

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ BOZUKLUĞUNDA
ANKSİYETE DUYARLILIĞI VE GÜVENCE ARAMA
DAVRANIŞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

DR. SİNEM YEŞİLYURT

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2014

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ BOZUKLUĞUNDA
ANKSİYETE DUYARLILIĞI VE GÜVENCE ARAMA
DAVRANIŞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Sinem YEŞİLYURT

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Behice Elif ONUR AYSEVENER

İÇİNDEKİLER

I. İÇİNDEKİLER	i
II.TABLO LİSTESİ.....	iii
III. GRAFİK LİSTESİ.....	v
IV. KISALTMALAR	vi
V. TEŞEKKÜR	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1 Bağlanma kuramı	5
2.2 Ayrılma anksiyetesi bozukluğu	6
2.2.1 Tanım ve epidemiyoloji	6
2.2.2 Etiyoloji.....	9
2.2.3 Klinik özellikler, eş tanı ve gidiş.....	12
2.3 Anksiyete Duyarlılığı.....	15
2.3.1 Tanım ve epidemiyoloji	15
2.3.2 Anksiyete duyarlılığı ve anksiyete bozuklukları	16
2.4 Panik-agorafobi spektrumu.....	17
2.4.1 Tanım	17
2.5 Güvence arama	18
2.5.1 Tanım	18
2.5.2. Güvence arama ve anksiyete bozuklukları.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1 Çalışma örnekleme	21
3.1.1 Çalışmaya dahil edilme ölçütleri:.....	21
3.1.2 Çalışmadan dışlama ölçütleri:	22
3.2 Ölçüm araçları.....	22
3.3 İstatiksel analizler	25

4. BULGULAR	26
4.1 Değerlendirme	26
4.1.1 YAAB, PB, YAB ve SK gruplarının demografik ve klinik özellikleri.....	26
4.1.2 YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarının demografik ve klinik özellikleri.....	37
4.1.3 YAAB ve KYAAB grubunda bağıntılar	51
4.1.4 YAAB ve KYAAB gruplarının kendi içlerinde AAB'nin (çocukluk ve yetişkinlik) başlangıcına göre, bağlanma özellikleri ve klinik değerlendirme ölçeklerinin karşılaştırılması	52
4.1.5 YAAB ve KYAAB grubundaki hastaların AAB (çocukluk/yetişkinlik) başlangıcı ve bağlanma özellikleri açısından karşılaştırılması.....	58
5. TARTIŞMA.....	59
5.1 Demografik ve klinik veriler.....	60
5.1.1 Demografik veriler	60
5.1.2 Klinik veriler	61
5.2 Kısıtlılıklar	75
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	76
6.1 Sonuç	76
6.2 Öneriler	76
7. KAYNAKLAR.....	77
8. EKLER	87

II.TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu için DSM-IV-TR tanı ölçütleri	8
Tablo 2. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu için DSM-5 tanı ölçütleri.....	9
Tablo 3. YAAB, PB, YAB ve SK gruplarının demografik özellikleri	27
Tablo 4. YAAB, PB, YAB ve SK gruplarının klinik değerlendirme ölçeklerinin karşılaştırılması.....	30
Tablo 5. Kadın cinsiyete göre YAAB, PB, YAB ve SK gruplarının klinik değerlendirme ölçeklerinin karşılaştırılması	31
Tablo 6. Erkek cinsiyete göre YAAB, PB, YAB ve SK gruplarının klinik değerlendirme ölçeklerinin karşılaştırılması	32
Tablo 7. YAAB, PB, YAB ve SK gruplarının PASÖ-ÖB toplam ve alt alan ortalama puanlarının karşılaştırılması	34
Tablo 8. Kadın cinsiyete göre PB, YAB ve SK gruplarının PASÖ-ÖB toplam ve alt alan ortalama puanlarının karşılaştırılması	35
Tablo 9. Erkek cinsiyete göre PB, YAB ve SK gruplarının PASÖ-ÖB toplam ve alt alan ortalama puanlarının karşılaştırılması	36
Tablo 10. YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarının demografik ve klinik özellikleri.....	38
Tablo 11. YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarının klinik değerlendirme ölçeklerinin karşılaştırılması.....	41
Tablo 12. Kadın cinsiyete göre YAAB, PB, YAB ve SK gruplarının klinik değerlendirme ölçeklerinin karşılaştırılması	42
Tablo 13. Erkek cinsiyete göre YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarının klinik değerlendirme ölçeklerinin karşılaştırılması	43
Tablo 14. YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarının PASÖ-ÖB toplam ve alt alan ortalama puanlarının karşılaştırılması	44
Tablo 15. Kadın cinsiyete göre YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarının PASÖ-ÖB toplam ve alt alan ortalama puanlarının karşılaştırılması	45
Tablo 16. Erkek cinsiyete göre YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarının PASÖ-ÖB toplam ve alt alan ortalama puanlarının karşılaştırılması	46
Tablo 17. YAAB grubunda bağıntılar	53
Tablo 18. KYAAB grubunda bağıntılar	54
Tablo 19. YAAB grubundaki hastaların AAB (çocukluk/yetişkinlik) başlangıcına göre bağlanma özellikleri	55

Tablo 20. YAAB grubunda çocukluk/yetişkinlik başlangıcına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	56
Tablo 21. KYAAB grubundaki hastaların AAB (çocukluk/yetişkinlik) başlangıcına göre bağlanma özellikleri	56
Tablo 22. KYAAB grubunda çocukluk/yetişkinlik başlangıcına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	57
Tablo 23. YAAB ve KYAAB grubundaki hastaların AAB (çocukluk/yetişkinlik) başlangıcına ve bağlanma özellikleri karşılaştırması	58

III. GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1. HDDÖ ortalama puanlarının YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarında dağılımı.	47
Grafik 2. ADİ-3 Toplamı ortalama puanlarının YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarında dağılımı	47
Grafik 3. ADİ-3 Fiziksel alanı ortalama puanlarının YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarında dağılımı	48
Grafik 4. ADİ-3 Bilişsel alanı ortalama puanlarının YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarında dağılımı	48
Grafik 5. ADİ-3 Sosyal alanı ortalama puanlarının YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarında dağılımı	49
Grafik 6. YAA ortalama puanlarının YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarında dağılımı	49
Grafik 7. AABE ortalama puanlarının YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarında dağılımı ...	50
Grafik 8. GAÖ ortalama puanlarının YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarında dağılımı	50
Grafik 9. PASÖ-ÖB toplam ortalama puanlarının YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarında dağılımı	51

IV. KISALTMALAR

AAB: Ayrılma anksiyetesi bozukluğu

Ag: Agorafobi

AABE: Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri

AD: Anksiyete duyarlılığı

ADİ-3: Anksiyete Duyarlılığı-3 İndeksi

BKB: Bağımlı kişilik bozukluğu

ÇAAB: Çocukluk ayrılma anksiyetesi bozukluğu

GAÖ: Güvence Arama Ölçeği

HDDÖ: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği

KB: Kişilik bozukluğu

KYAAB: Komorbid yetişkinlik ayrılma anksiyetesi bozukluğu

MD: Major depresif bozukluk

PAS: Panik agorafobi apektumu

PASÖ-ÖB: Panik Agorafobi Spektrumu Ölçeği, Özbildirim Formu

PB: Panik bozukluk

PB-Ag: Agorafobi ile giden panik bozukluk

PTSB: Posttravmatik stres bozukluğu

SK: Sağlıklı kontrol

ÖF: Özgül Fobi

SAB: Sosyal anksiyete bozukluğu

YAAB: Yetişkinlik ayrılma anksiyetesi bozukluğu

YAA: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi

YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu

V. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince hep yanımda hissettiğim, tezimin her aşamasında büyük katkıları olan, zor günlerimde anlayışını ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Elif Onur Aysevener'e,

Tez çalışmamda katkısını ve ilgisini esirgemeyen, mesleki yaklaşımını örnek aldığım Prof. Dr. Tunç Alkın'a,

Tıpta uzmanlık eğitimim boyunca bana destek olan akademik danışmanım, hocam Prof. Dr. Zeliha Tunca'ya,

Hep yanımızda olan, bizi dinleyen sevgili Ana Bilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Berna Akdede'ye,

Uzmanlık eğitimim boyunca yalnız mesleğime değil, her konuya dair çok şey öğrendiğim, her zaman desteklerini hissettiğim hocalarım Prof. Dr. Hasan Can Cimilli, Prof. Dr. Köksal Alptekin, Prof. Dr. Ayşegül Özerdem Prof. Dr. Beyazıt Yemez, Prof. Dr. Ayşegül Yıldız, Doç. Dr. Halis Ulaş ve Uzm. Dr. İbrahim Tolga Binbay'a,

Tez dönemim dahil olmak üzere asistanlık sürecim boyunca birlikte çalışmaktan keyif aldığım, dostluklarıyla benim yanımda olan ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili arkadaşlarım Dr. Nefize Yalın, Dr. Burçin Karaca, Dr. Aslı Çiftçi, Dr. Dilay Karaarslan, Dr. Levent Var, Dr. Başak Bağcı ve Dr. Mehmet Kavurma'ya,

Tez yetiştirme sürecinde imdadıma koştan Dr. Handan Özek ve Dr. Seçil Soylu'ya,

Tezimde hasta bulmama yardımcı olan sevgilim arkadaşlarım Dr. Seda Mertol, Dr. Hidayet Ece Arat, Dr. Yaprak Yalçın Arslan ve Dr. Deniz Ceylan'a

Asistanlık süresince beraber çalışma fırsatı bulduğum sevgili arkadaşlarım Dr. Neşe Koçuk, Dr. Özgür Atlı, Dr. Ulaş Onur Ağdanlı, Dr. Selim Bilgin, Dr. Burcu Ünal, Dr. Ahmet Topzuoğlu, Dr. Onur Küçükçoban Dr. Havva Afşaroğlu Özek, Dr. Güneş Can, Dr. Ebru Onrat, Dr. Emre Mısır, Dr. Berkant Sağır, Dr. Saygın Demir, Dr. Emre Yazgeç, Dr. Armağan Sürgit, Dr. Mehtap Az'a

Asistanlık dönemimde birlikte çalışmaktan keyif aldığım sevgili psikiyatri hemşirelerine, personeline, servis anabilim dalı ve poliklinik sekreterlerine, psikolog arkadaşlarıma,

Eğitimime katkılarından dolayı tüm Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Adlı ve Nöroloji Anabilim Dalı'ndaki hocalarıma ve birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarıma,

Emeklerinden dolayı anneme, babama ve canım kardeşim Uğur'a teşekkür ederim.

ÖZET

YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ BOZUKLUĞUNDA ANKSİYETE DUYARLILIĞI VE GÜVENCE ARAMA DAVRANIŞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Sinem Yeşilyurt

Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı

sinemyesilyurt@gmail.com

Tez danışmanı: Prof. Dr. Behice Elif Onur Aysevener

Amaç: Yakın zamana kadar bir çocukluk çağı bozukluğu kabul edilen ayrılma anksiyetesi bozukluğu DSM-5’de tüm yaş gruplarını içeren, yaşam boyu konabilen bir tanı olarak yer almıştır. Çalışmamızın amacı yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu (YAAB) hastalarında anksiyete duyarlılığının, güvence arama davranışının ve panik-agarofobi spektrum belirtileri varlığının değerlendirilmesidir.

Yöntem: Çalışmamıza DSM-IV tanı ölçütlerine göre anksiyete bozukluğu tanısıyla psikiyatri polikliniğine başvuran 178 gönüllü katılmıştır. YAAB tanısı ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (AAB-YKG) ile konmuştur. YAAB varlığını ve şiddetini değerlendirmek amacıyla ayrıca Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAA), Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE) kullanılmıştır. Tüm katılımcılar Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3), Yaşam Boyu Panik-Agorafobi Spektrum Ölçeği Öz bildirim Formu (PASÖ-ÖB) ve Güvence arama ölçeği (GAÖ) ile değerlendirilmiştir. Hastalar YAAB (n=29), panik bozukluk (n=31), yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) (n=33), kontrol (n=34) ve komorbid yetişkin ayrılma anksiyetesi (KYAAB) grubu (n=51) olmak üzere beş grupta değerlendirilmiştir.

Bulgular: YAAB, PB ve YAB gruplarında ADİ-3 ve PASÖ-ÖB toplam ortalama puanları istatistiksel olarak birbirine benzer ve kontrol grubundan yüksek saptanmıştır. Ayrıca YAAB ile YAB grupları arasında ADİ-3 Bilişsel alanında ve GAÖ açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, kontrol grubundan yüksek saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızda YAAB’de diğer anksiyete bozukluklarında (YAB, PB) olduğu gibi anksiyete duyarlılığı ve güvence arama yüksek saptanmıştır. Ayrıca YAAB ile YAB grupları

arasında ADİ-3 Bilişsel alanında bulunan benzerlik, YAAB ile YAB arasındaki ortak bilişsel süreçlerin varlığına dikkat çekebilir.

Anahtar kelimeler: Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu, güvence arama, anksiyete duyarlılığı, panik agorafobi spektrumu

ABSTRACT

THE ASSESSMENT OF ANXIETY SENSITIVITY AND REASSURANCE SEEKING BEHAVIOR IN ADULT SEPARATION ANXIETY DISORDER

Dr. Sinem Yesilyurt

Dokuz Eylul University Psychiatry Department

sinemyesilyurt@gmail.com

Advisor: Prof. Dr. Behice Elif Onur Aysevener

Objective: Separation anxiety disorder which was regarded as a childhood disorder until recently, has been identified as a lifetime diagnosis that could be detected and diagnosed at any age interval in DSM-V. The main objective of our study was to assess anxiety sensitivity, reassurance seeking behavior and the presence of panic- agoraphobic spectrum associated symptoms in adult separation anxiety disorder (ASAD) patients.

Method: A total of 178 volunteers who are diagnosed with an anxiety disorder according to DSM-IV diagnostic criteria have been recruited. The diagnosis of ASAD was determined by using Structured Clinical Interview for Separation Anxiety Symptoms (SCI-SAS). Adult Separation Anxiety Questionnaire (ASA-27), Separation Anxiety Symptom Inventory (SASI) were also used to assess the presence of ASAD and the severity of the disorder. All participants were evaluated by using Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3), Lifetime Panic-Agoraphobic Spectrum Scale, Self Report Form (PAS-SR) and Reassurance Seeking Scale (RSS). Participants were categorized into five groups as ASAD (n=29), panic disorder (PD) (n=31), generalized anxiety disorder (GAD) (n=33), healthy controls (HC) (n=34) and comorbid ASAD (n=51).

Results: Total mean ASI-3 and SCI-PAS scores were statistically similar and higher than the scores of the control group in ASAD, PB and GAD groups. No statistically significant difference was found between ASAD and GAD groups regarding ASI-3 Physical subscale and RSS while scores from both group mentioned were higher than the control group's scores.

Conclusion: Our study indicated that anxiety sensitivity and reassurance seeking were high in ASAD, as would be the case in other anxiety disorders (GAD, PD). Besides, the similarity

found in ASI-3 Physical subscale between ASAD and GAD groups might suggest the presence of common cognitive processes within ASAD and GAD.

Keywords: Adult separation anxiety disorder, reassurance seeking, anxiety sensitivity, panic agoraphobic spectrum

1.GİRİŞ VE AMAC

Ayrılma anksiyetesi, kişinin temel bağlanma figüründen veya ‘güvenli’ olarak değerlendirilen yerlerden -genellikle evden- fiziksel veya duygusal ayrılmaya karşı aşırı ve yaygın bir korkuyla karakterizedir. Bu durum hem normal ruhsal gelişimin bir parçası, hem de bir anksiyete bozukluğu olarak tanımlanmıştır (1). Çocukluk ayrılma anksiyetesi bozukluğu (ÇAAB) çocukluk çağında en yaygın tanı olup yaşam boyu yaygınlığı %4.1’dir (1).

Yakın döneme kadar ayrılma anksiyetesi bozukluğu (AAB), çocukluk döneminde başlayan aşırı, gelişimsel olarak uygun olmayan bir dönemde ve uzun bir zaman periyodunda bulunan belirtilerin varlığında konabilen bir çocukluk çağı bozukluğu tanısı olarak tanımlanmıştır. İlk olarak Manicavasagar ve Silove tarafından (1997) yetişkinlik döneminde ayrılma anksiyetesi belirtileri bulunan üç olgunun tanımlanması sonrasında (2), çok sayıda araştırmayla yetişkinlik döneminde ayrılma anksiyetesi belirtilerinin var olduğu, yetişkinlik ayrılma anksiyetesi bozukluğunun (YAAB) çocukluk döneminde başlayarak yetişkinlik döneminde sürebileceği gibi, ilk olarak yetişkinlik döneminde de başlayabildiği gösterilmiştir.

Literatürde AAB’nin psikopatolojisini açıklayan 3 temel hipotez bulunmaktadır. Bazı araştırmacılar çocukluk döneminde görülen AAB’yi agorafobi ile giden panik bozukluğu (PB-Ag) öncülü olarak değerlendirmiştir. Diğerleri ise çocukluk döneminde görülen AAB’nin yalnızca PB-Ag’nin değil, tüm anksiyete bozukluklarının bir öncülü olduğunu ileri sürmüşlerdir (3). Manicavasagar ve Silove (1997) tarafından ileri sürülen devamlılık hipotezine göre ise, ÇAAB erişkinlikte sebat etmekte ve bu bozukluğun erişkin biçimi YAAB olarak kabul edilmektedir (4).

DSM- IV’te ayrılma anksiyetesi bozukluğunun erişkinlikte görülmesinin nadir olduğu ve eğer semptomlar panik bozukluğu (PB) veya agorafobi (Ag) için daha uygun ise tanının konulmaması gerektiği ve AAB’nin çocukluk dönemine özgü bir tanı olduğu belirtilmektedir (5). Son zamanlarda yapılan çalışmalarda çocukluk döneminde başlayarak, belirtileri yetişkinlikte devam eden olguların yanı sıra, çocukluk döneminde ayrılma anksiyetesiyle ilişkili belirtileri olmaksızın, belirtileri yetişkinlikte başlayan olguların var olduğunu gösteren çok sayıda çalışmaya dayanarak (6), DSM-5’de AAB’nin 18 yaşından önce başlaması koşulu ortadan kaldırılmış, bu bozukluğun çocukluk döneminde başlayıp başlamaması dikkate

alınmaksızın ayrılma anksiyetesi bozukluğu (AAB) tüm yaş gruplarını içeren, yaşam boyu konabilen bir tanı olarak yer almıştır. AAB tanı ölçütlerinde, DSM-5 içerisinde ayrılma anksiyetesi belirtilerinin çocuklarda en az 4 hafta, erişkinlerde ise en az 6 ay sürmesi ve DSM-IV’de yer alan erken başlangıçlı (6 yaşın altında) belirleyicisinin kaldırılması dışında değişiklik olmamıştır (7).

