 yaş arasındaki kadınlarda YAB riskini, bütün gruptaysa herhangi bir anksiyete bozukluğu veya somatoform bozukluk gelişimini artırdığı gösterilmiştir.¹⁰ Bittner ve arkadaşları tarafından yapılan 10 yıllık prospektif bir çalışmada 14-24 yaş arası kişilerde sadece MDB'a odaklanılmış ve 4 yıllık izlem sonucunda ÖF'nin MDB için riski artırdığı görülmüştür.²⁶⁰ Zimmerman ve arkadaşları ise ÖF'nin sanılanın aksine alkol kötüye kullanımı ve alkol bağımlılığını artırmadığını göstermiştir.²⁶¹

Özgül fobiler multifaktoryel olup²⁵³, gelişiminde genetik, nörobiyoloji, öğrenme, ebeveynlik tutumu gibi birçok faktör dahil olmaktadır.^{253,262}

Aile ve ikiz çalışmaları ÖF gelişiminde genetiğin önemini göstermektedir. ÖF tanısı alan erişkinlerin birinci derece akrabalarında kontrol grubuna kıyasla %31 daha fazla ÖF tanısına rastlandığı²⁶³, ÖF tanısı alan ebeveynlerin çocuklarında da riskin arttığı gösterilmiştir.^{264,265} 10 ikiz erişkinle yapılan çalışmada, kalıtımın hayvan fobisinde %32, durumsal fobilerde %25, kan-enjeksiyon-yaralanma fobilerinde %33 olduğu gösterilmiştir.²⁶⁶ Çocuk ve ergenlerde ÖF kalıtımının %46-65 oranında

değiştirdiği^{267,268}, alttıplerde ise hayvan fobileri %58, durumsal ve doğa fobileri %50, kan-enjeksiyon-yaralanma fobileriye %28 oranında kalıtılabilmektedir.²⁶⁸

Son yapılan nörogörüntüleme çalışmalarında fobik erişkinlerin beyinlerinde amigdala, anterior singulat korteks, talamus ve insula gibi korkuyu algılayan alanlarda hiperaktivite saptanmıştır.^{269,270} Korku objesine maruz bırakılma zamanıysa beyindeki korkuyu regule eden merkezlerde aktivitenin azaldığı görülmüştür.²⁶⁹

Öğrenme fobilerin gelişiminde çok önemlidir. Rachman'ın (1977) teorisine göre korkular 3 yolla öğrenilir: klasik koşullanma, edimsel koşullanma ve bilgi aktarımıyla²⁷¹ Klasik koşullanmada korkunun doğrudan bir obje/durumla olumsuz bir deneyimin ardından geliştiği düşünülmektedir. Örneğin bir çocuğun arı tarafından sokulduktan sonra arı korkusu geliştirmesi gibi. Bu deneyime göre çocukların koşullu nesne (örn. arı) ve koşulsuz uyaranlar (örn. sokulma) arasında bir bağ kurması bir zamanlar nötr olan bir nesnenin korku nesnesine dönüşmesine sebep olmaktadır. Klinik örneklerde çocuk ve ergenlerde fobinin başlaması genelde olumsuz bir durumla ilişkilendirilir.²⁷² Ancak toplum örneklerinde çocukların bir çoğu direkt deneyim olmadan korku geliştirmektedir.²⁵³ Bu çocuklarda dolaylı öğrenme yolu düşünülür. Bu durumda bir fobi model alma veya olumsuz bilgilerin iletimi yoluyla dolaylı olarak edinilir. Örneğin bir çocuk televizyondaki kuma sahnesini izleyen annesinin gerginliği gözlemleyerek veya birileri tarafından anlatılması sonucunda kuma korkusu geliştirebilir.^{273,274}

Gençlerde ÖF akademik zorluklar, akranlar ve aile bireyleriyle çatışmalara sebep olmakta, işlevselliği etkilemektedir.^{275,276} Yapılan çalışmalar ÖF tedavisinin ileriki yıllarda oluşabilecek psikopatolojiyi %75 oranında önleyebileceği, ek olarak çocuklarda fobilere erken müdahalenin toplumun %30'dan fazlasında gelişebilecek YAB, OKB, PB gibi hastalıklar için koruyucu olacağını göstermekte ve erken müdahalenin önemini vurgulamaktadırlar.²⁷⁷ Son çalışmalar, ÖF ve komorbid anksiyete bozukluğu varlığının tedavi sonucunu negatif etkilemediğini, ÖF tedavisinin diğer anksiyete bozukluğu için de iyileştirici olduğunu göstermektedir.^{254,255}

2.2. Travma ve Hafıza

Travmalar savaş, doğal afetler gibi büyük ölçekli felaketlerle ya da kaza, iş kaybı, aile içi şiddet gibi tek bir durumla veya bir dizi olayla yaşanarak ortaya çıkabildiği gibi etkileri kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Dolayısıyla travmanın hem

objektif hem de subjektif yönleri bulunmaktadır. Travmatik yaşantılar ruhsal açıdan çok eksenli semptomlara sebep olan olaylar olup, travmatize bireylerin ruhsal bütünlüğünde bölünmelere yol açar.^{278,279}

Travmaya maruz kalan kişi yaşadığı paniğe bağlı olarak duygusal bir fırtınanın içine düşer ve bu durum kişi üzerinde çaresizlik, apati, dış dünyadan ilginin yitimi gibi farklı düzeylerde etkiler bırakır. Travmaya bağlı olarak kendilik duygusu, nesne ilişkilerinin niteliği, sembolizasyon ve fantezi kapasitesi, hoşgörü duygusu, gerçeklik testi ve ikincil süreç düşünceleri gibi kişilik fonksiyonlarının pek çok yönü etkilenir.²⁸⁰ Travmatik durum ise nesnel tehdit ile kişinin öznel baş etme gücü arasındaki yaşamsal dengesizlik olarak tanımlanmaktadır. Bir başka deyişle travmatik olaylar kişinin baş etme sistemlerini felce uğratarak kişinin çaresizlik ve dehşet yaşamasına neden olur ve travmatik durum kişinin kendi güçsüzlüğü ile yüz yüze gelmesi durumudur.²⁸¹

Travmanın kişi üzerindeki etkileri gelişimsel faktörler, psikopatolojik yatkınlık ve geçmiş travmaların etkileri gibi koşullara bağlı olarak değişebilmektedir. Bireyler çok çeşitli travmatik olaylara maruz kalabildiği gibi, birisi için travmatik deneyim olarak yaşanmayan bir olay bir başkasını travmatize edebilir. Ancak bir kişinin tepkilerinin yoğunluğu travmanın niteliği, ciddiyeti, süresi, önceki travmatik deneyimlerin varlığı ve elbette, travma süresince ve sonrasında hangi kaynakların ve desteklerin mevcut olduğu gibi birçok faktörün bir araya gelmesine göre belirlenmektedir.²⁸²

Travma yaşantılarında kişinin koruyucu kabuğu delinerek kendilik duygusu zarar görür. Travmatik deneyimler insan yaşamının her anında, her boyutunda görülebilir. Psikanaliz, nöropsikoloji, nörofizyoloji alanlarında yapılan çalışmalar travmanın ne kadar yıkıcı boyutlara ulaşabildiğini göstermektedir. Van der Kolk'un belirttiği gibi "aşırı travmatik deneyimler hafıza, duygu düzenleme, biyolojik stres modülasyonu ve kişiler arası ilişkiler gibi alanlarda çok derin izler bırakır."²⁸³

Yaklaşık yüzyıl kadar önce o dönemin önemli araştırmacılarından biri olan Pierre Janet aklın merkezi düzenleyici aygıtı olarak bellek sisteminin deneyimin tüm yönlerini kategorize ederek bütünleştirdiğini ve bunları otomatik olarak genişleyen esnek anlam şemalarına entegre ettiğini belirterek, travmatik anıların bilinçlilik üzerindeki etkilerine dair yeni bir formülasyon geliştirmiştir.²⁸⁴

Janet, insanların uygun eylemlerle yeni zorluklara cevap verdikleri zaman zihinlerinin neler olup bittiğine dair bilinçli bir dikkat göstermeden yeni bilgilere otomatik olarak entegre olduğunu iddia eder. Sağlıklı bir psikolojik işleyiş belirli deneyimlerle ilgili birleşik bir anıdan oluşan hafıza sisteminin doğru işleyişine bağlıdır: duyular, duygular, düşünceler ve eylemler.⁽²⁸⁵⁾

Öte yandan, Janet, öyküsel hafızayı neler olup bittiğine dair bilinçli bir dikkat göstermeden yeni bilgilerin otomatik olarak entegrasyonundan ayırt eder. Bu otomatik sentez veya mizaç bellek (örtük bellek) insanların hayvanlarla ortak olduğu bir kapasitedir. Bununla birlikte öyküsel bellek benzersiz bir insan kapasitesidir. İyi ezberlemek için olan bitene özel dikkat gösterilmelidir. Öyküsel hafıza (açık bellek), insanların deneyimlerden anlam çıkarmak için kullandıkları zihinsel yapılardan oluşur.²⁸⁵

Janet mevcut deneyimin mevcut zihinsel yapılarla bütünleştirilmesindeki kolaylığın, olup bitenlerin öznel değerlendirilmesine bağlı olduğunu düşünmüştür. Tanıdık veya beklendik deneyimler, ayrıntılarla ilgili bilinçli bir farkındalık olmadan otomatik olarak asimile edilirken, korkutucu ya da alışılmamış yeni deneyimler, mevcut bilişsel şemalarla kolayca uymayabilir ve belirli bir canlılıkla hatırlanabilir ya da bütünleşmeye tamamen karşı koyabilir.²⁸⁵

Zorlayıcı koşullar altında mevcut şemalar, korkutucu deneyimlerle bağdaşmayabilir, bu durum bu deneyimin farklı şekilde depolanmasına neden olur, bu tür deneyimler sıradan koşullar altında bilinçli hafızaya geri alınabilir olmayıp, bilinçli farkındalıktan ve gönüllü kontrolden disosiyasyon şekildedirler.²⁸⁶ Bunun sonucundaysa bahsedilen bu bütünleştirilmemiş deneyimin parçaları daha sonra hatırlama ya da davranışsal tekrarlar şeklinde görülerek travmatik anıları meydana getirirler.²⁸⁶ Kısacası yoğun duygular ortaya çıkaran deneyimler hafıza sistemine uygun bir şekilde uyumlanamadıklarında disosiyasyon olurlar ve travmatik anılara çevrilirler. Travmaların yol açtığı duygusal ve duygusal ayaklanma bedensel belleğe kaydedilir. Acının kemiğe işlemesi gibi beden ruhsal acıyı taşıyan bir "travmatik bellek" oluşturur ve zamanla dayanılmaz seslerin, kokuların, görüntülerin ve şiddetli duyguların mekanı olur bu bellek.^{287,288,289}

Bunun yanı sıra, nörolojik çalışmalar, belleğin ileri bir tarihte toptan hatırlanacak tutarlı birimler olarak depolanan bölünmez bütünler olmadığı sonucuna da

ulaşmıştır. Nöral ağlar, “engram” (bir olayın sinir sisteminde bıraktığı psişik etki ya da izlenim,) adı verilen küçük parçacıkları beynin farklı yerlerine yönlendirerek bunları farklı şekillerde depolar. Dolayısıyla hatırlama süreci, deneyimin asıl haliyle yeniden görünmesi ya da yeniden üretilmesi değil, “yeni” bir hatıranın devşirilmesidir.

İnsanlar bir durumu eksiksiz, tüm yönleriyle kavramaz, kavradıkları tüm yönleri depolamaz ve depoladıkları her yönü hatırlamazlar. Schachter’e²⁹⁰ göre, “nöral bir aę, bilgiyi mevcut çevrede ancak geğmişte depolanmış kalıplarla bir araya getirir ve nöral ağın hatırladığı şey de bu ikisinin bir karışımıdır. Hatırladığımızda, bir kalıbı belleğimizdeki en uygun eşleşmeyle tamamlarız, yoksa yaptığımız depolanmış bir resmin üzerine ışık tutmak değildir”.

Bütün bunlarla birlikte Halbwachs’ın ‘insanların belleklerini edindikleri yer normal olarak toplumun içidir, yine toplumla beraber hatırlar, anlar ve hatırladıklarını nereye konumlayacaklarına karar verirler” ifadesi travmanın bireyin yaşamına etkisini araştırırken bireysel hafızaya ek olarak ‘kolektif belleği’ de gözardı etmememiz gerektiğini destekler niteliktedir.²⁹¹ Halbwachs, birbiriyle dönüşümlü kullanılabilecek şekilde otobiyografik bellek, tarihsel bellek, tarih ve kolektif bellekten söz eder.

Otobiyografik bellek, deneyim grup üyeliğimizle şekillenmiş olsa bile, kendi yaşadığımız olaylara ilişkin bellektir; tarihsel bellek ise bize sadece tarih kayıtlarından ulaşan bellektir. Tarih, artık organik bir ilişkimizin kalmadığı, yaşamımızda önemli bir yeri kalmamış bir geğmiş iken, kolektif bellek, kimliğimizi şekillendiren faal bir geğmiştir.

Yapılan çalışmalarda çocuklarda açık, otobiyografik belleğin geliştirilmesinin, yetişkinlerin (genellikle ebeveynlerin) anılarının içeriği hakkında çocuklarla konuştukları “hafıza konuşması” tarafından önemli ölçüde etkilendiği bulunmuştur.²⁹² Sosyal etkileşimden kaynaklanan bu gelişmiş hatırlama, bu konuşmanın pekiştirici etkisinden, “hatırlamanın” yanı sıra olaylarla ilgili bir “anlatı” nın birlikte inşasına ilişkin öğrenmeden kaynaklanabilir.²⁹³

Halbwachs da bireylerin, içinde bulundukları grupların belirlediği bağlam dışında, tutarlı ve sürekli bir yolla hatırlamalarının mümkün olmadığını ileri sürer. Bununla ilgili vermekten en çok hoşlandığı örnek de çocukluk anılarına ilişkin kesinliğin mümkün olmamasıdır. Nihayetinde, hatırladıklarımızın bireysel ve bağımsız

mı, yoksa ailemizin bize verdiği ipuçları ve telkinlerin bir sonucu mu olduğunu söylemek çok zordur.

Gruplar bireylere, belirli olayların öznel düzeyde neden önemli görüleceğine dair açıklamaları ve ayrımları sağlar; bu açıklamalar da farklı bilişsel ve nörolojik depolama işlemlerini tetikler. Dahası, bellek üzerine çalışan çok sayıda politik tarihçinin de gösterdiği üzere, güncel çevre şartları geçmişe dair belirli imgelerin ortaya çıkması için ipuçları verir. Nöro-fizyolojik açıdan hatırlamanın yeniden üretimden ziyade aktif ve yapıcı bir süreç olarak görülmesiyle son derece uyumlu bir şekilde, sosyologlar da geçmişin şimdiki zamanda ve bugünün ihtiyaçlarına göre yeniden yapıma yollarını ortaya koymuştur.²⁹⁴

2.2.1. Travmanın Nesiller Arası Aktarımı

Bireyin yaşadığı ruhsal sıkıntıları her daim o kişinin yaşamı içerisinde ele almak ve ruhsal sıkıntıların nedenlerini kişinin yaşantısıyla sınırlı kalarak açıklamak her zaman mümkün olmamaktadır. Psikoterapistler, bazı vakalarda nedeni bulunamayan korkular, kaygılar ya da bugünkü yaşam koşullarıyla açıklanamayan ruhsal sorunlara rastlamaktadırlar. Ruhsal hastalıkların tanısı sadece o kişinin yaşamı üzerinden değil, kaçınılmaz şekilde birçok nesil üzerinden aile sisteminin tanısını içermektedir. Bu durum, bireyi ve yaşadığı problemleri çok nesilli bir bakışla ele almayı gerekli kılmaktadır.⁷

İnsan ruhunu nesiller ötesi bir bağlamda görmenin öncüsü Carl Gustav Jung, kolektif bilinçdışı kavramını formüle ederek insanoğlunun sembollerle, duygulanımsal durumlarla ve kadın ile erkeğin davranış tipleriyle nesilden nesile aktarılan bir kolektif bilgiye sahip olduğunu vurgulamıştır.⁷ Jung'un yaptığı bu formülasyon günümüzde hala geçerliliğini korumakta ve travma araştırmacıları, travmatik ruhsal yaraları sadece kişiyi ilgilendiren değil, nesiller boyu etki oluşturan bir fenomen olarak ele almak konusunda fikir birliğine varmaktadırlar.⁷

Travmanın nesiller arası aktarımı terimi 1960'lardaki felaketlerden sağ kalanların yetişkin çocuklarını görmeye başlayan klinisyenlerin tanımladığı bir kavramdır ve ilk olarak H. Barocas ve C. Barocas (1979) tarafından Holokost'tan kurtulanların çocukları bağlamında kullanılmıştır. Çalışmalarda bu bireylerin ebeveynlerinin travmatik deneyimlerinin etkilerini çeşitli şekillerde yansıttıkları bir dizi

duygusal güçlükle karşı karşıya kaldıkları gözlemlenmiştir.^{295,296} Aynı zamanda bu kavram Freud tarafından açıklanan bilinçdışı iletişim sürecinin özel bir örneğidir.

Travma döngüsü, toplumdaki her bir bireyin kendi deneyiminden oluşan bireysel hafızasına ek olarak bir de toplumun birçok üyesinin ortak deneyimlediği olayların oluşturduğu belleğin varlığını gösterir.²⁹⁷ Ortak bir kimlik inşasının ürünü olan bu hafıza birikmesini Bergson geçmişin geçmiş üzerine yığılması olarak tanımlamıştır.²⁹⁸ Bu ortak kimliğin inşasında ebeveyn-çocuk bağıllığı önemli bir yer tutar. Ebeveynin geçmişten bu güne çözümlenmemiş travmaları sözel olarak ortaya konmasa da ruhsal ve bedensel olarak çocuğa yansır. Şaşırtıcı bir şekilde geçmiş travmaları ebeveynlerin kabuslarına yansırken, çocuklar da benzer kabuslar görmektedirler.^{299,300}

Travmanın aktarımında çocuk yetiştirme pratiğı, ebeveyn-çocuk bağıllığı ve diğer çevresel faktörler oldukça etkilidir. Yehuda ve ekibinin epigenetik araştırmaları, Yahudi soykırımından kurtulmuş insanların çocukları ve torunlarında da benzer travma belirtileri bularak, travmanın biyolojik bir hafızası olduğunu ve bu ‘hafızanın’ erkek travma mağdurları tarafından da sonraki kuşaklara aktarılması nedeniyle in utero maruziyetten ziyade genetik olarak, özellikle kortizol salınımı üzerinden, kuşaktan kuşağı aktarıldığını göstermiştir.^{301,302}

Sonuç olarak ailelerin geçmiş kuşaklardan devraldığı travmaları çözümsüz bırakmaları ilerde onların çocuklarının hatta torunlarının bu travmaların etkilerini yaşayabilecekleri anlamına gelmektedir.^{303,304}

Travmatik bellek, özellikle yaşanmış travmaların ç z mlenmediğı ve kayıpların yası zihinlerde kesin bir sonuca bağlanmadığı durumlarda, topluluk üyeleri tarafından bedensel pratiklere dökülerek kuşaktan kuşağı aktarılır. Her yeni kuşak, bir öncekinden devraldığı ve taşımakla yükümlü olduğı travma hafızasını grup kimliğini güçlendirmek, travmatik olaya tepki vermek ve kendini onarmak için zihninde taşır ve daima yaşatır.^{305,306}

Kuşaktan kuşağı aktarılan travmalar gerçeğı tamamen yansıtmıyor da olabilir. Yapılan araştırmalar, travmatik olayların olduğundan daha fazla tehlikeli şekilde algılanmasının bireyin travmayla başa çıkmasında ve hayatına yeniden devam etmesindeki en önemli etmenlerden biri olduğunu ileri sürmektedir.      yıkımın ve kaybın büyük olması hayatta kalmayı daha büyük zafere ve hazzı

dönüştürmektedir.^{306,307} Daha ötesi travmatik olaylarla ilgili hakikatler hiçbir zaman unutulmaz, hatta çoğu zaman abartılarak ve mitleştirilerek kuşaktan kuşağa aktarılır.

Kuşaklararası travmaları besleyen en önemli duygu mağduriyet duygusudur. Kendilerini mağdur olarak gören gruplar tekrar mağdur olmamak için şiddeti de kullanarak yeni intikam alma döngüleri yaratırlar. Seçilmiş travmalar, geniş kitlelerin çaresizlik, aşağılanma ve utanç duygularını paylaştıkları kolektif bir travma oluşturur.^{308,309}

Ek olarak travma mağdurlarının yaşadıkları sadece kendi hayatlarıyla sınırlı kalmamakta ve bu travmanın izleri sonraki nesillerinde de görünmektedir. Travmatik olay mağdurlarının çocuklarıyla yapılan çalışmalarda bu çocuklarda, kimlik ve hafızada zedelenmeler olduğu bildirilmektedir. Yıkıcı ve ağır travmalardan sonra sağ kalanlar Kijak ve Funtowicz' in tanımladığı 'zamanın donması' durumunu yaşamaktadırlar.³¹⁰ Bu kavram kolektif travma yaşayanlarda geçmişte, şimdide ve gelecekte zamanın akışında kopuklukları ifade eder. Onlarda egonun iki yönü eşzamanlı olarak var olup, egonun bir bölümü ölüm kampında "yaşama" devam eder; yeni parçaya "uyarlanmış" diğer bölüm, sevmeyi, nefret etmeyi, mücadele etmeyi, çalışmayı veya hasta olmayı başarabilmiş gibi davranır.³¹⁰

Travmanın kuşaklararası aktarılması teorisine göre bir aile üyesinin maruz kaldığı travmatik yaşantılar sadece onu değil, travmaya bire bir maruz kalmamış, hatta o dönemde daha doğmamış olan genç bir aile üyesini etkileyebilmektedir.²⁸⁸

İzleyen bölümde travmanın aktarımına ilişkin teoriler³¹¹, travmanın aktarımı modelleri kapsamında açıklanmaktadır:

2.2.2. Travmanın Aktarım Modelleri

Kellerman, Yahudi soykırımından kurtulanların üzerinden travmanın sonraki kuşaklara aktarılmasına ilişkin 4 model önermiştir: (1) psikodinamik model; (2) sosyokültürel model; (3) aile sitemleri modeli ve (4) biyolojik model. Kellermann, bu modellerin her birinde ikinci nesile aktarılan öğelerin neler olduğunu ve bunların hangi araçlarla yani nasıl aktarıldığını açıklamaktadır.³¹¹

Travmanın Aktarımında Psikodinamik ve İlişkisel Model: Ebeveynler travmayla ilgili yaşayamadıkları duygularını çocuklarına aktarmakta, bu duyguları bilinçsiz şekilde içselleştiren çocuklarsa ailelerinin travmalarına bağlı kalmak ve kendi

hayatlarını yaşamaya çalışmak arasındaki dengeyi sağlamakta zorlanmaktadırlar. Bu durum çocukların sağlıklı ve ayrışmamış ilişki kalıpları geliştirmesine sebep olmaktadır.³¹¹

Travmanın Aktarımında Sosyokültürel Model: Bandura'nın³¹² belirttiği gibi çocuklar, pek çok durumu ebeveynlerini gözlemleyerek ve onların yaptıklarını taklit ederek dolaylı olarak öğrenirler. Tıpkı tabular, yasaklar gibi travma da nesilden nesile aktarılabilir. Bu durumda, travma mağdurlarının çocuklarının da ebeveynlerinin bazı duygusal ve davranışsal durumlarını gözlemleyerek öğrendiklerini düşünmek mümkündür.³¹¹

Travmanın Aktarımında İletişim ve Aile Sistemleri Modeli: Kapalı sistemleri olan, ebeveynlerin kendilerini tamamen çocuklarına adadığı, çocukların ise ebeveynlerine aşırı bağlı olduğu ailelerin kendine özgü iletişim şekilleri³¹³. Her ailenin kendine has bir sistemi olduğu gibi iletişim şekilleri de kendilerine özgüdür. Travmanın aktarımında, ailede "sessizliğin (travmanın konuşulmamasıyla ilgili gizli bir anlaşma)"²⁸⁸ açıklayıcı olduğu düşünülmektedir.

Travmanın Aktarımında Genetik ve Biyolojik Modeller: Genetik ve biyolojik modellerde ise travmanın etkilerinin temelde biyokimyasal yatkınlığa veya genlere dayalı olarak ebeveynlerden çocuklara aktarıldığı ileri sürülmektedir. Bu modeller, travmanın bir kuşaktan diğer kuşağa geçişinin kalıtsal bir hastalığın geçişiyle aynı olduğunu vurgulamaktadır.³¹¹

Kellermann travmanın kuşaklararası etkisine bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşmayı, travma aktarımında tek bir modelden ziyade, psikodinamik, sosyokültürel, biyolojik model ve aile sistemleri modelinin hepsinin birlikte oluşturduğu etkiye odaklanmayı önermektedir. Bunlara ek olarak, aktarılmış travmayla ilgili daha genel bir ayırım travmanın doğrudan ve dolaylı aktarılması olmaktadır.

Doğrudan (Spesifik) Aktarılmış Travma: Doğrudan aktarılmış travma ebeveynin kendi travmasının psikolojik belirtilerini çocuğuna yansıtması, çocuğuna bu belirtileri içselleştirmesi sonucunda ebeveynin ruhsal sıkıntılarını kendi vücudunda hissetmesidir.³¹⁴

Dolaylı (Genel) Aktarılmış Travma: Dolaylı aktarılmış travmada ise travma mağduru ebeveynin travma sonrası yaşadığı bozulma, çocuğun "yoksunluk" duygusu yaşamasına sebep olmakta ve travmanın kendisi değil ebeveynin travmatize olmasının

sonuçları aktarılmaktadır.³¹¹

2.2.3. Travmanın Sonraki Kuşaklardaki Etkileri

Son zamanlar bilim dünyasında travmanın nesiller arası aktarımına ve travmatik yaşantının sonraki kuşakları etkilenmesinden sorumlu olan biyolojik, fizyolojik ve sosyal bağlantılara ilgi artmaktadır.^{315,316} Bu alandaki çalışmalar tarih boyunca Holokast, 2. Dünya Savaşı gibi büyük olaylara maruz kalan insanlarla yapılsa da günümüzde çocukluk döneminde maruz kalınan cinsel ve fiziksel istismar gibi bireysel travmalar da araştırma alanına dahil edilmiştir.