Anksiyete bozukluklarının kategorik mi, boyutsal olarak mı kavramlaştırılması konusundaki tartışma devam ederken, taksometrik analizler yetişkinlik dönemi ayrılma anksiyetesi de dahil, anksiyetenin birçok biçimi için boyutsal yaklaşımı desteklemektedir (8).

AAB’nin DSM içerisindeki hiyerarşisinde olan bu değişiklik belirtilerin yaşam boyu değerlendirmesinde esneklik sağlasa da, bu alandaki tartışmalar henüz tümüyle çözülebilmüş değildir. AAB, DSM-5’de Anksiyete Bozuklukları kategorisinde, tüm yaş gruplarını içeren bir tanı olarak yer almakla birlikte, çocuklukta ve yetişkinlikte başlayan olguların örtüşen ve ayrışan klinik özelliklerinin değerlendirilmesine ve diğer anksiyete bozukluklarında da görülen boyutsal bir özellik olan ayrılma anksiyetesinden ayırımına olanak sağlamamaktadır. Yetişkin dönemde görülen AAB’de anksiyetenin odağı, ailenin ötesinde, partnerleri ve çocukları da içine alacak şekilde genişler. Ayrılma anksiyetesi olan erişkinler daha sık telefon görüşmesi yaparak, bağlanma figürüyle sık bağlantı sağlayacak katı rutinlere bağlanarak, birlikte olma süresini uzatma amacıyla aşırı konuşarak korkularıyla başa çıkmaya çalışırlar (8). YAAB tanısı olan hastalar anksiyetelerini “aşırı, ego-distonik ve hayatlarını aşırı sınırlayıcı” olarak tanımlamışlardır (9). AAB’de farklı klinik fenotiplerin varlığı söz konusu olabilir.

Anksiyete duyarlılığı (AD), anksiyete belirtilerinden aşırı düzeyde korkmak olarak tanımlanmış bir yapıdır (10). Özellikle PB olmak üzere anksiyete bozukluklarına yatkınlık yaratan bilişsel bir risk etkeni olarak kabul edilmektedir. Literatürde YAAB’de AD’yi değerlendiren yalnız iki çalışma bulunmaktadır. Her iki çalışmanın sonuçları, YAAB’de anksiyete duyarlılığının yüksek düzeyde bulunduğunu ortaya koymuştur (11,12).

Güvence arama davranışı, anksiyete bozukluklarında, korkulan sonuçların olmasını engellemek amacıyla yapılan, ancak paradoksal olarak anksiyetenin sürmesini sağlayan bilişsel ve davranışsal stratejilerdir. Yapılan çalışmalar güvence arama davranışının anksiyete bozuklukları içerisinde farklı örüntüler gösterdiğini ortaya koymuştur. Örneğin PB hastaları, istedikleri güvenceyi alabilmek için, güvence gereksinimlerini karşılayabilmek için panikle ilişkili belirtilerini dramatize etmekte, güvendikleri kişiden ayrılmakta güçlük çekmekte,

güvence sağlayan sağlık çalışanları ile arkadaşlık kurmaya çalışabilmektedir (13). Literatürde YAAB’de güvence arama davranışını değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır.

AAB’de alternatif bir model ise ayrılma anksiyetesinin, stresin diğer semptomlarıyla birlikte, panik-agorafobi spektrum bozukluğunun bir formu olduğu yönündedir (9). Kategorik tanı sistemlerinin sınırlılıklarını aşmak üzere, geliştirilen spektrum yaklaşımı içerisinde panik-agorafobi spektrumu önemli bir yer almaktadır. Cassano ve arkadaşları (1997) tarafından tanımlanan panik agorafobi spektrumu (PAS) kavramı, uluslararası alana taşınarak, panik agorafobi spektrum belirtilerini değerlendiren yapısal bir görüşmenin (14) ve bir öz bildirim ölçeğinin geliştirilmesi (15) ile devam etmiştir. PAS, DSM-IV ve ICD-10’da yer alan tanı ölçütlerinin yanı sıra, PB ve Ag ile ilişkili atipik belirtileri ve eşik altı belirtilerinin değerlendirilmesini sağlar (16). Spektrum içerisinde klinik belirtiler sekiz alt alanda değerlendirilir (13). Bu alanlar içerisinde PB’ye özgü belirtilerin değerlendirildiği alanlar ile diğer anksiyete bozukluklarında boyutsal olarak yer alan belirtileri değerlendiren alanlar yer almaktadır. Örneğin PAS alan-1 ayrılma duyarlılığını, PAS alan-3 stres duyarlılığını, PAS alan-8 güvence arama davranışını değerlendirir. Ayrılma anksiyetesinin PAS içerisinde değerlendirilmesini öneren modele rağmen, AAB’de PAS belirtilerini değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. YAAB’de PAS belirtilerinin değerlendirilmesi, PB ve AAB arasında tanımlanan ilişkinin açıklanmasında örtüştüğü ve ayrıştığı klinik belirtilerin belirlenmesinde katkı sağlayabilir.

Çalışmamız DSM-5’in yayımlanmasından önceki bir tarihte planlanmıştır, ancak çalışmamızda YAAB olarak tanımladığımız grup, DSM-5 içerisinde ayrılma anksiyetesi bozukluğunun yaşam boyu konabilen bir tanı olarak yer alması ile birlikte güncel olarak AAB olarak isimlendirilmektedir (7).

Çalışmamızın birincil amacı YAAB hastalarında anksiyete bozukluklarının etiyolojisinde yatkinlaştırıcı bir bilişsel yapı olan AD’nin, anksiyete bozukluklarında olumsuz bir pekiştireç olan güvence arama davranışının ve PAS belirtilerinin varlığının PB, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırılarak değerlendirilmesidir. YAAB’de AD’nin ve güvence arama davranışının diğer anksiyete bozukluklarına benzer şekilde sağlıklı kontrollerden daha yüksek olacağını, PAS belirtilerinin PB başta olmak üzere tüm hasta gruplarında sağlıklı kontrollerden daha yüksek oranda bulunacağını ve ayrıca PAS alanları içerisinde ayrılma anksiyetesiyle ilişkili belirtileri ve anksiyete bozukluklarının ortak

belirtilerini değerlendiren alt alan puanlarının da (PAS-1 ayrılma duyarlılığı, PAS-3 stres duyarlılığı, PAS-8 güvence arama) YAAB’de yüksek olacağını varsaydık.

YAAB ile ilgili yapılan alışmalar, YAAB’nin diğer anksiyete bozukluklarıyla yüksek oranda komorbiditesinin bulunduğunu, klinik gidiş ve tedavi yanıtı üzerine olumsuz etki gösterdiğini ortaya koymuştur. Ayrıca YAAB’yi kategorik olmaktan çok diğer anksiyete bozukluklarında bulunan boyutsal bir özellik olarak değerlendiren bir görüş de bulunmaktadır. Çalışmamızın ikincil amacı YAAB’nin komorbid bulunduğu YAB ve PB hastalarında, AD güvence arama davranışı ve panik-agorafobi spektrum belirtilerinin varlığının, YAAB, PB ve YAB hastalarıyla karşılaştırılarak değerlendirilmesidir. Daha ağır bir psikopatolojiyi yansıttığını düşündüğümüz komorbid yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu (KYAAB) grubunda AD’nin ve güvence arama davranışının tüm hasta gruplarından daha yüksek olacağını ve panik-agorafobi spektrum belirtilerinin tüm gruplar içerisinde KYAAB grubunda en yüksek olacağını varsaydık.

Çalışmamızın nc amacı, hem YAAB, hem de KYAAB olgularında çocuklukta ve yetişkinlikte başlangıca göre, bağlanma zelliklerinin, AD’nin, güvence arama davranışının ve panik-agorafobi spektrum belirtilerinin yaygınlığının kendi içerinde karşılaştırılmasıdır.

Çalışmamızın dördüncü ve son amacı ise, YAAB ve KYAAB grupları arasında çocuklukta/yetişkinlikte başlangıç ve bağlanma özelliklerinin karşılaştırılmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

Ayrılma anksiyetesi, çocukluk dönemi için Bowlby'nin 'bağlanma teorisi' ile ilişkilendirilmiştir, bu dönemde ortaya çıkan anksiyöz bağlanmanın, çocukluk dönemi ayrılma anksiyetesi bozukluğupsikopatolojisinin altında yattığı varsayılmaktadır (17).

2.1 Bağlanma Kuramı

Bağlanma terimi ilk olarak John Bowlby tarafından 1997 yılında kullanılmıştır. Bowlby'ye göre, bebek ve bakım veren arasındaki ilişki bebeğin psikososyal gelişimin en önemli belirleyicisidir. Bowlby, bağlanma ilişkisinin sonraki yıllarda bireyin psikolojik uyumunu etkilediğini öne sürmüştür. John Bowlby ve Mary Ainsworth'un birlikte çalışmaları sonucu bağlanma kuramının istatistiksel olarak ölçülebilir hale gelmesi ve dolayısı ile bilimsel geçerlilik kazanması sağlanmıştır (18,19).

Kurama göre; annenin bebeğine dış dünyayı gözlemleyebileceği ve emniyet hissi içinde geri dönebileceği bir konumda bulunabilmesi ile güvenli bağlanma gelişmektedir. Temel bağlanmanın yaşamın ilk dokuz ayında gerçekleştiği, bakım verenin yokluğuna karşı dürtüsel davranışlar şeklinde ortaya çıktığı ve hayatta kalmayı sağlayan bir özelliği olduğu kabul edilmektedir (20). Bağlanma nesnesinin arzu edilen konumu ile mevcut konumu arasında ortaya çıkan çelişki, bağlanma sistemini aktif hale getirir, bu durumda bebek belli davranışlar ile bağlanma nesnesine ulaşmaya, ilişki kurmaya çalışır ki buna birincil strateji denir. Bebek bakım veren ile güvenli şekilde bağlandığında çevresini keşfetmeye, etrafını merak etmeye ve böylelikle bağlanma nesnesini güvenli üs olarak kullanmaya başlar. Bowlby'e göre, anne ve çocuk arasında güvenli kurulan bir bağlanma ilişkisi çocuğun sağlıklı psikolojik gelişimine katkı sağlamaktadır, bu bağlanma ilişkisi annenin sıcak ve duyarlı, bebeğin gereksinimi gidermeye hazır ve bağlanabilir olma özellikleri taşımasıyla yakından ilişkilidir (19,21). Eğer bebek bakım verenden duyarsız ya da düzensiz yanıtlar alırsa, mevcut stresini uygun olmayan ikincil strateji denilen baş etme yöntemleri ile uzaklaştırmaya çalışır ve bunun sonucunda güvensiz bağlanma gelişmektedir (19). Güvensiz bağlanma; anksiyöz ambivalan, anksiyöz kaçınan ve dezorganize tip olmak üzere üç şekilde tanımlanmıştır. Özgül bağlanma biçimlerinin farklı tip anksiyete bozukluklarıyla ilişkili olduğu öne sürülmüştür (22,23).

Bağlanma kuramcıları (Ainsworth, Blehar, Waters ve Wall 1978; Bowlby 1973,1980) yanlış gelişmiş ya da ara ara kesintilere uğramış bağlanma ilişkilerinin bazı kişilik problemlerine, ruhsal hastalıklara, kişiler arası ilişkilerde güçlükler neden olacağını ileri sürmektedirler (20,21,24).

2.2 Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu

2.2.1 Tanım ve epidemiyoloji

Ayrılma anksiyetesi, kişinin bağlanma figüründen ayrılma durumuna karşı aşırı ve gerçek dışı bir korku duymasıyla karakterizedir. 6 ile 20 aylık bebeklerde ayrılma anksiyetesi ayrılma durumuna karşı gelişimsel bir stres cevabıdır ve çoğu çocukta ayrılma anksiyetesi belirtileri 2 yaşından sonra azalma gösterir (25). Ancak ayrılmayla ilişkili anksiyete gelişimsel dönem ile uyumsuz olduğunda, bu duruma bağlı olarak sosyal, ailesel ya da akademik işlevlerin etkilendiği durumlarda, bir ruhsal bozukluk olarak değerlendirilmektedir (26).

Ayrılma anksiyetesi, tanı sistemleri içerisinde ilk olarak DSM-III içerisinde 18 yaş öncesi başlayan çocukluk / ergenlik çağına özgün bir bozukluk olarak yer almıştır. DSM-IV TR’de ise tanı için gereken süre iki haftadan dört haftaya uzatılmıştır (5) (Tablo 1). DSM IV-TR açıklama metninde çocukluk döneminde görülen AAB’nin ergenlik döneminde de devam edebileceği, ayrılık ihtimaline karşı kaygı duyma ve ayrılığı içeren durumlardan kaçınma davranışlarının yıllarca sürebileceği ancak bu durumun nadir olduğunu, eğer semptomlar panik bozukluğu (PB) veya agorafobi (Ag) için daha uygun ise bu tanının konulmaması gerektiği belirtilmiştir. DSM-IV ve ICD-10’nun getirdiği yaş sınırlaması bazı olguların tanımlanmasında sorun oluşturmuştur. Özellikle ayrılma anksiyetesi belirtilerinin ilk kez yetişkin dönemde ortaya çıktığı olgularda, bu belirtilerin sıklıkla başka bir tanıya ikincil olarak geliştiği varsayılmıştır (27,28). Anksiyete bozukluklarının çoğu çocukluk döneminde başlamakla birlikte, diğer anksiyete bozuklukları için çocukluk döneminde başlaması kriteri uygulanmamaktadır, bu yaşla ilgili formülasyon diğer anksiyete alt tiplerini sınıflandırma eğilimi açısından karşıtlık oluşturmaktadır (29). Bu sınırlılıklar, ayrılma anksiyetesi belirtilerinin varlığını yetişkin dönemde değerlendiren araştırmalara temel olmuştur. İlk kez 1997 yılında Manicavasagar ve Silove tarafından ayrılma anksiyetesi belirtileri gösteren 3 erişkin hasta tanımlanmıştır, böylelikle AAB’nin çocukluk çağında başlayıp yetişkinlik dönemine sarkabileceği, hatta ilk yetişkinlik döneminde görülebileceği öne sürülmüştür (2)

Manicavasagar ve Silove tarafından daha sonra yapılan çalışmalar da bu bulguları desteklemiştir (27,28,30).

Çalışmalar yetişkinlik döneminde görülen AAB'nin DSM-IV'de iddia edilenden çok daha yaygın olduğunu göstermektedir. Ulusal Eş tanı Çalışması Replikasyonu'nda erişkinlik döneminde görülen AAB prevalansının %6.6 olduğunu saptanmıştır, bu çalışmada çocukluk döneminde görülen ayrılma anksiyetesi %4.1 olarak belirlenmiştir (Shear K, 2006). Bu oran DSM IV'te çocukluk döneminde saptanan AAB sıklığıyla uyumludur (APA). Ulusal Eş tanı Çalışması Replikasyonu'nda çocukluk dönemi görülen AAB'nin %36'sında belirtilerin yetişkinlikte de devam ettiği saptanmıştır (1). Seligman ve arkadaşları (2007) anlamlı ve uzun süreli bir ayrılma deneyimi yaşayan 1. sönestr kolej öğrencileriyle yaptığı çalışmada ayrılma anksiyetesi semptomlarının %21 oranında görüldüğünü saptamıştır. Ayrıca anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozuklukları hastalarında yapılan çalışmaların sonuçları ayrılma anksiyetesi belirtilerinin yaygınlığına dikkat çekmekte, olguların yaklaşık %20-30'unda AAB'nin bulunduğunu göstermektedir (31). Ayaktan izlenen PB, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), sosyal anksiyete bozukluğu (SAB), posttravmatik stres bozukluğu (PTSB), obsesif kompulsif bozukluk (OKB), distimik bozukluk ve major depresif bozukluk (MD) tanıları olan hastalarla yapılan bir çalışmada erkeklerin %24'ünde, kadınların %30'unda erişkin dönemde ayrılma anksiyete bozukluğu saptanmıştır (32). Bir diğer çalışmada PB, PB-Ag, YAB, SAB ve MD tanıları olan 921 hastada yetişkin döneminde görülen AAB'nin oranı %23 olarak saptanmış olup, olguların dörtte üçünde AAB'nin erken başlangıçlı olduğu, erken başlangıç ile kadın cinsiyetin ilişkili olduğu bildirilmiştir (33). Pini ve arkadaşları (2010), anksiyete ve duygudurum bozukluğu hastalarının %20,7'sinde ÇAAB öyküsü olmaksızın AAB'nin bulunduğunu ve ÇAAB öyküsü olan AAB yaygınlığının ise %21.7 olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada da AAB olanlarda kadın sayısı, AAB olmayan gruba göre anlamlı olarak daha fazla saptanmıştır (34). Alan çalışmalarında yetişkin döneminde görülen AAB kadınlarda 4:1 oranında daha yaygın olarak görülmektedir (34,29).

Yetişkin döneminde görülen AAB'nin yeni bir tanı kategorisine girip girmeyeceği tartışılırken, Silove ve arkadaşları (2007) taksometrik analizler kullanarak yetişkinlik dönemi AAB'nin kategorik olmaktan çok boyutsal olduğunu, bu nedenle yetişkin AAB'nin bir tanı kategorisi olmaya yeterli olmadığını belirtmişlerdir. Ancak hastalığın başlangıcı, gidişatı, aile öyküsü, ayrılma anksiyetesinin diğer belirtilere göre daha dikkat çekici olması, işlevsel bozulma dikkate alınarak nihai tanının konulması önerilmektedir (8).

Tablo 1. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu için DSM- IV-TR tanı ölçütleri

A. Aşağıdakilerden üçünün (yada daha fazlasının) olması ile belirli, kişinin yada bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla ilgili, gelişimsel olarak uygunsuz ve aşırı anksiyetenin olması 1. Evden ya da bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde yineleyici bir biçimde aşırı sıkıntı duyma. 2. Bağlandığı başlıca kişileri yitireceğine ya da onların başına bir iş geleceğine ilişkin sürekli ve aşırı bir kaygı duyma. 3. Kötü bir olayın, bağlandığı başlıca kişiden ayrılmasına yol açacağına ilişkin sürekli ve aşırı bir kaygı duyma . 4. Ayrılma korkusundan ötürü, sürekli olarak, okula ya da başka bir yere gitmek istememe ya da gitmeyi reddetme. 5. Tek başına kalma, evde bağlandığı başlıca kişiler olmaksızın kalma ya da kendisi için önemli erişkin insanlar olmadan diğer ortamlarda bulunma konusunda isteksizlik gösterme ya da bu konuda sürekli ve aşırı bir korku duyma. 6. Bağlandığı başlıca kişinin yakınında olmadan ya da evin dışında uyuma konusunda sürekli bir isteksizlik gösterme ya da uyumayı reddetme. 7. Ayrılma konusunda sürekli kabus görme 8. Bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde yineleyici bir biçimde fiziksel semptom yakınmaları getirme (baş ağrıları, karın ağrıları, bulantı ya da kusma gibi). B. Bu bozukluğun süresi en az 4 haftadır C. Başlangıcı 18 yaşından önce olur D. Bu bozukluk klinik açıdan önemli bir sıkıntıya ya da toplumsal, okulda (mesleki) ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur E. Bu bozukluk sadece bir Yaygın Gelişim Bozukluğu, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve Agorafobi ile giden Panik Bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz. Erken Başlangıçlı: Başlangıcı 6 yaşından önce olursa.