Birçok çalışmada annenin çocukluk döneminde maruz kaldığı fiziksel ve cinsel istismarla çocukların içselleştirme ve dışsallaştırma sorunları arasında ilişki gösterilmiştir.^{317,318,319,320} Kadınlarda çocukluk döneminde maruz kalınan travma ile erişkin yaşamdaki depresif bozukluk arasında ilişkili saptanmıştır.³²¹ Çocukluk travmalarının ileriki yaşlarda başta depresyon ve anksiyete bozukluğu olmakla birçok psikiyatrik hastalığa yol açtığı bilinmektedir. Bu durum çocukluk çağında maruz kalınan travmaların bireyin kişilerarası ilişkilerinde tekrarlanmasına ve travmaya maruz kalan bireylerde, yaşamın erken dönemlerinde bakımveren-çocuk arasındaki iletişime göre oluşan, emosyon regulasyonundaki bozukluğa bağlanmıştır. Uygunsuz emosyon regulasyonunun çocukluk travmalarının erişkinin yaşamdaki negatif sonuçlarından olan anksiyete ve depresif bozukluğa aracılık eden esas sebeplerden biri olduğu düşünülmektedir.³²²

Yapılan bazı çalışmalarda ise çocukluk travmasıyla şizofreni, borderline kişilik bozukluğu ve yeme bozukluğu arasında pozitif ilişki saptanmıştır.^{323,324,325}

Öte yandan çalışmalar savaş mağduru çocukların psikososyal gelişiminde en önemli prediktörün ebeveyn ruh sağlığının olduğunu göstermektedir.^{326,327,328} Örneğin anneleri depresif bozukluk ve PTSSB tanısı alan, savaş veya terör mağduru 0-6 yaş aralığındaki çocukları değerlendiren bir çalışmada annelerin mevcut tanılarının çocuklarda PTSSB semptomlarını, davranış problemlerini, somatik yakınmaları predikte ettiği gösterilmiştir.³²⁹ Afganistan, Pakistan gibi savaş olan ülkelerde yapılan prospektif çalışmalarda da travmanın kuşaklararası etkisi değerlendirilmiş, bakımveren ve çocuğun mental sağlığı arasında saptanan ilişkinin ise ebeveynlik tutumlarına bağlı olduğu düşünülmüştür.^{330,331} Savaşa maruz kalmayan ebeveynlerde ise depresif

bozukluk varlığının negatif ebeveynlik tutumlarıyla birliktelik gösterdiği ve bu ebeveynlerin çocuklarına karşı düşmanca tutumlar sergilediği ve onların ihtiyaçlarına karşı tepkisiz kaldıkları gösterilmiştir.^{332,333}

Savaş mağduru ve mecburi göç etmiş ebeveynlere sahip olan, Azerbaycan'ın Dağlık Karabağ bölgesinde savaş ve çatışma alanında yaşayan 7-11 yaş arası 617 çocukla yapılan bir çalışmada, bu çocuklarda duygusal problemler (%19,4), davranış problemleri (%20,3), hiperaktivite/dikatsizlik (%12,2) ve akran ilişkileri (%31,1) gibi birçok alanda sorunlar saptanmıştır.³³⁴

Feldman ve Vengover³³⁵ Gaza sınırlarında yaşayan İsraili çocukların PTSS bulguları ile annelerin depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve PTSS semptomları arasında ilişki olduğunu gösterilmişlerdir. Benzer patern, Bosna Hersek'te çatışma sonrası dönemde babaların PTSS semptomları ile çocukların davranışsal, gelişimsel ve duygusal problemleri arasında gösterilmiştir.³³⁶

Alan yazındaki çalışmalarda genelde savaş maruziyetinin bakımveren ve çocuk ruh sağlığı üzerindeki etkisine yoğunlaşmış, travmatik olaydan sonraki dönemde gençlerin sosyo-ekonomik bağlamda günlük yaşam zorluklarına fazla değinilmemiştir.^{327,337} Aksine Siera Leonda yapılan çalışmada çocukların psikososyal problemleri değerlendirilirken sadece savaşa maruz kalınan süre veya erken yaşta travma maruziyeti değil, aynı zamanda savaş sonrasında aile içi ihmal ve istismar, toplumda sosyal güçlükler gibi günlük yaşamı etkileyen durumlar da çocukların içselleştirme sorunları kapsamında değerlendirilmiştir.³³⁸

Şu anki çalışmalar yaşamın erken dönemlerinde travma maruziyeti olan annelerin bebekleriyle intruziv ilişki kurma özelliğini özellikle vurgulamakta³³⁹) ve çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalan annelerin çocuklarına karşı kontrol grubuna kıyasla fiziksel cezalandırma gibi daha negatif tutumlar sergilediklerini göstermektedir.³⁴⁰

Bunların yanında, çalışmalar genellikle travmatik yaşantıya maruz kalan ebeveynlerin çocuklarında birçok psikopatoloji olduğunu gösterse de, bazı çalışmalar ebeveynlerin travma maruziyeti ile çocukların fiziksel sağlığı, bilişsel gelişimi, benlik saygısı arasında herhangi bir farklılık saptamamıştır.³⁴¹

2.2.4. Travmatik deneyimin epigenetik etkileri

Nörogelişimsel program genetik ve epigenetiğin etkisiyle transkripsiyonel proseslerle sağlanmaktadır. Prenatal ve postnatal dönemde epigenetik prosesler organizmanın yaşamı boyunca maruz kaldığı ve tecrübe ettiği olaylara karşı vereceği tepkiyi etkilemektedir. Epigenetik prosesler aynı zamanda bireyin maternal stres gibi çevresel faktörlere az veya çok adapte olacağını belirlemektedir. Kök hücre içerisinde oluşan epigenetik izler gelecek jenerasyonları da etkilemektedir.³⁴²

Epigenetik, genlerde çevresel etkenler veya emosyonel travma sonucunda oluşan kalıtsal değişiklikleri tanımlamaktır. DNA ekspresyonundaki bu değişiklikler stres veya emosyonel travma sonucunda oluştuktan sonra kromozomun kimyasal tabakasında belirli izler bırakıyor ve bu kimyasal kaplama hücrenin bir çeşit ‘hafızası’ haline geliyor. Bundan sonra bizim bütün hücrelerimiz bu ‘hafızayı’ taşımaya başlıyor, dolayısıyla biz hem kendi hayatımızda, hem de aile geçmişimizde olan travmalara ait fiziksel bir hafıza sahip olmuş oluyoruz.^{343,344}

Ebeveynler maruz kaldıkları özellikle zulüm, işkence gibi güçlü hayati tehdit oluşturan tecrübelerle dair taşıdıkları bu ‘epigenetik’ izleri yumurta hücre ve sperm aracılığıyla sonraki kuşaklara aktarmaktadır. Bu özellik sonraki kuşaklarda kendisini aynı bilgisayardaki ‘yazılım hatası’ gibi göstermekte ve travmayı tetikleyen olaylara karşı uygun olmayan yanıtlara sebep olmaktadır. PTSD tanısı alan ebeveynlerin çocuklarında bu ‘yazılım hatası’ ebeveynlerinin maruz kaldığı travmatik olayı tetikleyebilecek yeni stresörle karşılaşma durumunda bireyin genlerini ‘savaş veya kaç’ komutu için hazırlamaktadır. Ancak Holokasttan kurtulanların çocuklarıyla yapılan çalışmalar sonucunda bu durumun gelecek kuşaklarda PTSD’ye karşı latent yatkınlık oluşturduğu ve kişiyi strese daha duyarlı hale getirdiği görülmüştür. Örnek verecek olursak bu özellik hayati tehdit içermeyen durumlarda bile nöro-biyolojik aktivasyona sebep olarak panik atağa yol açabilmektedir.³⁴⁵

Travmatik deneyim sonraki nesilleri kişinin genetik mirası, travmanın tipi, travmaya maruz kalınan süre gibi farklı değişkenlere göre farklı oranlarda etkilemekte ve PTSD geliştirmeye yatkın hale getirmektedir. Peki ya Holokasttan kurtulanların çocuklarının ebeveynlerinin yaşadıklarına dair gördükleri kabus epigenetikle açıklanabilir mi? Bu konuyla ilgili görüşler kabusların epigenetik değişikliklerden ziyade çocukların travmaya direkt maruz kalan kişilerden bu konuyu dinlemeleri,

anlatılan hikayelerden konuya aşina olmaları sonucunda ortaya çıktığı yönünde. Çünkü epigenetik izler kişiyi bir davranışı geliştirmeye yatkın hale getirebilir, spesifik davranışlar ise bireyin kendi hayatı boyunca yaşadıkları olaya göre şekillenmektedir.³⁴⁵

İnsanlar üzerinde ilk epigenetik çalışmalardan biri Bygren ve ekibi tarafından yapılmaya başlanmıştır.³⁴⁶ Daha sonra belki ilk kez ebeveynlerin gelişimin önemli zamanlarında açlık veya aşırı yeme gibi durumlar yaşamasının onların torunlarının yaşam süresine etki ettiği ve yaşitlarına oranla daha kısa hayata sahip olmalarına sebep olduğu gösterilmiştir.³⁴⁷

Başka bir çalışmada, pre-pubertal dönemde sigara içen kişilerin çocuklarının obezite ve diğer hastalıklar için daha yüksek risk taşıdığı bulunmuştur.³⁴⁸ Kanada’da yapılan ve suisid sonucu ölen kişilerin beyinlerini araştıran post-mortem bir çalışmada çocukluk çağında istismara maruz kalanların genlerinde kimyasal izler olduğu görülmüştür.³⁴⁹ Yine uzun yıllar beyin üzerinde yapılan çalışmalarda, PTSS konusunda kronik stresin beyin dokusunda, özellikle hipokampüste zedelenmelere yol açması ve korku duygusuyla amigdalanın aktivasyonu üzerinde yoğunlaşmışsa da günümüzde araştırmalar esas olarak epigenetik üzerine yoğunlaşmaktadır.³⁵⁰ Benzer şekilde, son zamanlarda yapılan çalışmalarda PTSS tanıılı genç erişkinlerin travmatik deneyimden sonra akut kortizol nedeniyle hipotalamus ilişkili verbal ifade hafızasında ve korteks ilişkili ‘çalışan bellek-working memory’ düzeylerinde azalma olduğu belirlenmiş, yaşlılık döneminde travmaya maruz kalan kişilerde ise kortizol aracılığıyla hafızanın geliştiği, ancak kontrol grubuna kıyasla bu değişimin abartılacak kadar olmadığı gösterilmiştir.^{351,352}

Kronik yorgunluk, kronik ağrı, PTSS gibi bir çok stres ilişkili nöropsikiyatrik hastalıklar paradoksal olarak düşük plazma kortizol düzeyleri ile seyretmektedir. Bu durum daha çok hayatın erken dönemlerinde travmaya maruz kalan kişilerde düşük kortizol düzeyleri ve psikopatoloji geliştirmeye yatkınlık olarak önem taşımaktadır. Ancak, buradaki plazma kortizol düzeyleri adrenal veya pitüiter patoloji sonucunda değil, travmaya maruziyet olduğu zaman kanda artmış glukokortikoid (GK) düzeylerini kompanse etmek için oluşan iki prosesin sonucunda ortaya çıkmaktadır.

Bunlardan birincisi organizmanın mevcut duruma adaptasyonunu hedef hücre reseptörlerinin GK’ya karşı hassasiyetini artırarak (HPA-aksı üzerinden negatif feedback ile) yapmaktadır. İkinci proses ise karaciyerde 5-reduktaz tip 1 (enerji

sağlamak için), böbrekte ise 11-hidroksisteroid dehidrogenaz tip 2 (açlık zamanı tuz retansiyonu amaçlı) enzimleri aracılığıyla GK katabolizmasını uzun süreli azaltarak bu organlarda aktif kortizol düzeylerini artırıp, her iki durum dolaşımdaki kortizol düzeyini azaltarak beyin ve kas gibi organları yıkıcı etkilerden koruma amaçlı ortaya çıkmaktadır.³⁵³

Yehuda ve ekibi tarafından Holokast soykırımından kurtulan, PTSTB tanısı olan ve olmayanların erişkin çocuklarıyla yapılan bir çalışmada, PTSTB tanılı ebeveynlerin çocuklarında diğerlerinden farklı olarak idrarda ve tükürükte azalmış kortizol düzeyleri, aynı zamanda artmış plazma kortizol supresyonu tespit edildi. Bütün vakalarda nöro-endokrin ölçümlerle ebeveynlerin PTSTB semptom şiddetleri arasında negatif korelasyon vardı.³⁵⁴

Yukarıdaki çalışmadan farklı olarak annelerdeki PTSTB varlığının yaşamın erken dönemlerindeki etkilerini araştırmak için yapılan çalışmada Amerikadaki 11 Eylül saldırısı zamanı olay mahaline yakındaki bir alışveriş merkezinde bulunan hamile kadınlar ve doğan bebekleri değerlendirilmiştir. Olay sonrası PTSTB geliştiren kadınlarda olaya maruz kalıp PTSTB geliştirmeyenlere kıyasla daha düşük kortizol düzeyleri saptanmış, PTSTB tanılı annelerden doğan bebeklerin ise tükürüklerinde kortizol düzeyinde artma olduğu gözlenmiştir.^{355,356} Bu veriler maternal PTSTB tanısının kortizol düzeyine etkisinin bebeğin yaşamının erken dönemlerinden itibaren ortaya çıktığını göstermekte ve bunun in-utero dönemden itibaren PTSTB geliştirmek açısından biyolojik risk faktörü olduğuna vurgu yapmaktadır.³⁵⁷

Hipotalamik-Pituitar-Adrenal Aks (HPA-aks) fonksiyonlarını araştırılması amacıyla klinik örneklemede annelerin salivasyon kortizol düzeylerinin anne ile bebeğin ayrılmasından önce ve tekrar buluşmasında ölçülmesi sonucunda bu anlamda önemli farka rastlanmasa da, annelerin pre-seperasyon kortizol düzeyi ve kortizol reaktivitesi ile PTSTB semptom şiddeti, disosiyatif belirtiler ve atipik bakımverme davranışı arasında önemli bir ilişki saptanmıştır.³⁵⁸

Son yapılan çalışmalarla ebeveynlik tarzının bile genetik olarak ebeveynlerden çocuklara geçebildiği gösterilmiştir. Beaver ve Belsky tarafından yapılan bir çalışma ile ebeveynlik tarzı ve kümülatif nöral plastisitenin erişkin dönemdeki ebeveyn stresini predikte ettiği gösterilmiştir. Katılımcıların ergenlik döneminde anneleri tarafından gördükleri ebeveynlik kalitesi, yaklaşık 14 yıl sonra kendileri ebeveyn olduklarındaysa

ebeveyn stres düzeyleri ölçülmüş, sonuçta nöral plastisiteye etki ettiği bilinen genlerdeki varyasyonların ebeveynlik tutumunu ve stresli ebeveynlik yanıtını etkilediği görülmüştür.³⁵⁹

Sonuç olarak, farklı çalışmalardaki çelişkili bulgulara rağmen travma geçmişinin hem bireyin kendi hayatını ve ruh sağlığını, hem de birlikte yaşadığı kişilerin ruhsal belirti sergileme olasılığını yüksek oranda etkilediği düşünülmekte ve travmanın kuşaklararası etkisi yüksek oranda kabul görmektedir.^{311,360,361}



3. YÖNTEM

3.1. Çalışma Örnekleme

Çalışmaya Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine 2019 aralık -2020 nisan tarihleri arasında başvuran 6-18 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlerden, psikiyatrik muayene, yarı yapılandırılmış görüşme formu ile yapılan değerlendirme sonucunda DSM-V tanı kriterlerine göre Anksiyete Bozukluğu tanısı alan olgular rastgele örnekleme ile seçildi, 30 kız ve 13 erkek toplam 43 olgu alındı. Örneklem seçilmesi aşamasında uygun olgular ve ailelere çalışma ile ilgili ayrıntılı bilgi verildi. Gönüllü olgulardan ve ailelerden aydınlatılmış onam (Ek-1) alındıktan sonra psikometrik ölçümler uygulandı.

3.1.1.Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

1. 6-18 yaş arasında olmak
2. DSM-V-TR tanı kriterlerine göre Anksiyete Bozukluğu alt tiplerinden en az birine sahip olmak
3. Çalışmaya katılmadan önce gönüllü olgulardan aydınlatılmış onam alınması.

3.1.2. Dışlama Kriterleri

Anksiyete Bozukluğu tanısına; otizm, psikotik bozukluk ve mental retardasyon tanısının eşlik etmesi, doğumsal metabolik ve kronik sistemik hastalık tanısının olması, epilepsi haricinde kronik nörolojik bir hastalığının olması çalışmadan dışlama kriterleri olarak belirlenmiştir.

3.2. İşlem

Psikiyatrik muayene, yarı yapılandırılmış görüşme formu ile yapılan değerlendirme sonucunda DSM-V tanı kriterlerine göre Anksiyete bozukluğu tanısı konulan ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan olgulardan aydınlatılmış onam alınarak çalışmaya katılmayı kabul eden olgular tez çalışmasına dahil edildi. Olguların sosyodemografik bilgileri kliniğimizde kullanılan sosyodemografik form (Ek-2) aracılığı ile elde edildi. Annelerden kendisinin maruz kaldığı travmatik olayları, anksiyete belirtilerini ve çocuklarının anksiyete belirtilerini değerlendiren ölçekleri

doldurmaları, olgulardan; anksiyete semptomlarını değerlendiren ölçek ve formları doldurmaları istendi. Annelerde anksiyete belirtileri tarama ölçeği çalışmacı tarafından uygulandı.

3.2.1. Psikometrik Ölçümler:

A-Klinisyen Tarafından Uygulanan Değerlendirmeler:

Polikliniğimize başvuran her çocuk ve ergen için kullanılan veri formunda çocuk-ergen (yaş, eğitim düzeyi, kardeş sayısı, gelişim basamakları, doğum seyri, fiziksel hastalık, enfeksiyon sıklığı, fiziksel şiddet, ders başarısı) ve ebeveynlere (yaş, eğitim düzeyi, meslek, fiziksel veya ruhsal hastalık, aile yapısı, fiziksel şiddet, otoimmün hastalık, alerji varlığı) ait sosyodemografik veriler sorgulanmıştır (Ek-2). Ebeveynlerin çocukluk ve gençlik döneminde maruz kaldığı fiziksel, cinsel istismar, aile içi şiddet öyküsü sorgulanmıştır.

Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- DSM-5 - Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime; KSADS-PL): Bu yarı yapılandırılmış görüşme formu DSM-V tanı ölçütlerine göre çocuk ve ergenlerdeki şu anda ve geçmişte var olan psikopatolojileri saptamak amacı ile ruhsal belirtilerin taranması ve eş tanıların değerlendirilmesi amacı ile uygulanmıştır. Kaufman ve ark.³⁶² tarafından geliştirilen yarı yapılandırılmış bir görüşme aracı olan KSADS-PL, DSM-5 ile uyumlu olacak şekilde Kaufman ve ark.³⁶³ tarafından güncellenmiştir. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ile taranabilen birincil tanılar; major depresif bozukluk, süregelen depresif bozukluk, mani, hipomani, siklotimi, bipolar bozukluklar, yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, şizoafektif bozukluklar, şizofreni, şizofreniform bozukluk, kısa tepkisel psikoz, panik bozukluk, agorafobi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, basit fobi, sosyal anksiyete bozukluğu/seçici konuşmazlık, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, karşıt olma/karşı gelme bozukluğu, enürezis, enkoprezis, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu, geçici tik bozuklukları, Tourette bozukluğu, kronik motor ya da vokal tik bozukluğu, alkol kötüye kullanımı, madde kötüye kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu ve otizm spektrumu bozukluklarıdır³⁶³

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği-Türkçe Uyarlaması (HAM-A):

Hamilton tarafından geliştirilen bu ölçek olgularda anksiyete düzeyini ve belirtili dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla görüşmeci tarafından annelere uygulandı. (Ek-3). Ruhsal ve bedensel belirtileri sorgulayan ölçek toplam 14 soru içermekte olup, her maddeden elde edilen puan toplanarak toplam puan elde edilir. Her maddenin puanı 0-4 arasında, ölçeğin toplam puanı ise 0-56 arasında değişmektedir. 1, 2, 3, 4, 5, 6. maddeler psişik; 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 maddeler somatik anksiyeteyi ölçmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları³⁶⁴ tarafından yapılmıştır.

B- Anneler Tarafından Doldurulan Psikometrik Araçlar: Hastaların annesi tarafından bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirleyen Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) ve kişinin başından hayatının herhangi bir döneminde, oldukça stresli ve travmatik bir olay geçmesini ya da böyle bir olaya tanık olmasını değerlendiren Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ) ve anksiyete şiddetini ölçmek için uygulanan Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), 6-8 yaş arası çocuklarda anksiyete belirtilerini değerlendiren Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Ölçeği (KAY-BÖ) erişkin formunun doldurulması istendi.

Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (State-Trait Anxiety Inventory; (STAI): Spielberger ve ark.³⁶⁵ tarafından 14 yaş ve üzerinde olan bireylerin durumluk ve sürekli kaygı düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (Ek-4). Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1995 yılında H.Şeniz Özusta tarafından yapılmıştır. Ölçek durumluk ve sürekli kaygı düzeyini değerlendirmek üzere 20'şer maddeden oluşan iki alt ölçekten oluşur.³⁶⁶

Durumluk Kaygı Ölçeği, bireyin belli bir anda ve belirli koşullar altında kendini nasıl hissettiğini belirlemeyi amaçlar ve bireyden kendini “şu anda” nasıl hissettiğini değerlendirmesi ve uygun ifadeyi seçmesi istenir.

Sürekli Kaygı Ölçeği, bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirlemeyi amaçlayan 4'lü likert tipi bir ölçektir.³⁶⁷ Her iki ölçek için alınabilecek en düşük toplam puan 20, en yüksek toplam puan 80'dir. Yüksek puanlar yüksek kaygı düzeyini, düşük puanlar ise düşük kaygı düzeyini gösterir.³⁶⁷

Ölçeklerden elde edilen 0-19 arası toplam puan anksiyete olmadığını, 20-39 arası toplam puan hafif anksiyete düzeyini, 40-59 arası toplam puan orta anksiyete düzeyini, 60-79 arası toplam puan ise ağır anksiyete düzeyini gösterirken, toplam puanı 60 ve üzerinde olması bireyin profesyonel yardıma gereksinimi olduğuna işaret eder.³⁶⁷

Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ) Foa, Cashman, Jaycox, and Perry³⁶⁸ tarafından geliştirilen ölçek, travma sonrası stres belirtilerini belirlemek için geliştirilmiştir (Ek-5). DSM-IV tanı kriterleri esas alınarak geliştirilen ölçek, kişideki TSSB belirtileri şiddetini de göstermektedir. Ölçek 4 bölümden ve 49 maddeden oluşmakta olup, TSSB tanısı koymayı, travmatik olayları ve belirtileri tanımlamayı, belirtilerin ağırlığını ölçmeyi, işlev kaybının düzeyini belirlemeyi içerir Ölçeğin Türkçe uyarlaması Işıklı³⁶⁹ tarafından yapılmıştır.

Ölçeğin ilk bölümündede travmatik yaşantıların bir listesi vardır ve kişinin şimdiye dek yaşadığı travmatik yaşantıları (savaş, afet, kaza gibi) belirtmesi istenmekte, ikinci bölümdeyse bu olaylardan hangisinden daha çok etkilendiği ve evet/hayır şeklinde cevaplanabilecek 6 soru ile olayın şiddeti ve üzerinden geçen zaman sorgulanmaktadır. Üçüncü bölüm yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık hali gibi belirtilerin son bir ay içinde ne sıklıkta yaşandığının belirlenmesi amacıyla 17 maddeden oluşmaktadır. Alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 51'dir ve alınan puan yükseldikçe kişideki travma sonrası stres belirti şiddeti artmaktadır (0-10 puan: hafif, 11-20: orta, 21-35: orta-ciddi, 35 ve üzeri: ciddi düzey). Son bölüm ise kişinin günlük işlevselliğini sorgulayan 9 maddeden oluşmaktadır.

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) : bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçen 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir değerlendirme ölçeği olup Beck³⁷⁰ tarafından yılında geliştirilmiştir (Ek-6). Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin derecesini gösterir. Türkiyede geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1998 yılında Ulusoy, Şahin ve Erkman tarafından yapılmıştır. Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesini amaçlayan, 21 maddelik, öz-bildirim türü bir ölçektir³⁷⁰. Ölçek üzerinden alınan puanlarda, 0-7 = hiç yok, 8-15 = hafif derecede, 16-5 = orta derecede ve 26-63 = şiddetli derecede anksiyetinin varlığına işaret etmektedir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir.

Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ): Çocukların anksiyete düzeyini belirlemek amacıyla ÇATÖ-ebeveyn formu kullanılmıştır. ÇATÖ, çocukluk çağı anksiyete bozukluklarını tarama amacıyla Birmaher ve arkadaşları³⁷¹ tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Çakmakçı tarafından yapılan ÇATÖ'nün ebeveyn (Ek 7) ve çocuk formu vardır.

C- Hastaların Kendileri Tarafından Doldurulan Psikometrik Araçlar:

Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği: Çocuk Formu (SCARED) Birmaher ve d.³⁷¹ tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çakmakçı³⁷² tarafından yapılmıştır (Ek-8). Ölçeğin hem ebeveyn hem de çocuk formu bulunmaktadır. Çocuk formu 41 maddeden oluşmakta olup, çocuktan her cümle için kendisine en uygun seçeneği işaretlemesi istenir. Ölçekten alınan toplam puanın yükselmesi kaygı düzeyinin de arttığı anlamına gelmektedir. Toplam puanın yanı sıra panik bozukluk veya anlamlı somatik yakınmalar (13 madde), yaygın kaygı bozukluğu (9 madde), ayrılık kaygısı (8 madde), sosyal kaygı (7 madde) ve okul korkusu (4 madde) alt ölçek puanları da hesaplanabilmektedir.

Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-82 arasında değişirken panik bozukluk/anlamlı somatik yakınmalar alt ölçeği puan aralığı 0-26, yaygın kaygı bozukluğu alt ölçeği puan aralığı 0-18, ayrılık kaygısı alt ölçeği puan aralığı 0-16, sosyal kaygı alt ölçeği puan aralığı 0-14 ve okul korkusu alt ölçek puan aralığı 0-8'dir.

Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) (Ek-9) 9-12 yaş grubu çocukların anksiyete düzeylerini ölçmek için Spielberger ve arkadaşları¹¹⁸ tarafından geliştirilen ölçeğin, Türk toplumuna uyarlanması için geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1995 yılında Ş. Özusta tarafından yapılmıştır.^{373,374,375} ÇDSKE, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeklerinden oluşur.

ÇDSKE Durumluk Kaygı Ölçeği, gerginlik, sinirlilik, telaş, tedirginlik gibi durumluk kaygıyla ilişkili 40 duyguların değerlendirilmesini amaçlayan ve yirmi maddeden oluşan 3'lü Likert tipi bir ölçektir.³⁷³ ÇDSKE Durumluk Kaygı Ölçeği'nde, çocuktan "şu anda" kendisini nasıl hissettiğini değerlendirmesi istenir. ÇDSKE Sürekli Kaygı Ölçeği, kaygı yatkinliğinde kalıcı bireysel farklılıkları ölçmeyi amaçlar ve yirmi maddeden oluşan 3'lü Likert tipi bir ölçektir.³⁷³ ÇDSKE Sürekli Kaygı Ölçeği'nde çocuktan kendisini "genellikle" nasıl hissettiğini değerlendirmesi istenir.