Araştırmalar yetişkinlikte başlayan olguların oranının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir, klinik örneklemelerde yetişkinlik dönemi başlangıçlı AAB olgularının oranı %25-50 saptanırken, toplum çalışmalarında ise %75 olarak saptanmıştır (6). Tüm bu araştırmalara dayanarak, DSM-5’de kısmen de olsa AAB için tanısal bir esneklik sağlanmış ve bozukluğun 18 yaş öncesinde başlaması koşulu kaldırılarak, belirtilerin çocuklarda en az 4 hafta, erişkinlerde en az 6 ay ve üzerinde varlığı koşulu getirilmiştir (7) (Tablo 2).

Tablo. 2. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu için DSM- 5 tanı ölçütleri

A. Aşağıdakilerden en az üçünün olması ile belirli, kişinin bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla ilgili, gelişimsel olarak uygun olmayan ve aşırı düzeyde korku ya da anksiyetenin olması 1. Evden ya da bağlandığı başlıca kişilerden ayrılacak gibi olduğunda ya da ayrıldığında tekrarlayan aşırı sıkıntı duyma 2. Bağlandığı başlıca kişileri yitireceği ya da bu kişilerin hastalık, yaralanma, felaket, ölüm gibi zarar göreceği ile ilgili sürekli ve aşırı endişe duyma 3. Bağlandığı başlıca kişilerden birinden ayrılmaya neden olacak, istenmedik bir olay (örneğin kaybolma, kaçırılma, kaza geçirme, hastalanma) ile ilgili olarak sürekli ve aşırı endişe duyma 4. Ayrılma korkusundan dolayı okula, işe, ya da başka bir yere gitmek için evden dışarı çıkmayı, evden uzaklanmaya isteksizlik ya da buna karşı koyma 5. Tek başına kalmaktan ya da ya da başka ortamlarda tek ya da bağlandığı başlıca kişiler olmadan ev de ya da başka ortamlarda bulunmaktan sürekli, aşırı korku duyma ya da isteksizlik gösterme 6. Evin dışında ya da bağlandığı başlıca kişilerden biri yanında olmadığında uyuma konusunda isteksizlik gösterme ya da buna karşı koyma 7. Yineleyici biçimde ayrılma konusunda kabus görme 8. Bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde yineleyici biçimde fiziksel yakınmalar ya da belirtilerin olması baş ağrıları, karın ağrıları, bulantı ya da kusma gibi B. Bu korku, anksiyete ya da kaçınma süreklilik gösterir, çocuklarda ve ergenlerde en az 4 hafta, erişkinlerde 6 ay ya da daha uzun sürer C. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal,okulla ilgili, işle ilgili alanlarda ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur D. Bu bozukluk, otizm spektrum bozukluğunda olduğu gibi değişikliğe aşırı direnç gösterme nedeni ile evden ayrılmayı reddetme, psikotik bozukluklarda, ayrılma ile ilgili sanrı ve varsanılar , agorafobide güvenilen biri olmaksızın dışarı çıkmaya karşı koyma, yaygın anksiyete bozukluğunda önem verdiği kişilerin başına bir hastalık yada kötü bir olay geleceği ile ilgili endişe, hastalık anksiyetesi bozukluğunda bir hastalığının olduğuna dair endişe duyma gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz
--

2.2.2 Etiyoloji

Çocukluk döneminde görülen AAB birçok yazara göre bağlanma kuramıyla açıklanmaktadır. Bowlby, çocuğun bağlanma figüründen ayrılması veya sıkıntılı bir durum yaşaması gibi bağlanma nesnesine ulaşılabilirliğinin öngörülemediği durumlarda çocuğun kaygı ve korkuyla yanıt vereceğini, ancak güvenli bağlanan çocuklarda güvensiz bağlananlarla karşılaştırıldığında kaygı seviyesinin daha az olacağını öne sürmüştür (20). Bakımverenden tutarsız yanıt alan ambivalan bağlanması olan çocuk, bakımverenle birlikte olabilmek için yüksek düzey bağlanma davranışları gösterebilir ve ayrılma anksiyetesi

bozukluğu geliştirebilir. Bakımveren tarafından ilgi gösterilmeyen kaçınan bağlanması olan çocuk sıkıntılı hissettiği durumlarda bakımvereni arama davranışı göstermez. Bakımverenin korkutucu davranışlar sergilediği ve bozulmuş duygusal etkileşiminin olduğu çocuklarda tutarsız, tuhaf davranışlar gözlenir. Brumariu (2010) kaçınan bağlanmanın anksiyeteye ilişkili olmadığını ancak dezorganize bağlanmanın somatik semptomlar, sosyal fobi ve okul fobisiyle ilişkili olduğunu, ambivalan bağlanmanın ise ayrılma anksiyetesiyle ilişkili olduğunu saptamıştır (22). 6 yaş çocuklarında yapılan bir çalışmada, ambivalan bağlanması olan çocuklardaki ayrılma anksiyetesinin güvenli bağlanan çocuklara göre daha yüksek olduğu, kaçınan bağlanması olan çocuklarda görülen ayrılma anksiyetesinin ise anlamlı olmadığı gösterilmiştir (25). 11 yaş çocuklarında yapılan başka bir çalışmada ise, infantil dönemde ambivalan bağlanma gösteren çocuklarda güvenli bağlanma gösterenlere göre okul fobisinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (35).

Bowlby (1973), annenin aşırı korumacı tutumunun ayrılma anksiyetesi gelişimine katkısı olduğu görüşünü ileri sürmüştür (20). Poulton ve arkadaşları (2001) 3,11 ve 18 yaşlarında ayrılma anksiyetesi gelişimi ile ayrılma deneyimleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir izlem çalışması yürütmüşlerdir. Planlı, güvenli, acı vermeyen ayrılmaların (örneğin okul öncesi eğitim) ayrılma korkusunu tetiklemediğini bildirmişlerdir. 11 yaş döneminde yapılan değerlendirmede ise annenin çocuğu tek başına bırakma, çocuğu tek başına dışarı çıkarma korkusu ile ayrılma anksiyetesi arasında ilişki olduğunu saptamışlardır (36). Ayrıca çocukluk döneminde görülen AAB’de biyolojik ve genetik etkenlerin, mizaç ve bağlanma örüntüsünün, anksiyete ve depresyonun, evlilik sorunları ya da babanın yokluğunun etiyolojide rol oynadığı bildirilmiştir (26).

PB hastalarında gerçek ayrılma deneyimleriyle ayrılma anksiyetesi arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada Bandelow ve arkadaşları (2001), PB hastalarının kontrol grubundan anlamlı sayıda daha fazla çocukluk döneminde gerçek ayrılma deneyimi yaşadıklarını ancak çocukluk döneminde yaşanan ayrılma anksiyetesi ile gerçek ayrılma deneyimlerinin birbirlerinden bağımsız olduğunu saptamıştır (37).

Şu ana kadar yapılan çok sayıda çalışma ile çocuklarda ve ergenlerdeki anksiyete bozukluklarıyla, ebeveynlerin bilişsel süreçleri arasındaki ilişki aydınlatılmaya çalışılmıştır. Herren ve arkadaşları (2013) çocukluk ayrılma anksiyetesi olan çocukların ailelerinin çocukluk ayrılma anksiyetesi ve çocuk yetiştirmeye ilgili düşüncelerini araştırmıştır. AAB olan çocukların aileleri ile SAB olan çocukların ve herhangi bir ruhsal hastalığı olmayan

çocukların aileleri karşılaştırılmıştır. AAB olan çocukların ailelerinin her iki aile grubuna göre özyeterlilik algısının daha düşük olduğu ve özyeterlilik algısı, işlevsiz ebeveynlik algısının çocuğun anksiyetesiyle anlamlı olarak ilişkisi olduğu bulunmuştur (38).

AAB’de yapılan aile çalışmaları, AAB’nin aile içi geçişinin olduğunu göstermektedir. AAB olan çocukların birinci ve ikinci derece akrabalarında artmış oranlarda AAB bulunmuştur (39). Ayrıca çocukluk döneminde ayrılma anksiyetesi yüksek olan kişilerin kardeşlerinde veya çocuklarında okul reddi görülmektedir (40). Annede görülen ayrılma anksiyetesi ise çocuktaki ayrılma anksiyetesi ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur (41).

Manicavasagar ve arkadaşları (2001) AAB açısından aile-çocuk uyumunu incelemek amacıyla anksiyete bozukluğu tanısı alan 44 çocuk ve ailelerini (54 anne ve 29 baba) değerlendirmiştir. Çocukluk döneminde görülen AAB tanısı olan çocukların %63’ünde aile üyelerinden en az biri yetişkin döneminde görülen AAB tanısı almıştır (odds oranı=11.1) ($p<0.001$). Etkilenen aileler kendi çocukluk dönemlerinde yüksek düzeyde ayrılma anksiyetesi bildirmişlerdir (42).

Anne kaynaklı sorunların erken dönemde anne ve çocuk ilişkisini bozarak çocukta anksiyete bozukluğu gelişmesine neden olabildiği ya da anksiyete bozuklukları için genetik bir geçişin göstergesi olabildiği, annedeki ayrılma anksiyetesi tepkilerinin gözlem aracılığıyla çocuk tarafından öğrenilebileceği ve hayat boyu süren koşullanmalara neden olabileceği düşünülmektedir (29).

Manicavasagar ve arkadaşları (1997) yetişkin dönemde görülen AAB ile çocukluk döneminde görülen bağlanma biçimi arasındaki ilişkiyi de araştırmıştır. Bağlanma teorisine göre anksiyöz bağlanma psikiyatrik bozuklukla özellikle anksiyete bozukluklarıyla ilişkilidir (27). Manicavasagar ve arkadaşları (2009) yetişkin dönemde AAB olan PB hastalarının yetişkin dönemde AAB olmayan hastalara göre çocukluk döneminde anksiyöz bağlanmalarının daha fazla olduğunu bulmuştur (43).

Yetişkin dönemde görülen AAB geriyatrik topluluklarda da araştırılmıştır. Wijeratne ve Manicavasagar (2003) birincil sağlık merkezlerinde ayaktan tedavi gören 62-87 yaşları arasında olan 86 kişiyi DSM-IV’e göre yaşam boyu duygudurum ve anksiyete bozuklukları açısından değerlendirilmiştir. Bu grupta yetişkin dönemde AAB %6 oranında saptanmıştır. Yüksek ayrılma anksiyetesi skorlarının (ASA-16) yaşam boyu duygudurum bozukluğu veya anksiyete bozukluklarıyla ilişkisi bulunurken, cinsiyet, dul olma veya yalnız yaşamayla ilişkisi bulunmamıştır (44).

2.2.3 Klinik özellikler, Eş tanı ve Gidiş

Çocukluk ve yetişkin döneminde görülen ayrılma anksiyetesi bozukluğu karşılaştırıldığında bu iki bozukluğun sadece maturasyonla ilişkili gelişimsel değişikliklerle ilişkili olarak ayrıldığı söylenebilir (3). Küçük farklılıklar dışında çocukluk döneminde görülen AAB'ye benzer belirtiler yetişkin dönemde de gözlenir (33). Yetişkin dönemde görülen ayrılmayla ilişkili anksiyete ailenin ötesinde, partnerleri ve çocukları da içine alacak şekilde genişler. Çocukluk döneminde görülen ayrılma anksiyetesinde bulantı ve karın ağrısı gibi bedensel belirtiler ağırlık gösterirken, erişkin dönemde fiziksel yakınmalar daha az belirginleşir ve bunun yerine bilişsel ve duygusal belirtiler ön plana çıkar (8). Çocuklar okula gitmeyi reddedebilir, yetişkinler ise işe gitmek için evden ayrılmak istemeyebilir (43). Dahası, ayrılma anksiyetesi olan erişkinler daha sık telefon görüşmesi yaparak, bağlanma figürüyle sık bağlantı sağlayacak katı rutinlere bağlanarak, birlikte olma süresini uzatma amacıyla aşırı konuşarak korkularıyla başa çıkmaya çalışırlar (8).

Yetişkin dönemde görülen AAB ile PB-Ag komorbiditesi ve ayırıcı tanısı dikkate alınması gereken bir husustur. Örneğin evden ayrılmakla ilgili isteksizlik her iki bozuklukta da görülür, buna rağmen eve bağlı kalmanın altta yatan nedeni PB-Ag için panik atakları tetikleyen durumlardan kaçınmak iken, AAB için bağlanma figürüne karşı yakınlığı sürdürme ihtiyacıdır (33). Klinikte ayrıca çocukluk döneminde AAB olan ve erişkin dönemde şikayetleri devam eden hastalar stres durumunda panik benzeri belirtileri yaşamaktadırlar ve eğer ayrılık tehdidi ya da korkusu sorulmazsa bu durum panik atak olarak değerlendirilebilir (32).

Yetişkin dönemde görülen AAB'yi, ortaya çıkışını, gidişini, çocukluk dönemi ayrılma anksiyetesiyle olan ilişkisini tanımlamak amacıyla Manicavasagar ve arkadaşlarının (1997) 44 yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu (YAAB) tanısı alan hastada yaptığı çalışmada, ayrılma anksiyetesi ile yaşam boyu komorbid anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluk tanısının yaygın olduğu ancak ayrılma anksiyetesi belirtilerinin I. Eksen tanısından önce geldiği, çalışmaya katılan sadece 6 kişinin (%17) bağımlı kişilik bozukluğu (BKB) tanısını aldığı saptanmıştır (27). Loas ve arkadaşları (2002) ise AAB ile BKB komorbiditesini saptamak amacıyla çeşitli bağımlılık davranışları gösteren alkol, madde bağımlılığı veya yeme bozukluğu olan 784 hasta ile 708 alkol-madde bağımlılığı veya kötüye kullanımı, yeme bozukluğu ve psikotik bozukluğu olmayan kontrolü karşılaştırmıştır. Hasta grubunda yaşam boyu AAB görülme oranı (18 yaş öncesi başlaması koşuluyla) %15 ile 30 arasında

saptanmıştır. Kontrol grubu ve hasta grubunda görülen AAB ile BKB arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (45). Ancak kriterler açısından benzerlikler olmasına rağmen, yetişkin dönemde görülen AAB'nin BKB ile özel olarak bir ilişkisinin olduğu görülmemektedir (6).

Shear ve arkadaşları (2006) hem yetişkin dönemde hem de çocukluk döneminde görülen AAB'de anksiyete bozuklukları (Odds oranı=4.9) ve duygudurum bozuklukları (Odds oranı=4.3) komorbiditesinin bulunduğunu ve komorbidite paterni açısından aralarında fark olmadığını bildirmişlerdir. Odds oranları Özgül fobi (ÖF) için 4.3, PTSTB için 4.2, PB için 3.9 ve OKB için 2.4 saptanmıştır (1).

Nestadt ve arkadaşları (2003) tarafından OKB, Tik bozukluğu, PB-Ag, YAB, AAB, Rekürren MD, hipokondriazis veya beden algısı bozukluğu, patolojik cilt yolma veya tırnak yeme ve yeme bozuklukları (Anoreksiya nervroza veya Blumiya Nervoza) olan hastalar, 1. derece akrabaları ve kontrollerin alındığı bir çalışmada, AAB'nin yaşam boyu görülme oranı sırasıyla Beden algı bozukluğu için 10.7, PB-Ag için 7.4, OKB için 6.2, patolojik cilt yolma/tırnak yeme için 4.2, YAB için 3.7, rekürren depresif bozukluk için 2.6 saptanmıştır. DSM-IV kriterlerinin uygulandığı bu çalışmada kaç kişide AAB'nin çocukluk dönemiyle sınırlı kaldığı veya erişkinlikte devam ettiği bilinmemektedir (46).

Pini ve arkadaşlarının 2010 yılında anksiyete ve duygudurum bozukluğu olan 508 hastada yetişkin dönemi AAB tanısını taradığı bir çalışmada, çocukluk dönemi AAB öyküsü olan yetişkin dönemi AAB hastalarında PB'yi diğer anksiyete bozukluklarına göre daha sık saptanmıştır (34). Bu durumun tersine, Manicavasagar ve arkadaşları (2000) yetişkin dönemde görülen AAB ile PB görülme oranının anksiyete bozukluğu görülme oranı ile benzer olduğunu bulmuştur (28). Yakın dönemde yapılan, 25 çalışmanın metaanalizi ile ÇAAB varlığının, ileriki dönemde PB ve herhangi bir anksiyete bozukluğunun gelişimi için riski arttırdığı ancak depresyon ve madde kullanım bozuklukları için risk artışı bulunmadığı gösterilmiştir (47).

Travmatik kayıplar yetişkin dönemi AAB'de tetikleyici faktör olabileceğinden, komplike yas da yetişkin dönemi AAB ile ilişkili olabilir. Wijeratne ve arkadaşları (2003) geriyatrik hastalardan üç vakada yetişkin döneminde görülen AAB tanımlamıştır, bu vakaların ikisinde yetişkin döneminde görülen AAB çocuk kaybı sonrası ortaya çıkmıştır (44). Shear ve arkadaşları (2011) çocukluk dönemi AAB yetişkin dönemde devam eden hastaların komplike yas açısından yüksek bir risk altında olduğunu, bunun da yetişkin dönemde görülen AAB'nin erişkinlerde görülen komplike yas ile çocukluk döneminde görülen AAB ilişkisinde

aracı bir faktör olduğunu bulmuştur. Bu bulgu sevilen birinin kaybının erken dönem yaşanan ayrılma korkularını tetikleyebileceğini önermektedir (48). Savaşan etkilenmiş Bosnalı mültecilerin alındığı bir çalışmada PTSB hastalarının yarısında yetişkin dönemde görülen AAB görülürken, yetişkin dönemde görülen AAB olan hastaların tümünde PTSB saptanmıştır (33).

Ayaktan takip edilen anksiyete bozukluğu olan 136 hasta ve 176 kontrol grubu ile yapılan bir çalışmada ayrılma anksiyetesi semptomları, her iki grupta çocukluk dönemi ayrılma anksiyetesi belirtilerinin varlığını değerlendiren ‘Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri’ (AABE) skorları üzerinden değerlendirilmiş ve ayaktan takip edilen hastaların çocukluk ayrılma anksiyetesi semptom skorları beklendiği üzere anlamlı yüksek saptanmıştır. Dahası hastaların %48’inde en az bir kişilik bozukluğu (KB) bulunmuş olup, en sık görülen C küme KB (%36.6) saptanmıştır. Komorbid KB olan hastaların anksiyete belirtilerinin başlangıcı daha erken, AABE skorları daha yüksek, genel işlevselliklerinde yetersiz iyileşme saptanırken, multiregresyon analizi sonucunda komorbid KB’nin sayısı ile AABE skorları arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (49).