ÇDSKE'den alınabilecek en yüksek puan 60, en düşük puan ise 20'dir. Yüksek puan yüksek kaygı düzeyini, düşük puan ise düşük kaygı düzeyini gösterir.³⁷³

3.3. İstatistiksel Analizler

Çalışmanın istatistiksel analizleri SPSS programı 21 versiyonu kullanılarak yapıldı. Kategorik değişkenlerin analizi Cross-Tabs; Ki kare testi ile yapıldı. Örneklem sayısı nedeni ile iki sürekli değişkenin karşılaştırıldığı analizinde parametrik olmayan Man Whitney *U* testi kullanıldı. İki den farzla sürekli değişken içeren analizlerde ANOVA testi kullanıldı. Sürekli değişkenlerin birbiri ile ilişkisini araştırmak amacı ile Pearson korelasyon testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0.05$ değeri kabul edildi.



4. BULGULAR

4.1. Olgulara Ait Klinik ve Demografik Öyküler

Bu çalışmada 6-18 yaş aralığında (ortalama $14,0 \pm 3,2$ yaş) toplam 43 çocuk ve ergen yer aldı. Olguların 30'u (%69,8) kız, 13'ü (%30,2) erkek idi. Hastaların yaş ve cinsiyet dağılımları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Hastaların Yaşlarının Ortalaması ve Cinsiyet Dağılımı

Yaş	14,0 $\pm$ 3,2
Cinsiyet	
Kız	30 (%69,8)
Erkek	13 (%30,2)

4.1.1. Anksiyete Bozukluğu Alt Tiplerine Göre Olguların Dağılımı

Anksiyete bozukluğu tanısı alan 43 olgunun 8'i PA (%18,6), 4'ü AAB (%9,3), 7'si SAB (%16,3); 16'sı YAB (%37,2); 8'i BTA (%18,6) anksiyete bozukluğu tanısı alıyordu. Birden fazla tanı alan hasta sayısı 8'di. Olguların anksiyete bozukluğu alt tiplerine göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Anksiyete Bozukluğu Alt Tiplerine Göre Olguların Dağılımı

	Sayı (s)	Oran (%)
Anksiyete Bozuklukları		
Panik Atak/ Panik Bozukluk	8	18,6
Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu	4	9,3
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	7	16,3
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	16	37,2
Başka türlü Adlandırılmayan	8	18,6
Toplam	43	100,0

4.2. Olguların Ailelerine Ait Klinik ve Demografik Öyküler

Olguların anne ve babasının ruhsal hastalık öyküsüne bakıldığında annelerin 12'sinde (%27,9) ruhsal hastalık öyküsü vardı, 31 (72,1) annede ruhsal hastalık yoktu (Tablo 3).

Tablo 3. Olguların Annelerin Ruhsal Hastalık Öyküsü

	Var	Yok
Sayı (s)	12	31
Oran (%)	27,9	72,1

Psikiyatrik hastalık öyküsü olan annelerin tanıları incelendiğinde 9'u (%20,9) anksiyete bozukluğu, 3'ü (%7) depresif bozukluk tanısı alıyordu (Tablo 4).

Tablo 4. Ruhsal Hastalık Öyküsü Olan Annelerin Tanılara Göre Dağılımı

	Sayı (s)	Oran (%)
Anksiyete Bozuklukları	9	20,9
Depresif Bozukluklar	3	7,0
Toplam	12	27,9

Olguların babaları arasında ruhsal hastalık dağılımına bakıldığında, Tablo 5'te gösterildiği gibi psikiyatrik tanı babalardan 4'ünde (%9,3) varken, 39'unda (%90,7) yoktu.

Tablo 5. Olguların Babalarında Ruhsal Hastalık Öyküsü

	Var	Yok	Toplam
Sayı (s)	4	39	43
Oran (%)	9,3	90,7	100

4.2.1. Annenin Çocukluk Dönemi ve Yaşam Boyu Travma Maruziyeti

Olguların annelerinin travmatik deneyimleri incelendiğinde annelerin 16'sında (%37,2), çocukluk ve genç erişkinlik döneminde travma maruziyeti vardı, 27 (% 62,8) annede ise bu döneme ait travmatik yaşantı öyküsü yoktu (Tablo 6).

Tablo 6. Annenin Çocukluk ve Genç Erişkinlik Dönemi Travma Maruziyeti

	Var	Yok	Toplam
Sayı (s)	16	27	43
Oran (%)	37,2	62,8	100

Çocukluk ve genç erişkinlik döneminde annelerin maruz kaldıkları travma türlerine ait bulgular Tablo 7'de gösterilmiştir; 1 kişide (%2,3) doğal afet/kaza/yangın gibi travma maruziyeti vardı; 1 kişi (%2,3) aile üyeleri veya tanıdığı biri tarafından

cinsel olmayan saldırıya maruz kalmış; 4 kişi (% 9,3) aile üyeleri veya tanıdığı biri tarafından, 1 kişi (%2,3) ise tanımadığı biri tarafından cinsel istismara uğramıştı. Üç (%7,0) kişinin hayati tehdit oluşturan bir hastalık öyküsü var iken; 1 (% 2,3) kişi ise sevdiği veya yakın birinin beklenmedik şekilde ölümünü travmatik olarak deneyimlemişti. 5 (% 11,6) kişi ise çocukluk dönemine ait aile içi şiddet, anne/baba arasında geçimsizlik gibi travmatik yaşantılara maruz kalmıştı.

Tablo 7. Annenin Çocukluk ve Genç Erişkinlik Dönemlerindeki Travmatik Olayın Travma Türüne Göre Sınıflandırılması

	Sayı (s)	Oran (%)
Travma türleri		
Doğal afet/kaza/yangın	1	2,3
Aile üyeleri veya tanıdığınız biri tarafından saldırıya maruz kalma	1	2,3
Aile üyeleri veya tanıdığınız biri tarafından cinsel istismar	4	9,3
Tanımadığınız biri tarafından cinsel istismara maruz kalma	1	2,3
Hayati tehdit eden bir hastalık	3	7,0
Sevilen veya yakın birinin beklenmedik ölümü	1	2,3
Aile içi şiddet	5	11,6
Toplam	16	37,2

Olguların annelerinin yaşamları boyunca maruz kaldıkları travmatik yaşantıları sorgulandığıdaysa annelerin 31’de (%72,1) yaşam boyu travma öyküsü vardı, 12 anne (% 27,9) travmatik olay maruziyeti bildirmemişti (Tablo 8).

Tablo 8. Annenin Yaşam Boyu Travma Maruziyeti

	Var	Yok	Toplam
Sayı (s)	31	12	43
Oran (%)	72,1	27,9	100

4.3. Olguların Anksiyete Bozukluğu Alt Tipleri ile Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki

Çalışmamıza katılan olguların anksiyete bozukluğu alt tipleri ile katılımcılar tarafından doldurulan ölçeklerin toplam ve alt puanları arasındaki ilişkinin incelenmesinin sonucu Tablo 17’de verilmiş olup, çocuktaki SAB tanısı ile Sürekli Kaygı Envanteri-çocuk formu ($p<0,006$), ÇATÖ-çocuk formu SAB alt puanları ($p<0,009$) ve çocuğun PA tanısı ile ÇATÖ-çocuk formu PA alt puanları alt puanları ($p<0,046$) arasında istatistiksel

olarak anlamlı zayıf pozitif ilişki saptandığı görülmektedir. Anksiyete bozukluğu alt tipi ile ölçeklerden alınan puanlar arasındaki ilişki Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Anksiyete Bozukluğu Alt Tipleri ile Ölçeklerden Alınan Toplam Puanlar Arasındaki İlişki

	PA	AAB	SAB	YAB	BTA	P
Beck anksiyete ölçeği	16,6±22,3	23,2±20,6	6,4±3,6	16,9±14,4	11,2±8,7	0,376
Hamilton anksiyete	11,0±8,5	14,5±10,6	10,8±5,8	18,7±15,8	10,6±15,5	0,363
TSSTÖ	7,3±13,0	8,0±9,6	1,7±2,7	13,4±12,8	7,3±7,1	0,197
Durumluk kaygı-erişkin	55,2±8,3	46,7±16,0	54,4±6,9	53,5±8,7	56,5±6,3	0,484
Süreklilik kaygı-erişkin	40,2±8,5	31,7±16,0	39,4±6,9	37,9±9,8	41,5±6,3	0,510
ÇATÖ-ebeveyn formu	28,7±15,7	23,7±8,1	26,5±15,9	30,4±16,0	20,8±13,3	0,722
Durumluk Kaygı -çocuk	39,6±8,6	37,0±7,4	39,2±7,2	35,8±10,2	35,8±8,9	0,827
Süreklilik Kaygı -çocuk	38,1±12,5	12,2±24,5	42,7±8,3	39,8±13,6	40,1±7,6	0,006
ÇATÖ-çocuk formu	38,7±20,6	12,0±14,2	33,4±19,0	35,1±17,1	29,7±11,9	0,140
ÇATÖ-PA	11,8±9,0	1,0±1,4	6,2±5,9	8,3±5,8	5,1±3,3	0,046
ÇATÖ-YAB	11,8±5,5	2,7±4,2	10,5±6,0	10,1±6,1	8,2±4,8	0,116
ÇATÖ-AAB	6,7±3,1	3,5±4,3	2,8±2,9	6,6±4,1	6,1±3,1	0,127
ÇATÖ-SAB	6,3±3,9	3,0±3,8	11,5±4,3	7,3±3,6	8,5±2,5	0,009
ÇATÖ-OKUL FOBİSİ	1,8±2,3	1,7±2,0	2,1±2,6	2,6±1,9	1,7±1,6	0,853

4.4. Anne ve Babanın Psikiyatrik Tanısı ile Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki.

Çalışmamıza katılan annelerin psikiyatrik hastalık tanısı ile çocuklar ve anneleri tarafından doldurulan ölçeklerden aldıkları puanlar arasındaki ilişki incelendiği zaman, annenin ruhsal hastalığa sahip olması ile anne tarafından doldurulan ölçeklerden TSSTÖ (14,3±11,1; $p<0,018$), Durumluk Kaygı Envanteri-erişkin formu (48,6±11,4; $p<0,027$); Süreklilik Kaygı Envanteri-erişkin formu (32,8±12,2; $p<0,025$); ÇATÖ-ebeveyn formu (37,8±14,2; $p<0,0069$); çocuk tarafından doldurulan ölçeklerden ise Süreklilik Kaygı Envanteri-çocuk formu (44,0±13,2; $p<0,032$) ÇATÖ-çocuk formu PA alt puanları (11,0±7,1; $p<0,020$) arasında istatistiksel olarak anlamlı lığı sınırlı bir ilişkili saptandı (Tablo 10).

Tablo 10. Annenin Psikiyatrik Tanı Alması ile Ölçeklerden Alınan Toplam Puanlar Arasındaki İlişki

	Var	Yok	p
Beck anksiyete ölçeği	21,4±19,4	12,0±12,3	0,126
Hamilton anksiyete ölçeği	21,6±17,2	11,1±6,8	0,063
Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği	14,3±11,1	6,6±10,3	0,018
Durumluk Kaygı Envanteri-erişkin formu	48,6±11,4	55,9±6,7	0,027
Süreklilik Kaygı Envanteri-erişkin formu	32,8±12,2	40,9±6,7	0,025
ÇATÖ-ebeveyn formu	37,8±14,2	22,8±12,6	0,006
Durumluk Kaygı Envanteri-çocuk formu	38,3±8,5	36,7±8,9	0,481
Süreklilik Kaygı Envanteri-çocuk formu	44,0±13,2	34,9±14,9	0,032
ÇATÖ-çocuk formu	40,5±18,5	29,2±16,8	0,122
ÇATÖ-PA	11,0±7,1	5,9±5,7	0,020
ÇATÖ-YAB	12,1±5,6	8,4±5,7	0,082
ÇATÖ-AAB	6,5±4,0	5,3±3,7	0,362
ÇATÖ-SAB	8,3±4,4	7,3±4,1	0,587
ÇATÖ-OKUL FOBİSİ	2,3±1,8	2,0±2,1	0,490

Ruhsal hastalık tanısı alan annelerden anksiyete bozukluğu tanısı olanlarda anksiyete bozukluğu ile ölçeklerden alınan toplam puanlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi sonucu Tablo 11’de gösterilmiştir. Annenin anksiyete bozukluğu tanısı ile Beck Anksiyete Ölçeği arasında ilişki saptanmazken, Hamilton Anksiyete Ölçeği 24,7±18,6 ($p<0,034$), TSSTÖ 14,5±11,8 ($p<0,050$), ÇATÖ-ebeveyn formu 38,8±3,9 ($p<0,012$) ve ÇATÖ-çocuk formu PA alt puanları 2,1±7,3 ($p<0,015$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı.

Tablo 11. Annedeki Anksiyete Bozukluğu Tanısı ve Ölçeklerden Alınan Toplam Puanlar Arasındaki İlişki

	Var	Yok	p
Beck anksiyete ölçeği	22,5±19,6	12,6±13,1	0,088
Hamilton anksiyete ölçeği	24,7±18,6	11,2±6,8	0,034
Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği	14,5±11,8	7,2±10,4	0,050
Durumluk Kaygı Envanteri-erişkin formu	50,0±9,0	54,9±8,5	0,073
Süreklilik Kaygı Envanteri-erişkin formu	33,8±10,3	39,9±8,5	0,064
ÇATÖ-ebeveyn formu	38,8±3,9	23,9±13,3	0,012
Durumluk Kaygı Envanteri-çocuk formu	38,0±9,3	37,0±8,7	0,665
Süreklilik Kaygı Envanteri-çocuk formu	41,4±14,4	36,4±15,1	0,317
ÇATÖ-çocuk formu	42,1±19,2	29,8±16,8	0,097
ÇATÖ-PA	12,1±7,3	6,1±5,7	0,015
ÇATÖ-YAB	12,5±6,0	8,7±5,7	0,097
ÇATÖ-AAB	7,2±4,4	5,2±3,5	0,213
ÇATÖ-SAB	8,3±4,4	7,4±4,1	0,642
ÇATÖ-OKUL FOBİSİ	1,8±1,1	2,2±2,2	0,939

Çalışmamıza katılan olguların babalarındaki psikiyatrik hastalık tanısı ile çocuklar ve anneleri tarafından doldurulan ölçeklerden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, babanın ruhsal hastalık öyküsü ile annenin TSSTÖ ölçek puanları $0,2\pm0,5$ ($p<0,033$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkili saptandı (Tablo 12).

Tablo 12. Babada Psikiyatrik Tanı Varlığı ve Ölçeklerden Alınan Toplam Puanlar Arasındaki İlişki

	Var	Yok	p
Beck anksiyete ölçeği	14,0±16,0	14,7±15,1	0,867
Hamilton anksiyete ölçeği	13,7±8,3	14,1±11,9	0,691
Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği	0,2±0,5	9,6±11,2	0,033
Durumluk Kaygı Envanteri-erişkin formu	47,5±7,2	54,5±8,7	0,086
Süreklilik Kaygı Envanteri-erişkin formu	32,5±7,2	39,3±9,2	0,103
ÇATÖ-ebeveyn formu	34,7±14,0	26,5±14,7	0,322
Durumluk Kaygı Envanteri-çocuk formu	42,0±7,8	36,7±8,8	0,209
Süreklilik Kaygı Envanteri-çocuk formu	36,5±24,9	37,5±14,0	0,722
ÇATÖ-çocuk formu	34,0±25,8	32,2±17,2	0,851
ÇATÖ-PA	8,2±8,4	7,3±6,3	0,933
ÇATÖ-YAB	10,7±8,0	9,3±5,7	0,722
ÇATÖ-AAB	3,2±2,8	5,9±3,8	0,166
ÇATÖ-SAB	10,0±6,7	7,4±3,8	0,193
ÇATÖ-OKUL FOBİSİ	1,7±3,5	2,2±1,9	0,224

4.5. Annenin Çocukluk ve Yaşam Boyu Travma Maruziyeti ile Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki.

Anksiyete bozukluğu tanılı çocukların annelerinin travmatik deneyimi ile annenin anksiyete belirtileri, travmadan etkilenme düzeyi, durumluk ve süreklilik kaygı düzeyinin, ikinci kuşağın ise anksiyete belirtileri, anksiyete alt tiplerinin değerlendirilmesi için kullanılan Beck Anksiyete, Hamilton Anksiyete Ölçekleri, TSSTÖ, Durumluk/Süreklilik Kaygı Envanteri çocuk ve erişkin formu, ÇATÖ çocuk ve ebeveyn formundan alınan puanlar arasındaki ilişki Tablo 9 ve Tablo 10'da sunulmuştur. Annenin çocukluk ve genç erişkinlik döneminde travma maruziyetinin ölçek puanlarıyla ilişkisi değerlendirildiğinde annenin bu dönemde travmaya maruz kalması ile ÇATÖ-ebeveyn formu puanları ($33,1 \pm 15,3$, $p < 0,044$) arasında istatistiksel olarak zayıf bir ilişki saptanmıştır (Tablo 13).

Tablo 13. Annenin Çocukluk Dönemi Travma Maruziyeti ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

	Var	Yok	p
Beck anksiyete ölçeği	15,3 $\pm$ 6,0	14,2 $\pm$ 14,7	0,706
Hamilton anksiyete ölçeği	14,1 $\pm$ 10,6	14,1 $\pm$ 12,3	0,900
Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği	11,8 $\pm$ 21,8	6,9 $\pm$ 10,2	0,159
Durumluk Kaygı Envanteri-erişkin formu	53,0 $\pm$ 7,9	54,4 $\pm$ 9,4	0,597
Süreklilik Kaygı Envanteri-erişkin formu	37,4 $\pm$ 9,0	39,4 $\pm$ 9,4	0,563
ÇATÖ-ebeveyn formu	33,1 $\pm$ 15,3	23,4 $\pm$ 13,1	0,044
Durumluk Kaygı Envanteri-çocuk formu	39,8 $\pm$ 9,0	35,6 $\pm$ 8,4	0,186
Süreklilik Kaygı Envanteri-çocuk formu	38,9 $\pm$ 15,2	36,5 $\pm$ 15,0	0,580
ÇATÖ-çocuk formu	38,3 $\pm$ 19,0	28,8 $\pm$ 16,4	0,223
ÇATÖ-PA	9,6 $\pm$ 8,2	6,0 $\pm$ 4,8	0,222
ÇATÖ-YAB	10,8 $\pm$ 6,5	8,7 $\pm$ 5,4	0,279
ÇATÖ-AAB	6,3 $\pm$ 3,7	5,2 $\pm$ 3,8	0,278
ÇATÖ-SAB	8,9 $\pm$ 3,9	6,8 $\pm$ 4,1	0,112
ÇATÖ-OKUL FOBİSİ	2,4 $\pm$ 2,1	2,0 $\pm$ 2,0	0,473

Annenin yaşamboyu travma maruziyeti ile ölçek puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde annenin yaşam boyu travma maruziyeti ile anne tarafından doldurulan TSSTÖ puanları ($11,0 \pm 10,6$; $p < 0,0001$) arasında istatistiksel olarak zayıf bir ilişki saptanmıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Annenin Yaşam Boyu Travma Maruziyeti ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

	Var	Yok	p
Beck anksiyete ölçeği	14,1±14,0	16,0±17,8	0,765
Hamilton anksiyete ölçeği	15,4±12,9	10,7±6,4	0,456
Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği	11,0±10,6	2,9±10,1	0,0001
Durumluk Kaygı Envanteri-erişkin formu	53,5±9,4	54,8±7,0	0,725
Süreklilik Kaygı Envanteri-erişkin formu	38,2±9,9	39,8±7,0	0,704
ÇATÖ-ebeveyn formu	28,1±15,1	25,5±14,0	0,616
Durumluk Kaygı Envanteri-çocuk formu	36,9±9,1	37,8±8,0	0,735
Süreklilik Kaygı Envanteri-çocuk formu	38,1±15,1	35,7±15,0	0,551
ÇATÖ-çocuk formu	32,1±16,6	32,9±21,4	0,818
ÇATÖ-PA	7,0±5,7	8,3±8,2	0,796
ÇATÖ-YAB	9,1±5,7	10,4±6,6	0,489
ÇATÖ-AAB	5,5±3,9	5,9±3,5	0,714
ÇATÖ-SAB	8,0±3,8	6,6±4,9	0,463
ÇATÖ-OKUL FOBİSİ	2,3±1,9	1,5±2,2	0,094

Çalışmaya katılan olguların anneleri tarafından doldurulan TSSTÖ'nün travmatik olay sırasında kişinin olaydan etkilenme düzeyini sorgulayan ikinci bölümündeki travma nedeniyle fiziksel yara alınması, kendisinin veya başka birinin hayatının tehlikede olması, kişinin travma sırasında duyduğu çaresizlik ve korku şiddetinin, aynı ölçeğin üçüncü bölümündeki yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık hali gibi belirtilerin son bir ay içinde ne sıklıkta yaşandığını sorgulayan 17 maddeden aldığı toplam puanla ilişkisi Tablo 15'de verilmiştir.

Tablo 15 incelendiğinde kişinin olay sırasında etkilenme düzeyinin sonraki süreçte travma bulguları için yordayıcı olduğu ve travma sırasında fiziksel yara alınması, kişinin kendisinin veya başka birinin hayatının tehlikede olması, travma sırasında duyulan çaresizlik ve korku şiddeti ile TSSTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif bir ilişki olduğu görülmektedir (21,6±17,3 ($p<0,028$); 19,6±12,5 ($p<0,021$); 16,7±14,0 ($p<0,016$); 13,5±11,4 ($p<0,0001$); 13,0±11,7 ($p<0,0001$)).

Tablo 15. Olay Sırasında Olaydan Etkilenme Düzeyiyle TSSTÖ Puanları Arasındaki İlişki

	Var	Yok	p
Fiziksel yara alınması	21,6±17,3	7,0±8,9	0,028
Kişi için hayati tehdit oluşması	19,6±12,5	7,3±10,1	0,021
Başka biri için hayati tehdit oluşması	16,7±14,0	6,3±8,8	0,016
Çaresizlik	13,5±11,4	0,7±1,4	0,0001
Korku	13,0±11,7	1,5±3,2	0,0001

Travmadan etkilenme düzeyi ile olgular ve anneleri tarafından doldurulan ölçeklerin toplam ve alt puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; travmatik olay sırasında fiziksel yara alınmasıyla annenin Beck anksiyete ölçek puanları (38,2±22,4; $p<0,031$) arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif bir ilişki saptandı (Tablo 16).

Tablo 16. Olay Sırasında Fiziksel Yara Alınmasıyla Ölçeklerden Alınan Toplam Puanlar Arasındaki İlişki

	Var	Yok	p
Beck anksiyete ölçeği	38,2±22,4	11,6±10,8	0,031
Hamilton anksiyete ölçeği	19,8±9,8	13,3±11,7	0,115
Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği	21,6±17,3	7,0±8,9	0,028
Durumluk Kaygı Envanteri-erişkin formu	59,6±11,7	53,1±8,2	0,240
Süreklilik Kaygı Envanteri-erişkin formu	44,6±11,7	37,9±8,7	0,240
ÇATÖ-ebeveyn formu	35,6±15,5	26,1±14,4	0,164
Durumluk Kaygı Envanteri-çocuk formu	43,2±4,3	36,4±8,9	0,074
Süreklilik Kaygı Envanteri-çocuk formu	40,0±13,0	37,1±15,3	0,733
ÇATÖ-çocuk formu	42,6±19,0	31,0±17,4	0,178
ÇATÖ-PA	13,0±9,5	6,6±5,7	0,124
ÇATÖ-YAB	11,2±5,8	9,2±5,9	0,556
ÇATÖ-AAB	8,2±3,4	5,3±3,7	0,123
ÇATÖ-SAB	7,6±2,0	7,6±4,4	0,879
ÇATÖ-OKUL FOBİSİ	2,6±1,1	2,1±2,1	0,254

Travmatik olay sırasındaki kişinin çaresizlik düşüncesiyle ÇATÖ-çocuk formu ölçeğinin SAB alt puanları (8,6±3,8; $p<0,059$) arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif bir ilişki saptanırken, diğer ölçeklerden alınan puanlarla herhangi bir ilişki saptanmadı (Tablo 17).

Tablo 17. Olay Sırasındaki Çaresizlik Düşüncesiyle Ölçeklerden Alınan Toplam Puanlar Arasındaki İlişki

	Var	Yok	p
Beck anksiyete ölçeği	17,0±17,1	10,7±9,9	0,333
Hamilton anksiyete ölçeği	16,4±13,4	10,2±6,1	0,191
Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği	13,5±11,4	0,7±1,4	0,0001
Durumluk Kaygı Envanteri-erişkin formu	53,1±9,7	55,2±7,0	0,458
Süreklilik Kaygı Envanteri-erişkin formu	37,7±10,2	40,2±7,0	0,443
ÇATÖ-ebeveyn formu	30,7±15,9	22,2±11,3	0,092
Durumluk Kaygı Envanteri-çocuk formu	37,5±9,0	36,6±8,6	0,660
Süreklilik Kaygı Envanteri-çocuk formu	40,6±13,3	32,0±16,3	0,066
ÇATÖ-çocuk formu	35,1±17,6	27,7±17,6	0,218
ÇATÖ-PA	8,1±6,7	6,0±5,9	0,296
ÇATÖ-YAB	10,1±5,6	8,3±6,3	0,413
ÇATÖ-AAB	5,6±4,0	5,6±3,4	0,910
ÇATÖ-SAB	8,6±3,8	6,0±4,3	0,059
ÇATÖ-OKUL FOBİSİ	2,4±2,0	1,6±2,0	0,086

Annenin maruz kaldığı travmatik olay sırasındaki korku duygusunun şiddetiyle ÇATÖ-ebeveyn formu puanları (31,4±14,8; $p<0,036$), Süreklilik Kaygı Envanteri-çocuk formu puanları (42,1±11,5; $p<0,011$), ÇATÖ-çocuk formu SAB (8,7±3,5; $p<0,045$) ve Okul Fobisi (2,5±1,9; $p<0,016$) alt puanları arasında istatistiksel olarak zayıf bir ilişki saptandı (Tablo 18).

Tablo 18. Olay Sırasında Duyulan Korku ile Ölçeklerden Alınan Toplam Puanlar Arasındaki İlişki

	Var	Yok	p
Beck anksiyete ölçeği	17,2±17,0	10,4±10,0	0,213
Hamilton anksiyete ölçeği	16,5±13,4	10,0±5,9	0,166
Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği	13,0±11,7	1,5±3,2	0,0001
Durumluk Kaygı Envanteri-erişkin formu	53,5±9,7	54,6±7,1	0,678
Süreklilik Kaygı Envanteri-erişkin formu	38,1±10,3	39,6±7,1	0,642
ÇATÖ-ebeveyn formu	31,4±14,8	21,1±12,4	0,036
Durumluk Kaygı Envanteri-çocuk formu	37,7±9,1	36,2±8,4	0,505
Süreklilik Kaygı Envanteri-çocuk formu	42,1±11,5	29,6±17,0	0,011
ÇATÖ-çocuk formu	36,3±16,4	25,7±18,6	0,066
ÇATÖ-PA	8,6±6,6	5,3±5,7	0,082
ÇATÖ-YAB	10,5±5,4	7,8±6,4	0,182
ÇATÖ-AAB	5,8±3,8	5,3±3,7	0,724
ÇATÖ-SAB	8,7±3,5	5,8±4,6	0,045
ÇATÖ-OKUL FOBİSİ	2,5±1,9	1,4±2,1	0,016

Tablo 19 ve 20’de görüldüğü üzere travmatik olayın kişi veya başka biri için hayati tehdit oluşturduğunun düşünülmesi ile yukarıda da belirttiğimiz üzere sadece TSSTÖ puanları arasında zayıf pozitif ilişki saptanırken, diğer anne ve çocuk tarafından doldulan herhangi bir ölçekten alınan puan arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştı.