Duygudurum bozukluğu komorbiditesi göz önünde bulundurulduğunda, bipolarbozukluk komorbiditesi olan PB hastalarının, bipolar bozukluk komorbiditesi olmayan PB hastalarına ve MD hastalarına göre daha ciddi yetişkin dönem ayrılma anksiyetesi semptomları gösterdiği bildirilmiştir. Yetişkin dönem ayrılma anksiyetesi semptomları bipolar bozukluğun daha erken yaşlarda başlangıcıyla ilişkili bulunmuştur (50).

Gebelik döneminde görülen AAB ile depresyon ve anksiyete belirtilerinin örtüşmesini araştıran Eapen ve arkadaşları (2013) doğum öncesi kadın doğum servisinde yatmakta olan kadınların erişkin dönemde görülen ayrılma anksiyetesi belirtilerini ‘erişkin ayrılma anksiyetesi ölçeği’ (ASA-27) ile değerlendirmiştir. Edinburgh depresyon ve Edinburg 3A anksiyete alt ölçeklerine göre yetişkin dönemi AAB olan kadınlarla AAB olmayanlar karşılaştırıldığında AAB olan kadınların depresyon ve anksiyete puanlarının anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır. AAB’nin bu popülasyonda YAB ile ılımlı ancak anlamlı bir ilişkisi bulunmuştur (51).

2.3 Anksiyete Duyarlılığı

2.3.1 Tanım ve Epidemiyoloji

Anksiyete duyarlılığı (AD), bedensel belirtilerin zararlı sonuçları olduğu inancıyla ilişkili anksiyeteye bağlı bu bedensel belirtilere karşı hissedilen kişisel farklılıklar gösteren bir korku olarak ilk kez Reiss ve McNally (1985) tarafından tanımlanmıştır (10). Korku beklentisi (expectancy theory) modelin temelinde yer alır. Bu modelde insanlarda korku yaratan bir olaydan ya da durumdan kaçınma güdüsünün temelinde AD'nin ve anksiyete beklentisinin rol oynadığı öne sürülmüştür (52).

Genel anksiyete belirtisini deneyimleme eğilimiyle ilişkili olan sürekli (trait) anksiyetenin tersine, anksiyete duyarlılığı anksiyete belirtilerine karşı hissedilen korkuyla karakterizedir (53). Anksiyete duyarlılığı anksiyeteden korkmak veya korkmaktan korkmak olarak tanımlanabilir. Bu korkunun temelinde kişinin anksiyete veya korkusunun utanma, hastalık, ölüm gibi sonuçlara yol açacağına dair inancı yatar (54).

AD yüksek ve düşük olmak üzere 2 grup olarak sınıflandırılabilir. AD puanı yüksek olan kişiler, şiddetli ve anlam veremedikleri fiziksel anksiyete belirtilerini yanlış ve tehlikeli olarak yorumlama eğilimindedirler ve bu kişiler toplumun %10-20'sini oluşturmaktadır. Düşük AD olan kişiler ise anksiyete belirtilerini hoş olmayan ancak zararsız olarak tanımlarlar (52).

Beklenti anksiyetesi ve AD arasında klinik olarak benzerlikler olsa da, beklenti anksiyetesi panik ataklardan sonra başka atakların da olacağına dair sürekli bir kaygı ya da sonuçlarıyla (örneğin, kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, “çıldırma”) ilgili olarak endişe duyma ile karakterizedir. Beklenti anksiyetesi ve atakların sonuçları ile ilgili endişe kavramsal olarak örtüştüğü için DSM-5’de birleştirilmiştir (55).

AD genetik ve çevresel faktörlerden etkilenmektedir. Monozigot ve dizigot ikizlerin dahil edildiği ve anksiyete duyarlılığı üç faktörlü yapısından hangi etkenlerin etkilendiğinin araştırıldığı bir çalışmada, AD kadınlar için genetik ve çevresel faktörlerden etkilenirken, erkeklerde sadece çevresel faktörlerden etkilendiği gösterilmiştir (56).

AD’yi değerlendirmek amacıyla ilk olarak 1986 yılında Reiss ve arkadaşları tarafından ve en sık kullanılan Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (Anxiety Sensitivity Index) geliştirilmiştir. Çocuklarda için Çocukluk Çağı Anksiyete Duyarlılığı İndeksi uygulanmıştır. Ardından AD için Anksiyete Duyarlılığı İndeksi Gözden Geçirilmiş Formu (ADI-GF), Anksiyete

Duyarlılığı Profili (ADP) ve Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADI-3) adında 3 ölçek daha geliştirilmiştir (57).

ADI-3’de 3 faktör belirlenmiştir. Faktör 1’de fiziksel belirtiler, Faktör 2’de bilişsel belirtiler, Faktör 3’de ise sosyal belirtiler ağırlıktadır. Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda PB’de toplam AD puanları yüksek saptanmakla birlikte, YAB ve SAB olanlarda AD’nin bilişsel ve sosyal belirti alt alan puanları daha yüksek saptanmıştır (58,52) Bu ölçeğin PB başta olmak üzere diğer anksiyete bozuklukları gibi hastalıkların bilişsel yapısını anlamak ve karşılaştırma olanağı sağlaması açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

2.3.2 Anksiyete Duyarlılığı ve Anksiyete Bozuklukları

Anksiyetenin birçok alanda kognitif kavramsallaştırılmasına rağmen, AD’nin klinik anksiyete belirti ve tanısının gelişmesine öncülük edebilen karakteristik bir mizacı olduğuna inanılır. Reiss’in beklenti teorisinden yola çıkılarak AD’nin anksiyete bozukluğu ve panik atak geliştirmede bir risk faktörü olabileceği düşünülmüştür (59).

AD ve PB arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla Schmidt ve arkadaşları 1997 yılında klinik olmayan büyük bir genç erişkin örneklemini (n=1401) 5 haftalık askerlik eğitim süresince incelemişlerdir. Yüksek AD olanların düşük AD olanlara göre panik atak geçirme deneyimlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. AD ayrıca anksiyete semptomatolojisini, anksiyete nedeniyle gelişen işlevsellikte bozulma ve işlevsellik kaybını öngörmüştür (60). Cox ve arkadaşları (1991) tarafından, sürekli (trait) anksiyete ile klinik olmayan panik atakların ortaya çıkışını araştırmak amacıyla kolej öğrencileri çalışmaya alınmıştır. Bu çalışmada beklenen veya beklenmeyen panik atak yaşayan kişilerin %50’sinde yüksek AD olduğu, %20’sinde orta, %11’inde düşük AD olduğu saptanmıştır. Ayrıca yüksek AD olan ve panik atak geçmişi olmayan kişilerin %42’sinde fiziksel tehlikeyle ilişkin sürekli anksiyetenin yüksek olduğu bulunmuştur (61).

Yakın zamanda yapılan Naragon- Gainey ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışması AD’nin PB, PTSD ve YAB’da aynı düzeyde olduğunu göstermiştir (62).

Sonuç olarak 1980 yılından itibaren yapılan birçok bağımsız çalışma sürekli (trait) anksiyetenin varlığını kontrol ettikten sonra bile, AD’nin anksiyete bozukluklarını özellikle de panik atak ve PB’yi öngördüğünü göstermiştir (63). Bu çalışmalar ayrıca PB öyküsü olan bireylerde AD’nin yüksek olduğunu, AD puanlarının remisyon dönemlerinde düşme eğilimi

gösterdiğini, laboratuvar çalışmalarında AD'nin vücut duyarlılığına yönelik korku yanıtını yordadığını, AD'nin anksiyete belirtileri için özgün olduğunu ancak depresyon için özgün olmadığını göstermiştir (64).

YAAB'de anksiyete duyarlılığını değerlendiren iki çalışmanın sonuçları benzer olup, YAAB'de anksiyete duyarlılığının diğer anksiyete bozuklukları gibi yüksek düzeyde olduğu gösterilmiştir Silove ve Marnane (2013) YAAB, PB ve komorbid PB (YAAB ve PB) grupları arasında, YAAB ve komorbid grupta anksiyete duyarlılığının PB grubuna göre yüksek olduğunu bildirmişlerdir, çalışmada anksiyete duyarlılığı indexi kullanılmıştır. Atlı ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ise, PB, YAAB ve sağlıklı kontroller arasında Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3) ölçeği puanlarının YAAB'de ve PB'de benzer olduğu ve her iki hasta grubunda da sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu gösterilmiştir (12).

2.4 Panik-agorafobi spektrumu

2.4.1 Tanım

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ve ICD (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) gibi sınıflandırma sistemleriyle PB tanı ölçütleri için net olarak belirtilmiştir. Ancak Goodwin ve arkadaşları (2002) yetişkinler arasında klinik olarak belirlenen panik alttıplerinin toplum tabanlı ilişkisini belirlemek amacıyla yürütmüş oldukları Ulusal Eş tanı Çalışması'nda toplumda panik alttıplerinin farklı panik semptomatolojileriyle ve eş tanı psikopatolojilerle ilişkili olduğunu saptamıştır. Birçok klinik çalışmada bozukluğun başlangıç yaşı, cinsiyetler arası belirtiler, hastalığın seyri ve şiddeti açısından değişiklikler olduğu bildirilmiştir (65).

Ayrıca DSM ve ICD gibi sınırları net olan tanı sistemleri kullanılarak, hasta değerlendirilmesinin yapılması bilimsel araştırmalarda hasta gruplarının homojen olmasını sağlamak, çalışmaları tekrarlamak açısından gerekli olmakla birlikte, klinik uygulamada I. Eksen bozuklukların eşikaltı belirtileri bir sendrom oluşturmaya da düşük yaşam kalitesine, işlevsellikte bozulmaya ve önemli psikopatolojilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (66,13). Kategorik tanı sistemlerinin sınırlılıkları spektrum bozukluğu tanımlamasının çıkış noktası oluşturmuştur. Bu yaklaşım içerisinde panik agorafobi spektrumu (PAS) ilk olarak Cassano ve arkadaşları (1997) tarafından tanımlanmış ve uluslararası alana taşınarak anksiyete bozuklukları için alternatif bir model olarak sunulmuştur (14,16,67). PAS

belirtilerini değerlendiren yapısal bir görüşmenin (16) ve öz-bildirim ölçeğinin geliştirilmesi (15) ile PAS modeli üzerine yapılan çalışmalar artış göstermiştir.

PAS kavramında ICD-10 ve DSM-IV tanı ölçütlerinin kullanılmasının yanı sıra atipik ve eşikaltı panik belirtiler, çekirdek belirtilerle ilişkili davranış kümeleri, mizaç ve kişilik özellikleri de ele alınmıştır. Panik-agorafobi spektrumu belirtileri sekiz alt alanda değerlendirilir: 1- Seperasyon (ayrılma) duyarlılığı, 2- Tipik ve atipik panik benzeri semptomlar, 3- Stres duyarlılığı, 4- İlaç ve madde duyarlılığı, 5- Beklenti Anksiyetesi, 6- Tipik ve atipik agorafobi semptomları, 7- Hastalık duyarlılığı ve hipokondriasis, 8- Güvence arama (13,67).

PAS içerisinde 1. alan olan seperasyon duyarlılığı içerisinde, hem çocukluk dönemi hem de yetişkinlik döneminde görülen ayrılma anksiyetesi belirtileri yer almaktadır.(13,67).

Rucci ve arkadaşları (2009) PAS yapısını analiz etmek amacıyla farklı çalışmalardan alınan 630 PB hastasının veri tabanını değerlendirmişlerdir. Çalışmada panik semptomları, agorafobi, klostrofobi, ayrılma anksiyetesi, kaybetme korkusu kontrolü, ilaç duyarlılığı/fobisi, tıbbi güvence arama, nesne kurtarma, kayıp hassasiyeti, aile bireylerinden güvence arama şeklinde 10 faktör elde etmiştir. Bu belirti profilinin ilaç tedavisinin düzenlenmesi ve özel ihtiyaçlara göre psikoterapik yaklaşımlar için uygun olduğu düşünülmüştür (68). PB hastalarıyla yapılan 1 yıllık naturalistik izlem çalışmasında ise yaşam boyu PAS alanları içinde sadece yaşam boyu seperasyon anksiyetesinin olması remisyonla ilişkili bulunmuştur (69).

2.5 Güvence arama

2.5.1 Tanım

En genel tanımı ile güvence arama davranışı, anksiyeteyi hemen azaltan ancak sonrasında paradoksal olarak artırarak, güvence arama davranışının yinelenmesi ile devam eden, psikolojik distress ile başa çıkma mekanizmasıdır (70). Güvence arama davranışı farklı tanımları yapılmıştır. Güvence arama davranışı sadece anksiyetenin sürmesine değil aynı zamanda kişinin anksiyete ile başa çıkma becerisini yetersiz görmesine de neden olmaktadır.

Depresyon'un kişilerarası kuramında (Coyne, 1976) depresyona duyarlı kişilerin diğer insanlardan daha fazla güvence arama ihtiyacına yatkın oldukları ileri sürülmüştür. Bu kişiler kendilerine olan saygılarını başkalarından aldıkları güvenceye göre değerlendirirler, başkalarından güvence almalarına rağmen bunun gerçekliğine inanmaz ve bu konuda tatmin

olmazlar (71,72). Joiner, Metalsky, Katz ve Beach (1999) bu durumu ‘aşırı güvence arama’ olarak tanımlamıştır (73).

Güvence arama üzerine yapılan çoğu psikopatolojiyle ilişkili araştırmada depresyonla ilişki saptanmıştır. 2001 yılında Joiner ve arkadaşları tarafından psikoloji öğrencileri ve üniversite öğrencileriyle yapılan 6 çalışma depresyon için güvence aramanın geçerliliğini ve vulnerabilite (yatkınlık) etkeni olduğunu desteklemiştir (74). Gençöz ve Gençöz’ün çalışması (2005) Güvence Arama Ölçeği (GAÖ) puanı ve Beck Depresyon Ölçeği’nden elde edilen toplam puanı arasında pozitif bağıntı olduğunu göstermiştir (75). Buna ek olarak, Starr ve Davila (2008) aşırı güvence arama davranışının depresyon ve kişilerarası yadsıma (rejection) ile pozitif korelasyon gösterdiğini ileri sürmüştür (76).

2.5.2. Güvence Arama ve Anksiyete Bozuklukları

Aşırı güvence arama psikolojik stresi yönetmede önemli bir mekanizmadır. Güvence aramanın aniden anksiyeteyi azalttığı ancak bu geçici azalmayı takiben tipik olarak anksiyetenin paradoksal arttığı ve tekrar güvence arama dürtüsünün olduğu, zamanla güvence arama sıklığında artışa yol açtığı gösterilmiştir (77). Aşırı güvence aramanın ayrıca anksiyeteye uyum sağlamayı bozduğu, tehdidi sürekli kıldığı ve anksiyeteye başa çıkmayı sağlayan kişinin becerilerinin değerini azalttığı ortaya çıkmıştır (78,79).

Güvence arama ile anksiyete patolojisi arasındaki ilişkiyi açıklayan farklı görüşler bulunur. Kaygılı bireyler tehlikenin yakın olmadığına ve uyarıların güvenli olduğuna dair güvence ararlar. Böyle bir davranış kaygıyı, zarar riskini azaltmak için yapılabilir. Endişeli bireyler belirsizliğin verdiği dayanılmaz duygudan kurtulmak için aşırı güvence arama davranışı gösterebilirler (80).

Salkovskis (1985) güvence arama davranışını OKB’nin kapsamında ‘bir şeyleri düzeltmek’ ve bir şeyin yan etkilerinin sorumluluğunu üstlenerek kendini suçlama veya başkaları tarafından suçlanma olasılığını önlemek için bir girişim olarak değerlendirmiştir (81). Rachman (2002) ise güvence aramayı bilgi talep etmenin yanı sıra zarardan kaçınmak için en tipik girişimlerden biri olarak tanımlamıştır (82).

Erken deneysel çalışmalarda OKB’de güvence arama davranışı üzerine odaklanılmış olsa da, güvence arama davranışının SAB, YAB, PB ve sağlık anksiyetesi gibi anksiyete bozukluklarının sürdürümünde önemli bir rol oynadığı öne sürülmüştür (79). Benzer şekilde Cogle ve arkadaşlarının 2012 yılında üniversite öğrencileriyle yaptığı bir çalışmada sürekli

(trait) anksiyete, depresyon, belirsizliğe tahamülsüzlük kontrol edildikten sonra bile SAB, YAB ve OKB hastalarındaki belirtilerin artışıyla güvence aramanın artışı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (80).

YAB tanısı olan hastalarla sağlıklı katılımcılar arasındaki davranışsal belirtilerin incelenmesi amacıyla DSM-IV tanısına göre 56 YAB tanısı olan hasta ve 33 kontrol grubunun alındığı bir izlem çalışmasında, YAB olan hastaların kontrol grubuna göre endişeyi kontrol etmek ve önlemek amacıyla bilişsel ve davranışsal kaçınma, güvenli davranma ve güvence arama girişimleriyle daha anlamlı derecede uğraştıkları gösterilmiştir (83).

Onur ve arkadaşları (2007) nefes darlığı, boğulma hissi, ölüm korkusu, göğüs ağrısı gibi baskın solunum semptomları gösteren PB hastalarında baskın solunum semptomları göstermeyen PB hastalarına göre Panik-Agorafobi Spektrum Ölçeği, Özbildirim Formu'nun (PASÖ-ÖB) güvence arama alt alanında anlamlı derecede yükseklik saptamıştır (84).

Halen AAB'nin çocukluk ve yetişkinlik döneminde klinik benzerlikleri ve farklılıkları için yapılacak araştırmalara, anksiyete bozukluklarında boyutsal olarak bulunan yetişkin ayrılma anksiyetesi ve kategorik olarak ayrılma anksiyetesi bozukluğu arasındaki farkları ve benzerlikleri açığa çıkaracak olan çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Çalışma Örneklemi

Çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) Psikiyatri Polikliniği ve Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri polikliniğinde Ağustos 2012-Mayıs 2013 tarihleri arasında yapıldı. Çalışma örneklemi, DEÜTF Psikiyatri Polikliniği ve Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre anksiyete bozukluğu tanısı alan hastaların, araştırmacıya yönlendirilmesi ve araştırmacı tarafından sözel ve yazılı bilgilendirilmiş onam alınmasının ardından değerlendirilmesiyle oluşturuldu. DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesine (SCID-I) göre “agorafobili ya da agorafobisiz panik bozukluğu” (PB)” ya da “yaygın anksiyete bozukluğu (YAB)” tanısı alanlar, Ayrılma Anksiyesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşmeye (AAB-YKG) göre “yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu (YAAB)” tanısı konanlar hasta gruplarını oluşturdu. DSM-IV tanı ölçütlerine göre herhangi bir eksen I tanısı olmayan ve AAB-YKG ile YAAB tanısı dışlanmış olan gönüllüler sağlıklı kontrol (SK) grubuna dahil edildi. Bu çalışma, PB (n=31), YAAB (n=29), YAB (n=33), SK (n=34) ve komorbid anksiyete bozukluğu olan YAAB (KYAAB) grubu (n=51) olmak üzere beş grupta değerlendirilen, toplam 178 gönüllüyle yapıldı.