Tablo 19. Olay Sırasındaki Hayati Tehdit Düşüncesi ile Ölçeklerden Alınan Toplam Puanlar Arasındaki İlişki

	Var	Yok	p
Beck anksiyete ölçeği	30,6±23,6	12,6±12,5	0,091
Hamilton anksiyete ölçeği	17,0±9,6	13,7±21,8	0,297
Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği	19,6±12,5	7,3±10,1	0,021
Durumluk Kaygı Envanteri-erişkin formu	56,0±8,6	53,6±8,9	0,649
Süreklilik Kaygı Envanteri-erişkin formu	41,0±8,6	38,3±9,3	0,649
ÇATÖ-ebeveyn formu	32,6±21,1	26,5±13,8	0,449
Durumluk Kaygı Envanteri-çocuk formu	40,4±2,7	36,7±9,2	0,305
Süreklilik Kaygı Envanteri-çocuk formu	46,4±5,4	36,2±15,4	0,129
ÇATÖ-çocuk formu	41,2±14,7	31,2±18,0	0,211
ÇATÖ-PA	12,4±9,0	6,7±5,9	0,094
ÇATÖ-YAB	12,8±3,2	9,0±6,0	0,203
ÇATÖ-AAB	5,0±4,1	5,7±3,8	0,690
ÇATÖ-SAB	8,2±2,3	7,5±4,3	0,790
ÇATÖ-OKUL FOBİSİ	2,8±2,5	2,0±2,0	0,498

Tablo 20. Başkası İçin Hayati Tehlike Düşüncesi ile Ölçeklerden Alınan Toplam Puanlar Arasındaki İlişki

	Var	Yok	p
Beck anksiyete ölçeği	24,7±24,1	11,6±9,5	0,645
Hamilton anksiyete ölçeği	14,6±9,0	13,9±12,3	0,624
Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği	16,7±14,0	6,3±8,8	0,016
Durumluk Kaygı Envanteri-erişkin formu	56,6±13,0	53,1±7,1±1	0,142
Süreklilik Kaygı Envanteri-erişkin formu	41,6±13,0	37,8±7,7	0,142
ÇATÖ-ebeveyn formu	26,1±17,5	27,7±13,9	0,767
Durumluk Kaygı Envanteri-çocuk formu	37,8±7,0	37,0±9,5	0,697
Süreklilik Kaygı Envanteri-çocuk formu	42,2±8,8	36,0±16,1	0,321
ÇATÖ-çocuk formu	34,0±14,8	31,9±18,8	0,977
ÇATÖ-PA	8,1±8,0	7,1±6,0	0,897
ÇATÖ-YAB	10,9±4,3	9,0±6,3	0,436
ÇATÖ-AAB	5,2±4,2	5,8±3,7	0,613
ÇATÖ-SAB	8,1±2,8	7,5±4,5	0,718
ÇATÖ-OKUL FOBİSİ	1,7±1,1	2,3±2,2	0,769

Çalışma kapsamında değerlendirilen olguların annesi tarafından doldurulan TSSTÖ'nün travmatik yaşantı sonrası işlevselliğin etkilendiği alanların sorgulandığı dördüncü bölümündeki işlevselliğin etkilendiği alanların sayısı ile ölçeklerden alınan toplam puanların karşılaştırılması Tablo 21'de gösterilmiştir.

Annenin işlevselliğinin etkilenme düzeyi ile annenin Beck anksiyete ölçeği $23,3 \pm 17,9$ ($p < 0,001$), Hamilton anksiyete ölçeği $20,8 \pm 14,5$ ($p < 0,003$), TSSTÖ $17,5 \pm 11,5$ ($p < 0,0001$), ÇATÖ-ebeveyn formu $34,1 \pm 13,8$ ($p < 0,010$) toplam puanları, çocuğun ise süreklilik kaygı envanteri $44,9 \pm 9,2$ ($p < 0,005$), ÇATÖ $34,1 \pm 13,8$ ($p < 0,010$) genel puanı ve ÇATÖ-çocuk formu PA alt puanları $10,0 \pm 6,9$ ($p < 0,020$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı.

Tablo 21. Annenin İşlevselliğinin Etkilenme Düzeyi ile Ölçeklerden Alınan Toplam Puanlar Arasındaki İlişki

	Var	Yok	p
Beck anksiyete ölçeği	$23,3 \pm 17,9$	$8,4 \pm 8,5$	0,001
Hamilton anksiyete ölçeği	$20,8 \pm 14,5$	$9,2 \pm 5,1$	0,003
Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği	$17,5 \pm 11,5$	$2,4 \pm 4,4$	0,0001
Durumluk Kaygı Envanteri-erişkin formu	$52,7 \pm 10,5$	$54,7 \pm 7,4$	0,402
Süreklilik Kaygı Envanteri-erişkin formu	$37,2 \pm 11,2$	$39,7 \pm 7,4$	0,349
ÇATÖ-ebeveyn formu	$34,1 \pm 13,8$	$22,2 \pm 13,4$	0,010
Durumluk Kaygı Envanteri-çocuk formu	$39,6 \pm 7,5$	$35,4 \pm 9,3$	0,120
Süreklilik Kaygı Envanteri-çocuk formu	$44,9 \pm 9,2$	$32,0 \pm 16,0$	0,005
ÇATÖ-çocuk formu	$39,0 \pm 16,1$	$27,6 \pm 17,7$	0,022
ÇATÖ-PA	$10,0 \pm 6,9$	$5,5 \pm 5,5$	0,020
ÇATÖ-YAB	$11,5 \pm 5,1$	$8,0 \pm 6,1$	0,068
ÇATÖ-AAB	$6,2 \pm 4,2$	$5,2 \pm 3,4$	0,489
ÇATÖ-SAB	$8,6 \pm 3,3$	$6,9 \pm 4,6$	0,261
ÇATÖ-OKUL FOBİSİ	$2,6 \pm 1,9$	$1,8 \pm 2,1$	0,063

4.6. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Korelasyonlar.

Bu başlıkta, araştırmadaki değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkisinin ve annelerin travmatik olaydan etkilenme düzeyi, anksiyete düzeyi ile ikinci kuşaktaki bireylerin anksiyete düzeyinin ilişkili olup olmadığını incelemek için Korelasyon Analizleri yapılmıştır. Araştırma değişkenlerinin toplam puanlarına ilişkin sonuçlar Tablo 21'de gösterilmiştir.

Tablo 22.'de görüldüğü gibi annelerin travmadan etkilenme düzeyi ile ikinci kuşağın anksiyete düzeyi arasında pozitif yönde ve anlamlı düzeyde ilişki bulunmaktadır. Bu bağlamda annenin TSSTÖ puanları ile yine anne tarafından doldurulan çocuktaki kaygı düzeyini sorgulayan ÇATÖ-ebeveyn formu puanları ($r=,293$; $p<0,05$), çocuk tarafından doldurulan Durumluk ($r=,254$; $p<0,05$) ve Süreklilik ($r=,301$; $p<0,05$) Kaygı Envanteri, ÇATÖ-çocuk formu toplam puanları ($r=,273$; $p<,05$) ve PA ($r=,373$; $p<0,05$), AAB ($r=,300$; $p<0,05$), Okul Fobisi ($r=,251$; $p<0,05$) alt puanları arasında pozitif yönde ve anlamlı düzeyde ilişki olduğu görülmektedir.

Annenin anksiyete belirtilerini sorgulayan anne tarafından doldurulan Beck ölçeğinin toplam puanları ile ÇATÖ-ebeveyn formu ($r=,521$; $p<0,05$), Durumluk Kaygı Envanteri-çocuk formu ($r=,250$; $p<0,05$), ÇATÖ-çocuk formu PA alt puanları ($r=,313$; $p<0,05$); araştırmacı tarafından doldurulan Hamilton ölçeği toplam puanları ile ÇATÖ-ebeveyn formu puanları ($r=,504$; $p<0,05$) ve Durumluk Kaygı Envanteri-çocuk formu puanları ($r=,235$; $p<0,05$) arasında da pozitif yönde ve anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır.

Tablo 22. Travmadan Etkilenme Düzeyi ve Anksiyete Belirtileri İle Çocuğun Kaygı Düzeyi Arasındaki Korelasyon Değerleri

	Beck	Hamilton	TSSTÖ	Durumluk kaygı- anne	Süreklilik kaygı- anne
ÇATÖ-ebeveyn formu	,521	,504	,293	-,067	-,073
Durumluk Kaygı- çocuk	,250	,235	,254	,094	,106
Süreklilik Kaygı- çocuk	,158	,112	,301	-,020	-,054
ÇATÖ-çocuk formu	,198	,143	,273	,017	-,022
ÇATÖ-PA	,313	,137	,373	-,005	-,035
ÇATÖ-YAB	,182	,085	,187	,025	-,009
ÇATÖ-AAB	,175	,172	,300	,144	,102
ÇATÖ-SAB	-,095	,069	-,077	-,107	-,142
ÇATÖ-OKUL FOBİSİ	,072	,101	,251	,045	,045

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın temel amacı anksiyete bozukluğu olan çocuklarda annenin anksiyete belirtileri ve annenin yaşamboyu travmatik deneyimi ile çocuktaki anksiyete bozukluğu arasındaki ilişkiyi araştırmak, aynı zamanda annenin maruz kaldığı travma türü ile çocuğun anksiyete bozukluğu birlikteliğini incelemektir.

Birçok nöropsikiyatrik hastalık gibi anksiyete bozukluklarının etiyolojisi de henüz tam olarak aydınlatılmamış olup, en çok kabul gören teoriler; genetik yatkınlık, biyolojik ve çevresel faktörlerdir. Son zamanlar anksiyete bozukluklarının etiyolojisinde özellikle çocukluk travmaları, stresli yaşam olayları ve genetik yatkınlığa odaklanılmaktadır. Yapılan çalışmalar ebeveynlerin travmatik deneyiminin sonraki kuşaklarda psikopatoloji gelişimine katkıda bulunduğunu göstermektedir. Annenin travma maruziyetinin çocukta hem birçok nöropsikiyatrik hastalık açısından genetik yatkınlık oluşturarak, hem de ebeveynin psikopatolojisi ve ebeveynlik tutumları gibi çevresel faktörlerin etkisiyle anksiyete bozukluğu gelişimini yordadığı belirtilmektedir.³⁷⁶ Diğer taraftan annenin anksiyete bozukluğunun çocuğa karşı aşırı korumacı ve müdahaleci tutumuna sebep olduğunu ve bu durumun annenin artmış tehlike algısı ve çocuğa karşı aşırı hassasiyet gibi anksiyete belirtileriyle ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır.³⁷⁷

Bu bağlamda biz de çocuk ve ergenlerde anksiyete bozukluğu gelişiminde annelerin anksiyete belirtileri ve annenin hem çocukluk döneminde, hem de yaşamboyu travma maruziyetinin etkisini göstermeyi hedefledik. Çalışmamızın travmanın kuşaklararası etkisi üzerine yapılan çalışmaların kütleli travmalar üzerine odaklanması ve ayrı bireylerin, birbirinden bağımsız olarak çocukluk döneminde veya yaşamboyu deneyimlediği travma türlerinin sonraki kuşaklardaki ilişkisine dair verilerin sınırlı olması ve ülkemizde bu alanda yapılan ilk çalışma olmasından dolayı faydalı olacağını düşünmeteyiz.

Çalışmaya alınan anksiyete bozukluğu tanılı çocukların yaklaşık %69,8'i kızlardan, 30,2'si erkeklerden oluşmaktaydı. Literatürde yaşam boyu anksiyete bozukluğu oranı ile ilgili veriler erkek ve kızlarda 1:1,7 olarak bildirilmekte iken²⁶, ergenler arasında bu oranın bizim bulgularımıza benzer şekilde kızlarda erkeklerden daha sık, 2-3:1 şeklinde olduğu görülmektedir.^{20,27,28} Bizim çalışmamızda da yaş

ortalamasının $14,0\pm3,2$ şeklinde olması sonucu açıklamaktadır. Araştırmalar cinsiyetler arası farkın genetik yatkınlığa dayandığını, kızlarda anksiyete bozukluğu gelişme riskinin erkeklerden daha yüksek olduğunu göstermektedir.²⁹

5.1. Anksiyete Bozukluğu Alt Tiplerine Göre Olguların Dağılımının Tartışılması

Çalışmamıza katılan vakaların %37,2'si Yaygın Anksiyete Bozukluğu; %18,6'sı Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu; %18,6'sı Panik Atak; %16,3'ü Sosyal Anksiyete Bozukluğu; %9,3'ü Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu tanısı almaktaydı.

Literatürde anksiyete bozukluğu oranları değişiklik göstermekle birlikte, incelediğimiz zaman yaş ortalaması 12 olan 198.450 hastayla yapılan bir çalışma sonucunda elde edilen veriler bizim çalışmamızdan farklı olup, çalışmadaki olgular arasında BTA anksiyete bozukluğu oranı daha sık %53, YAB oranı ise %25 olarak saptanmıştır.²³ 7-12 yaş arasındaki çocuklarla yapılan başka bir çalışmada ise bizim çalışmamızla benzer şekilde YAB %75 oranla en sık, SAB %63,5 oranla ikinci sıklıkta rastlanan anksiyete bozukluğu olup, çocuklar arasında AAB oranı %51,7 ile üçüncü sıklıkta, bizimkinden farklı olarak PB %2,2, BTA anksiyete bozukluğu %1,3 oranında idi.³⁷⁸

Bizim çalışmamızda Panik atak ve Panik Bozukluk tanıları birlikte değerlendirilmiş olup literatürü taradığımız zaman çıkan sonuçlarla uyumlu bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda ergenlerde PB'un yaşam boyu prevalansı ortalama %2,3¹⁵, klinik örneklemelerde ise çocuk ve ergenlerde PB oranı %6¹²⁷, Panik Atakların yaşam boyu prevalansı ise, kullanılan tanı ölçütlerine göre değişmekle birlikte, birçok ülkede % 7 ile % 9 arasında bulunmuştur.³⁷⁹ Bizim çalışmamızla benzer şekilde çocuk ve ergenlerde SAB prevalansının %1-13 arasında değiştiğini gösteren çalışmalar vardır.^{149,150,151,153}

Çalışmamızda YAB prevalansının yüksek olmasının olguların yaş ortalaması ($14,0\pm3,2$) ve YAB'nin çocukluktan ziyade erken ergenlik döneminde ortaya çıkması ile ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.¹⁶³

5.2. Olguların Ailelerine Ait Klinik ve Demografik Öykülerin Tartışılması

Kalıtımın anksiyete bozukluklarını da diğer psikiyatrik hastalıklar gibi önemli ölçüde artırdığı bilinmekle birlikte anksiyete belirtilerinin oluşumundan klasik, edimsel ya da gözlemsel koşullanmalar sorumludur.¹¹⁸ Literatürde anne ve çocukta anksiyete bozukluğu arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Çalışmalarda genel olarak çocuğun anksiyete bozukluğu ile annedeki anksiyete bozukluğu tanısından ziyade anksiyöz annenin koruyucu veya reddedici tutumları arasında ilişkili olduğu gösterilmiştir.³⁸⁰ Bir grup çalışmada; anksiyete bozukluğu olan çocukların annelerinin de anksiyöz olduğu, çocuğa karşı aşırı korumacı ve müdahaleci tutumların ise çocukta anksiyete bozukluğunu presipite ettiği gösterilmiştir.^{377,381,382,383,384}

Bizim çalışmamıza katılan olguların annelerinde %27,9 oranında ruhsal hastalık öyküsü vardı, annelerdeki psikiyatrik tanı dağılımı %20,9 anksiyete bozukluğu, %7 depresif bozukluk şeklinde idi.

Daha önce yapılan çalışmalarda anksiyete bozukluğu olan annelerin çocuklarında ‘herhangi bir anksiyete bozukluğu’ gelişme riskinin kontrol grubuna kıyasla %21-68 daha fazla olduğu gösterilmiştir.³⁸⁵ Ek olarak annedeki MDB ve Bipolar Bozukluk tanılarının da çocukta anksiyete bozukluğu için risk oluşturduğunu gösteren çalışmalar vardır.^{386,387}

Travmanın sonraki kuşaklardaki etkilerine dair literatürdeki çalışmalar daha çok İkinci Dünya Savaşı, Holokast soykırımı gibi geniş topluluğu içeren travmalar üzerinden yapılmış olsa da, son zamanlarda annenin çocukluk dönemindeki travma maruziyetinin sonraki kuşaklardaki etkisine dair çalışmalara da ilgi artmaktadır. Alan yazında yapılan çalışmalarda annenin çocukluk döneminde hem cinsel istismar, hem de fiziksel istismar maruziyetinin çocukta anksiyete bozukluğu gelişme riskini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır.³⁸⁸ Bizim çalışmamızda anneler arasında çocukluk dönemi travma maruziyeti %37,7 oranında idi. Travma alt türlerini incelediğimizdeyse, annelerin %9,3’ü aile içi veya tanıdığı biri, %2,3’ü tanımadığı biri tarafından cinsel istismara uğramış, %11,6’sı aile içi şiddete maruz kalmıştı, kaza, ölüm, hastalık gibi travmatik yaşantı oranları benzer şekilde %2,3 idi. Yaşam boyu travmatik yaşantı oranları sorgulandıındaysa çalışmamıza katılan annelerin %72,1’inde yaşamın bir döneminde bir veya daha fazla travmatik yaşantı öyküsü vardı. Literatürü incelediğimiz zaman yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalarda annenin yaşam boyu deneyimlediği travmatik

yaşantının annenin psikobiyojik sisteminde kalıcı değişikliğe sebep olduğu^{389,390} ve annenin çocukluk döneminde veya yaşamboyu maruz kaldığı travmanın gebelik dönemini kapsamından bağımsız olarak çocukta negatif duygulanımı artırdığı gösterilmektedir.^{391,392}

5.3. Olguların Anksiyete Bozukluğu Alt Tipleri ile Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Tartışılması.

Çalışmamıza katılan SAB tanıılı çocukların hem Süreklilik Kaygı Envanteri-çocuk formu, hem de ÇATÖ-çocuk formu SAB alt puanları ($p=0.009$) ve çocuğun PA tanısı ile ÇATÖ-çocuk formu PA alt puanları ($p=0.046$) arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif ilişki saptandığı görülmektedir. Literatürü taradığımız zaman yapılan çalışmalarda SAB tanıılı bireylerin başka anksiyete bozukluğu olan bireylerle karşılaştırıldığı bir çalışmada SAB olan bireylerin durumu olduğundan daha kötü algıladığı, kaygı duymalarıyla ilgili daha fazla sözel ifade kullandıkları belirtilmiştir.³⁹³ Aynı zamanda SAB tanıılı bireylerin kişilerarası ilişkilerde yaşadıkları zorlukların, kişilerarası ilişkilerinde daha az doyum yaşamalarının daha fazla kaygı duymalarına yol açtığını gösteren çalışmalar vardır.^{394,395}

5.4. Anne ve Babanın Psikiyatrik Tanısı ile Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Çocukluk travmalarının ileriki yaşlarda başta depresyon ve anksiyete bozukluğu olmakla birçok psikiyatrik hastalığa yol açtığı bilinmekte olup bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak annenin travmatik yaşantı sonrası travmadan etkilenme düzeyiyle annenin psikiyatrik tanısı, özellikle anksiyete bozukluğu tanısı arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Ek olarak çalışmamızda annedeki ruhsal hastalık varlığı, özellikle anksiyete bozukluğu tanısı hem annenin, hem de çocuğun kaygı düzeyiyle ilişkili bulunmuştur. Bununla ilgili olarak literatürde annenin anksiyete düzeyinin artmasının ‘anksiyete tetikleyici’ ebeveyn tutumuna (aşırı müdahaleci; eleştirel) yol açtığını, dolayısıyla çocukta anksiyete bozukluğu oluşumuna katkıda bulunduğunu belirten çalışmalar vardır.³⁹⁶

Olguların annesinin anksiyete bozukluğu tanısı ile anne tarafından doldurulan Beck anksiyete ölçek puanları arasında ilişki saptanmazken, araştırmacı tarafından

dolurulan Hamilton anksiyete ölçeği puanları pozitif ilişkili bulunmuştur. Yapılan birçok çalışmada anksiyete bozukluğu tanısı alan çocukların annesindeki anksiyete puanları ile kontrol grubu arasında fark saptanmamış^{397,398}, bu durum çocuğunu anksiyete nedeniyle kliniğe getiren annelerin kendisi tarafından doldurulan ölçeklerde kendi tanılarını inkar etmesine bağlanmıştır.³⁹⁹ Dolayısıyla klinisyen tarafından doldurulan ölçekler bu anlamda daha değerlidir.

Çalışmamıza katılan olguların annesindeki travmatik bulgular ile babaların psikiyatrik hastalığı arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Alan yazında çalışmalar daha çok savaşa katılan erkekleri kapsamakta olup, onların aile içi tutumu ve evlilik uyumu araştırılmıştır. Yapılan çalışmalardan birinde Viyetnam savaşına katılan erkeklerin kontrol grubuna kıyasla daha çok ilişki sorunu yaşadıkları gösterilmiş⁴⁰⁰, başka bir çalışmada ise, savaş sonucunda gelişen PTSS'nin ilişki üzerindeki negatif etkisi, birincinin sivillerdeki PTSS'ye kıyasla daha çok öfke ve düşmanlık barındırmasına bağlanmıştır.⁴⁰¹ Bir eşin öfkeli ve düşmanca tutumunun partnerinin psikolojik stresine katkıda bulunduğunu belirtilen çalışmalar da bu sonucu destekler niteliktedir.^{402,403}

Bulgular PTSS ve ilişki üzerine etkinin travmatik deneyime maruz kalan erkeklerde kadınlara oranla daha güçlü olduğunu, bunun ise duygu ifadesi, semptomların ortaya çıkma şekli veya diğer cinsiyet rollerine bağlı olduğunu göstermektedir.⁴⁰⁴ Kadınların travma sonrasında partnerlerinin emosyonel ve davranışsal değişikliklerine (duygusal uyuşma, geri çekilme) karşı daha ilgili farkındalık geliştirdikleri belirtilmiş ve kadınların semptomları içselleştirirken, erkeklerin dışa vurduğu, daha fazla öfke sergilediği, bunun ise ilişkiye zarar verdiği gösterilmiştir.^{405,406}

Bizim çalışmamıza benzer şekilde annelerin travmatik bulgularının babaların mental sağlığı ile ilişkisi üzerine literatürü taradığımız zaman kadındaki PTSS varlığının diğer eşin mental sağlığına etkisi üzerine yapılan çalışmaların sınırlı sayıda olduğunu görmekteyiz. Yapılan bir çalışmada PTSS semptom şiddetiyle evlilik uyumu, aile uyumu, ebeveynlik memnuniyeti, psikolojik istismar arasında ilişki bulunmuştur.⁴⁰⁷ Genel olarak PTSS semptomları sergileyen partnere sahip olmanın kişide stres, anksiyete ve depresif bozukluk gelişme riskini artırdığını belirten çalışmalar vardır.⁴⁰⁸ Ek olarak partnerin travmatik yaşantısını öğrenmenin kişide ikincil travmatik stres gelişmesine sebep olduğu da gözardı edilmemelidir.⁴⁰⁹

5.5. Annenin Çocukluk Dönemi ve Yaşam Boyu Travma Maruziyeti ile Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Savaş olan ülkelerde yapılan prospektif çalışmalarda travmanın kuşaklararası etkisi değerlendirilmiş, bakımveren ve çocuğun mental sağlığı arasında saptanan ilişkinin ise ebeveynlik tutumlarına bağlı olduğu düşünülmüştür.^{330,331} Literatürde anksiyöz annenin aşırı korumacı tutumunu annenin artmış tehdit, tehlike algısı ve çocuğunun sıkıntılı durumuna karşı hassasiyetinin artmasıyla ilişkilendiren çalışmalar vardır.³⁷⁷ Benzer şekilde çalışmamızda da annenin çocukluk dönemindeki travma maruziyeti ile anne tarafından doldurulan çocuktaki kaygı düzeyini sorgulayan ölçek puanları arasında pozitif ilişki saptanmıştır.

Bildiğimiz üzere travmanın etkileri travmanın türüne, süresine, oluş şekline, zamanına göre değişmekle birlikte, sadece travmaya maruz kalan kişide değil, sonraki nesillerde de görülebilmektedir. Travmanın etkisi travmanın ani, sıradışı olması, kalıcı sonuçlar bırakması ve suçlanacak birinin bulunması gibi değişkenlere bağlı olarak artabilmektedir.³⁶⁷ Bizim çalışmamızda annenin yaşam boyu travma maruziyeti ile annenin günümüzdeki travmatik bulgularını sorgulayan TSSTÖ puanları arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Literatürle uyumlu olarak kişinin olay sırasında etkilenme düzeyinin sonraki süreçteki travma bulguları için yordayıcı olduğu ve travma sırasında fiziksel yara alınması, kişinin kendisinin veya başka birinin hayatının tehlikede olması, travma sırasında duyulan çaresizlik ve korku gibi yaşantıların şiddeti ile travma bulguları arasında ilişki saptanmıştır. Bireyin olaya sırasında tehdidin büyüklüğüne ilişkin algısı sonraki süreçte gözlenen psikiyatrik semptomlar açısından önemli bir belirleyicidir.⁴¹⁰

Alan yazında yapılan çalışmalarda benzer şekilde olay sırasındaki tehdit algısının ciddiliği ile kişinin yaşadığı kaygının ilişkili olduğu, travma anındaki dehşet, çaresizlik, korku duygusunun, özellikle kişinin kendi yaşamı veya sevdiklerinin yaşamına yönelik tehdit algısının olay anında yaşanan kaygı düzeyini artırdığı ve travmatik belirtileri yordadığı gösterilmiştir.⁴¹⁰

Travmatik stres için önemli risklerden biri de başka bir insanın travmatik yaşantısına çaresiz bir şekilde tanıklık etmektir. Travma mağdurlarıyla çalışan

terapistlerde de mesleki maruziyet sonucunda yaşadıkları çaresizlik, korku gibi duyguların ikincil travmatik strese sebep olduğu bildirilmiştir.⁴¹¹

Çalışmamıza katılan annelerin travmadan etkilenme düzeyi incelendiğinde travmatik olay sırasında fiziksel yara alınmasıyla anne tarafından doldurulan Beck anksiyete ölçek puanları, travma anında annenin çaresizlik düşüncesiyle ÇATÖ-çocuk formu ölçeğinin SAB alt puanları, annenin korku duygusunun şiddetiyle ÇATÖ-ebeveyn formu puanları, Süreklilik Kaygı Envanteri-çocuk formu puanları, ÇATÖ-çocuk formu SAB ve Okul Fobisi alt puanları arasında ilişki olduğu görülmektedir. Travmatik olay anında annenin kendisinin veya başka birinin hayatı tehdit durumu ile annenin günümüzdeki travma bulguları ilişkili bulunurken, diğer anne ve çocuk tarafından doldulan herhangi bir ölçekten alınan puan arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştı.

Kaygının çocukluk yıllarındaki aşırı koruyucu, reddedici ebeveyn tutumları, çocuğun fiziksel baskı altında tutulması, ebeveynlerin kaygı düzeyinin yüksek olması gibi birçok yaşantıdan köken aldığı bilinmektedir.^{412,413,414} Travma mağduru annelerin duygusal olarak uyuşukluk ve ‘flashback’ gibi semptomları sık deneyimlediği bilinmekte olup, travma mağduru annenin çocuğunu tehlikeden korumakta yetersiz olduğu ve daha çok kendi sorunlarına odaklanıp, çocuklarına yeterli ilgiyi gösteremedikleri belirlenmiştir.

Travmatik olaydan dolayı işlevselliğin bozulması farklı düzeylerde olabilmektedir. Yaşanan stresin düzeyine bağlı olarak bu veya başka alanlarda işlevselliğin bozulması ve travmanın kişinin yaşamının bir çok alanına olan etkisinin sonraki süreçte de devam ettiği bilinmektedir.⁴¹⁵

Bizim çalışmamızda da annenin işlevselliğinin etkilenme düzeyi ile annenin Beck anksiyete ölçeği, Hamilton anksiyete ölçeği, anne tarafından doldurulan ve çocuğun kaygı düzeyinin sorgulandığı ÇATÖ-ebeveyn formu toplam puanları, çocuğun ise süreklilik kaygı envanteri genel puanı ve ÇATÖ-çocuk formu PA alt puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Çocuk küçük yaşlarından itibaren annenin ses tonundan ve genel havasından kaygı, öfke, korku gibi duygularını anlamakta ve annesi kaygılı olan bir çocuk Annenin kaygı düzeyinin yüksek olmasının çocuğun da kaygı düzeyini artırmakta olduğunu gösteren bir çok çalışma vardır.^{416,417} Yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluğu tanılı çocukların annelerinde yaşam boyu

anksiyete tanısı %93 iken, sağlıklı çocukların annesinde bu oranın %40 olduğu belirtilmiřtir⁶



6. SONUÇ

1. Çalışmamızda annenin kaygı düzeyi ile çocuğun kaygı düzeyi arasında pozitif ilişkili saptandı.
2. Annedeki hem anksiyete bozukluğu varlığı, hem de yaşam boyu travma maruziyeti annenin Travma Sonrası Stres Bozukluğu bulguları ve anne tarafından bildirilen çocuktaki kaygı düzeyi ile ilişkili bulundu.
3. İlginç bir şekilde, Annenin travmatik bulguları babanın psikiyatrik tanısıyla ilişkili idi.
4. Travma sonrası annenin işlevselliğinin bozulması anne ve çocuktaki kaygı düzeyiyle ilişkili bulundu.
5. Annenin çocukluk travması annen tarafından bildirilen çocuktaki kaygı düzeyiyle ilişkili bulunurken, yaşamboyu travma maruziyetinde benzer ilişkiyoktu.
6. Çalışmamız ülkemizde Anksiyete Bozukluğu tanılı çocuk ve ergenlerde travmanın kuşaklararası etkisi üzerine yapılan ilk çalışmadır.

Bizim çalışmamızda hasta sayısı kısıtlı olduğu için travmatik olayın türü ile travmatik bulguların şiddeti ve çocuğun kaygı düzeyi arasında ilişki değerlendirilemedi. Bu veriler ışığında travmanın kuşaklar arası aktarımı üzerine daha fazla sayıda olgu ile daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR:

1. Reiss S, Peterson RA, Gurskey DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*. 1986;24:1–8.
2. Scher, C. D., & Stein, M. B. (2003). Developmental antecedents of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(3), 253–269.
3. Yehuda, R., Schmeidler, J., Wainberg, M., Binder, B.K. ve Duvdevani, T. (1998). Vulnerability to posttraumatic stress disorder in adult offspring of Holocaust survivors. *The American Journal of Psychiatry*, 155(9), 1163–1171.
4. Van der Sluis CM, van Steensel FJA, Bögels SM. Parenting clinically anxious versus healthy control children aged 4–12 years. *Journal of Anxiety Disorders*. 2015;32:1–7. doi: 10.1016/j.janxdis.2015.03.002
5. Asselmann E, Beesdo-Baum K (2015). Predictors of the course of anxiety disorders in adolescents and young adults. *Current Psychiatry Reports* 17, 543; doi: 10.1007/s11920-014-0543-z.
6. Last CG, Francis G, Hersen M, Kazdin AE, Strauss CC. (1987). Separation anxiety and school phobia: A comparison using DSM-III criteria. *American Journal of Psychiatry*, 144, 653–657.
7. Ruppert, F. (2011). *Travma, Bağlanma ve Aile Konstelasyonları Ruhun Yaralarını Anlamak ve İyileştirmek*. (F. Zengin, çev.). İstanbul: Kaknüs Yayınları. (Orijinal çalışma basım tarihi 2008).
8. Kocabaşoğlu, N., *Anksiyete bozukluklarına genel bir bakış; Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar*. Sempozyum Dizisi No:62 •Mart 2008 S:175-184
9. Freud; A., *The Ego and the Mechanisms of Defence*. London: The Hogarth Press, 1937.
10. Muris P, Merckelbach H, Mayer B, Prins E. How serious are common childhood fears *Behav Res Ther*. 2000;38:217-28.

11. Wilmschurst L. (2005). *Essentials of behavioral science series. Essentials of child psychopathology*. John Wiley & Sons Inc.
12. Nemiah, J. C. (1996). Breuer, Josef and Freud, Sigmund (1895/1995), Studies on Hysteria. In James Strachey (Ed.) The Standard Edition of the Complete
13. Freud, S. (1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. In J. Strachey, & A. Freud (Eds.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (pp. 77-175). London: The Hogarth Press
14. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States *Int J Methods Psychiatr Res.* 2012; 21(3):169–84.
15. Merikangas KR, He JP, Burnstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, Benjet C, Georgiades K, Swendsen J. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication—Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal American Academic Child and Adolescents Psychiatry* 2010; 49(10):980–9.
16. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol.* 2014; 43(2):476-93.
17. Pine DS, Klein RG. Anxiety disorders. In: Rutter M, editor. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. John Wiley & Sons; 2008. pp. 628–46.
18. Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483–524.
19. Anna M. Wehry, Katja Beesdo-Baum, Meghann M. Hennelly, Sucheta D. Connolly, and Jeffrey R. Strawn; (2015) *Assessment and Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents*
20. Costello, E. J., Egger, H. L., Copeland, W., Erkanli, A., & Angold, A. (2011). The developmental epidemiology of anxiety disorders, phenomenology, prevalence, and comorbidity. In W. K.

Silverman & A. Fields (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment, and intervention* (2nd ed.). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.

21. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA; Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015 Mar;56(3):345-65.
22. Bachmann CJ, Aagaard L, Burcu M, Glaeske G, Kalverdijk LJ, Petersen I, Schuiling-Veninga CC, Wijlaars L, Zito JM, Hoffmann F; Trends and patterns of antidepressant use in children and adolescents from five western countries, 2005-2012; *Eur Neuropsychopharmacol*. 2016 Mar;26(3):411-9. doi: 10.1016/j.euroneuro.2016.02.001. Epub 2016 Feb 8.
23. Greta A. Bushnell Bradley N. Gaynes Scott N. Compton Stacie B. Dusetzina M. Alan Brookhart Til Stürmer; Incidence of mental health hospitalizations, treated self-harm, and emergency room visits following new anxiety disorder diagnoses in privately insured U.S. children; 24 October 2018
24. Moffitt TE, Caspi A, Harrington H, et al. Generalized anxiety disorder and depression: childhood risk factors in a birth cohort followed to age 32. *Psychol Med*. 2007;37:441–52. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
25. Costello EJ, Farmer EM, Angold A, Burns BJ, Erkanli A. Psychiatric disorders among American Indian and white youth in Appalachia: the Great Smoky Mountains Study. *Am J Public Health*. 1997; 87(5):827-32.
26. Post RM, Altshuler L, Leverich GS, Frye MA, Suppes T, McElroy SL, et al. Relationship of clinical course of illness variables to medical comorbidities in 900 adult outpatients with bipolar disorder. *Compr Psychiatry*. 2015; 56:21-8. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.08.050.
27. Costello EJ, Copeland W, Angold A. Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal American Academic Child and Adolescents Psychiatry* 2011; 52(10):1015–1025.
28. Beesdo-Baum K, Knappe S. Developmental epidemiology of anxiety disorders. *Child Adolescents Psychiatr Clin N Am*. 2012b; 21(3):457–78.

29. Eley, T. C. (2001). Contributions of behavioral genetics research: Quantifying genetic, shared environmental and nonshared environmental influences. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 45–59). London, United Kingdom: Oxford University Press.
30. Bakhla AK, Sinha P, Sharan R, Binay Y, Verma V, Chaudhury S. Anxiety in school students: Role of parenting and gender. *Ind Psychiatry J*. 2013; 22(2):131-7.
31. Foley DL, Goldston DB, Costello EJ, Angold A. Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: the Great Smoky Mountains study. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63:1017–1024. Wehry et al. Page 11, in PMC 2015 July 01
32. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008; 37(2):363–75.
33. Benjamin, R. S., Costello, E. J., & Warren, M. (1990). Anxiety disorders in a pediatric sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 4(4), 293–316.
34. Kashani, J. H., & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 147(3), 313–318.
35. R.M. Rapee, C.A. Schniering, J.L. Hudson Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment *Annual Review of Clinical Psychology*, 5 (2009), pp. 335-365
36. Costello, E. J., Egger, H. L., & Angold, A. (2004). Developmental epidemiology of anxiety disorders. In T. H. Ollendick, & J. S. March (Eds.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions* (pp. 6191). New York: Oxford University Press.
37. Weems, C. F., Hammond-Laurence, K., Silverman, W. K., & Ginsburg, G. S. (1998).
38. Vasey, M. W., & Dadds, M. R. (2001). (Eds.). *The developmental psychopathology of anxiety*. London, United Kingdom: Oxford University Press Weems, C. F., & Costa, N. M. (2005).

- Developmental differences in the expression of childhood anxiety symptoms and fears. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 656–663
39. Weems, C. F., & Stickle, T. R. (2005). Anxiety disorders in childhood: Casting a nomological net. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 107–134.
 40. Gregory, A. M., & Eley, T. C. (2011). The genetic basis of child and adolescent anxiety. In W. K. Silverman & A. Fields (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment, and intervention* (2nd ed.). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press
 41. Braestrup, C., & Nielsen, M. (1982). ANXIETY. *The Lancet*, 320(8306), 1030–1034.
 42. Brick J, Erickson CK (1998) Drugs, the Brain, and Behavior. *The Pharmacology of Abuse and Dependence*. New York, The Haworth Medical Press, s. 119-131.
 43. Gordon JA, Hen R (2004) Genetic approaches to the study of anxiety. *Annu Rev Neurosci* 27:193–222
 44. Fox, E., & Georgiou, G. A. (2005). The Nature of Attentional Bias in Human Anxiety. In R. W. Engle, G. Sedek, U. von Hecker, & D. N. McIntosh (Eds.), *Cognitive limitations in aging and psychopathology* (p. 249–274). Cambridge University Press.
 45. Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Hirshfeld, D., Faraone, V., Bolduc, E., Gersten, M., Reznick, S. (1990). Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 47, 21–26.
 46. Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition. *Child Development*, 58, 1459–1473
 47. Lonigan, C. J., Phillips, B. M., Wilson, S. B., & Allan, N. P. (2011). Temperament and anxiety in children and adolescents. In W. K. Silverman & A. Fields. *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment, and intervention* (2nd ed.). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.

48. Uzbay, T., Anksiyetenin Nörobiyolojisi. J Clin Psy. 2002; 5(1): 5-13
49. Mohler H. The rise of a new GABA pharmacology. Neuropharmacology. 2011;60(7–8):1042–1049.
50. Roy-Byrne PP, Sullivan MD, Cowley DS, et al. Adjunctive treatment of benzodiazepine discontinuation syndromes: A review. J Psychiatr Res. 1993;27(Suppl 1):143–153.
51. Pollack MH, Matthews J, Scott EL. Gabapentin as a potential treatment for anxiety disorders. Am J Psychiatry. 1998;155(7):992–993.
52. Stahl SM. Mechanism of action of α_2 delta ligands: Voltage sensitive calcium channel (VSCC) modulators. J Clin Psychiatry. 2004;65(8):1033–1034.
53. Harvey, B. H., McEwen, B. S., & Stein, D. J. (2003). Neurobiology of antidepressant withdrawal: implications for the longitudinal outcome of depression. Biological Psychiatry, 54(10), 1105–1117.
54. Burris KD, Sanders-Bush E. Unsurmountable antagonism of brain 5-hydroxytryptamine-2 receptors by (+)-lysergic acid diethylamide and bromo-lysergic acid diethylamide. Mol Pharmacol. 1992;42(5):826–830.
55. Dell’Osso B, Buoli M, Baldwin DS, Altamura AC. Serotonin norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) in anxiety disorders: A comprehensive review of their clinical efficacy. Hum Psychopharmacol. 2010;25(1):17–29
56. Redmond, D. E., & Huang, Y. H. (1979). II. New evidence for a locus coeruleus-norepinephrine connection with anxiety. Life Sciences, 25(26), 2149–2162.
57. Hoehn-Saric R (1982) Neurotransmitters in anxiety. Arch Gen Psychiatry, 39:735-742
58. Ninan PT (1999) The functional anatomy, neurochemistry, and pharmacology of anxiety. J Clin Psychiatry, 60(Suppl 22):12- 17

59. Sevy S, Papadimitriou GN, Surmont DW ve ark. (1989) Noradrenergic function in generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and healthy subjects. *Biol Psychiatry*, 25:141-152.
60. Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: an enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. Oxford University Press
61. Gray JA, McNaughton N: *The Neuropsychology of Anxiety*, 2nd ed. Oxford, UK, Oxford University Press, 2000.
62. Davis M (1998) Are different parts of the extended amygdala involved in fear versus anxiety? *Biol Psychiatry*, 44:1239-1247
63. LeDoux, J. E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*, 23, 155–184
64. Davidson JR. 1998. Pharmacotherapy of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatr* 59(suppl 17):47–53
65. Davidson, J. R. T. (2000). Social anxiety disorder under scrutiny. *Depression and Anxiety*, 11(3), 93–98.
66. Baving, L., Laucht, M., & Schmidt, M. H. (2002). Frontal brain activation in anxious school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 265–274.
67. Davidson. R. J., & Fox. N. A. 1989. Frontal brain asymmetry predicts infants' response to maternal separation. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 127-131.
68. Blackford, J. U., & Pine, D. S. (2012). Neural Substrates of Childhood Anxiety Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21(3), 501–525.
69. Strawn, J. R., Bitter, S. M., Weber, W. A., Chu, W.-J., Whitsel, R. M., Adler, C., ... Delbello, M. P. (2012). Neurocircuitry Of Generalized Anxiety Disorder In Adolescents: A Pilot Functional Neuroimaging And Functional Connectivity Study. *Depression And Anxiety*, 29(11), 939–947.
70. Ader R, Cohen N, Felten D. 1995. Psychoneuroimmunology: interactions between the nervous system and the immune system. **Lancet** 345: 99–103.

71. Raison CL, Capuron L, Miller AH. 2006. Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of . depression. *Trends Immunol* 27: 24–31.
72. Leonard BE, Myint A. 2009. The psychoneuroimmunology of depression. **Hum Psychopharmacol** 24: 165–175.
73. Miller AH. 2009. Norman Cousins Lecture. Mechanisms of cytokine-induced behavioral changes: psychoneuroimmunology at the translational interface. **Brain Behav Immun** 23:149–158.
74. Kronfol, Z., & Remick, D. G. (2000). Cytokines and the brain: Implications for clinical psychiatry. **The American Journal of Psychiatry**, 157, 683–694
75. Maier SF. 2003. Bi-directional immune-brain communication: implications for understanding stress, pain, and cognition. **Brain Behav Immun** 17: 69–85.
76. Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG, Johnson RW, Kelley KW. 2008. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. **Nat Rev Neurosci** 9: 46–56.
77. Loftis JM, Huckans M, Morasco BJ. 2010. Neuroimmune mechanisms of cytokine-induced depression: current theories and novel treatment strategies. **Neurobiol Dis** 37: 519–533.
78. Capuron L, Miller AH. 2011. Immune system to brain signaling: neuropsychopharmacological implications. **Pharmacol Ther** 130: 226–238.
79. Dantzer R, Capuron L, Irwin MR, et al. 2008. Identification and treatment of symptoms associated with inflammation in medically ill patients. **Psychoneuroendocrinology** 33: 18–29.
80. Besedovsky HO, del Rey A. 1996. Immune-neuro-endocrine interactions: facts and hypotheses. **Endocr Rev** 17: 64–102.
81. Elenkov IJ, Wilder RL, Chrousos GP, Vizi ES. 2000. The sympathetic nerve—an integrative interface between two supersystems: the brain and the immune system. *Pharmacol Rev* 52: 595–638.

82. Moron JA, Zakharova I, Ferrer JV, **et al.** 2003. Mitogen-activated protein kinase regulates dopamine transporter surface expression and dopamine transport capacity. **J Neurosci** 23: 8480–8488.
83. Cai W, Khaoustov VI, Xie Q, Pan T, Le W, Yoffe B. 2005. Interferonalpha-induced modulation of glucocorticoid and serotonin receptors as a mechanism of depression. **J Hepatol** 42: 880–887.
84. Ida T, Hara M, Nakamura Y, Kozaki S, Tsunoda S, Ihara H. 2008. Cytokine-induced enhancement of calcium-dependent glutamate release from astrocytes mediated by nitric oxide. **Neurosci Lett** 432: 232–236.
85. Pariante CM, Miller AH. 2001. Glucocorticoid receptors in major depression: relevance to pathophysiology and treatment. **Biol Psychiatry** 49: 391–404.
86. Raison CL, Borisov AS, Woolwine BJ, Massung B, Vogt G, Miller AH. 2010. Interferon-alpha effects on diurnal hypothalamic–pituitary–adrenal axis activity: relationship with proinflammatory cytokines and behavior. **Mol Psychiatry** 15: 535–547.
87. Brydon L, Harrison NA, Walker C, Steptoe A, Critchley HD. 2008. Peripheral inflammation is associated with altered substantia nigra activity and psychomotor slowing in humans. **Biol Psychiatry** 63: 1022–1029
88. Maes M, Bosmans E, Suy E, Vandervorst C, De Jonckheere C, Raus J. 1990. Immune disturbances during major depression: upregulated expression of interleukin-2 receptors. **Neuropsychobiology** 24: 115–120.
89. Maes M, Bosmans E, Suy E, Vandervorst C, DeJonckheere C, Raus J. 1991. Depression-related disturbances in mitogen-induced lymphocyte responses and interleukin-1 beta and soluble interleukin-2 receptor production. **Acta Psychiatr Scand** 84: 379–386.
90. Maes M, Scharpe S, Bosmans E, **et al.** 1992. Disturbances in acute phase plasma proteins during melancholia: additional evidence for the presence of an inflammatory process during that illness. **Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry** 16: 501–515
91. Maes M, Van der Planken M, Stevens WJ, **et al.** 1992. Leukocytosis, monocytosis and neutrophilia: hallmarks of severe depression. **J Psychiatr Res** 26: 125–134.

92. Dowlati Y, Herrmann N, Swardfager W, **et al.** 2010. A meta-analysis of cytokines in major depression. **Biol Psychiatry** 67: 446–457.
93. Brietzke E, Stertz L, Fernandes BS, **et al.** 2009. Comparison of cytokine levels in depressed, manic and euthymic patients with bipolar disorder. **J Affect Disord** 116: 214–217.
94. Gabbay V, Klein RG, Guttman LE, **et al.** 2009. A preliminary study of cytokines in suicidal and nonsuicidal adolescents with major depression. **J Child Adolesc Psychopharmacol** 19: 423–430.
95. Hou, R., & Baldwin, D. S. (2011). A neuroimmunological perspective on anxiety disorders. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 27(1), 6–14
96. Bluthé RM, Dantzer R, Kelley KW. 1992. Effects of interleukin-1 receptor antagonist on the behavioral effects of lipopolysaccharide in rat. **Brain Res** 573: 318–320.
97. Sakic B, Szechtman H, Talangbayan H, Denburg SD, Carbotte RM, Denburg JA. 1994. Disturbed emotionality in autoimmune MRL-lpr mice. **Physiol Behav** 56: 609–617.
98. Schrott LM, Crnic LS. 1996. Increased anxiety behaviors in autoimmune mice. **Behav Neurosci** 110: 492–502.
99. Maes M, Song C, Lin A, **et al.** 1998. The effects of psychological stress on humans: increased production of pro-inflammatory cytokines and a Th1-like response in stress-induced anxiety. **Cytokine** 10: 313–318
100. Pitsavos C, Panagiotakos DB, Papageorgiou C, Tsetsekou E, Soldatos C, Stefanadis C. 2006. Anxiety in relation to inflammation and coagulation markers, among healthy adults: the ATTICA study. **Atherosclerosis** 185: 320–326.
101. Arranz L, Guayerbas N, De la Fuente M. 2007. Impairment of several immune functions in anxious women. **J Psychosom Res** 62: 1–8.

102. Reichenberg A, Yirmiya R, Schuld A, et al. 2001. Cytokine-associated emotional and cognitive disturbances in humans. *Arch Gen Psychiatry* 58: 445–452
103. Calabrese, V., Bates, T. E., & Stella, A. M. (2000). NO synthase and NO-dependent signal pathways in brain aging and neurodegenerative disorders: The role of oxidant/antioxidant balance. **Neurochemical Research**, **25**, 1315–1341
104. Halliwell, B. (2006). Oxidative stress and neurodegeneration: Where are we now? **Journal of Neurochemistry**, **97**, 1634–1658.
105. Sayre, L. M., Perry, G., & Smith, M. A. (2008). Oxidative stress and neurotoxicity. **Chemical Research in Toxicology**, **21**, 172–188.
106. Ng, F., Berk, M., Dean, O., & Bush, A. I. (2008). Oxidative stress in psychiatric disorders: Evidence base and therapeutic implications. **The International Journal of Neuropsychopharmacology**, **11**, 851–876.
107. Floyd, R. A. (1999). Antioxidants, oxidative stress, and degenerative neurological disorders. **Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine**, **222**, 236–245.
108. Floyd, R. A. (1999). Neuroinflammatory processes are important in neurodegenerative diseases: An hypothesis to explain the increased formation of reactive oxygen and nitrogen species as major factors involved in neurodegenerative disease development. **Free Radical Biology & Medicine**, **26**, 1346–1355.
109. Floyd, R. A., Hensley, K., Jaffery, F., Maidt, L., Robinson, K., Pye, Q., et al. (1999). Increased oxidative stress brought on by pro-inflammatory cytokines in neurodegenerative processes and the protective role of nitron-based free radical traps. **Life Sciences**, **65**, 1893–1899.
110. Hopkins, S. J., & Rothwell, N. J. (1995). Cytokines and the nervous system. I: expression and recognition. **Trends in Neurosciences**, **18**, 83–88.
111. Martiney, J. A., Cuff, C., Litwak, M., Berman, J., & Brosnan, C. F. (1998). Cytokine-induced inflammation in the central nervous system revisited. **Neurochemical Research**, **23**, 349–359.

112. Merrill, J. E., & Benveniste, E. N. (1996). Cytokines in inflammatory brain lesions: Helpful and harmful. **Trends in Neurosciences**, **19**, 331–338.
113. Wakita, T., Shintani, F., Yagi, G., Asai, M., & Nozawa, S. (2001). Combination of inflammatory cytokines increases nitrite and nitrate levels in the paraventricular nucleus of conscious rats. **Brain Research**, **905**, 12–20
114. Bethea, J. R. (2000). Spinal cord injury-induced inflammation: A dual-edged sword. **Progress in Brain Research**, **128**, 33–42.
115. Neumann, H. (2000). The immunological microenvironment in the CNS: Implications on neuronal cell death and survival. **Journal of Neural Transmission. Supplementum**, **59**, 59–68.
116. Stoll, G., Jander, S., & Schroeter, M. (2000). Cytokines in CNS disorders: Neurotoxicity versus neuroprotection. **Journal of Neural Transmission. Supplementum**, **59**, 81–89.
117. Streit, W. J., Walter, S. A., & Pennell, N. A. (1999). Reactive microgliosis. **Progress in Neurobiology**, **57**, 563–581.
118. Türkçapar H (2008) Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Uygulama. Editör: Köroğlu E, HYB Basım yayın, Ankara.
119. McLeod BD, Weisz JR, Wood JJ (2007) Examining the association between parenting and childhood depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 27:986–1003.
120. Jorm A, Dear K, Rodgers B, Christensen H (2003) Interaction between mother's and father's affection as a risk factor for anxiety and depression symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 38:173–179.
121. Harold GT, Rice F, Hay DF, Boivin J, Van Den Bree M, Thapar A (2011) Familial transmission of depression and antisocial behavior symptoms: disentangling the contribution of inherited and environmental factors and testing the mediating role of parenting. *Psychol Med* 41:1175–1185.

122. Boutelle K, Eisenberg ME, Gregory ML, Neumark-Sztainer D (2009) The reciprocal relationship between parent–child connectedness and adolescent emotional functioning over 5 years. *J Psychosom Res* 66:309–316
123. Watt, M. C., Stewart, S. H., & Cox, B. J. (1998). A retrospective study of the learning history origins of anxiety sensitivity. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 505–525.
124. American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association Task Force. 144 7. SPECIFIC PHOBIA.
125. Connolly, S. D., & Bernstein, G. A. (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(2), 267-283.
126. Last, C. G., & Strauss, C. C. (1989). Panic disorder in children and adolescents. ***Journal of Anxiety Disorders***, 3(2), 8795.
127. Biederman, J., Faraone, S. V., Marrs, A., Moore, P., Garcia, J., Ablon, S. Kearns, M. E. (1997). Panic disorder and agoraphobia in consecutively referred children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(2), 214223.
128. Reed, V., & Wittchen, H. U. (1998). DSM-IV panic attacks and panic disorder in a community sample of adolescents and young adults: How specific are panic attacks? ***Journal of Psychiatric Research***, 32(6), 335345.
129. Cornacchio, D., Crum, K. I., Coxe, S., Pincus, D. B., & Comer, J. S. (2016). Irritability and Severity of Anxious Symptomatology Among Youth With Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(1), 54–61.
130. Costello EJ; Angold A; Burns BJ et al. The Great Smoky Mountains Study of Youth: goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1996; 53: 1129-1136

131. Hayward, C., Killen, J. D., Kraemer, H. C., & Taylor, C. B. (2000). Predictors of panic attacks in adolescents. **Journal of the American Academy of Child&Adolescent psychiatry**, **39**(2), 207214.
132. Mathyssek, C. M., Olino, T. M., Verhulst, F. C., & van Oort, F. V. (2012). Childhood internalizing and externalizing problems predict the onset of clinical panic attacks over adolescence: The TRAILS study. **PLoS One**, **7**(12), e51564.
133. Hayward, C., Killen, J. D., & Taylor, C. B. (2003). The relationship between agoraphobia symptoms and panic disorder in a non-clinical sample of adolescents. **Psychological Medicine**, **33**(4), 733738.
134. Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., . Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **49**(10), 980989.
135. Hayward, C., Killen, J. D., & Taylor, C. B. (1989). Panic attacks in young adolescents. **American Journal of Psychiatry**, **146**(8), 10611062.
136. Asselmann, E., Pane´-Farre´, C., Isensee, B., Wittchen, H. U., Lieb, R., Hoffler, M.,&Beesdo-Baum K (2014); Characteristics of initial fearful spells and their associations with DSM-IV panic attacks and panic disorder in adolescents and young adults from the community. **Journal of Affective Disorders**, **165**, 95102.
137. Asselmann, E., Wittchen, H. U., Lieb, R., Ho¨fler, M., & Beesdo-Baum, K. (2014). Does help-seeking alter the risk for incident psychopathology in adolescents and young adults with and without fearful spells or panic attacks? Findings from a 10-year prospective-longitudinal community study. **Journal of Affective Disorders**, **169**, 221227.
138. Alessi, N. E., Robbins, D. R., & Dilsaver, S. C. (1987). Panic and depressive disorders among psychiatrically hospitalized adolescents. **Psychiatry Research**, **20**(4), 275283.
139. Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. **American Journal of Psychiatry**, **158**(10), 15681578.