SCID-I ve AAB-YKG çalışmada görevli araştırmacı tarafından uygulandı, aynı gün olmak üzere klinik görüşmeler yaklaşık 1 saat sürdü, bildirim ölçeklerin doldurulması yaklaşık 1-1.5 saat sürdü. Gönüllülere, tanısal görüşme ve ölçek uygulamaları dışında bir müdahale yapılmayarak değerlendirmeler ertesinde “olağan tedavileri” için psikiyatri polikliniğine yönlendirildi.

3.1.1 Çalışmaya dahil edilme ölçütleri:

- SCID-I ile PB, agorafobili ya da, agorafobisiz PB ya da YAB tanısı almak
- AAB-YKG ile YAAB tanısı almış olmak
- YAAB, PB, YAB gruplarında hafif depresif bozukluk veya remisyonda depresif bozukluk (Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği puanı<17 olanlar), özgül fobi (ÖF), agorafobi (Ag), uyum bozukluğu, distimik bozukluk ve somatoform bozukluk dışında başka bir Eksen-I tanısının bulunmaması

- Sağlıklı gönüllüler için herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almamış olmak, hiç psikiyatrik tedavi görmemiş olmak
- 18 yaşından büyük ve 65 yaşından küçük olmak
- Çalışma için yazılı onam vermek
- Okur-yazar olmak

3.1.2 Çalışmadan dışlama ölçütleri:

- HDDÖ ölçeğinden 17 puan ve üstü almak
- Yaşam boyu mental retardasyon, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), şizofreni, bipolar bozukluk, psikotik bozukluk BTA ve diğer psikotik bozuklukların varlığı, bilişsel işlevleri etkileyen durumlar (deliryum, demans, epilepsi vb), alkol ve madde kullanım bozuklukları, genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu ve madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu tanısı almış olmak
- Ağır fiziksel bir hastalığının olması ve klinik laboratuvar bulgularının ciddi bir hastalığı gösteriyor olması, ciddi bir nörolojik hastalığının bulunması
- PB hastalarında YAB komorbiditesinin, YAB hastalarında ise PB komorbiditesinin bulunmaması, KYAAB hastalarında PB ve YAB komorbiditesinin birlikte bulunmaması

3.2 Ölçüm Araçları

1.DSM IV, Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme; (Structured Clinical Interview for the DSM IV Axis I Disorders, SCID): First ve arkadaşları tarafından 1997’de DSM-IV Eksen I ruhsal bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmedir. SCID-I tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanmasını sağlayarak tanının güvenilirliğinin ve DSM-IV tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırarak tanıların geçerliğinin artırılması, belirtilerin sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir. SCID-I’in geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından 1999’da yapılmıştır (85).

2.Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) (Hamilton Depression Rating Scale; HDRS): Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği 1960 yılında yapılmıştır (86). Çalışmada depresif belirtilerin değerlendirilmesi amacı ile kullanılmıştır. Hamilton

ölçeğinde görüşmeye dayanan gözlemler sistematik olarak kayıt edilir. 17 maddelik, 5 dereceli bir ölçekte değerlendirilir ve toplam puan elde edilir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır (87).

3. Ayrılma Anksiyesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (AAB-YKG) (Structured Clinical Interview For Seperation Anxiety Symptoms; SCI-SAS):

Çalışmada yetişkin ayrılma anksiyesi bozukluğu tanısını koymak amacı ile kullanılmıştır. Ölçek, Cyranowski ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilmiştir (88). Yetişkinler için geliştirilen AAB-YKG, 8 itemli iki ayrı kısımdan oluşmaktadır. İlk kısmında geriye doğru çocukluk çağı ayrılma anksiyesi belirtilerini sorgularken, ikinci kısmı şu andaki yetişkinlik belirtilerini saptamaktadır (89). Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (90).

4. Ayrılma Anksiyesi Belirti Envanteri (AABE) (Seperation Anxiety Symptom Inventory; SASI):

Çalışmada çocukluk döneminde ayrılma anksiyesi belirtilerinin varlığını değerlendirmek amacı ile kullanılmıştır. Silove ve arkadaşları (1993) tarafından, yetişkinlikte çocukluk ayrılma anksiyesi belirtilerini sorgulayan ölçeği geliştirmişlerdir (91). 15 itemli öz bildirim ölçeği, geçmişe yönelik çocukluk deneyimlerine dayanarak ölçüm yapmaktadır. Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik-güvenirlik çalışmaları Diriöz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe sürümünün çalışmasında kesme puanı 12 olarak hesaplanmıştır (92).

5. Yetişkin Ayrılma Anksiyesi Anketi (YAA) (Adult Seperation Anxiety Checklist; ASA):

Çalışmada yetişkinlik döneminde ayrılma anksiyesi belirtilerini değerlendirmek amacı ile kullanılmıştır. Manicavasagar ve ark. (2003) tarafından geliştirilmiş, erişkinlikte ayrılma anksiyesi belirtilerini araştıran ve 27 maddeden oluşan self-report ölçektir. DSM-IV de yer alan yetişkinlik dönemi belirtilerini araştıran ve 27 maddeden oluşan 4'lü likert tipi ölçüm ile her bir madde için 0 'hiç hissetmedim' ile 3 'çok hissettim' arasında dağılım göstermektedir. DSM-IV'de yer alan çocukluk dönemi belirtilerini yetişkinlik dönemine uyarladıkları ve araştırmacıların bu grup hastalarda gözledikleri başka belirtileri de kapsayan bir ölçektir (30). Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Diriöz ve

arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe sürümünün çalışmasında kesme puanı 25 olarak belirlenmiştir (92).

6. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3) (Anxiety Sensitivity Index-3; ASI-3): ADİ-3 Ölçeği fiziksel, sosyal ve bilişsel alt kategorileriyle anksiyete duyarlılığını çok boyutlu olarak değerlendirebilmesi amacıyla Taylor ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir. Üç alt kategoride toplam 18 maddeden oluşmaktadır. Ölçek beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. ‘0’ çok az anlamına gelirken, ‘4’ çok fazla anlamına gelmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 iken en yüksek puan ise 72’dir. Türkçe’ye uyarlanması ve geçerlik - güvenirlik çalışması Mantar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (93). Ölçeğin Türkçe sürümü çalışmasında kesme puanı hesaplanmamıştır, karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılması önerilmektedir.

7.Yaşam Boyu Panik-Agorafobi Spektrum Ölçeği Öz bildirim Formu (PASÖ-ÖB), (Panic Agoraphobic Spectrum Scale–Self Report; PAS-SR): Çalışmada panik-agorafobi spektrum belirtilerini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Shear ve Cassano (2001) tarafından geliştirilen ölçek (94), 114 itemden oluşmakta ve 8 alanda yaşam boyu panik agorafobik semptomların varlığını ya da yokluğunu değerlendirmektedir: 1- Seperasyon (ayrılma) duyarlılığı, 2- Tipik ve atipik panik benzeri semptomlar, 3- Stres duyarlılığı, 4- İlaç ve madde duyarlılığı, 5- Beklenti anksiyetesi, 6- Tipik ve atipikagorafobi semptomları, 7- Hastalık duyarlılığı ve hipokondriazis, 8- Güvence arama. Türkçe’ye uyarlanması ve geçerlik/güvenirlik çalışması Onur ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (95).

8.Güvence arama ölçeği (GAÖ),(Reassurance Seeking Scale; RSS): Çalışmada güvence arama davranışlarını değerlendirmek amacı ile kullanılmıştır. Ölçek, Coyne ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup (71), Türkçe’ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Gençöz tarafından yapılmıştır (75). Dört itemli, likert tipi ölçümle değerlendirme sağlamaktadır.

Çalışmada yetişkinlik ayrılma anksiyetesi bozukluğunun çocukluk döneminde ve yetişkinlik döneminde başlangıcına göre ayrımı AAB-YKG klinik görüşmesi, AABE ve YAA ölçekleriyle yapılmıştır. Bağlanma özellikleri, bağlanılan kişi sayısı ve bağlanılan kişinin

yakınlık derecesi olarak değeriendirilmiştir. Bağlanılan kişinin yakınlık derecesi ebeveyn ve/veya kardeş, eş ve/veya çocuk ve son olarak ebeveyn ve/veya kardeş ve eş ve/veya çocuk şeklinde 3 grup olarak belirlenmiştir.

3.3 İstatiksel Analizler

Çalışma verilerinin istatistiksel analizi ‘SPSS for Windows (Release 15,0)’ kullanılarak yapıldı. Bağımsız gruplarda kategorik/ikili değişkenler için ki-kare testi uygulandı. Bağımsız gruplarda sayısal değişkenlerin normal dağılım özelliği gösterip göstermediği test edildi (Kolmogorov-Smirnov testi ve Shapiro-Wilks testleri). Normal dağılım özelliği gösteren sayısal değişkenlerin varyanslarının homojen olup olmadığı test edildi (Levene testi). Grup sayısı ikiden fazla olduğunda, sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi ANOVA uygulandı, istatistiksel anlamlılık düzeyi $p=0.05$ olarak kabul edildi. Bağımsız gruplarda tek yönlü ANOVA ile anlamlı fark bulunan sayısal veriler için farkın hani gruptan kaynaklandığının belirlenmesi için post-hoc Bonferroni testi uygulandı.

Normal dağılım özelliği göstermeyen sayısal değişkenlerin iki grup arasında karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi uygulandı, istatistiksel anlamlılık düzeyi $p=0.05$ olarak kabul edildi. İkiden fazla sayıda bağımsız gruplar arasında sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında, Kruskal-Wallis tek yönlü varyans analizi uygulandı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p=0.05$ olarak kabul edildi, anlamlı fark bulunan sayısal değişkenler için farkın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesi amacıyla ikili karşılaştırmalar için Mann-Whitney U testi uygulandı, istatistiksel anlamlılık düzeyi $p=0.008$ ($0.05/6$) olarak kabul edildi.

Çok değişkenli analiz koşullarının sağlanamaması nedeniyle, çok değişkenli analiz yöntemleri kullanılamadı ancak cinsiyetin etkisini kontrol etmek amacıyla cinsiyete göre tabakalama yapılarak, kadın ve erkek cinsiyet gruplarında, bağımsız gruplar arasında yapılan tüm karşılaştırmalar tekrar değeriendirildi.

Sayısal değişkenler arasındaki ilişkinin ve yönünün belirlenebilmesi amacıyla Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Regresyon analizi, analiz koşulları sağlanamadığı için yapılamadı.

4. BULGULAR

4.1 Değerlendirme

Çalışmada gruplar arası değerlendirmeler:

1. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (YAAB) (n=29), panik bozukluğu (PB) (n=31), yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) (n=33) ve sağlıklı kontrol (SK) (n=34) grupları arasında demografik özellikler ve çalışmada kullanılan klinik değerlendirme ölçekleri (HDDÖ, PASÖ-ÖB, ADİ-3, AABE, YAA, GAÖ) ve alt ölçek puanları karşılaştırıldı.

2. YAAB (n=29), PB (n=31), YAB (n=33) ve komorbid yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu (KYAAB) (n=51) grupları arasında demografik özellikler ve çalışmada kullanılan klinik değerlendirme ölçekleri toplam puanları (HDDÖ, PASÖ-ÖB, ADİ-3, AABE, YAA, GAÖ) ve alt ölçek puanları karşılaştırıldı.

3. YAAB (n=29) ve KYAAB (n=51) gruplarında çalışmada kullanılan klinik değerlendirme ölçek toplam puanları (HDDÖ, PASÖ-ÖB, ADİ-3, AABE, YAA, GAÖ) ve alt ölçek puanları arasındaki bağıntılar değerlendirildi.

4. YAAB ve KYAAB grupları kendi içlerinde ayrılma anksiyetesi bozukluğunun çocukluk/ yetişkinlik başlangıcına göre, bağlanma özellikleri ve klinik değerlendirme ölçek (HDDÖ, PASÖ-ÖB, PASÖ-ÖB alt alanları, ADİ-3 Toplam, ADİ-3 Fiziksel, ADİ-3 Bilişsel, ADİ-3 Sosyal, AABE, YAA, GAÖ) puanları açısından karşılaştırıldı.

5. YAAB ve KYAAB grupları AAB'nin çocuklukta ve yetişkinlikte başlangıcına göre ve bağlanma özellikleri açısından birbirleriyle karşılaştırıldı.

4.1.1 YAAB, PB, YAB ve SK gruplarının demografik ve klinik Özellikleri

4.1.1.1 YAAB, PB, YAB ve SK gruplarının demografik özellikleri

YAAB grubunu 4'ü erkek (%13.8), 25'i kadın (%86.2), PB grubunu 12'si erkek (%38.7), 19'u kadın (%61.3), YAB grubunu 8'i erkek (%24.2), 25'i kadın (%75.8) ve SK grubunu 15'i erkek (%44.1) ve 19'u kadın (%55.9) oluştuyordu. YAAB, PB, YAB ve SK arasında cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0.039). Kadınlarda en büyük satır yüzdesini oluşturan YAAB grubu çıkarılarak gruplar arası cinsiyet dağılımı tekrar değerlendirildi, farklılığın YAAB grubundan kaynaklanmakta olduğu saptandı. Gruplar arasından YAAB grubu 36.6 yaş ortalamasıyla en genç yaşta olan grubu, YAB grubu ise 44.3 yaş ortalamasıyla yaş ortalaması en ileri yaşta olan grubu oluşturdu.

Gruplar arasında yaş, eğitim süresi, medeni durum, ve çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Grupların demografik özellikleri Tablo 3’de sunulmuştur.

Tablo 3. YAAB, PB, YAB ve SK gruplarının demografik özellikleri

	YAAB (N=29)	PB (N=31)	YAB (N=33)	SK (N=34)	İstatistik
Cinsiyet (N, kadın/erkek, kadın yüzdesi)	25/4 %86.2	19/12 %61.3	25/8 %75.8	19/15 %55.9	$\chi^2 = 8.35, df=3, p=0.039^*$
Medeni durum (N, evli/bekar, evlilik yüzdesi)	20/9 %69	17/14 %54.8	26/7 %78.8	22/12 %64.7	$\chi^2=4.27, df=3, p=0.233^1$
Çalışma durumu (N, çalışma/çalışmama, çalışma yüzdesi)	14/15 %48.3	15/16 %48.4	15/18 %45.5	24/10 %70.6	$\chi^2=5.49, df= 3, p=0.139^1$
Yaş*	36.6±2.1	41.3±12.5	44.3±12.5	37.9±11.5	F= 2.56, df=3, p=0.058 ²
Eğitim yılı *	12.5±4.4	11.3±5.3	10.2±4.5	11.06±4	$\chi^2=3.19, df=3, p=0.36^{3**}$

YAAB: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, PB:Panik Bozukluğu, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, SK: Sağlıklı kontrol

*Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

**Tablodaki değerler üzerinden logaritmik dönüşüm uygulanmıştır.

¹ Bağımsız gruplarda kategorik/ikili değişkenler için χ^2 testi uygulanmıştır.

² Bağımsız gruplarda sayısal/sürekli değişkenler için bağımsız gruplarda tek yönlü ANOVA testi uygulanmıştır.

³ Bağımsız gruplarda sayısal/sürekli değişkenler için parametrik koşullar sağlanamadığından Kruskal-Wallis tek yönlü analizi uygulanmıştır.

[†]Yapılan χ^2 testi sonucunda en büyük satır yüzdesi oluşturan YAAB çıkarıldığında anlamlı fark saptanmadı.

4.1.1.2 YAAB, PB, YAB ve SK gruplarının klinik özellikleri

YAAB tanısı alan 29 hastanın, 12’sinde ayrılma anksiyetesinin (% 41.4) çocukluk döneminde başlayarak yetişkinlikte devam ettiği, 17’sinde (% 58.6) yetişkinlikte başladığı saptandı.

YAAB tanısı alan 29 hastanın, 11’inde (%37.9) özgül fobi (ÖF), 6’sında agorafobi (Ag) (%20.7), 1’inde (%3.4) kısmi remisyonunda ya da hafif şiddette majör depresif bozukluk (MD) ve 8’inde (%27.5) çalışmada dışlama ölçütleri içinde yer almayan diğer psikiyatrik bozuklukların (somatoform bozukluk uyum bozukluğu, distimi) komorbid olarak bulunduğu saptandı.

PB tanısı alan 31 hastanın 26'sında (%83.9) agorafobi ile giden panik bozukluğu (PB-Ag)tanısı mevcut olup, 6'sında (%19.4) ÖF, 4'ünde (%12.9) kısmi remisyonda ya da hafif şiddette MD, 7'sinde ise (%22.6) çalışmada dışlama ölçütleri içinde yer almayan diğer psikiyatrik bozuklukların (somatoform bozukluk uyum bozukluğu, distimi) komorbid olarak bulunduğu saptandı.

YAB tanısı olan 33 hastadan 10'unda (%30.3) ÖF, 8'inde agorafobi (%24.2), 3'ünde (%9.1) kısmi remisyonda ya da hafif şiddette MD ve 5'inde (%15.2) çalışmada dışlama ölçütleri içinde yer almayan diğer psikiyatrik bozuklukların (somatoform bozukluk, uyum bozukluğu, distimi) komorbid olarak bulunduğu saptandı.

Komorbidite oranları açısından hasta gruplarının karşılaştırılması, KYAAB grubunu da dahil ederek ileriki bölümde yer almaktadır.

4.1.1.3 Klinik değerlendirme ölçekleri

Gruplar arası Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği (HDDÖ) ortalama puanlarının YAAB, PB ve YAB gruplarında kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (YAAB=PB=YAB>SK, $p<0.001$) (Tablo 4). Cinsiyete göre tabakalama yapıldığında, hasta grupları ile kontrol grubu arasındaki HDDÖ ortalama puanlarındaki istatistiksel olarak anlamlı düzeydeki farklılıkların her iki cinsiyette bulunduğu saptandı (Tablo 5 ve 6).

Gruplar arası Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3) toplam puanı ortalamalarının YAAB, PB ve YAB gruplarında kontrol grubundan yüksek olduğu ve bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (YAAB=PB=YAB>SK, $p<0.001$) (Tablo 4). Cinsiyete göre tabakalama yapıldığında, her iki cinsiyette, ADİ-3 Toplam puanı ortalamalarının YAAB, PB ve YAB gruplarında kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 5 ve 6).

Gruplar arası ADİ-3 alt alanları ortalama puanları karşılaştırıldığında, ADİ-3 Fiziksel belirtiler alanı ortalama puanlarının YAAB, PB ve YAB gruplarında kontrollerden yüksek olduğu ve yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (YAAB=PB=YAB>SK, $p<0.001$). ADİ-3 Bilişsel belirtiler alanı ortalama puanlarının ise YAAB, PB ve YAB gruplarında kontrol grubundan yüksek olup, bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (YAAB=YAB>PB>SK). Ayrıca ADİ-3 Bilişsel belirtiler alanı ortalama puanları YAAB ve YAB gruplarında PB grubuna göre daha yüksek olup, bu yükseklik istatistiksel

olarak anlamlılık sınırındaydı ($p=0.008$). ADİ-3 Sosyal belirtiler alanı ortalama puanlarının YAAB, PB ve YAB gruplarında kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($YAAB=PB=YAB>SK$, $p<0.001$) (Tablo 4).