140. Ehlers, A. (1993). Somatic symptoms and panic attacks: A retrospective study of learning experiences. *Behaviour Research and Therapy*, **31**(3), 269-278.
141. Mathyssek, C. M., Olino, T. M., Verhulst, F. C., & van Oort, F. V. (2012). Childhood internalizing and externalizing problems predict the onset of clinical panic attacks over adolescence: The TRAILS study. *PLoS One*, **7**(12), e51564.
142. Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, **24**, 737-767.
143. Weems, C. F., & Costa, N. M. (2005). Developmental differences in the expression of childhood anxiety symptoms and fears. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **44**(7), 656-663.
144. Ollendick, T. H., Benoit, K., & Grills-Tauechel, A. E. (2014). Social anxiety in children and adolescents. In J. Weeks (Ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of social anxiety* (pp. 181-200). New York: John Wiley & Sons, LTD
145. Westenberg, P. M., Gullone, E., Bokhorst, C. L., Heyne, D. A., & King, N. (2007). Social evaluation fear in childhood and adolescence: Normative developmental course and continuity of individual differences. *British Journal of Developmental Psychology*, **25**, 471-483.
146. Kearney, C. A., & Albano, A. M. (2004). The functional profiles of school refusal behavior: Diagnostic aspects. *Behavior Modification*, **28**, 147-161
147. Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1998). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: American Psychological Association.
148. Wong, Q. J., Chen, J., Gregory, B., Baillie, A. J., Nagata, T., Furukawa, T. A., et al. (2019). Measurement equivalence of the Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) and Social Phobia Scale (SPS) across individuals with social anxiety disorder from Japanese and Australian sociocultural contexts. *Journal of affective disorders*, **243**, 165-174.

149. Canino, G., Shrout, P. E., Rubio-Stipec, M., Bird, H. R., Bravo, M., Ramírez, R., et al. (2004). The dsm-iv rates of child and adolescent disorders in puerto rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Archives of general psychiatry*, 61(1), 85-93.
150. Bener, A., Ghuloum, S., & Dafeeah, E. (2011). Prevalence of common phobias and their sociodemographic correlates in children and adolescents in a traditional developing society. *African Journal of Psychiatry*, 14(2).
151. Abbo, C., Kinyanda, E., Kizza, R. B., Levin, J., Ndyabangi, S., & Stein, D. J. (2013). Prevalence, comorbidity and predictors of anxiety disorders in children and adolescents in rural north-eastern Uganda. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 7(1), 21.
152. Farshidfar, Z., Dastjerdi, R., Mohammadi, M. R., Alavi, S., & Ahmadi, A. (2019). The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Children and Adolescents in Southern Khorasan Province, Iran. *Modern Care Journal*, 16(2).
153. Canals, J., Voltas, N., Hernandez-Martinez, C., Cosi, S., & Arija, V. (2019). Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 28(1), 131-143.
154. Tillfors, M., Furmark, T., Bohlin, G., Andersson, G., & Svedin, C. G. (2009). Social phobia in Swedish adolescents. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(1), 1.
155. Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Fehm, L., Stein, M. B., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2011). Social fear and social phobia types among community youth: differential clinical features and vulnerability factors. *Journal of psychiatric research*, 45(1), 111-120.
156. Bandelow, B., Torrente, A. C., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Rüther, E. (2004). Early traumatic life events, parental rearing styles, family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 254(6), 397-405.
157. Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2000). The origins of social phobia. *Behavior modification*, 24(1), 102-129.

158. Elizabeth, J., King, N., Ollendick, T. H., Gullone, E., Tonge, B., Watson, S., et al. (2006). Social anxiety disorder in children and youth: A research update on aetiological factors. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 151-163
159. Scaini, S., Belotti, R., & Ogliari, A. (2014). Genetic and environmental contributions to social anxiety across different ages: a meta-analytic approach to twin data. *Journal of anxiety disorders*, 28(7), 650-656.
160. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; Psikanalitik Psikoterapiler: Temel Kavramlar, Kuramlar Ve Yöntemler; 1. Baskı: Ekim 2011, Ankara: 346-348
161. American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*, 4th edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association
162. Kendall PC, Warman MJ (1996), Anxiety disorders in youth: diagnostic consistency across DSM-III-R and DSM-IV. *J Anxiety Disord* 10:453– 463
163. Beesdo K, Pine DS, Lieb R, Wittchen HU. Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(1):47–57.
164. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaves WW (1994), DSM-III-R generalized anxiety disorder in a national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 51:355–364
165. Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A. E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1070-1076
166. Kessler, R. C., Walters, E. E., & Wittchen, H. (2004). Epidemiology. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, D. S. Mennin, R. G. Heimberg, C. L. Turk, D. S. Mennin (Eds.) , *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 29-50). New York, NY, US: Guilford Press.
167. Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G (1998), Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med* 28:109–126

168. Judd LL, Kessler RC, Paulus MP, Zeller PJ, Wittchen HU, Kunovac JL (1998), Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorder: results from the National Comorbidity Study. *Acta Psychiatr Scand* 98(suppl 393):6–11
169. Strawn JR, Dominick KC, Patino LR, Doyle CD, Picard LS, Phan KL. Neurobiology of pediatric anxiety disorders. *Curr Behav Neurosci Rep*. 2014;1(3):154–60.
170. Strawn JR, John Wegman C, Dominick KC, Swartz MS, Wehry AM, Patino LR, et al. Cortical surface anatomy in pediatric patients with generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 2014;28(7):717–23.
171. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2000.
172. Albano, A.M., Chorpita, B.F., & Barlow, D.H. (2003) Childhood anxiety disorders, In: *Child Psychopathology* (2nd ed.), Mash, E.J. & Barkley, R.A. (Eds.), pp. 279-329, Guilford Press, New York.
173. Costello, E.J. & Angold, A. (1995) Developmental epidemiology, In: *Manual of Developmental Psychopathology*, Cicchetti, D. & Cohen, D. (Eds.), Vol. I, pp. 23-56, Wiley, New York.
174. Breton, J.J., Bergeron, L., Valla, J.P., et al. (1999) Quebec Child Mental Health Survey: prevalence of DSM-III-R mental health disorders, *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 40, No. 3, pp. 375-84.
175. Van Oort, F.V.A., Greaves-Lord, K., Verhulst, F.C., Ormel, J. & Huizink, A.C. (2009) The developmental course of anxiety symptoms during adolescence: the TRAILS study, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 50, No. 10, pp. 1209-1217.
176. Bowen, R.C., Offord, D.R. & Boyle, M.H. (1990) The prevalence of overanxious disorder and separation anxiety disorder: results from the Ontario Child Health Study, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 29, No. 5, pp. 753-8.

177. Anderson, J.C., Williams, S., McGee, R., et al. (1987) DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population, *Archives of General Psychiatry*, Vol. 44, No. 1, pp. 69-76.
178. Lewinsohn, P.M., Hops, H., Roberts, R.E., et al. (1993) Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 102, No. 1, pp. 133-44.
179. Lavigne, J.V., LeBailly, S.A., Hopkins, J., Gouze, K.R. & Binns, H.J. (2009) The Prevalence of ADHD, ODD, Depression, and Anxiety in a Community Sample of 4-Year-Olds, 334 Different Views of Anxiety Disorders *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, Vol. 38, No. 3, (May/June 2009), pp. 315-328.
180. Bradley, S.J. & Hood, J.(1993) Psychiatrically referred adolescents with panic attacks: presenting symptoms, stressors and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 32, No. 4, pp. 826-9.
181. Masi, G., Favilla, L., Mucci, M. & Millepiedi S. (2000) Depressive comorbidity in children and adolescents with generalized anxiety disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, Vol.30, No. 3, pp. 205-15.
182. Battaglia, M., Bertella, S., Politi, E., Bernardeschi, L., Perna, G., Gabriele, A. & Bellodi L. (1995) Age of onset of panic disorder: influence of familial liability to the disease and of childhood separation anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 152, No.9, pp.1362-4.
183. Capps L, Sigman M, Sena R., Heoker, B. & Whalen C. (1996) Fear, anxiety, and perceived control in children of agoraphobic parents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 37, No. 4, pp. 445-52.
184. Pine, D.S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J. & Ma, Y. (1998) The risk for early adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 55, No.1, pp. 56-64.
185. Fagiolini, A., Shear, M.K., Cassano, G.B. & Frank, E. (1998) Is lifetime separation anxiety a manifestation of a panic spectrum? *CNS Spectrums*, Vol. 3, No.4, pp. 63-72

186. Aschenbrand, S.G., Kendall, P.C., Webb, A., Safford, S.M. & Flannery-Schroeder, E. (2003) Is Childhood Separation Anxiety Disorder a Predictor of Adult Panic Disorder and Agoraphobia? A Seven-Year Longitudinal Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol. 42, No.12, pp.1478-1485.
187. Brückl, T.M., Wittchen, H-U., Höfler, M., Pfister, H., Schneider, S. & Lieb R. (2007) Childhood Separation Anxiety and the Risk of Subsequent Psychopathology: Results from a Community Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol. 76, pp. 47- 56.
188. Masi, G., Mucci, M., Favilla, L., Romano, R. & Poli P. (1999) Symptomatology and comorbidity of generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 40, No.3, pp. 210-5.
189. Kendall, P.C., Compton, S.N., Walkup, J.T., Birmaher, B., Albano, A.M., Sherrill, J., Ginsburg, G., Rynn, M., McCracken, J., Gosch, E., Keeton, C., Bergman, L., Sakolsky, D., Suveg, C., Iyengar, S., March, J. & Piacentini, J. (2010) Clinical characteristics of anxiety disordered youth. *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 24, No.3, pp. 360-365.
190. Axelson, D.A. & Birmaher, B.(2001) Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and Anxiety*, Vol.14, pp.67–78, 2001.
191. O’Neil, K., Podell, J., Benjamin, C. & Kendall, P. (2010) Comorbid Depressive Disorders in Anxiety-disordered Youth: Demographic, Clinical, and Family Characteristics. *Child Psychiatry & Human Development*, Vol. 41, No.3, pp. 330-341.
192. Horn, P.J. & Wuyek, L.A. (2010) Anxiety disorders as a risk factor for subsequent depression. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, Vol. 14, No.4, pp. 244-247.
193. Sala, R., Strober, M. A., Axelson, D. A., Gill, M. K., Castro-Fornieles, J., Goldstein, T. R., ... Birmaher, B. (2014). Effects of Comorbid Anxiety Disorders on the Longitudinal Course of Pediatric Bipolar Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(1), 72–81. doi:10.1016/j.jaac.2013.09.020
194. O’Neil, K.A., Conner B.T. & Kendall P.C. (2011) Internalizing disorders and substance use disorders in youth: Comorbidity, risk, temporal order, and implications for intervention. *Clinical Psychology Review*, Vol. 31, No. 1, pp.104-112.

195. King, N. J. & Bernstein, G. A. (2001): School Refusal in Children and Adolescents: A Review of the past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40:2 197–205.
196. Johnson, A.M., Falstein, E.I. & Szureck, S.A. (1941) School phobia, *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 11, pp. 702–711.
197. Kearney, C.A. & Silverman, W.K. (1996) The evolution and reconciliation of taxonomic strategies for school refusal behavior, *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 3, pp. 339-354
198. Kearney, C.A. & Hugelshofer, D.S. (2000) Systemic and Clinical Strategies for Preventing School Refusal Behavior in Youth, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, Vol. 14, No. 1, pp. 51-65.
199. Egger, H.L., Costello, E.J. & Angold, A. (2003) School refusal and psychiatric disorders: a community study, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 42, No. 7, (July 2003), pp. 797-807
200. King, N., Ollendick, T.H. & Tonge, B.J. (1995) School refusal: assessment and treatment, Allyn & Bacon, Needham Heights, MA.
201. Bernstein, G.A., Warren, S.L., Massie, E.D. & Thuras, P.D. (1999) Family dimensions in anxious-depressed school refusers, *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 13, pp. 513–528.
202. Dabkowska, M. (1999) Risk factors for school phobia. *Lek i Depresja*, Vol. 4, No. 3, pp.186-196.
203. Kearney, C.A. (2006) Solutions to school refusal for parents and kids: Pinpoint and address reinforcers of the child's behavior, *Current Psychiatry*, Vol. 5, No. 12, (December 2006), pp. 67-69, 73-76, 78, 83
204. Flakierska-Praquin, N., Lindstrom, M. & Gillberg, C. (1997) School phobia with separation anxiety disorder: a comparative 20- to 29-year follow-up study of 35 school refusers, *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 38, pp. 17–22.
205. Black, B., & Uhde, T. W. (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 847–856.

206. Cunningham CE, McHolm A, Boyle MH, Patel S (2004) Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. *J Child Psychol Psychiatry* 45(8):1363–1372.
207. Carlson, J. S., Kratochwill, T. R., & Johnston, H. (1994). Prevalence and treatment of selective mutism in clinical practice: A survey of child and adolescent psychiatrists. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 4, 281–291.
208. Steinhausen, H. C., & Juzi, C. (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 606–614.
209. Bergman, R. L., Piacentini, J., & McCracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 938–946.
210. Elizur, Y., & Perednik, R. (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: A controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1451–1459.
211. Kopp, S., & Gillberg, C. (1997). Selective mutism: A population-based study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 257–262
212. Kumpulainen, K., Räsänen, E., Raaska, H., & Somppi, V. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 24–29.
213. Dummit, E. S., Klein, R. G., Tancer, N. K., Asche, B., Martin, J., & Fairbanks, J. A. (1997). Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 653–660
214. Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K., & Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 284–296.

215. Steinhausen, H. C., Wachter, M., Laimböck, K., & Winkler Metzke, C. (2006). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 751–756.
216. Kussmaul, A. (1877). *Die störungen der sprache* (The disturbances of speech). Basel, Switzerland: Benno Schwabe.
217. Tramer, M. (1934). Elektiver Mutismus bei Kindern (Selective mutism in children). *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie*, 1, 30–35
218. Ford, M. A., Sladeczek, I. E., Carlson, J., & Kratochwill, T. R. (1998). Selective mutism: Phenomenological characteristics. *School Psychology Quarterly*, 13, 192–227.
219. Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
220. Oerbeck, B., Stein, M. B., Wentzel-Larsen, T., Langrud, Ø., & Kristensen, H. (2014). A randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism: Defocused communication and behavioral techniques. *Child and Adolescent Mental Health*, 19, 192–198.
221. Edison, S. C., Evans, M. A., McHolm, A. E., Cunningham, C. E., Nowakowski, M. E., Boyle, M., & Schmidt, L. A. (2011). An investigation of control among parents of selectively mute, anxious, and non-anxious children. *Child Psychiatry and Human Development*, 42, 270–290.
222. Nowakowski ME, Tasker SL, Cunningham CE, McHolm AE, Edison S, Pierre JS et al (2011) Joint attention in parent-child dyads involving children with selective mutism: a comparison between anxious and typically developing children. *Child Psychiatry Hum Dev* 42:78–92
223. Cohan SL, Chavira DA, Stein MB. Psychosocial treatments for children with selective mutism: A critical evaluation of the literature from 1990-2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006;47:1085–1097.
224. Viana, A. G., Beidel, D. C., & Rabian, B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 29, 57–67.

225. Kristensen, H., & Torgersen, S. (2001). MCMI-II personality traits and symptom traits in parents of children with selective mutism: A case-control study. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 648–652.
226. Kristensen, H., & Torgersen, S. (2002). A case-control study of EAS child and parental temperaments in selectively mute children with and without a comorbid communication disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 347–353.
227. Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S., & Stein, M. B. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: All in the family? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1464–1472.
228. Stein, M. B., Yang, B. Z., Chavira, D. A., Hitchcock, C. A., Sung, S. C., Shipon-Blum, E., & Gelernter, J. (2011). A common genetic variant in the neurexin superfamily member CNTNAP2 is associated with increased risk for selective mutism and social anxiety-related traits. *Biological Psychiatry*, 69, 825–831.
229. Kagan, J. (1994). *Galen's prophecy. Temperament in human nature*. Boulder, CO: Westview Press.
230. Garcia-Coll, C., Kagan, J., & Reznick, J. S. (1984). Behavioral inhibition in young children. *Child Development*, 55, 1005–1019.
231. Hirshfeld-Becker, D. R., Micco, J., Henin, A., Bloomfield, A., Biederman, J., & Rosenbaum, J. (2008). Behavioral inhibition. *Depression and Anxiety*, 25, 357–367.
232. Clauss, J. A., & Blackford, J. U. (2012). Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: A meta-analytic study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 1066–1075.
233. Ollendick, T. H., & Benoit, K. (2012). A parent-child interactional model of social anxiety disorder in youth. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 81–91.
234. Yeganeh R, Beidel DC, Turner SM, Pina AA, Silverman WK (2003) Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: an investigation of childhood psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42:1069–1075

235. Yeganeh R, Beidel DC, Turner SM (2006) Selective mutism: more than social anxiety? *Depress Anxiety* 23:117–123
236. Cunningham, C. E., McHolm, A. E., & Boyle, M. H. (2006). Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 245–255.
237. Vecchio, J. L., & Kearney, C. A. (2009). Treating youths with selective mutism with an alternating design of exposure-based practice and contingency management. *Behavior Therapy*, 40, 380–392.
238. Cohan, S. L., Chavira, D. A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Roesch, S. C., & Stein, M. B. (2008). Refining the classification of children with selective mutism: A latent profile analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 770–784.
239. Kolvin, I., & Fundudis, T. (1981). Elective mute children: Psychological development and background factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 219–232.
240. Kristensen H (2000) Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39:249–256
241. Gullone, E. (2000). The development of normal fear: A century of research. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 429–451.
242. Muris, P., Merckelbach, H., Gadet, B., & Moulaert, V. (2000). Fears, worries, and scary dreams in 4- to 12-year-old children: Their content, developmental pattern, and origins. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(1), 43–52.
243. Burstein, M., Georgiades, K., He, J.-P., Schmitz, A., Feig, E., Khazanov, G. K., & Merikangas, K. (2012). Specific phobia among U.S. Adolescents: Phenomenology and typology. *Depression and Anxiety*.

244. Ruscio AM, Brown TA, Chiu WT, Sareen J, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med.* 2008;38:15-28.
245. Wittchen HU, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychol Med.* 1999;29:309-23.
246. Becker, E. S., Rinck, M., Turke, V., Kause, P., Goodwin, R., Neumer, S., & Margraf, J. (2007). Epidemiology of specific phobia subtypes: Findings from the Dresden Mental Health Study. *European Psychiatry*, 22(2), 6974.
247. Kessler, R. C., Chiu, W., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
248. Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483-524.
249. LeBeau, R. T., Glenn, D., Liao, B., Wittchen, H.-U., Beesdo-Baum, K., Ollendick, T. H., & Craske, M. G. (2010). Specific phobia: A review of DSM-IV specific phobia and preliminary recommendations for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 148-167.
250. Kim, S. J., Kim, B.-N., Cho, S.-C., Kim, J.-W., Shin, M.-S., Yoo, H.-J., & Kim, H.-W. (2010). The prevalence of specific phobia and associated co-morbid features in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 629-634.
251. Ollendick, T. H., Hagopian, L. P., & King, N. J. (1997). Specific phobias in children. In G. C. L. Davey (Ed.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 201-223). Chichester: John Wiley & Sons.
252. Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of specific phobia in adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(2), 221-231.

253. Ollendick, T. H., & Muris, P. (2015). The scientific legacy of Little Hans and Little Albert: Future direction for research on specific phobias in youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(4), 689706.
254. Ollendick, T. H., Öst, L. G., Reuterskiöld, L., & Costa, N. (2010). Comorbidity in youth with specific phobias: Impact of comorbidity on treatment outcome and the impact of treatment on comorbid disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 827831.
255. Ryan, S. M., Strega, M. V., Oar, E. L., & Ollendick, T. H. (2017). One session treatment for specific phobias in children: Comorbid anxiety disorders and treatment outcome. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 54, 128134.
256. Burstein M, He JP, Kattan G, Albano AM, Avenevoli S, Merikangas KR. Social phobia and subtypes in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50:870-80.
257. Blanco C, Xu Y, Schneier FR, Okuda M, Liu S-M, Heimberg RG. Predictors of persistence of social anxiety disorder: a national study. *J Psychiatr Res*. 2011;45:1557-63.
258. Iza M, Wall MM, Heimberg RG, Rodebaugh TL, Schneier FR, Liu SM, et al. Latent structure of social fears and social anxiety disorders. *Psychol Med*. 2014;44:361-70.
259. Polo AJ, Alegria M, Chen CN, Blanco C. The prevalence and comorbidity of social anxiety disorder among United States Latinos: a retrospective analysis of data from 2 national surveys. *J Clin Psychiatry*. 2011;72:1096-105.
260. Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R, Meltzer H. The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000;41:645-55.
261. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43:727-34.

262. Oar, E. L., Farrell, L. J., Waters, A. M., Conlon, E. G., & Ollendick, T. H. (2015). One-session treatment for pediatric Blood-Injection-Injury Phobia: A controlled multiple baseline trial. *Behaviour Research and Therapy*, 73, 131142.
263. Fyer, A. J., Mannuzza, S., Gallops, M. S., Martin, L. Y., Aaronson, C., Gorman, J., ... Klein, D. F. (1990). Familial transmission of simple phobias and fears: A preliminary report. *Archives of General Psychiatry*, 47(3), 252256.
264. Fredrikson, M., Annas, P., & Wik, G. (1997). Parental history, aversive exposure and the development of snake and spider phobia in women. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 2328.
265. Fyer, A. J., Mannuzza, S., Chapman, T. F., Martin, L. Y., & Klein, D. F. (1995). Specificity in familial aggregation of phobic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 52(7), 564573.
266. Van Houtem, C. M. H. H., Laine, M. L., Boomsma, D. I., Ligthart, L., van Wijk, A. J., & De Jongh, A. (2013). A review and meta-analysis of the heritability of specific phobia subtypes and corresponding fears. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(4), 379388.
267. Eley, T. C., Rijdsdijk, F. V., Perrin, S., O'Connor, T. G., & Bolton, D. (2008). A multivariate genetic analysis of specific phobia, separation anxiety and social phobia in early childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36 (6), 839848.
268. Lichtenstein, P., & Annas, P. (2000). Heritability and prevalence of specific fears and phobias in childhood. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(7), 927937.
269. Del Casale, A., Ferracuti, S., Rapinesi, C., Serata, D., Piccirilli, M., Savoia, V., Tatarelli, R. (2012). Functional neuroimaging in specific phobia. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 202(3), 181197.
270. Ipser, J. C., Singh, L., & Stein, D. J. (2013). Meta-analysis of functional brain imaging in specific phobia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67(5), 311322

271. Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, 15(5), 375-387.
272. King, N. J., Gullone, E., & Ollendick, T. H. (1998). Etiology of childhood phobias: Current status of Rachman's three pathways theory. *Behaviour Research and Therapy*, 36(3), 297-309.
273. Muris, P., van Zwol, L., Huijding, J., & Mayer, B. (2010). Mom told me scary things about this animal: Parents installing fear beliefs in their children via the verbal information pathway. *Behaviour Research and Therapy*, 48 (4), 341-346.
274. Ooi, J., Dodd, H. F., Stuijzand, B. G., Walsh, J., & Broeren, S. (2016). Do you think I should be scared? The effect of peer discussion on children's fears. *Behaviour Research and Therapy*, 87, 2333.
275. Dweck, C. S., & Wortman, C. B. (1982). Learned helplessness, anxiety, and achievement motivation: Neglected parallels in cognitive, affective, and coping responses. *Series in Clinical & Community Psychology: Achievement, Stress, & Anxiety*, 93-125.
276. Ollendick, T. H., King, N. J., & Muris, P. (2004). Phobias in children and adolescents. In M. Maj, H. S. Akiskal, J. J. Lopez-Ibor, & A. Okasha (Eds.), *Phobias* (pp. 245-279). Chichester: John Wiley & Sons.
277. Lieb, R., Miche', M., Gloster, A. T., Beesdo-Baum, K., Meyer, A. H., & Wittchen, H. U. (2016). Impact of specific phobia on the risk of onset of mental disorders: A 10-year prospective longitudinal community study of adolescents and young adults. *Depression and Anxiety*, 33(7), 667-675.
278. Öztürk, E. (2003). Travma kökenli dissosiyatif bozukluk vakalarının ailelerinde çocukluk çağı travmalarının sıklığı. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı.
279. Öztürk&Şar, The "Apparently Normal" Family: A Contemporary Agent of Transgenerational Trauma and Dissociation. *Journal of Trauma Practice*, 4(3-4), 2006, 287-303

280. Black D., Harris-Hendricks J. & Mezey G., Newman M., Psychological Trauma: Developmental Approach Edited by London: Gaskell, 1997, 412.
281. Öztürk E., **Travma ve Disosiyasyon, Disosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi ve Aile Dinamikleri**. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2017.
282. Carll, E. K., Trauma psychology : issues in violence, disaster, health, and illness / edited by Elizabeth Carll ; foreword by H. E. Khunying Laxanachantorn Laohaphan. Westport, Conn. Praeger, 2007.
283. Van der Kolk, B.A., 'Post-traumatic stress disorder'. Dialogues in Clinical Neuroscience, 2000, 2, I.
284. Perry, C., and Laurence, J. R., "Mental Processes Outside Awareness: The contributions of Freud and Janet." In Bowers, K. S., and Meichenbaum, D., Editors, The Unconscious Reconsidered. New York: Wiley, 1984.
285. Janet, P., The Major Symptoms of Hysteria. London and New York: Macmillan, 1907.
286. Janet, P., Les Médications Psychologiques. Three Volumes. Paris: Felix Alcan, 1919.
287. Danieli Y. Assessing trauma across cultures from a multigenerational perspective. In Wilson J, Tang C, editor. Cross-cultural assessment of psychological trauma and ptsd. International and cultural psychology series. MA, Springer, 2007, pp. 65-89.
288. Danieli Y. (Ed.). (1998). Intergenerational handbook of multigenerational legacies of trauma. New York: Plenum Press.
289. Kaptanoğlu C. Travma, toplumsal yas ve bağışlama. Toplum ve hekim 2000; 3: 21-214.
290. Schachter, D. L. (1996). **Searching for Memory: The Brain, the Mind, and the Past**. New York: Basic Books.
291. Halbwachs, M. (1992). **On Collective Memory**. Chicago: University of Chicago Press.

292. Nelson, K., Events, narratives, memory: what develops? In Minnesota Symposium in Child Development: Memory and Emotion (ed. C. A. Nelson). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1993b.
293. Fivush, R. & Hudson, J. A. , Knowing and Remembering in Young Children. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
294. Olick, J. K., and Robbins, J. (1998). Social Memory Studies: From “Collective Memory” to the Historical Sociology of Mnemonic Practices. **Annual Review of Sociology**, 24, 105-140.
295. Krystal, H. , Massive psychic trauma. New York: International Universities Press, 1968.
296. Auerhahn, N. C., Laub, D. & Peskin, H., Psychotherapy with Holocaust survivors. **Psychotherapy**, 1993, 30, 434-442.
297. Yoder C. The little book of trauma healing. Intercourse, PA, Good Books, 2005.
298. Aydemir M, Yılmaz N. Toplumsal bellek bağlamında Sarıkamış hareketinin Türk romanına yansımaları. *Folklor/edebiyat* 2017; 89: 111-130.
299. Cyrulnik B. Talking of love: how to overcome trauma and remake your life story. Macey D (Çeviri Ed.) London: Penguin, 2009.
300. Webb NB. A developmental-transactional framework for assessment of children and families following a mass trauma. Mass trauma and violence: helping families and children cope. New York, London, Guilford, 2004, pp. 23-49.
301. Yehuda R, Bierer LM. Transgenerational transmission of cortisol and PTSD risk. *Progress in brain* 2007; 167: 121-135.
302. Yehuda R, Hallifan S, Grossman R. Childhood trauma and risk for PTSD: Relationship to intergenerational effects of trauma, parental PTSD, and cortisol excretion, 2001; 13:733-753.

303. Berger SS. Whose trauma is it anyway. Furthering our understanding of intergenerational transmission. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy* 2014; 13 (Suppl 3): 169-181.
304. Robben ACGM. How traumatized societies remember: the aftermath of Argentina's dirty war. *Cultural Critique* 2005; 59:120-164.
305. Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L. Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York, Guilford, 1996.
306. Volkan VD. Killing in the name of identity: a study of bloody conflicts. Pitchstone Publishing, 2006.
307. Schirch L. Trauma, identity and security: How the U.S. can recover from 9/11 using media arts and a 3D approach to human security. Edited by Hart B. *Peacebuilding in traumatized societies*. Laham, Md, University Press of America, 2008, pp. 83-105.
308. Audergon A. Collective trauma: the nightmare of history. *Psychotherapy and politics international* 2004; 2 (Suppl 1): 16-31.
309. Fierke KM. Whereof we can speak, thereof we must not be silent: trauma, political solipsism and war. *Review of international studies* 2004; 30 (Suppl 4): 471-491.
310. Kijak, M. & Funtowicz, S., 'The syndrome of the survivor of extreme situations: Definitions, difficulties, hypotheses'. *International Review of Psychoanalysis*, 9, 1982, 25-33.
311. Kellermann, N. P. F. (2001). Transmission of Holocaust trauma – An integrative view. *Israel Journal of Psychiatry*, 64(3), 256-267
312. Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
313. Baracos, H.A. ve Baracos, C.B. (1980). Separation-individuation conflicts in children of Holocaust survivors. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 11(1), 6-14.

314. Dekel, R. ve Goldblatt, H. (2008). Is there intergenerational transmission of trauma. The case of combat veteran's children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 281-389.
315. Buss, C., Borders, A., Entringer, S., Culhane, J., Miller, G., Grobman, W., et al. (2017). 493: Maternal childhood trauma is associated with a pro-inflammatory state during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 216(1), S291.
316. Bosquet Enlow, M., Egeland, B., Carlson, E., Blood, E., & Wright, R. J. (2013). Mother–infant attachment and the intergenerational transmission of posttraumatic stress disorder. *Development and Psychopathology*, 26(01), 41–65. doi:10.1017/s0954579413000515
317. Min, M. O., Minnes, S., Kim, H., & Singer, L. T. (2013). Pathways linking childhood maltreatment and adult physical health. *Child Abuse & Neglect*, 37(6), 361–373.
318. Miranda, J. K., de la Osa, N., Granero, R., & Ezpeleta, L. (2011). Maternal experiences of childhood abuse and intimate partner violence: Psychopathology and functional impairment in clinical children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 35(9), 700–711.
319. Morrel, T. M., Dubowitz, H., Kerr, M. A., & Black, M. M. (2003). The effect of maternal victimization on children: A cross-informant study. *Journal of Family Violence*, 18(1), 29–41.
320. Myhre, M. C., Dyb, G. A., Wentzel-Larsen, T., Grøgaard, J. B., & Thoresen, S. (2014). Maternal childhood abuse predicts externalizing behaviour in toddlers: A prospective cohort study. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 42(3), 263–269.
321. Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 169, 141–151.
322. Hyu Jung Huh, Kyung Hee Kim, Hee-Kyung Lee and JeongHo Chae (2017), The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: the mediating role of cognitive emotion regulation strategies, *Journal of Affective Disorders*.

323. Fernando, S.C., Beblo, T., Schlosser, N., Terfehr, K., Otte, C., Löwe, B., Wolf, O.T., Spitzer, C., Driessen, M., Wingenfeld, K., 2014. The impact of self-reported childhood trauma on emotion regulation in borderline personality disorder and major depression. *J Trauma Dissociation* 15, 384-401.
324. Isvoranu, A.M., van Borkulo, C.D., Boyette, L.L., Wigman, J.T., Vinkers, C.H., Borsboom, D., 2016. A Network Approach to Psychosis: Pathways Between Childhood Trauma and Psychotic Symptoms. *Schizophr Bull.*
325. Mandavia, A., Robinson, G.G., Bradley, B., Ressler, K.J., Powers, A., 2016. Exposure to Childhood Abuse and Later Substance Use: Indirect Effects of Emotion Dysregulation and Exposure to Trauma.
326. Betancourt, T.S., & Khan, K.T. (2008). The mental health of children affected by armed conflict: Protective processes and pathways to resilience. **International Review of Psychiatry**, 20, 317–328.
327. Tol, W.A., Jordans, M.J., Kohrt, B.A., Betancourt, T.S., & Komproe, I.H. (2013). Promoting mental health and psychosocial wellbeing in children affected by political violence: Part I – current evidence for an ecological resilience approach. In C. Fernando & M. Ferrari (Eds.), *Handbook on resilience in children of war* (pp. 11–27). New York: Springer.
328. Meyer SR, Steinhaus M, Bangirana C, Onyango-Mangen P, Stark L (2017). **The influence of caregiver depression on adolescent mental health outcomes: findings from refugee settlements in Uganda.** *BMC Psychiatry* 17, 405
329. Slone M, Mann S (2016). **Effects of war, terrorism and armed conflict on young children: a systematic review.** *Child Psychiatry & Human Development* 47, 950–965.
330. Panter-Brick C, Grimon MP, Eggerman M (2014b). **Caregiver-child mental health: a prospective study in conflict and refugee settings.** *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 55, 313–327
331. Betancourt, T.S. (2015). The intergenerational effect of war. **JAMA Psychiatry**, 72, 199–200.

332. Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G (2000). Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 20, 561–592
333. Wilson S, Durbin CE (2010). **Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: a meta-analytic review.** *Clinical Psychology Review* 30, 167–180.
334. Narmin Osmanlı, Anar Babayev, Ikram Rustamov, Kerim M. Munir (2020). Emotional and behavioral problems of 7-11 year old children in war-torn Nagorno – Karabakh region in Azerbaijan.
335. Feldman, R., & Vengrober, A. (2011). Posttraumatic stress disorder in infants and young children exposed to warrelated trauma. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 50, 645–658.
336. Klaric, M., Franciskovic, T., Klaric, B., Kvesic, A., Kastelan, A., Graovac, M., & Lisica, I.D. (2008). Psychological problems in children of war veterans with posttraumatic stress disorder in Bosnia and Herzegovina: Cross-sectional study. **Croatian Medical Journal**, 49, 491–498.
337. Betancourt, T.S. (2011b). The Social Ecology of Resilience in War-Affected Youth: A Longitudinal Study from Sierra Leone. In M. Ungar (Ed.), **The social ecology of resilience: Culture, context, resources, and meaning** (pp. 347–356). New York: Springer.
338. Betancourt, T.S., McBain, R., Newnham, E.A., & Brennan, R.T. (2013). Trajectories of Internalizing Problems in WarAffected Sierra Leonean Youth: Examining Conflict and Postconflict Factors. **Child Development**, 84, 455–470.
339. Moehler E, Biringen Z, Poustka L (2007) Emotional availability in a sample of mothers with a history of abuse. *Am J Orthopsychiatry* 77:624–628.
340. Banyard, V. L. (1997). The impact of childhood sexual abuse and family functioning on four dimensions of women's later parenting. *Child Abuse & Neglect*, 21(11), 1095–1107.
341. Fridman, A., Bakermans K.M.J., Sagi, S.A. ve Van IJzendoorn, M.H. (2011). Coping in old age with extreme childhood trauma: Aging Holocaust survivors and their offspring facing new challenges. *Aging and Mental Health*, 15(2), 232-242.

342. Bale (2015) Reviews Neuroscience | AOP, published online 29 April
343. Meaney MJ, Szyf M. Environmental programming of stress responses through DNA methylation: Life at the interface between a dynamic environment and a fixed genome. *Dialogues Clin Neuroscience* 2005;7:103-123.
344. Van der Kolk B. The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of post traumatic stress. *Harv Rev Psychiatry* 1994;1:253-265
345. **Kellermann (2013)**. Epigenetic Transmission of Holocaust Trauma: Can Nightmares Be Inherited? AMCHA, the National Israeli Center for Psychosocial Support of Survivors of the Holocaust and the Second Generation, Jerusalem, Israel, *Isr J Psychiatry Relat Sci* - **Vol. 50 - No 1**
346. Bygren LO, Kaati G, Edvinsson S. Longevity determined by paternal ancestors' nutrition during their slow growth period. *Acta Biotheoretica* 2001;49:53-59.
347. Cloud J. Why genes aren't destiny. *Time* 2010, January 6. Available from: <http://www.time.com/time/health/article/0,8599,1951968,00.html>
348. Pembrey ME, Bygren LO, Kaati G, Edvinsson S, Northstone S, Sjöström M, Golding B. Sex-specific, male-line transgenerational responses in humans. *J Eur J Hum Gen* 2006;14:159–166.
349. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, Dymov S, Labonté B, Szyf M, Turecki G, Meaney MJ. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience* 2009;12:342-348.
350. Ressler KJ. Amygdala activity, fear, and anxiety: Modulation by stress. *Biol Psychiatry* 2010;67:1117-1119
351. **Grossman R, Yehuda R, Golier J, McEwen B, Harvey P, Maria NS** 2006 Cognitive effects of intravenous hydrocortisone in subjects with PTSD and healthy control subjects. In: Yehuda R, ed. *Psychobiology of posttraumatic stress disorder: a decade of progress*. Boston, Blackwell; 410–421

352. **Yehuda R, Harvey PD, Buchsbaum M, Tischler L, Schmeidler J. (2007).** Enhanced effects of cortisol administration on episodic and working memory in aging veterans with PTSD. *Neuropsychopharmacology* 32:2581–2591
353. **Yehuda R., Seckl J., (2011)** Minireview: Stress-Related Psychiatric Disorders with Low Cortisol Levels: A Metabolic Hypothesis. *The Endocrinology society*, December 2011, 152(12):4496–4503.
354. Yehuda R. Current status of cortisol findings in post-traumatic stress disorder. *Psychiat Clin N Am* 2002;25:341-368.
355. **Yehuda R, Bierer LM, Sarapas C, Makotkine I, Andrew R, Seckl JR (2009).** Cortisol metabolic predictors of response to psychotherapy for symptoms of PTSD in survivors of the World Trade Center attacks on September 11, 2001. *Psychoneuroendocrinology* 34:1304–1313
356. Yehuda R, Cai G, Golier JA, Sarapas C, Galea S, Ising M, Rein T, Schmeidler J, Müller-Myhsok B, Holsboer F, Buxbaum JD. Gene expression patterns associated with posttraumatic stress disorder following exposure to the World Trade Center attacks. *Biol Psychiatry* 2009;66:708-711
357. Yehuda R, Engel SM, Brand SR, Seckl J, Marcus SM, Berkowitz GS. Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy. *J Clin Endocr Metab* 2005;90:4115-4118.
358. Schechter DS, Zeanah CH, Myers MM, Brunelli SA, Liebowitz MR, Marshall RD, Coates SW, Trabka KT, Baca P, Hofer MA. Psychobiological dysregulation in violence-exposed mothers: Salivary cortisol of mothers with very young children pre- and post-separation stress. *Bull Men Clin* 2004;68:319-337.
359. Beaver KM, Belsky J. Gene-environment interaction and the intergenerational transmission of parenting: Testing the differential susceptibility hypothesis. *Psychiat Quart* 2011. Springer. Published online 06 May 2011.
360. Kellermann, N. P. F. (2001). Psychopathology in children of Holocaust survivors: A review of the research literature. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38(1), 36-46

361. Weiss, M. ve Weiss, S. (2000). Second generation to Holocaust survivors: Enhanced differentiation of trauma transmission. *American Journal of Psychotherapy*, 54(3), 372-385.
362. Kaufman J, Birmaher B, Brent D. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for schoolage children-present and lifetime version (K- SADS-L): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:980-988.
363. Kaufman J, Birmaher B, Axelson D ve ark. (2016) Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children: Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) DSM-5 November 2016 Working draft. New Haven, Yale University, Child and Adolescent Research and Education.
364. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N ve ark. (1998) Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatr Derg*, 9:114-117.
365. Spielberger CS, Gorsuch RL, Lushene RE (1970) Manual for the State Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press.
366. Öner N, Le Compte A; Durumluk Sürekli Anksiyete Envanteri el kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. 1995
367. Bayraktar S. (2012). Psikolojik Travma. İstanbul 2012.
368. Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The Validation of a Self-Report Measure of Posttraumatic Stress Disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9(4), 445-451.
369. Işıklı, S. (2006). Travma Sonrası Stres Belirtileri Olan Bireylerde Olaya İlişkin Dikkat Yanlılığı, Ayırışma Düzeyi ve Çalışma Belleği Uzamı Arasındaki İlişkiler. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
370. Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Ster, R.A. (1988). An Inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

371. Birmaher B, Khetarpal S, Brent D, Cully M, Balach L, Kaufman J, et al. The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;
372. Çakmakçı FK. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli, 2004
373. Özusta H.Ş (1995) Çocuklar İçin Durumlu-Sürekli Kaygı Envanteri Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34): 32-44.
374. Gülçiçek, S. (2000). Tanı ve tedaviye yardımcı ağırlı uygulamalarda anne varlığının çocuğun ağırlı ve anksiyetesi üzerine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
375. Alparslan, Ö. (2003). Kronik hematolojik-onkolojik hastalığı olan çocukların kardeşleri ve annelerine verilen hemşirelik desteğinin kaygı düzeylerine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
376. Gunnar M, Quevedo K (2007) The neurobiology of stress and development. *Annu Rev Psychol* 58:145–173
377. Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2004). From anxious temperament to disorder: an etiological model. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), **Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice** (pp. 51–76). New York: Guilford Press
378. Tessa Reardon, Kate Harvey & Cathy Creswell ;Seeking and accessing professional support for child anxiety in a community sample; European Child & Adolescent Psychiatry (2019)
379. Tükel, R. (2002). Panik Bozukluğu, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3, 5-1.
380. Murray, L., Cooper, P., Creswell, C., Schofield, E., & Sack, C. (2007). The effects of maternal social phobia on mother–infant interactions and infant social responsiveness. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 48(1), 45–52.

381. Bögels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology*
382. Cobham, V. E. (1998). The case for involving the family in the treatment of childhood anxiety. ***Behaviour Change*, 15(4)**, 203–212
383. Ginsburg, G. S., & Schlossberg, M. C. (2002). Family-based treatment of childhood anxiety disorders. ***International Review of Psychiatry*, 14(2)**, 143-154.
384. Rapee, R. M. (2001). The development of generalized anxiety. In M. W. Vasey, & M. R. Dadds (Eds.), ***The developmental psychopathology of anxiety*** (pp. 481–503). New York: Oxford University Press.
385. Merikangas K.R. , L.C. Dierker, P. SzatmariPsychopathology among offspring of parents with substance abuse and/or anxiety disorders: A high risk study *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37 (1998), pp. 711-720
386. Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D., &Verdeli, H. (2006b). Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry*, 163(6), 1001-1008
387. Grigoriu-Serbanescu M, Christodorescu D, Jipescu I, Totoescu A, Marinescu E, Ardeleanu V (1989), Psychopathology in children aged 10-17 of bipolar parents: psychopathology rate and correlates of the severity of the psychopathology. *J Affect Disord* 16:167-179
388. Jovanovic T, Norrholm SD. Neural mechanisms of impaired fear inhibition in posttraumatic stress disorder. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2011;5(44):1–8. doi: 10.3389/fnbeh.2011.00044.
389. Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 256, 174-186.
390. Enlow, M. B., Kullowatz, A., Staudenmayer, J., Spasojevic, J., Ritz, T., & Wright, R. J. (2009). Associations of maternal lifetime trauma and perinatal traumatic stress symptoms with infantcardiorespiratory reactivity to psychological challenge. ***Psychosomatic Medicine*, 71**, 607–614.

391. Bosquet Enlow, M., Kitts, R. L., Blood, E., Bizarro, A., Hofmeister, M., & Wright, R. J. (2011). Maternal posttraumatic stress symptoms and infant emotional reactivity and emotion regulation. **Infant Behavior & Development**, **34**, 487–503
392. Lang, A. J., Gartstein, M. A., Rodgers, C. S., & Lebeck, M. M. (2010). The impact of maternal childhood abuse on parenting and infant temperament. **Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing**, **23**, 100–110.
393. Rachman, S., Gruter-Andrew, J., & Shafran, R. (2000). Post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 611–617.
394. Davila J, Beck JG. Is social anxiety associated with impairment in close relationships? A preliminary investigation. *Behav Ther* 2002; *33*:447-464.
395. Langston CA, Cantor N. Social anxiety and social constraint: When making friends is hard. *J Pers Soc Psychol* 1989; *56*:649-661
396. Ginsburg, G. S., Grover, R. L., Cord, J. J., & Ialongo, N. (2006). Observational measures of parenting in anxious and nonanxious mothers: does type of task matter? **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, **35**(2), 323–328
397. Bogels, S., & Siqueland, L. (2006). Family cognitive behavioral therapy for children and adolescents with clinical anxiety disorders. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, **45**(2), 134–138
398. Siqueland, L., Kendall, P. C., & Steinberg, L. (1996). Anxiety in children: perceived family environments and observed family interaction. **Journal of Clinical Child Psychology**, **25**(2), 225–237
399. Rapee, R. M. (2000). Group treatment of children with anxiety disorders: outcome and predictors of treatment response. **Australian Journal of Psychology**, **52**(3), 125–130
400. Carroll, E., Rueger, D., Foy, D., & Donahoe, C. (1985). Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder: Analysis of marital and cohabiting adjustment. *Journal of Abnormal Psychology & Health*, *94*, 329–337.

401. Taft, C. T., Watkins, L. E., Stafford, J., Street, A. E., & Monson, C. M. (2011). Posttraumatic stress disorder and intimate relationship problems: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 22–33.
402. Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Feaganes, J. R., Yen, S., Bosworth, H. B., Williams, R. B., & Siegler, I. C. (2000). Hostility in marital dyads: Associations with depressive symptoms. *Journal of Behavioral Medicine, 23*, 95–105
403. Schwartz, L., Slater, M. A., Birchler, G. R., & Atkinson, J. H. (1991). Depression in spouses of chronic pain patients: The role of patient pain and anger, and marital satisfaction. *Pain, 44*, 61–67.
404. Klein, K. J. K., & Hodges, S. D. (2001). Gender Differences, Motivation, and Empathic Accuracy: When it Pays to Understand. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*(6), 720–730.
405. Miller, M. W., Greif, J. L., & Smith, A. A. (2003). Multidimensional Personality Questionnaire profiles of veterans with traumatic combat exposure: Internalizing and externalizing subtypes. *Psychological Assessment, 15*, 205–215
406. Miller, M. W., & Resick, P. A. (2007). Internalizing and Externalizing Subtypes in Female Sexual Assault Survivors: Implications for the Understanding of Complex PTSD. *Behavior Therapy, 38*(1)
407. Gold, J. I., Taft, C. T., Keehn, M. G., King, D. W., King, L. A., & Samper, R. E. (2007). PTSD symptom severity and family adjustment among female Vietnam veterans. *Military Psychology, 19*, 71–81
408. Goff, B. S. N., & Smith, D. B. (2005). Systemic Traumatic Stress: The Couple Adaptation To Traumatic Stress Model. *Journal of Marital and Family Therapy, 31*(2), 145–157. doi:10.1111/j.1752-0606.2005.tb01552.x
409. Figley, C. R., & Kleber, R. J. (1995). Beyond the ‘victim’: Secondary traumatic stress. In C. R. Figley, & P. R. Berthold (Eds.), *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics* (pp. 75–98). New York, NY: Plenum Press

410. Beaton R, Murphy S, Johnson C, Pike K, Corneil W (1999) Coping responses and posttraumatic stress symptomatology in urban fire service personnel. *Journal of Traumatic Stress*, 12: 293–308.
411. Carlier, I., Lamberts, R. & Gersons, B. (2000). The dimensionality of trauma: A multidimensional scaling comparison of police officers with and without posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 9, 29- 39.
412. Gelder, M., Guth, D. & Mayou, R. (1994). **Concise Oxford textbook of psychiatry**. Oxford University Press
413. Geçtaı, E. (1995). **Psikodinamik psikiyatri ve normal dışı davranışlar**. 11. Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi.
414. Yavuzer, H. (1994). **Çocuk psikolojisi**. 10. basım, İstanbul: Remzi Kitabevi.
415. Erickson, D. J., Wolfe, J., King, D. W., King, L. A., & Sharkansky, E. J. (2001). Posttraumatic stress disorder and depression symptomatology in a sample of Gulf War veterans: A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 41–49.
416. Capps, L., Sigman, M., Sena, R., Heoker, B., & Whalen, C. (1996). Fear, Anxiety and Perceived Control in Children of Agoraphobic Parents. *Journal of Child*
417. Nilzon KR, Palmerus K. Anxiety in depressed school children. *School Psychology International*. 1997;18:165–177. doi: 10.1177/0143034397182005

EKLER

Ek-1. Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Hastamız,

‘ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDE TRAVMANIN KUŞAKLAR ARASI ETKİSİ’ isimli tıpta uzmanlık tezi için bilimsel bir araştırma yapmayı planlamaktayız. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı diliyoruz. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda gerçekleştirilecek bu araştırmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni annelerin yaşadığı travmatik olayların ve anksiyete belirtilerinin çocuklarda Anksiyete Bozukluğu gelişmesindeki rolünü değerlendirmektir. Bu çalışma için; Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda ilgili hekimler tarafından çocuğunuzun psikiyatrik muayenesi yapılacaktır. Çocuğunuzla ilgili olarak sizin Anksiyete Bozukluğu ve ilişkili şikayetlerle ilgili; sizin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) ve kişinin başından hayatının herhangi bir döneminde , oldukça stresli ve travmatik bir olay geçmesini ya da böyle bir olaya tanık olmasını değerlendiren Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ) ve anksiyete şiddetini ölçmek için uygulanan Beck Anksiyete Ölçeği BAÖ), 6-8 yaş arası çocuklarda anksiyete belirtilerini değerlendiren Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Ölçeği (KAY-BD) doldurmanız istenecektir. Çocuğunuzdan ise; çocuklar için Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği’ni doldurmaları istenecektir. Çocuklarda travma sonrası stress bozukluğu belirtilerinin şiddetini belirlemek için Çocuk ve Gençler için Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği (TSSTÖ) ve anksiyete bozukluğu alt tiplerini ve somatik yakınmaları değerlendirmek amacıyla Çocukluk Çağı kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği Çocuk Formu (SCARED) doldurması istenecektir. Sizde anksiyete belirtilerini değerlendirmek için Hamilton Anksiyete ölçeği araştırmacı tarafından doldurulacaktır. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz ruhsal değerlendirmeniz Dr.Lala ALLAHYAROVA, Uzm. Dr. Perihan çam Ray veya onun görevlendireceği bir hekim tarafından gerçekleştirilecek ve doktorunuz uygun görürse bu araştırmaya alınacaksınız. Sosyodemografik bilgileriniz, ruhsal muayene, ölçek ve test bulgularınız kaydedilecektir. Çocuğunuzun Anksiyete Bozukluğu için uygun tedavi süreci başlatılacak, çalışmanın tedavi sürecine herhangi bir etkisi olmayacaktır.

Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.

SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA, YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE
HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KENDİ RIZAMLA KATILMAYI KABUL
EDİYORUM.

Tarih:

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı Ebeveyn/Yasal Vasi

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile Görüşen Hekim

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Ek-2. Sosyo Demografik Form

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Hasta Değerlendirme Form

Tarih:	1.Var	5.Diğer
Kiminle geldi:	2.Yok	Anneden aylık (6hafta)
Görüşmeyi yapan:	Anne-baba arasında akrabalık	Geçirdiği önemli hastalık
Hastanın adı-soyadı:	1. Var	Organik Hastalık Tanısı:
Gönderen	2. Yok	Konvülsiyon:
1. Kendileri	Aile yapısı	1.Ateşli
2. Eğitim kuruluğu	1. Çekirdek aile	2.Ateşsiz
3. Psikiyatrist	2. Geniş aile	3.Yok
4. Özel doktor	3. Anne ile	Menarş yaşı:
5. Adli makam	4. Baba ile	Sünnet Yaşı:
6. Konsültasyon	5. Akraba ile	Çocuğunuz Döver misiniz?
Yaş:	6. Koruyucu aile	1. Evet
Kardeş sayısı:	7. Evlat edinilmiş	2. Hayır
Kaçıncı çocuk:	8. Kurumda	Ne sıklıkla
Kendi cinsinden kardeş:	Konut-standardı	Kim tarafından
Eğitimi	Ayrı Odası	Ebeveyn dayak yer mi?
Annenin eğitimi:	1.Var	1. Evet
Annenin işi:	2.Yok	2. Hayır
Annenin Yaşı:	Ayrı yatağı	Ne sıklıkla:
Annede bedensel hastalık	1.Var	Kim tarafından:
Annede ruhsal hastalık	2.Yok	Uyku Sorunu:
Babanın eğitimi:	Annenin çocuğı doğurduğu yaşı:	İştah Sorunu:
Babanın işi:	Gebeliğın seyri	Katkılı Gıda Tüketimi
Babanın Yaşı:	Doğum Komplıkasyonu:	Bir yılda geçirdiğı ÜSYE Sayısı
Babada bedensel hastalık	Doğumdan sonra ilk durum:	Not Ortalaması:
Babada ruhsal hastalık	1.Normal	Ders Başarısı:
Alkol Kullanımı	2.Morarma	Bu yıl:
Sıklığı:	3.Ağlamama	Geçen Yıl:
Aile durumu	4.Küvezde bakım	Okumayı Ne Zaman Söktüğü:
1. Anne-baba birlikte	Beslenme (ilk 6 ay)	Akran İlişkileri
2. Boşanmış	1. Anne sütü	Günlük TV Kullanım-saati
3. Parçalanma	2. Mama	Günlük İnternet/Atari Kullan Saati
Ailede Ruhsal Hastalık	3.Birlikte	
	Yürüme ayı (desteksiz)	
	Konuşma ayı (Cümle ile)	
	Tuvalet eğitimi (gece-gündüz)	
	Bakan kişı:	
	1. Anne	
	2. Baba	
	3. Anneanne-babaanne	
	4. Bakıcı	

Ek-3. Hamilton-Anksiyete-Değerlendirme-Ölçeği

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

1. Anksiyeteli Mizaç: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, iritabilite.

- 0: Yok
1: Hafif (Düzensiz olarak ortaya çıkar ve kısa sürer)
2: Orta (Daha kalıcı ve uzun sürelidir, hasta başa çıkmak için çok gayret sarfeder)
3: Şiddetli (Sürekli, hastanın hayatına egemen)
4: Çok şiddetli (Kişiyi inkapasite durumuna getirici)

2. Gerilim : Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri .kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe.