Dört grup arasında ADİ-3 alt alanları ortalama puanları cinsiyete göre tabakalanarak değerlendirildiğinde; erkek cinsiyette ADİ-3 Bilişsel belirtiler alanı açısından PB ile kontrol arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmazken; bu durum dışında her iki cinsiyette ADİ-3'ün tüm alt alanlarında ortalama puanların YAAB, PB ve YAB gruplarında kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı (Tablo 5 ve 6).

Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi (YAA) ortalama puanlarının YAAB, PB ve YAB gruplarında kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca YAAB grubunda YAA ortalama puanının YAB ve PB gruplarına göre yüksek olduğu, bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. ($YAAB>YAB=PB>SK$, $p<0.001$) (Tablo 4). Cinsiyete göre tabakalama yapıldığında, her iki cinsiyette YAA ortalama puanlarının YAAB, PB ve YAB gruplarında kontrol grubuna göre yüksek olduğu saptandı (Tablo 5-6).

AABE ortalama puanlarının YAAB, PB ve YAB gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek olduğu saptandı ($YAAB>YAB=PB>SK$, $p<0.001$). Ayrıca, YAAB grubunda AABE ortalama puanının YAB ve PB grubuna göre anlamlı oranda daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4). Gruplar arasında AABE ortalama puanları cinsiyete göre tabakalama yapılarak karşılaştırıldığında, kadınlarda AABE ortalama puanlarının, YAAB, PB ve YAB gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu, erkek cinsiyette ise sadece PB ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılığın bulunduğu saptandı (Tablo 5-6).

Güvence arama ölçeği (GAÖ) ortalama puanları gruplar arasında karşılaştırıldığında, YAAB ve YAB gruplarında güvence arama ölçeği ortalama puanlarının sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek olduğu, PB grubunda GAÖ ortalama puanı kontrol grubuna göre yüksek olmakla birlikte, bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı. Ayrıca YAAB grubunda GAÖ ortalama puanının ile PB grubuna göre anlamlı oranda yüksek olduğu, YAAB ve YAB grupları arasında ve YAB ve PB grupları arasında anlamlı farklılığın bulunmadığı saptandı (Tablo 4). Cinsiyete göre tabakalama yapıldığında her iki cinsiyette, YAAB ve YAB gruplarında GAÖ ortalama puanlarının, kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek olduğu saptandı, PB ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılığın bulunmadığı saptandı (Tablo 5-6).

Tablo 4. YAAB, PB, YAB ve SK gruplarının klinik değerlendirme ölçeklerinin karşılaştırılması*

	YAAB	PB	YAB	SK	İstatistik	Karşılaştırma
HDDÖ²	4.72±3.77	6.32±4.06	6.91±3.96	1.03±1.11	$\chi^2=50.13$, df=3, p<0.001 p=0.134 p=0.03 p<0.001 p=0.478 p<0.001 p<0.001	YAAB=PB YAB=YAAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
ADİ-3 Toplam²	23.69±13.39	21.39±11.5	24.64±15.06	4.06±3.28	$\chi^2=58.49$, df=3, p<0.001 p=0.678 p=0.667 p<0.001 p=0.279 p<0.001 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
ADİ-3 Fiziksel²	8.52±5.89	9.61±5.21	8.79±6.48	1.38±1.83	$\chi^2=47.52$, df=3, p<0.001 p=0.346 p=0.882 p<0.001 p=0.447 p<0.001 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
ADİ-3 Bilişsel²	9.41±6.47	5.55±4.86	9.39±5.89	1.88±1.68	$\chi^2=46.06$, df=3, p<0.001 p=0.008 p=0.86 p<0.001 p<0.008 p<0.001 p<0.001	YAAB>PB YAAB=YAB YAAB>SK YAB>PB PB>SK YAB>SK
ADİ-3 Sosyal²	5.76±4.10	6.23±5.31	6.45±5.54	0.94±1.58	$\chi^2=37.58$, df=3, p<0.001 p=0.835 p=0.887 p<0.001 p=0.946 p<0.001 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB YAB>SK PB>SK
YAA Puanı¹	43.31±12.36	15.19±7.13	20.64±8.31	4.97±3.39	F=118, df= 3, p<0.001 p<0.001 p<0.001 p<0.001 p=0.046 p<0.001 p<0.001	YAAB>PB YAAB>YAB YAAB>SK YAB=PB PB>SK YAB>SK
AABE Puanı²	13.93±8.34	5.87±3.70	7.36±6.52	2.12±2.04	$\chi^2=49.19$, df=3, p<0.001 p=0.001 p<0.001 p=0.736 p<0.001 p<0.001 p<0.001	YAAB>YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK YAAB>PB
GAÖ**¹	13.86±5.00	8.52±4.08	11.24±5.48	6.06±2.16	F=20.81, df=3, p<0.001 p<0.001 p=0.108 p<0.001 p=0.065 p=0.036 p<0.001	YAAB>PB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK

YAAB: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, PB:Panik Bozukluğu, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, SK: Sağlıklı kontrol, HDDÖ: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, ADİ-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, YAA Puanı: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi, AABE: Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri, GAÖ: Güvence Arama Ölçeği

*Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir. **Tablodaki değerler üzerinden logaritmik dönüşüm uygulanmıştır.

¹ Bağımsız gruplarda sayısal/sürekli değişkenler için bağımsız gruplarda tek yönlü ANOVA testi uygulanmıştır. Bağımsız gruplarda ANOVA'ya göre üç grup arasında fark anlamlı olduğunda, farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post hoc Bonferroni ve Tukey yöntemleri uygulanmıştır.

² Bağımsız gruplarda sayısal/sürekli değişkenler için parametrik koşullar sağlanmadığından Kruskal-Wallis tek yönlü analizi uygulanmıştır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için post-hoc Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

Tablo 5. Kadın cinsiyete göre YAAB, PB, YAB ve SK gruplarının klinik değerlendirme ölçeklerinin karşılaştırılması*

	YAAB	PB	YAB	SK	İstatistik	Karşılaştırma
HDDÖ¹	4.48±3.62	5.84±3.3.65	6.8±4.04	1.26±1.24	$\chi^2=26.24$, df=3, p<0.001 p=0.229 p=0.039 p=0.001 p=0.439 p<0.001 p<0.001	YAAB=PB YAB=YAAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
ADİ-3 Toplam¹	24.52±14.23	21.63±11.1	22.08±13.67	4.68±3.84	$\chi^2=32.62$, df=3, p<0.001 p=0.758 p=0.655 p<0.001 p=0.803 p<0.001 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
ADİ-3 Fiziksel¹	8.8±6.24	10.11±5.52	7.44±5.52	1.63±2.01	$\chi^2=27.16$, df=3, p<0.001 p=0.419 p=0.477 p<0.001 p=0.122 p<0.001 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
ADİ-3 Bilişsel¹	9.88±6.84	5.47±4.07	9.2±5.88	1.89±1.99	$\chi^2=28.19$, df=3, p<0.001 p=0.021 p=0.831 p<0.001 p=0.047 p=0.001 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB>SK YAB=PB PB>SK YAB>SK
ADİ-3 Sosyal¹	5.84±4.39	6.05±4.75	5.44±5.25	1.26±1.76	$\chi^2=18.57$, df=3, p<0.001 p=0.83 p=0.495 p<0.001 p=0.467 p<0.001 p=0.002	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
YAA Puanı¹	43.92±12.59	16.11±7.85	22±7.69	6±3.66	$\chi^2=67.28$, df=3, p<0.001 p<0.001 p<0.001 p<0.001 p=0.035 p<0.001 p<0.001	YAAB>PB YAAB>YAB YAAB>SK YAB=PB PB>SK YAB>SK
AABE Puanı¹	15.12±8.25	6.42±3.48	7.16±6.11	2.53±2.29	$\chi^2=36.05$, df=3, p<0.001 p<0.001 p<0.001 p=0.849 p<0.001 p=0.007 p<0.001	YAAB>YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK YAAB>PB
GAÖ¹	14.08±5.23	9.21±3.82	11.08±5.6	7±2.31	$\chi^2=22.26$, df=3, p<0.001 p=0.042 p=0.054 p<0.001 p=0.416 p=0.022 p=0.008	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB=SK YAB>SK

YAAB: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, PB: Panik Bozukluğu, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, SK: Sağlıklı kontrol, HDDÖ: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, ADİ-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, YAA Puanı: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi, AABE: Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri, GAÖ: Güvence Arama Ölçeği

*Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

¹ Bağımsız gruplarda sayısal/sürekli değişkenler için parametrik koşullar sağlanmadığından Kruskal-Wallis tek yönlü analizi uygulanmıştır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için post-hoc Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

Tablo 6. Erkek cinsiyete göre YAAB, PB, YAB ve SK gruplarının klinik değerlendirme ölçeklerinin karşılaştırılması*

	YAAB	PB	YAB	SK	İstatistik ¹	Karşılaştırma
HDDÖ¹	6.25±4.99	7.08±4.71	7.25±3.91	0.73±0.88	$\chi^2=23.88$, df=3, p<0.001 p=0.684 p=0.683 p=0.002 p=0.792 p<0.001 p<0.001	YAAB=PB YAB=YAAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
ADİ-3 Toplam¹	18.5±3.42	21±12.62	32.63±17.33	3.27±2.28	$\chi^2=24.62$, df=3, p<0.001 p=0.953 p=0.073 p=0.001 p=0.098 p<0.001 p=0.001	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
ADİ-3 Fiziksel¹	6.75±2.63	8.83±4.82	13±7.76	1.07±1.58	$\chi^2=21.35$, df=3, p<0.001 p=0.379 p=0.154 p=0.001 p=0.181 p<0.001 p=0.001	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
ADİ-3 Bilişsel¹	6.5±1.73	5.67±6.11	10±6.3	1.87±1.24	$\chi^2=15.88$, df=3, p=0.001 p=0.262 p=0.461 p=0.001 p=0.082 p=0.032 p=0.001	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB>SK YAB=PB PB=SK YAB>SK
ADİ-3 Sosyal¹	5.25±1.5	6.5±6.3	9.63±5.53	0.53±1.25	$\chi^2=20.19$, df=3, p<0.001 p=0.862 p=0.073 p=0.001 p=0.208 p=0.001 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
YAA Puanı¹	39.5±11.62	13.75±5.82	16.38±9.23	3.67±2.55	$\chi^2=26.21$, df=3, p<0.001 p=0.001 p=0.008 p=0.001 p=0.571 p<0.001 p=0.001	YAAB>PB YAAB>YAB YAAB>SK YAB=PB PB>SK YAB>SK
AABE Puanı¹	6.5±4.43	5±4.02	8±8.11	1.6±1.59	$\chi^2=11.09$, df=3, p=0.011 p=0.933 p=0.02 p=0.521 p=0.004 p=0.034 p=0.521	YAAB=YAB YAAB=SK PB=YAB PB>SK YAB=SK YAAB=PB
GAÖ¹	12.50±3.42	7.42±4.4	11.75±5.39	4.87±1.19	$\chi^2=19.18$, df=3, p<0.001 p=0.042 p=0.461 p<0.001 p=0.031 p=0.183 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB=SK YAB>SK

YAAB: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, PB:Panik Bozukluğu, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, SK: Sağlıklı kontrol, HDDÖ: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, ADİ-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, YAA Puanı: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi, AABE: Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri, GAÖ: Güvence Arama Ölçeği

*Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

¹Bağımsız gruplarda sayısal/sürekliliği değişkenler için parametrik koşullar sağlanmadığından Kruskal-Wallis tek yönlü analizi uygulanmıştır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için post-hoc Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

Yaşam boyu Panik Agorafobi Spektrum Ölçeği, Özbildirim Formu (PASÖ-ÖB) toplam ortalama puanı YAAB, PB ve YAB gruplarında kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi, her üç grupta PASÖ-ÖB toplam ortalama puanları kontrol grubundan yüksek bulundu (YAAB=PB=YAB>SK, $p<0.001$) (Tablo 7). Cinsiyete göre tabakalama yapıldığında, her iki cinsiyette, PASÖ-ÖB toplam ortalama puanlarının YAAB, PB ve YAB gruplarında kontrol grubuna göre yüksek olduğu saptandı (Tablo 8-9).

PASÖ-ÖB alt alanları gruplar arasında karşılaştırıldığında; sekiz alt alanın tümünde, ortalama puanların YAAB, PB ve YAB gruplarında sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı (YAAB>SK, YAB>SK, PB>SK, $p<0.001$). Ayrıca PASÖ-ÖB-1 (Separasyon (Ayrılma) Duyarlılığı) alt alanı ortalama puanının YAAB grubunda YAB ve PB grubuna göre anlamlı oranda daha yüksek olduğu, YAB ve PB grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptandı (YAAB>YAB=PB>SK, $p<0.001$). PASÖ-ÖB-2 (Tipik/Atipik panik semptomları) alt alanı ortalama puanının PB grubunda, YAAB ve YAB grubuna göre, yüksek olduğu saptandı ancak anlamlı farklılığın sadece PB ile YAAB grubu ($p=0.003$) arasında olduğu saptandı (Tablo 7).

PASÖ-ÖB alt alan ortalama puanları gruplar arasında cinsiyete göre tabaklanarak değerlendirildiğinde; kadın cinsiyette tüm alt alanlarda ortalama puanların, YAAB, PB ve YAB gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı. PASÖ-ÖB-1 (Separasyon (Ayrılma) Duyarlılığı) alt alanı ortalama puanının YAAB grubunda YAB ve PB grubuna göre anlamlı oranda daha yüksek olduğu saptandı. Ancak PASÖ-ÖB-2 (Tipik/Atipik Panik Semptomları) alt alanı ortalama puanı PB grubunda YAAB grubuna göre yüksek olmakla birlikte, bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlılık göstermedi. Erkek cinsiyette ise, PASÖ-ÖB alanlarının tümünde ortalama puanlar YAAB, PB ve YAB gruplarında kontrol grubuna göre yüksek olmakla birlikte, ikili karşılaştırmalarda her 3 grup ile kontrol grubu arasında sadece PASÖ-ÖB-2 (Tipik/Atipik Panik Semptomları) alt alanı, PASÖ-ÖB-7 (Hastalık fobisi ve Hipokondriasis) alt alanı ve PASÖ-ÖB-8 (Güvence arama) alt alanlarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. YAAB grubunda PASÖ-ÖB-1 (Separasyon Duyarlılığı) ortalama puanının YAB ve PB grubuna göre anlamlı oranda daha yüksek olduğu saptandı. PASÖ-ÖB-2 (Tipik/Atipik Panik Semptomları) alt alanı ortalama puanı PB grubunda YAAB grubuna göre yüksek olup, istatistiksel olarak anlamlıydı (Tablo 8-9).

Tablo 7. YAAB, PB, YAB ve SK gruplarının PASÖ-ÖB toplam ve alt alan ortalama puanlarının karşılaştırılması*

	YAAB	PB	YAB	SK	İstatistik	Karşılaştırma
PASÖ-ÖB¹ Toplam	34.00±15.58	35.87±13.63	31.61±17.2	4.59±2.74	F= 39.91, df=3, p<0.001 p=0.949 p=0.896 p<0.001 p=0.582 p<0.001 p<0.001	PB=YAAB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
PASÖ-ÖB-1² (Seperasyon Duyarlılığı)	8.14±2.49	3.1±2.32	3.73±2.38	0.91±0.87	$\chi^2=77.59$, df=3, p<0.001 p<0.001 p<0.001 p<0.001 p=0.271 p<0.001 p<0.001	YAAB>PB YAAB>YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
PASÖ-ÖB-2² (Tipik/Atipik Panik Semptomları)	9.55±5.37	12.9±4.14	9.88±5.42	1.53±1.31	$\chi^2=74.04$, df=3, p<0.001 p=0.003 p=0.676 p<0.001 p=0.013 p<0.001 p<0.001	PB>YAAB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
PASÖ-ÖB-3² (Stres Duyarlılığı)	1.21±0.62	1.13±0.76	1.03±0.77	0.18±0.46	$\chi^2=39.14$, df=3, p<0.001 p=0.746 p=0.364 p<0.001 p=0.605 p<0.001 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
PASÖ-ÖB-4² (Madde/İlaç Duyarlılığı)	1.93±1.6	2.03±2.2	1.82±1.67	0.38±0.6	$\chi^2=24.11$, df=3, p<0.001 p=0.633 p=0.784 p<0.001 p=0.989 p=0.001 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
PASÖ-ÖB-5² (Beklenti Anksiyetesi)	1.28±1.6	2.13±1.47	2.06±1.68	0.03±0.17	$\chi^2=48.16$, df=3, p<0.001 p=0.019 p=0.042 p<0.001 p=0.763 p<0.001 p<0.001	PB=YAAB YAB=YAAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
PASÖ-ÖB-6² (Tipik/Atipik Agorafobi Semptomları)	5.69±4.05	6.35±3.95	6.36±5.37	0.94±1.15	$\chi^2=55.27$, df=3, p<0.001 p=0.452 p=0.91 p<0.001 p=0.656 p<0.001 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
PASÖ-ÖB-7² (Hastalık Duyarlılığı/ Hipokondriasis)	1.79±1.47	2.39±1.67	1.73±1.72	0.03±0.17	$\chi^2=49.51$, df=3, p<0.001 p=0.144 p=0.562 p<0.001 p=0.081 p<0.001 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
PASÖ-ÖB-8² (Güvence arama)	4.41±3.05	5.84±2.76	5±3.54	0.59±0.86	$\chi^2=61.59$, df=3, p<0.001 p=0.047 p=0.604 p<0.001 p=0.156 p<0.001 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK

YAAB: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, PB:Panik Bozukluğu, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, SK: Sağlıklı kontrol, PASÖ-ÖB Toplam: Panik Agorafobi Spektrum Ölçeği, Özbildirim Formu Toplamı *Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

¹ Bağımsız gruplarda sayısal/sürekli değişkenler için bağımsız gruplarda tek yönlü ANOVA testi uygulanmıştır.