- 0: Yok
1: Hafif
2: Orta
3: Şiddetli
4: Çok şiddetli

3. Korkular: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan.

- 0: Yok
1: Hafif
2: Orta
3: Şiddetli
4: Çok şiddetli

4.Uykusuzluk: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyandığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece Korkuları.

- 0: Yok
1: Hafif
2: Orta
3: Şiddetli
4: Çok şiddetli

5.Entellektüel(Kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması.

- 0: Yok
1: Hafif
2: Orta
3: Şiddetli
4: Çok şiddetli

6.Depresif Mizaç: İlgi yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar.

- 0: Yok
1: Hafif
2: Orta
3: Şiddetli
4: Çok şiddetli

7.Bedensel(Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu

- 0: Yok
1: Hafif
2: Orta
3: Şiddetli
4: Çok şiddetli

8.Somatik (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklılığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu.

- 0: Yok
1: Hafif
2: Orta
3: Şiddetli
4: Çok şiddetli

9. Kardiyovasküler Semptomlar: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller.

- 0: Yok
- 1: Hafif
- 2: Orta
- 3: Şiddetli
- 4: Çok şiddetli

10. Solunum Semptomları: Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne.

- 0: Yok
- 1: Hafif
- 2: Orta
- 3: Şiddetli
- 4: Çok şiddetli

11. Gastrointestinal Semptomlar : Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyuları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.

- 0: Yok
- 1: Hafif
- 2: Orta
- 3: Şiddetli
- 4: Çok şiddetli

12. Genitoüriner Semptomlar: Sık işeme, amenore, menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.

- 0: Yok
- 1: Hafif
- 2: Orta
- 3: Şiddetli
- 4: Çok şiddetli

13. Otonomik Semptomlar: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.

- 0: Yok
- 1: Hafif
- 2: Orta
- 3: Şiddetli
- 4: Çok şiddetli

14. Görüşme Sırasındaki Davranış: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kırıma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geçirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus.

- 0: Yok
- 1: Hafif
- 2: Orta
- 3: Şiddetli
- 4: Çok şiddetli

Ölçeğin kullanımıyla alakalı telif hakkı olabilir, izin alınması gerekebilir. Ölçeğin kullanımıyla alakalı İstatistik Akademisinin telif hakkı ve kullanım izni verme yetkisi yoktur. Gerekli izinler için sorumluluk araştırmacıya aittir.

Ek-4. Durumluk-ve-Sürekli-Kaygı-Ölçeği Erişkin Formu

DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

İsim:..... Cinsiyet:.....

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

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

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

DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ - Devamı

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

Ek-5. Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği

TSSTÖ

1. Bölüm

Birçok kişinin başından, hayatının herhangi bir döneminde, oldukça stresli ve travmatik bir olay geçmiş ya da böyle bir olaya tanık olmuştur. Aşağıda belirtilen olaylar içinde, **başınızdan geçen ya da tanık olduğunuz** olayların hepsini yanındaki kutuyu işaretleyerek belirtiniz, birden fazla işaretleyebilirsiniz.

(1)	Ciddi bir kaza, yangın ya da patlama olayı (örneğin, trafik kazası, iş kazası, çiftlik kazası, araba, uçak ya da tekne kazası)	☐
(2)	Doğal afet (örneğin, hortum, kasırga, sel baskını ya da büyük bir deprem)	☐
(3)	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığımız bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma (örneğin, saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırıya maruz kalma, silahlı saldırı, bıçaklanma ya da silahla rehin alınma)	☐
(4)	Tanımadığımız biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma (örneğin, saldırıya uğrayıp soyulma, fiziksel bir saldırıya maruz kalma, silahlı saldırı, bıçaklanma ya da silahla rehin alınma gibi)	☐
(5)	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığımız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin, tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi)	☐
(6)	Tanımadığımız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma (örneğin, tecavüz ya da tecavüze teşebbüs gibi)	☐
(7)	Askeri bir çarpışma ya da savaş alanında bulunma	☐
(8)	18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas (örneğin, cinsel organlarla, göğüslerle temas gibi)	☐
(9)	Hapsedilme (örneğin, cezaevine düşme, savaş esiri olma, rehin alınma gibi)	☐
(10)	İşkenceye maruz kalma	☐
(11)	Hayatı tehdit eden bir hastalık	☐
(12)	Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü	☐
(13)	Bunların dışında bir travmatik olay	☐
(14)	13. Maddeyi işaretlediyseniz aşağıda bu travmatik olayı belirtiniz: _____ _____ _____ _____	

YUKARIDAKİ MADDELERDEN HERHANGİ BİRİNİ İŞARETLEDİYSENİZ, SORULARI YANITLAMAYA DEVAM EDİN.

HİÇBİR MADDEYİ İŞARETLEMEDİYSENİZ, SİZİN İÇİN ÜZÜCÜ VE KORKUTUCU OLMUŞ BİR OLAYI SONRAKİ SAYFADAKİ BÖLÜMÜN SONUNDA BOŞ BIRAKILAN YERDE BELİRTİP, DEVAM EDEN SORULARI BU OLAYI DÜŞÜNEREK YANITLAYIN.

2. Bölüm

(15) 1. Bölümde **birden fazla** sayıda travmatik olay işaretlediyseniz, ***canınızı en çok sıkan, sizi en rahatsız eden*** olayın yanındaki kutuyu işaretleyiniz. Eğer, 1. Bölümde **yalnızca bir** travmatik olayı işaretlediyseniz, aşağıda da aynı olayı işaretleyiniz.

(a)	Kaza (araba ya da iş kazası, gibi)	☐
(b)	Doğal afet	☐
(c)	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma	☐
(d)	Tanımadığınız biri tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalma	☐
(e)	Aile üyelerinden biri ya da tanıdığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	☐
(f)	Tanımadığınız bir kişi tarafından cinsel bir saldırıya maruz kalma	☐
(g)	Savaş	☐
(h)	18 yaşından daha küçük olduğunuz bir dönemde kendinizden 5 ya da daha büyük yaşta biriyle cinsel temas	☐
(i)	Hapsedilme	☐
(j)	İşkenceye maruz kalma	☐
(k)	Hayatı tehdit eden bir hastalık	☐
(l)	Sevilen ya da yakın birinin beklenmedik ölümü	☐
(m)	Bunların dışında bir olay	☐
(n)	Aşağıda boş bırakılan yerde <u>yukarıda işaretlemiş olduğunuz</u> travmatik olayı kısaca anlatınız. 	

Anlattığınız bu olay hakkında aşağıda **birkaç soru** verilmiştir. Bu soruları yanıtlayınız:

(16) Bu travmatik olay **ne kadar zaman önce** meydana geldi? (YALNIZCA BİR TANESİNİ daire içine alınız)

(a)	1 aydan daha az
(b)	1-3 ay arası
(c)	3-6 ay arası
(d)	6 ay – 3 yıl arası
(e)	3-5 yıl arası
(f)	5 yıldan daha fazla

Aşağıdaki sorularda, Evet için E harfini Hayır için H harfini daire içine alınız.

Bu travmatik olay sırasında:

(17)	Fiziksel bir yara aldınız mı?	E	H
(18)	Başka bir kişi fiziksel bir yara aldı mı?	E	H
(19)	Hayatınızın tehlikede olduğunu düşündünüz mü?	E	H
(20)	Başka bir kişinin hayatının tehlikede olduğunu düşündünüz mü?	E	H
(21)	Kendinizi çaresiz hissettiniz mi?	E	H
(22)	Büyük bir korku duygusu yaşadınız mı?	E	H

3. Bölüm

Aşağıda, insanların bazen bir travmatik olayın ardından yaşadığı bazı sorunlar belirtilmiştir. Her maddeyi dikkatlice okuyun ve **GEÇTİĞİMİZ AY İÇİNDE** bu sorunun sizi ne sıklıkta rahatsız ettiğini en iyi ifade ettiğini düşündüğünüz sayıyı (0, 1, 2 ya da 3) daire içine alın.

Örneğin, söz ettiğiniz olay geçtiğimiz ay içinde aşağıda verilen sıkıntılar açısından sizi yalnızca bir kez rahatsız ettiyse 0'ı; haftada bir kez rahatsız ettiyse 1 işaretleyin. Aşağıda belirtilen olayla ilgili her sıkıntıyı **15. maddede belirttiğiniz travmatik olay açısından** değerlendiriniz.

- 0 Hiç ya da yalnızca bir kez
- 1 Haftada bir ya da daha az/kısa bir süre
- 2 Haftada 2 – 4 kez / yarım gün
- 3 Haftada 5 ya da daha fazla / neredeyse bütün gün

(23)	Bu travmatik olay hakkında, istemediğiniz halde aklınıza rahatsız edici düşünceler ya da imgelerin gelmesi	0	1	2	3
(24)	Bu travmatik olayla ilgili kötü rüyalar ya da kabuslar görme	0	1	2	3
(25)	Bu travmatik olayı yeniden yaşama, sanki tekrar oluyormuş gibi hissetme ya da öyle davranma	0	1	2	3
(26)	Bu travmatik olayı hatırladığınızda duygusal olarak altüst olduğunuzu hissetme (örneğin, korku, öfke, üzüntü, suçluluk vb. gibi duygular yaşama)	0	1	2	3
(27)	Bu travmatik olayı hatırladığınızda vücudunuzda fiziksel tepkiler meydana gelmesi (örneğin, ter boşalması, kalbin hızlı çarpması)	0	1	2	3
(28)	Bu travmatik olayı düşünmemeye, hakkında konuşmamaya ya da hissetmemeye çalışma	0	1	2	3
(29)	Size bu travmatik olayı hatırlatan etkinliklerden, kişilerden ya da yerlerden kaçınmaya çalışma	0	1	2	3
(30)	Bu travmatik olayın önem taşıyan bir bölümünü hatırlayamama	0	1	2	3
(31)	Önemli etkinliklere çok daha az sıklıkta katılma ya da bu etkinliklere çok daha az ilgi duyma	0	1	2	3
(32)	Çevrenizdeki insanlarla aranızda bir mesafe hissetme ya da onlardan koptuğunuz duygusuna kapılma	0	1	2	3
(33)	Duygusal açıdan kendinizi donuk, uyuşuk hissetme (örneğin, ağlayamama ya da sevecen duygular yaşayamama)	0	1	2	3

(34)	Gelecekle ilgili planlarınızın ya da umutlarınızın gerçekleşmeyeceği duygusuna kapılma (örneğin, bir meslek hayatınızın olmayacağı, evlenmeyeceğiniz, çocuğunuzun olmayacağı ya da ömrünüzün uzun olmayacağı duygusu)	0	1	2	3
(35)	Uykuya dalma ya da uyumada zorluklar yaşama	0	1	2	3
(36)	Çabuk sinirlenme ya da öfke nöbetleri geçirme	0	1	2	3
(37)	Düşüncenizi ya da dikkatinizi belli bir noktada toplamada sıkıntı yaşama (örneğin, bir konuşma sırasında konuyu kaçırma, televizyondaki bir öyküyü takip edememe, okuduğunuz şeyi unutma)	0	1	2	3
(38)	Aşırı derecede tetikte olma (örneğin, çevrenizde kimin olduğunu kontrol etme, sırtınız bir kapıya dönük olduğunda rahatsız olma,vb.)	0	1	2	3
(39)	Diken üstünde olma ya da kolayca irkilme (örneğin, birisi peşinizden yürüdüğünde)	0	1	2	3
(40)	Yukarıda belirttiğiniz sorunları ne kadar zamandır yaşıyorsunuz? (<u>YALNIZCA BİR TANESİNİ</u> daire içine alınız) a. Bir aydan daha az b. 1-3 ay arası c. 3 aydan daha fazla				
(41)	Bu sorunlar söz konusu travmatik olaydan ne kadar sonra başladı? (<u>YALNIZCA BİR TANESİNİ</u> daire içine alınız) a. 6 aydan daha az b. 6 ay ya da daha fazla				

4. Bölüm

3. Bölüm’de işaretlediğiniz sorunların **GEÇTİĞİMİZ AY SÜRESİNCE** hayatınızın aşağıda belirtilen alanlarından herhangi birini engelleyip engellemediğini belirtiniz. Evet için E harfini, Hayır için H harfini daire içine alınız.

(42)	İş hayatı	E	H
(43)	Evin günlük işleri	E	H
(44)	Arkadaşlarınızla ilişkiler	E	H
(45)	Eğlence ve boş zamanlardaki etkinlikler	E	H
(46)	Okulla ilgili işler	E	H
(47)	Ailenizle ilişkiler	E	H
(48)	Cinsel yaşam	E	H
(49)	Genel anlamda hayattan memnuniyet	E	H
(50)	Hayatınızın her alanında genel işleyiş düzeyi	E	H

Ek-6. Beck Anksiyete Ölçeği

BAÖ

Aşağıda, insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra her maddedeki belirtinin bugün dahil SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlandım	Ciddi düzeyde Dayanamakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma	0	1	2	3
2. Sıcak/Ateş basmaları	0	1	2	3
3. Bacaklarda halsizlik, titreme	0	1	2	3
4. Gevşeyememe	0	1	2	3
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu	0	1	2	3
6. Baş dönmesi veya sersemlik	0	1	2	3
7. Kalp çarpıntısı	0	1	2	3
8. Dengenizi kaybedeceğiniz duygusu	0	1	2	3
9. Dehşete kapılma	0	1	2	3
10. Sinirlilik	0	1	2	3
11. Boğuluyormuş gibi olma hissi	0	1	2	3
12. Ellerde titreme	0	1	2	3
13. Titreklik	0	1	2	3
14. Kontrolü kaybetme korkusu	0	1	2	3
15. Nefes almada güçlük	0	1	2	3
16. Ölüm korkusu	0	1	2	3
17. Korkuya kapılma	0	1	2	3
18. Midede hazımsızlık veya rahatsızlık hissi	0	1	2	3
19. Baygınlık	0	1	2	3
20. Yüzün kızarması	0	1	2	3
21. Terleme (Sıcaklığa bağlı değil)	0	1	2	3

Ek-7. ÇATÖ- Anne-Baba Formu

EK-3: Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) Anne-Baba Formu

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve çocuğunuz için doğru olan seçeneğe (“doğru değil ya da nadiren doğru” ya da “bazen ya da kısmen doğru” ya da “çok doğru ya da çoğu kez doğru” olduğuna) karar verin.

Şu an ya da son 3 ayı göz önüne alarak sana en çok uyan seçeneğin altındaki kutuyu karalayın. Bazı ifadeler çocuğunuzu ilgilendirmese de, mümkün olduğunca her ifade için bir yanıt verin.

	0 Doğru değil ya da nadiren doğru	1 Bazen ya da kısmen doğru	2 Çok doğru ya da çoğu kez
1. Çocuğum korktuğu zaman nefes almakta zorlanır.			
2. Çocuğumun okulda başı ağrır.			
3. Çocuğum fazla tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmaz.			
4. Çocuğum ev dışında bir yerde uyuduğunda korkar.			
5. Çocuğum diğer insanların kendisini sevip sevmediğinden endişe (kaygı) duyar.			
6. Çocuğum korktuğumda bayılacak gibi hisseder.			
7. Çocuğum gergindir (huzursuzdur).			
8. Çocuğum nereye gitsem (sanki gölgem gibi) beni izler.			
9. İnsanlar çocuğuma gergin (huzursuz) göründüğünü söyler.			
10. Çocuğum fazla tanımadığı insanlarla birlikteyken kendini gergin (huzursuz) hisseder.			
11. Çocuğumun okulda karnı ağrır.			
12. Çocuğum korktuğumda delirecekmiş gibi hisseder.			
13. Çocuğum yalnız uyumaktan korkar.			
14. Çocuğum diğer çocuklar kadar iyi olup olmadığı konusunda endişelenir (kaygılanır).			
15. Çocuğum korktuğumda çevresindekileri gerçek değilmiş gibi hisseder.			
16. Çocuğum anne ve babasına kötü şeylerin olduğu kabuslar görür.			

17. Çocuğum okula gitmek konusunda endişelenir (kaygılanır).			
18. Çocuğum korktuğunda kalbi hızlı çarpar.			
19. Çocuğumda titremeler olur.			
20. Çocuğum kendisine kötü şeylerin olduğu kabuslar görür.			
21. Çocuğum işlerin kendisi için yolunda gidip gitmeyeceği konusunda endişe (kaygı) duyar.			
22. Çocuğum korktuğunda çok terler.			
23. Çocuğum endişeli (kaygılı) biridir.			
24. Çocuğumun hiç bir nedeni olmayan (sebepsiz) korkuları olur.			
25. Çocuğum evde yalnız kalmaktan korkar.			
26. Çocuğum fazla tanımadığı insanlarla konuşmakta zorlanır.			
27. Çocuğum korktuğu zaman boğulacakmış gibi hisseder.			
28. İnsanlar çocuğuma çok fazla endişelendiğini (kaygılandığını) söyler.			
29. Çocuğum ailesinden uzakta olmaktan hoşlanmaz.			
30. Çocuğum sıkıntı (ya da panik) atakları geçireceğinden korkar.			
31. Çocuğum anne ve babasının başına kötü bir şeyler gelmesinden korkar.			
32. Çocuğum fazla tanımadığı insanlarla birlikteyken çekingen (utangaç) olur.			
33. Çocuğum gelecekte neler olacağı konusunda endişelenir (kaygılanır).			
34. Çocuğum korktuğunda kusacakmış gibi hisseder.			
35. Çocuğum işleri ne kadar iyi yaptığı konusunda endişelenir (kaygılanır).			
36. Çocuğum okula gitmekten korkar.			
37. Çocuğum olmuş bitmiş şeyler için endişelenir (kaygılanır).			
38. Çocuğum korktuğunda başı döner.			
39. Çocuğum diğer çocuklarla veya yetişkinlerle beraberken ve onlar kendini izlerken bir şeyler yapması gerektiğinde (örneğin: sesli okumak, konuşmak, bir oyun oynamak) gergin (huzursuz) olur.			
40. Çocuğum bir partiye, eğlenceye (dansa) ya da fazla tanımadığı insanların olacağı herhangi bir yere gideceği zaman gergin (huzursuz) olur.			
41. Çocuğum çekingen (utangaç) biridir.			

Ek-8. ÇATÖ-Çocuk Formu

EK-4: Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) Çocuk Formu (8 yaş ve büyük)

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olan seçeneğe ("doğru değil ya da nadiren doğru" ya da "bazen ya da kısmen doğru" ya da "çok doğru ya da çoğu kez doğru" olduğuna) karar verin.

Şu an ya da son 3 ayı göz önüne alarak sana en çok uyan seçeneğin altındaki kutuyu karalayın. Bazı ifadeler sizi ilgilendirmese de mümkün olduğunca her ifade için bir yanıt verin.

	0 Doğru değil ya da nadiren doğru	1 Bazen ya da kısmen doğru	2 Çok doğru ya da çoğu kez doğru
1. Korktuğum zaman nefes almakta zorlanırım.			
2. Okulda başım ağrır.			
3. Fazla tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.			
4. Ev dışında bir yerde uyuduğumda korkarım.			
5. Diğer insanların beni sevip sevmediğinden endişe (kaygı) duyarım.			
6. Korktuğumda bayılacak gibi hissederim.			
7. Gerginim (huzursuzum).			
8. Annem ya da babam nereye gitseler izlerim.			
9. İnsanlar gergin (huzursuz) görüldüğümü söyler.			
10. Fazla tanımadığım insanlarla birlikteyken kendimi gergin (huzursuz) hissederim.			
11. Okulda iken karnım ağrır.			
12. Korktuğumda delirecekmiş gibi hissederim.			
13. Yalnız uyumaktan korkarım.			
14. Diğer çocuklar kadar iyi olup olmadığımı beni endişelendirir (kaygılandırır).			
15. Korktuğumda çevremdekileri gerçek değilmiş gibi hissederim.			
16. Anneme ve babama kötü şeylerin olduğu kabuslar görürüm.			

17. Okula gitmek konusunda endişelenirim (kaygılanırım).			
18. Korktuğumda kalbim hızlı çarpar.			
19. Titremelerim olur.			
20. Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar görürüm.			
21. İşlerin benim için yolunda gidip gitmeyeceği konusunda endişe (kaygı) duyarım.			
22. Korktuğumda çok terlerim.			
23. Endişeli (kaygılı) biriyim.			
24. Hiç bir nedeni olmayan (sebepsiz) korkularım var.			
25. Evde yalnız kalmaktan korkarım.			
26. Fazla tanımadığım insanlarla konuşmakta zorlanırım.			
27. Korktuğum zaman boğulacakmış gibi hissederim.			
28. İnsanlar çok fazla endişelendiğimi (kaygılandığımı) söyler.			
29. Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.			
30. Sıkıntı (ya da panik) atakları geçireceğimden korkarım.			
31. Annemin ve babamın başına kötü bir şeyler gelmesinden korkarım.			
32. Fazla tanımadığım insanlarla birlikteyken çekingen (utangaç) olurum.			
33. Gelecekte neler olacağı konusunda endişelenirim (kaygılanırım).			
34. Korktuğumda kusacakmış gibi hissederim.			
35. İşleri ne kadar iyi yaptığım konusunda endişelenirim (kaygılanırım).			
36. Okula gitmekten korkarım.			
37. Olmuş bitmiş şeyler için endişelenirim (kaygılanırım).			
38. Korktuğumda başım döner.			
39. Diğer çocuklarla veya yetişkinlerle beraberken ve onlar beni izlerken bir şeyler yapmam gerektiğinde (örneğin: sesli okumak, konuşmak, bir oyun oynamak) gergin (huzursuz) olurum.			
40. Bir partiye, eğlenceye (dansa) ya da fazla tanımadığım insanların olacağı herhangi bir yere gideceğim zaman gergin (huzursuz) olurum.			
41. Çekingen (utangaç) biriyim.			

Ek-9. Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri- Çocuk Formu

Çocuk Durumluluk Kaygı Envanteri

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi dikkatle okuyun ve şu anda nasıl hissettiğinize karar verin. Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki parantezler arasına (X) işareti koyun. Yanlış veya doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. Tam bu anda, bu dakikada nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

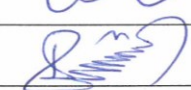
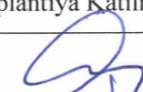
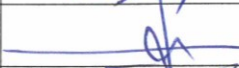
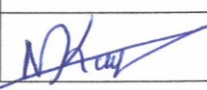
1. Kendimi () çok sakın hissediyorum () sakın hissediyorum () sakın hissetmiyorum
2. Kendimi () çok öfkeli hissediyorum () öfkeli hissediyorum () öfkeli hissetmiyorum
3. Kendimi () çok huzurlu hissediyorum () huzurlu hissediyorum () huzurlu hissetmiyorum
4. Kendimi () çok sinirli hissediyorum () sinirli hissediyorum () sinirli hissetmiyorum
5. Kendimi () çok huzursuz hissediyorum () huzursuz hissediyorum () huzursuz hissetmiyorum
6. Kendimi () çok dinlenmiş hissediyorum () dinlenmiş hissediyorum () dinlenmiş hissetmiyorum
7. Kendimi () çok ürkmüş hissediyorum () ürkmüş hissediyorum () ürkmüş hissetmiyorum
8. Kendimi () çok rahatlamış hissediyorum () rahatlamış hissediyorum () rahatlamış hissetmiyorum
9. Kendimi () çok endişeli hissediyorum () endişeli hissediyorum () endişeli hissetmiyorum
10. Kendimi () çok hoşnut hissediyorum () hoşnut hissediyorum () hoşnut hissetmiyorum
11. Kendimi () çok korkmuş hissediyorum () korkmuş hissediyorum () korkmuş hissetmiyorum
12. Kendimi () çok mutlu hissediyorum () mutlu hissediyorum () mutlu hissetmiyorum
13. Kendimden () çok eminim () eminim () emin değilim
14. Kendimi () çok iyi hissediyorum () iyi hissediyorum () iyi hissetmiyorum
15. Kendimi () çok başım dertte hissediyorum () başım dertte hissediyorum () başım dertte hissetmiyorum
16. Bir şeylerin beni () çok rahatsız ettiğini hissediyorum () rahatsız ettiğini hissediyorum () rahatsız ettiğini hissetmiyorum
17. Kendimi () çok keyifli hissediyorum () keyifli hissediyorum () keyifli hissetmiyorum
18. Kendimi () çok dehşete kapılmış hissediyorum () dehşete kapılmış hissediyorum () dehşete kapılmış hissetmiyorum
19. Kafamda () her şeyi çok karmaşık hissediyorum () her şeyi karmaşık hissediyorum () her şeyi karmaşık hissetmiyorum
20. Kendimi () çok neşeli hissediyorum () neşeli hissediyorum () neşeli hissetmiyorum

Ek-10. Etik Kurul Formu

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
94		6 Aralık 2019

KARAR NO 35- Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda, Prof. Dr. Ayşe Yolga Tahiroğlu yönetiminde, Uzm. Dr. Perihan Çam Ray'ın katkılarıyla, Araş. Gör. Dr. Lala Allahyarova tarafından yürütülmesi öngörülen, "Anksiyete Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Travmanın Kuşaklar Arası Etkisi" başlıklı tıpta uzmanlık tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Prof Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Prof Dr Murat Gündüz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	
	Doç Dr Ezgi Özyılmaz Saraç Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	Toplantıya Katılmadı
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Lala Allahyarova
Doğum Tarihi ve Yeri : 04.07.1991 / Azerbaycan
Medeni Durumu : bekar
Adres : toros mahallesi, temel rezidans, kat 8, no 15
/Çukurova; Adaa
Telefon : 05443348852
E-posta : dr.allahyarova@mail.ru
Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : Azerbaycan Tıp Üniversitesi
Görev Yerleri : Çukurova Üniversitesi
Yabancı Diller : ingilizce