² Bağımsız gruplarda sayısal/sürekli değişkenler için parametrik koşullar sağlanamadığından Kruskal-Wallis tek yönlü analizi uygulanmıştır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için post-hoc Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Tablo 8. Kadın cinsiyete göre PB, YAB ve SK gruplarının PASÖ-ÖB toplam ve alt alan ortalama puanlarının karşılaştırılması*

	YAAB	PB	YAB	SK	İstatistik**	Karşılaştırma
PASÖ-ÖB Toplam	35.48±16.22	36.47±13.53	32±16.99	5.21±3.28	$\chi^2=43.98$, df=3, p<0.001 p=0.586 p=0.426 p<0.001 p=0.25 p<0.001 p<0.001	PB=YAAB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
PASÖ-ÖB-1 (Seperasyon Duyarlılığı)	8.40±2.55	3.47±2.27	4.04±2.57	0.95±0.91	$\chi^2=55.14$, df=3, p<0.001 p<0.001 p<0.001 p<0.001 p=0.541 p<0.001 p<0.001	YAAB>PB YAAB>YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
PASÖ-ÖB-2 (Tipik/Atipik Panik Semptomları)	10.16±5.48	12.89±4.21	9.96±4.99	1.84±1.5	$\chi^2=45.09$, df=3, p<0.001 p=0.033 p=0.899 p<0.001 p=0.026 p<0.001 p<0.001	PB=YAAB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
PASÖ-ÖB-3 (Stres Duyarlılığı)	1.2±0.64	1.16±0.83	1.12±0.78	0.26±0.56	$\chi^2=19.37$, df=3, p<0.001 p=0.959 p=0.76 p<0.001 p=0.85 p=0.002 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
PASÖ-ÖB-4 (Madde/İlaç Duyarlılığı)	2.08±1.68	2.58±2.36	1.84±1.81	0.47±0.69	$\chi^2=14.42$, df=3, p<0.001 p=0.664 p=0.559 p<0.001 p=0.339 p=0.003 p=0.007	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
PASÖ-ÖB-5 (Beklenti Anksiyetesi)	1.32±1.65	2.11±1.56	1.92±1.6	0.0±0.0	$\chi^2=26.89$, df=3, p<0.001 p=0.08 p=0.131 p<0.001 p=0.662 p<0.001 p<0.001	PB=YAAB YAB=YAAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
PASÖ-ÖB-6 (Tipik/Atipik Agorafobi Semptomları)	6.2±4.14	5.95±3.8	6.8±5.59	0.95±1.17	$\chi^2=33.28$, df=3, p<0.001 p=0.858 p=0.977 p<0.001 p=0.896 p<0.001 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
PASÖ-ÖB-7 (Hastalık Duyarlılığı/ Hipokondriazis)	1.84±1.57	2.63±1.7	1.44±1.53	0.1±0.2	$\chi^2=31.81$, df=3, p<0.001 p=0.12 p=0.3 p<0.001 p=0.017 p<0.001 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
PASÖ-ÖB-8 (Güvence arama)	4.28±3.27	5.68±2.02	4.88±3.21	0.74±1.05	$\chi^2=35.08$, df=3, p<0.001 p=0.063 p=0.446 p<0.001 p=0.163 p<0.001 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK

YAAB: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, PB:Panik Bozukluğu, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, SK: Sağlıklı kontrol, PASÖ-ÖB Toplam: Panik Agorafobi Spektrum Ölçeği, Özbildirim Formu Toplamı *Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

** Bağımsız gruplarda sayısal/sürekli değişkenler için parametrik koşullar sağlanamadığından Kruskal-Wallis tek yönlü analizi uygulanmıştır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için post-hoc Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Tablo 9. Erkek cinsiyete göre PB, YAB ve SK gruplarının PASÖ-ÖB toplam ve alt alan ortalama puanlarının karşılaştırılması*

	YAAB	PB	YAB	SK	İstatistik**	Karşılaştırma
PASÖ-ÖB Toplam	24.75±5.19	34.92±14.33	30.38±18.97	3.8±1.66	$\chi^2=27.67$, df=3, p<0.001 p=0.379 p=1 p=0.001 p=0.343 p<0.001 p<0.001	PB=YAAB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
PASÖ-ÖB-1 (Seperasyon Duyarlılığı)	6.50±1.29	2.5±2.63	2.75±1.28	0.87±0.83	$\chi^2=17.17$, df=3, p<0.001 p=0.008 p=0.004 p=0.001 p=0.678 p=0.059 p=0.002	YAAB>PB YAAB>YAB YAAB>SK PB=YAB PB=SK YAB>SK
PASÖ-ÖB-2 (Tipik/Atipik Panik Semptomları)	5.75±2.63	12.92±4.21	9.63±6.96	1.13±0.91	$\chi^2=26.38$, df=3, p<0.001 p=0.004 p=0.461 p=0.001 p=0.305 p<0.001 p=0.001	PB>YAAB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
PASÖ-ÖB-3 (Stres Duyarlılığı)	1.25±0.5	1.08±0.67	0.75±0.71	0.07±0.26	$\chi^2=19.57$, df=3, p<0.001 p=0.77 p=0.283 p=0.001 p=0.343 p<0.001 p=0.028	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB=SK
PASÖ-ÖB-4 (Madde/İlaç Duyarlılığı)	1±0.0	1.17±1.64	1.75±1.16	0.27±0.46	$\chi^2=11.41$, df=3, p=0.01 p=0.521 p=0.368 p=0.027 p=0.208 p=0.2 p=0.002	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB=SK PB=YAB PB=SK YAB>SK
PASÖ-ÖB-5 (Beklenti Anksiyetesi)	1±1.41	2.17±1.4	2.5±1.93	0.07±0.26	$\chi^2=22.04$, df=3, p<0.001 p=0.17 p=0.154 p=0.185 p=0.734 p<0.001 p<0.001	PB=YAAB YAB=YAAB YAAB=SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
PASÖ-ÖB-6 (Tipik/Atipik Agorafobi Semptomları)	2.5±0.58	7±4.26	5±4.66	0.93±0.96	$\chi^2=20.72$, df=3, p<0.001 p=0.078 p=0.57 p=0.014 p=0.384 p<0.001 p=0.005	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB=SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
PASÖ-ÖB-7 (Hastalık Duyarlılığı/ Hipokondriasis)	1.5±0.58	2±1.59	2.63±2.06	0.07±0.26	$\chi^2=19.28$, df=3, p<0.001 p=0.599 p=0.683 p=0.001 p=0.571 p=0.001 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK
PASÖ-ÖB-8 (Güvence arama)	5.25±0.5	6.08±3.73	5.38±4.66	0.4±0.51	$\chi^2=24.92$, df=3, p<0.001 p=0.684 p=0.57 p=0.001 p=0.678 p<0.001 p=0.001	YAAB=PB YAAB=YAB YAAB>SK PB=YAB PB>SK YAB>SK

YAAB: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, PB:Panik Bozukluğu, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, SK: Sağlıklı kontrol, PASÖ-ÖB Toplam: Panik Agorafobi Spektrum Ölçeği, Özbildirim Formu Toplamı *Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

**Bağımsız gruplarda sayısal/sürekli değişkenler için parametrik koşullar sağlanamadığından Kruskal-Wallis tek yönlü analizi uygulanmıştır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için post-hoc Mann Whitney U testi yapılmıştır.

4.1.2 YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarının demografik ve klinik özellikleri

KYAAB tanısı alan 51 hastanın 30'u (%58.8) YAAB ve PB, 21'i (%41.2) YAAB ve YAB, 14'ünde (%27.5) ÖF, 35'inde (%68.6) Ag, 9'unda (%17.6) remisyonda ya da hafif şiddette MD, 12'sinde (%23.5) çalışmada dışlama ölçütleri içinde yer almayan diğer psikiyatrik bozuklukların (somatoform bozukluk uyum bozukluğu, distimi) komorbid olarak bulunduğu saptandı.

4.1.2.1 YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarının demografik özellikleri

YAAB grubu (N=29), PB grubu (n=31), YAB grubu (n=33) ve KYAAB (n=51) arasında karşılaştırma yapıldı. KYAAB grubunun 10'unu erkek (%19.6), 41'ini kadın (%80.4) oluşturuyordu. Gruplar arasında cinsiyet ve yaş, medeni durum, çalışma durumu ve eğitim süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 10).

4.1.2.2 YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarının klinik özellikleri

YAAB, PB, YAB ve KYAAB grupları arasında hastalık süresi için anlamlı farklılık saptanmadı. Tedavi durumu tedavi alıyor/almıyor olarak değerlendirildi. Tedavi durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.001$). En fazla tedavi almayan grup olan YAAB (%89.7) çıkarılarak, PB, YAB ve KYAAB grupları tekrar karşılaştırıldı, istatistiksel anlamlılığın YAAB grubundan kaynaklandığı görüldü (Tablo 10).

YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarının komorbidite açısından karşılaştırıldığında, Ag dışında komorbid psikiyatrik bozukluklar için gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($\chi^2=8.33$, $df=9$, $p=0.51$).

4.1.2.3 Klinik değerlendirme ölçekleri

YAAB, PB, YAB ve KYAAB grupları arasında Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ) puanı ortalamalarında anlamlı farklılık saptandı ($p=0.03$). Farklılığın KYAAB ile YAAB grupları arasında bulunduğu, KYAAB grubunda HDDÖ ortalama puanının, YAAB grubundan yüksek olduğu saptandı (KYAAB> YAAB, $p<0.001$) (Tablo 11) (Grafik 1). Cinsiyete göre tabakalama yapıldığında, HDDÖ ortalama puanının yalnız kadınlarda KYAAB grubunda YAAB grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunduğu saptandı (Tablo 12-13).

Tablo 10. YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarının demografik ve klinik özellikleri

	YAAB (N=29)	PB (N=31)	YAB (N=33)	KYAAB (N=51)	İstatistik
Cinsiyet (N, kadın/erkek, kadın yüzdesi)	25/4 %86.2	19/12 %61.3	25/8 %75.8	41/10 %80.4	$\chi^2= 5.93$, df= 3, p=0.115 ¹
Medeni durum (N, evli/bekar, evli yüzdesi)	20/9 %69	17/14 %54.8	26/7 %78.8	39/12 %76.5	$\chi^2= 5.68$, df= 3, p=0.128 ¹
Çalışma durumu (N, çalışma/çalışmama, çalışma yüzdesi)	14/15 %48.3	15/16 %48.4	15/18 %45.5	22/29 %43.1	$\chi^2= 0.30$, df=3, p=0.96 ¹
Yaş*	36.6±2.1	41.3±12.5	44.3±12.5	39.4±11.9	F=2.22, df=3, p=0.088 ²
Eğitim yılı*	12.5±4.4	11.3±5.3	10.2±4.5	10.65±4.38	$\chi^2= 3.64$, df=3, p=0.3 ³
Hastalık süresi *	9.41±10.24	7.84±6.06	8.67±6.79	7.12±7.06	$\chi^2= 1.89$, df=3, p=0.595 ³
Tedavi durumu (N, tedavi alma/almama tedavi alma yüzdesi)	3/26 %3.6	20/11 %24.1	24/9 %28.9	36/15 %43.4	$\chi^2= 33.75$, df=3, p<0.001 ⁴

YAAB: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, PB: Panik Bozukluğu, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, KYAAB: Komorbid Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu *Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

¹ Bağımsız gruplarda kategorik/ikili değişkenler için χ^2 testi uygulanmıştır.

² Bağımsız gruplarda sayısal/sürekli değişkenler için bağımsız gruplarda tek yönlü ANOVA testi uygulanmıştır.

³ Bağımsız gruplarda sayısal/sürekli değişkenler için parametrik koşullar sağlanmadığından Kruskal-Wallis tek yönlü analizi uygulanmıştır.

⁴ Yapılan çok gözlü tablolarda yapılan χ^2 testi sonucunda en büyük satır yüzdesi oluşturan YAAB çıkarıldığında anlamlı fark saptanmadı.

Gruplar arası Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3) toplam puanı ortalamasının, KYAAB grubunda YAAB, PB ve YAB gruplarından yüksek olup, bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (KYAAB>YAAB=PB=YAB, p<0.001) (Tablo 11) (Grafik 2). Cinsiyete göre tabakalama yapıldığında, ADİ-3 Toplam puanında kadın cinsiyette KYAAB grubuyla diğer hasta grupları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanırken, erkek cinsiyette sadece KYAAB ve PB grubu arasında anlamlı farklılık saptandı (Tablo 12-13).

Gruplar arası ADİ-3 alt alanları ortalama puanları için yapılan karşılaştırmalarda; ADİ-3 Fiziksel, ADİ-3 Bilişsel ve ADİ-3 Sosyal belirtiler alt alanlarının tümünde KYAAB grubunda alt alan ortalama puanlarının, YAAB, PB ve YAB gruplarına göre yüksek olduğu ve bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (Tablo 11). (Grafik 3-5). Cinsiyete göre tabakalama yapıldığında kadın cinsiyette YAAB, PB, YAB ve KYAAB, grupları arasında ADİ-3 alt alanlarında anlamlı farklılık olduğu saptandı. İkili karşılaştırmalarda ADİ-3 Fiziksel belirtiler alanı ortalama puanının KYAAB grubunda PB grubuna göre yüksek olmakla birlikte, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, ADİ-3 Bilişsel

belirtiler alt alanı ortalama puanının KYAAB grubunda PB ve YAAB gruplarına göre yüksek olmakla birlikte, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ve ADİ-3 Sosyal belirtiler alt alanı ortalama puanının KYAAB grubunda PB grubuna yüksek olmakla birlikte, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, kadın cinsiyette bu karşılaştırmalar dışında ADİ-3 alt alanları açısından KYAAB ve diğer hasta grupları arasındaki ikili karşılaştırmalarda anlamlı farklılık saptandı. Erkek cinsiyette ise ADİ-3 alt alanlarının tümünde gruplar arasında KYAAB grubu YAAB, PB ve YAB gruplarına göre yüksek olmakla birlikte, yalnız ADİ-3 Bilişsel belirtiler alt alanı ortalama puanı KYAAB ve PB arasında istatistiksel olarak farklıydı (Tablo 12-13).

Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi (YAA) ortalama puanları KYAAB grubunda tüm gruplardan yüksek olup, yalnızca YAB ve PB gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlıydı. Benzer olarak YAAB grubunda YAA ortalama puanlarının hem YAB hem de PB gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($KYAAB=YAAB>YAB=PB$, $p<0.001$) (Tablo 11) (Grafik 6). Cinsiyete göre tabakalama yapıldığında, her iki cinsiyette, gruplar arasında KYAAB grubunda YAA ortalama puanlarının YAAB, PB ve YAB gruplarına göre yüksek olduğu, istatistiksel olarak sadece KYAAB grubu ile YAB ve PB grupları arasında, YAAB grubu ile YAB ve PB grupları arasında anlamlılığın bulunduğu saptandı (Tablo 12-13).

Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE) ortalama puanları KYAAB grubunda YAAB, PB ve YAB gruplarına göre yüksek olup, yalnızca PB ve YAB gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlıydı. Benzer olarak YAAB grubunda AABE ortalama puanının hem YAB hem de PB gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($KYAAB=YAAB>YAB=PB$, $p<0.001$) (Tablo 11) (Grafik 7). Cinsiyete göre tabakalama yapıldığında, her iki cinsiyette AABE ortalama puanlarının, KYAAB grubunda YAAB, PB ve YAB gruplarına göre sayısal olarak yüksek olduğu saptandı. Kadın cinsiyette AABE ortalama puanları için KYAAB ve YAAB grupları arasında anlamlı fark bulunmayıp, KYAAB ve YAAB grupları AABE ortalama puanları PB ve YAB gruplarından anlamlı olarak yüksekti. Erkek cinsiyette ise sadece KYAAB ve PB grupları arasında istatistiksel anlamlılığın bulunduğu saptandı (Tablo 12-13).

Güvence arama ölçeği (GAÖ) ortalama puanlarının, KYAAB grubunda YAAB, PB ve YAB gruplarına göre sayısal olarak yüksek olduğu, YAAB grubunda ise PB ve YAB gruplarından sayısal olarak yüksek olduğu saptandı. Ancak GAÖ ortalama puanları açısından anlamlı farklılık KYAAB grubu ile PB ve YAB grupları arasında görülürken, YAAB grubunda ise sadece PB grubu arasında bulundu (Tablo 11) (Grafik 8). Cinsiyete göre

tabakalama yapıldığında kadınlarda KYAAB ve YAAB gruplarında GAÖ ortalama puanlarının, YAB ve PB'ye göre yüksek olup, istatistiksel anlamlılığın KYAAB ile PB grubu arasında ve YAAB ile PB grubu arasında bulunduğu saptandı. Erkek cinsiyette gruplar arasında sadece KYAAB ile PB grubu arasında istatistiksel anlamlılık saptandı (Tablo 12-13).

Yaşam boyu Panik Agorafobi Spektrum Ölçeği, Özbildirim Formu (PASÖ-ÖB) toplam puanı ortalamaları KYAAB grubunda YAAB, PB ve YAB grubundan daha yüksek olup, istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($KYAAB > YAAB = PB = YAB$, $p < 0.001$) (Tablo 11) (Grafik 9). Cinsiyete göre tabakalama ile her iki cinsiyette PASÖ-ÖB ortalama puanlarının KYAAB grubunda diğer hasta gruplarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 12-13).

PASÖ-ÖB alt alanları gruplar arasında karşılaştırıldığında; sekiz alt alanın tümünde, KYAAB ortalama puanlarının YAAB, PB ve YAB gruplarına göre sayısal olarak daha yüksek olduğu saptandı. Gruplar arasında anlamlı farklılıkların, PASÖ-ÖB-1 (Separasyon Duyarlılığı) alt alanı için KYAAB grubu ile YAB ve PB grupları arasında, YAAB grubu ile YAB ve PB grupları arasında ($KYAAB = YAAB > YAB = PB$, $p < 0.001$), PASÖ-ÖB-2 (Panik Benzeri Semptomlar) alt alanı için KYAAB grubu ile YAAB, PB ve YAB grupları arasında, ayrıca PB ile YAAB arasında, PASÖ-ÖB-3 (Stres Duyarlılığı) alt alanı için sadece KYAAB ile YAB grubu arasında olduğu saptandı. PASÖ-ÖB-4 (Madde/İlaç Duyarlılığı), PASÖ-ÖB-5 (Beklenti Anksiyetesi), PASÖ-ÖB-6 (Agorafobi Semptomları), PASÖ-ÖB-8 (Güvence arama) alt alanları ortalama puanlarının, KYAAB grubunda YAAB, PB ve YAB gruplarından anlamlı oranda daha yüksek olduğu saptandı ($KYAAB > YAAB = YAB = PB$, $p < 0.001$). PASÖ-ÖB-7 (Hastalık Duyarlılığı) alt alanı ortalama puanının KYAAB grubunda YAB ve YAAB gruplarından anlamlı oranda daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 14).

PASÖ-ÖB alt alanları ortalama puanları YAAB, PB, YAB ve KYAAB grupları arasında cinsiyete göre tabaklanarak değerlendirildiğinde ise; PASÖ-ÖB-1 (Separasyon duyarlılığı) alt alanı ortalama puanlarının, her iki cinsiyette KYAAB ve YAAB gruplarında YAB ve PB gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı. Bazı alt alanlarda ise kadın ve erkek cinsiyetin gruplar arası karşılaştırmalarda farklılık gösterdiği saptandı. Örneğin; PASÖ-ÖB-1 (Tipik/Atipik Panik Semptomları) alt alanı ortalama puanının kadınlarda KYAAB grubunda diğer hasta gruplarına göre anlamlı oranda yüksek olduğu, erkeklerde ise anlamlı farkın KYAAB ile YAAB grubu arasında ve PB ile YAAB grubu arasında bulunduğu saptandı (Tablo 15-16).

Tablo 11. YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarının klinik değerlendirme ölçeklerinin karşılaştırılması*

	YAAB	PB	YAB	KYAAB	İstatistik **	Karşılaştırma
HDDÖ	4.72±3.77	6.32±4.06	6.91±3.96	8.18±4.03	$\chi^2=14.2$, df=3, p=0.003 p=0.134 p=0.03 p<0.001 p=0.478 p=0.044 p=0.139	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB PB=KYAAB YAB=KYAAB
ADİ-3 Toplam	23.69±13.39	21.39±11.5	24.64±15.06	40.06±16.57	$\chi^2=33.67$, df=3, p<0.001 p=0.678 p=0.667 p<0.001 p=0.279 p<0.001 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB>YAB
ADİ-3 Fiziksel	8.52±5.89	9.61±5.21	8.79±6.48	15.14±6.77	$\chi^2=25.9$, df=3, p<0.001 p=0.346 p=0.882 p<0.001 p=0.447 p<0.001 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB>YAB
ADİ-3 Bilişsel	9.41±6.47	5.55±4.86	9.39±5.89	14.31±6.96	$\chi^2=33.25$, df=3, p<0.001 p=0.008 p=0.86 p=0.008 p=0.008 p<0.001 p=0.003	YAAB>PB YAAB=YAB KYAAB>YAAB YAB>PB KYAAB>PB KYAAB>YAB
ADİ-3 Sosyal	5.76±4.10	6.23±5.31	6.45±5.54	10.61±5.81	$\chi^2=18.74$, df=3, p<0.001 p=0.835 p=0.887 p<0.001 p=0.946 p=0.001 p=0.002	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB>YAB
YAA Puanı	43.31±12.36	15.19±7.13	20.64±8.31	46.35±13.34	$\chi^2=98.21$, df=3, p<0.001 p<0.001 p<0.001 p=0.291 p=0.011 p<0.001 p<0.001	YAAB>PB YAAB>YAB KYAAB=YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB>YAB
AABE Puanı	13.93±8.34	5.87±3.70	7.36±6.52	19.08±10.06	$\chi^2=51.76$, df=3, p<0.001 p<0.001 p<0.001 p=0.067 p=0.964 p<0.001 p<0.001	YAAB>PB YAAB>YAB KYAAB=YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB>YAB
GAÖ	13.86±5.00	8.52±4.08	11.24±5.48	14.67±5.06	$\chi^2=30.15$, df=3, p<0.001 p<0.001 p=0.037 p=0.440 p=0.042 p<0.001 p=0.003	YAAB>PB YAAB=YAB KYAAB=YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB>YAB

YAAB: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, PB:Panik Bozukluğu, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, KYAAB: Komorbid Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, HDDÖ: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, ADİ-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, YAA Puanı: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi, AABE: Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri, GAÖ: Güvence Arama Ölçeği

*Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

**Bağımsız gruplarda sayısal/sürekli değişkenler için parametrik koşullar sağlanmadığından Kruskal-Wallis tek yönlü analizi uygulanmıştır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için post-hoc Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Tablo 12. Kadın cinsiyete göre YAAB, PB, YAB ve SK gruplarının klinik değerlendirme ölçeklerinin karşılaştırılması*

	YAAB	PB	YAB	KYAAB	İstatistik **	Karşılaştırma
HDDÖ	4.48±3.62	5.84±3.3.65	6.8±4.04	8.02±3.98	$\chi^2=12.64$, df =3, p=0.005 p=0.229 p=0.039 p=0.001 p=0.439 p=0.061 p=0.254	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB PB=KYAAB YAB=KYAAB
ADİ-3 Toplam	24.52±14.23	21.63±11.1	22.08±13.67	38.32±15.73	$\chi^2=24.54$, df =3, p<0.001 p=0.758 p=0.655 p=0.001 p=0.803 p<0.001 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB>YAB
ADİ-3 Fiziksel	8.8±6.24	10.11±5.52	7.44±5.52	14.71±6.61	$\chi^2=21.32$, df =3, p<0.001 p=0.419 p=0.477 p=0.001 p=0.122 p=0.011 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB KYAAB=PB KYAAB>YAB
ADİ-3 Bilişsel	9.88±6.84	5.47±4.07	9.2±5.88	13.73±6.66	$\chi^2=21.05$, df =3, p<0.001 p=0.021 p=0.831 p=0.024 p=0.047 p<0.001 p=0.017	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB=YAAB YAB=PB KYAAB>PB KYAAB=YAB
ADİ-3 Sosyal	5.84±4.39	6.05±4.75	5.44±5.25	9.88±5.73	$\chi^2=14.16$, df =3, p=0.003 p=0.83 p=0.495 p=0.005 p=0.467 p=0.014 p=0.002	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB KYAAB=PB KYAAB>YAB
YAA Puanı	43.92±12.59	16.11±7.85	22±7.69	45.39±12.32	$\chi^2=70.69$, df =3, p<0.001 p<0.001 p<0.001 p=0.547 p=0.035 p<0.001 p<0.001	YAAB>PB YAAB>YAB KYAAB=YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB>YAB
AABE Puanı	15.12±8.25	6.42±3.48	7.16±6.11	18.56±9.72	$\chi^2=38.52$, df =3, p<0.001 p<0.001 p<0.001 p=0.151 p=0.849 p<0.001 p<0.001	YAAB>PB YAAB>YAB KYAAB=YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB>YAB
GAÖ	14.08±5.23	9.21±3.82	11.08±5.6	14.49±4.88	$\chi^2=18.09$, df =3, p<0.001 p=0.002 p=0.054 p=0.681 p=0.416 p<0.001 p=0.011	YAAB>PB YAAB=YAB KYAAB=YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB=YAB

YAAB: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, PB:Panik Bozukluğu, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, KYAAB: Komorbid Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, HDDÖ: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, ADİ-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, YAA Puanı: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi, AABE: Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri, GAÖ: Güvence Arama Ölçeği

*Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

**Bağımsız gruplarda sayısal/sürekli değişkenler için parametrik koşullar sağlanamadığından Kruskal-Wallis tek yönlü analizi uygulanmıştır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için post-hoc Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Tablo 13. Erkek cinsiyete göre YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarının klinik değerlendirme ölçeklerinin karşılaştırılması*

	YAAB	PB	YAB	KYAAB	İstatistik **	Karşılaştırma
HDDÖ	6.25±4.99	7.08±4.71	7.25±3.91	8.8±4.42	$\chi^2=1.95$, df =3, p=0.583	
ADİ-3 Toplam	18.5±3.42	21±12.62	32.63±17.33	47.2±18.85	$\chi^2=12.56$, df =3, p=0.006 p=0.953 p=0.073 p=0.024 p=0.098 p=0.002 p=0.055	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB=YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB=YAB
ADİ-3 *** Fiziksel	6.75±2.63	8.83±4.82	13±7.76	16.9±7.46	$\chi^2=9.46$, df =3, p=0.024 p=0.379 p=0.154 p=0.024 p=0.181 p=0.009 p=0.274	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB=YAAB PB=YAB KYAAB=PB KYAAB=YAB
ADİ-3 Bilişsel	6.5±1.73	5.67±6.11	10±6.3	16.7±7.97	$\chi^2=10.75$, df =3, p=0.013 p=0.262 p=0.461 p=0.076 p=0.082 p=0.003 p=0.083	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB=YAAB YAB=PB KYAAB>PB KYAAB=YAB
ADİ-3 *** Sosyal	5.25±1.5	6.5±6.3	9.63±5.53	13.6±5.42	$\chi^2=8.5$, df =3, p=0.037 p=0.862 p=0.073 p=0.054 p=0.208 p=0.017 p=0.122	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB=YAAB PB=YAB KYAAB=PB KYAAB=YAB
YAA Puanı	39.5±11.62	13.75±5.82	16.38±9.23	50.3±17.09	$\chi^2=22.56$, df =3, p<0.001 p=0.001 p=0.008 p=0.374 p=0.571 p<0.001 p<0.001	YAAB>PB YAAB>YAB KYAAB=YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB>YAB
AABE Puanı	6.5±4.43	5±4.02	8±8.11	21.2±11.67	$\chi^2=12.97$, df =3, p=0.005 p=0.521 p=0.933 p=0.024 p=0.521 p<0.001 p=0.016	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB=YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB=YAB
GAÖ	12.5±3.42	7.42±4.4	11.75±5.39	15.4±5.97	$\chi^2=11.76$, df =3, p=0.008 p=0.042 p=0.461 p=0.374 p=0.031 p=0.003 p=0.173	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB=YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB=YAB

YAAB: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, PB:Panik Bozukluğu, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, KYAAB: Komorbid Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, HDDÖ: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, ADİ-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, YAA Puanı: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi, AABE: Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri, GAÖ: Güvence Arama Ölçeği

*Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

**Bağımsız gruplarda sayısal/sürekli değişkenler için parametrik koşullar sağlanamadığından Kruskal-Wallis tek yönlü analizi uygulanmıştır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için post-hoc Mann Whitney U testi yapılmıştır.

***Mann-Whitney U testinde yapılan ikili karşılaştırmalarda anlamlı fark bulunamadı. Bonferoni düzeltmesi nedeniyle mevcut anlamlı farkın bozulduğu yönünde yorumlanabilir (Tip II hata).

Tablo 14. YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarının PASÖ-ÖB toplam ve alt alan ortalama puanlarının karşılaştırılması*

	YAAB	PB	YAB	KYAAB	İstatistik**	Karşılaştırma
PASÖ-ÖB Toplam	34.00±15.58	35.87±13.63	31.61±17.20	58.12±17.33	$\chi^2=49.02$, df=3, p<0.001 p=0.428 p=0.493 p<0.001 p=0.204 p<0.001 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB>YAB
PASÖ-ÖB-1 (Seperasyon Duyarlılığı)	8.14±2.49	3.10±2.32	3.73±2.38	8.51±2.45	$\chi^2=78.01$, df=3, p<0.001 p<0.001 p<0.001 p=0.285 p=0.271 p<0.001 p<0.001	YAAB>PB YAAB>YAB KYAAB=YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB>YAB
PASÖ-ÖB-2 (Tipik/Atipik Panik Semptomları)	9.55±5.38	12.90±4.14	9.88±5.42	17.04±5.34	$\chi^2=42.63$, df=3, p<0.001 p=0.003 p=0.676 p<0.001 p=0.013 p<0.001 p<0.001	PB>YAAB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB>YAB
PASÖ-ÖB-3 (Stres Duyarlılığı)	1.21±0.62	1.13±0.76	1.03±0.77	1.49±0.64	$\chi^2=9.79$, df=3, p=0.02 p=0.746 p=0.364 p=0.605 p=0.041 p=0.03 p=0.006	YAAB=PB YAAB=YAB PB=YAB KYAAB=YAAB KYAAB=PB KYAAB>YAB
PASÖ-ÖB-4 (Madde/İlaç Duyarlılığı)	1.93±1.60	2.03±2.20	1.82±1.67	3.37±1.87	$\chi^2=19.24$, df=3, p<0.001 p=0.633 p=0.784 p=0.001 p=0.989 p=0.003 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB>YAB
PASÖ-ÖB-5 (Beklenti Anksiyetesi)	1.28±1.60	2.13±1.48	2.06±1.68	3.53±1.32	$\chi^2=36.75$, df=3, p<0.001 p=0.019 p=0.042 p<0.001 p=0.763 p<0.001 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB>YAB
PASÖ-ÖB-6 (Tipik/Atipik Agorafobi Semptomları)	5.69±4.05	6.35±3.95	6.36±5.37	11.43±5.16	$\chi^2=32.5$, df=3, p<0.001 p=0.452 p=0.91 p<0.001 p=0.656 p<0.001 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB>YAB
PASÖ-ÖB-7 (Hastalık Duyarlılığı/ Hipokondriazis)	1.79±1.47	2.39±1.67	1.73±1.72	3.12±1.61	$\chi^2=18.18$, df=3, p<0.001 p=0.144 p=0.562 p=0.001 p=0.081 p=0.054 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB KYAAB=PB KYAAB>YAB
PASÖ-ÖB-8 (Güvence Arama)	4.41±3.05	5.84±2.76	5.00±3.54	9.63±4.6	$\chi^2=37.07$, df=3, p<0.001 p=0.047 p=0.604 p<0.001 p=0.156 p<0.001 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB>YAB

YAAB: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, PB:Panik Bozukluğu, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, KYAAB: Komorbid Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, HDDÖ: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, ADİ-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, YAA Puanı: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi, AABE: Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri, GAÖ: Güvence Arama Ölçeği, PASÖ-ÖB Toplam: Panik Agorafobi Spektrum Ölçeği, Özbildirim Formu Toplam
*Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir. ** Bağımsız gruplarda sayısal/sürekli değişkenler için parametrik koşullar sağlanmadığından Kruskal-Wallis tek yönlü analizi uygulanmıştır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için post-hoc Mann Whitney U testi yapılmıştır

Tablo 15. Kadın Cinsiyete göre YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarının PASÖ-ÖB toplam ve alt alan ortalama puanlarının karşılaştırılması*

	YAAB	PB	YAB	KYAAB	İstatistik**	Karşılaştırma
PASÖ-ÖB Toplam	35.48±16.22	36.47±13.53	32±16.99	56.20±16.57	$\chi^2=34.35$, df=3, p<0.001 p=0.856 p=0.426 p<0.001 p=0.25 p<0.001 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB>YAB
PASÖ-ÖB-1 (Seperasyon Duyarlılığı)	8.40±2.55	3.47±2.27	4.04±2.57	8.61±2.41	$\chi^2=53.7$, df=3, p<0.001 p<0.001 p<0.001 p=0.427 p=0.541 p<0.001 p<0.001	YAAB>PB YAAB>YAB KYAAB=YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB>YAB
PASÖ-ÖB-2 (Tipik/Atipik Panik Semptomları)	10.16±5.48	12.89±4.21	9.96±4.99	16.88±5.5	$\chi^2=30.81$, df=3, p<0.001 p=0.033 p=0.899 p<0.001 p=0.026 p=0.005 p<0.001	PB=YAAB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB>YAB
PASÖ-ÖB-3 (Stres Duyarlılığı)	1.2±0.64	1.16±0.83	1.12±0.78	1.41±0.67	$\chi^2=3.21$, df=3, p=0.36	
PASÖ-ÖB-4 (Madde/İlaç Duyarlılığı)	2.08±1.68	2.58±2.36	1.84±1.81	3.12±1.86	$\chi^2=8.56$, df=3, p=0.036 p=0.664 p=0.559 p=0.03 p=0.034 p=0.271 p=0.006	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB=YAAB PB=YAB KYAAB=PB KYAAB>YAB
PASÖ-ÖB-5 (Beklenti Anksiyetesi)	1.32±1.65	2.11±1.56	1.92±1.6	3.37±1.34	$\chi^2=25.99$, df=3, p<0.001 p=0.08 p=0.131 p<0.001 p=0.66 p=0.004 p=0.001	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB>YAB
PASÖ-ÖB-6 (Tipik/Atipik Agorafobi Semptomları)	6.2±4.14	5.95±3.8	6.8±5.59	11.02±4.92	$\chi^2=21.63$, df=3, p<0.001 p=0.858 p=0.977 p<0.001 p=0.089 p<0.001 p=0.002	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB>YAB
PASÖ-ÖB-7 (Hastalık Duyarlılığı/ Hipokondriazis)	1.84±1.57	2.63±1.7	1.44±1.53	2.88±1.65	$\chi^2=14.24$, df=3, p=0.003 p=0.12 p=0.3 p=0.015 p=0.017 p=0.587 p=0.001	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB=YAAB PB=YAB KYAAB=PB KYAAB>YAB
PASÖ-ÖB-8 (Güvence arama)	4.28±3.27	5.68±2.02	4.88±3.21	8.9±4.16	$\chi^2=27.21$, df=3, p<0.001 p=0.063 p=0.446 p<0.001 p=0.163 p=0.002 p<0.001	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB>YAB

YAAB: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, PB:Panik Bozukluğu, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, KYAAB: Komorbid Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, HDDÖ: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, ADİ-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, YAA Puanı: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi, AABE: Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri, GAÖ: Güvence Arama Ölçeği, PASÖ-ÖB Toplam: Panik Agorafobi Spektrum Ölçeği, Özbebildirim Formu Toplam

*Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir. ** Bağımsız gruplarda sayısal/sürekli değişkenler için parametrik koşullar sağlanmadığından Kruskal-Wallis tek yönlü analizi uygulanmıştır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için post-hoc Mann Whitney U testi yapılmıştır

*Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

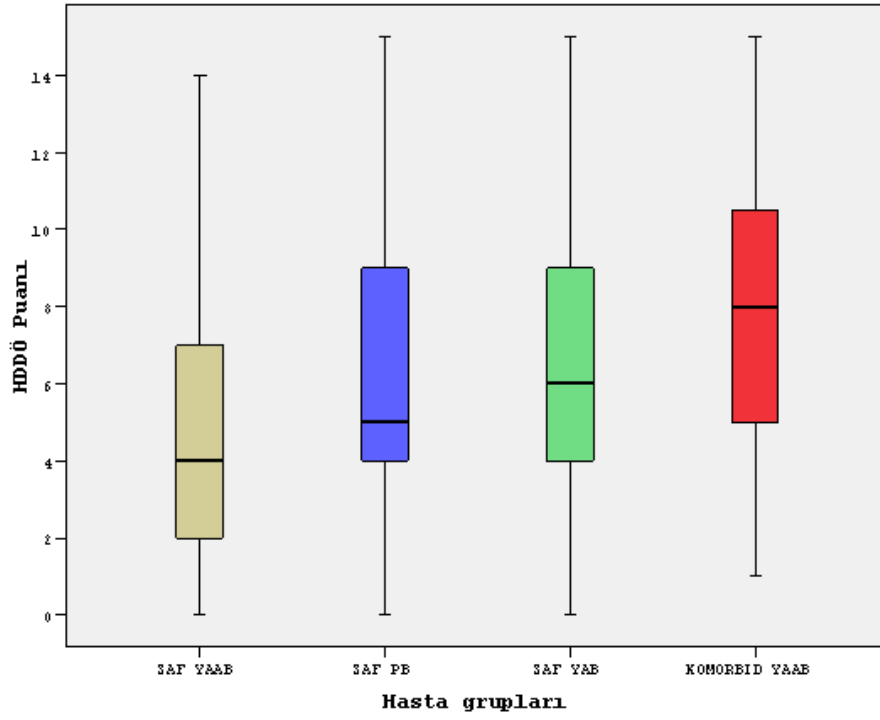
** Bağımsız gruplarda sayısal/sürekli değişkenler için parametrik koşullar sağlanmadığından Kruskal-Wallis tek yönlü analizi uygulanmıştır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için post-hoc Mann Whitney U testi yapılmıştır

Tablo 16. Erkek Cinsiyete göre YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarının PASÖ-ÖB toplam ve alt alan ortalama puanlarının karşılaştırılması*

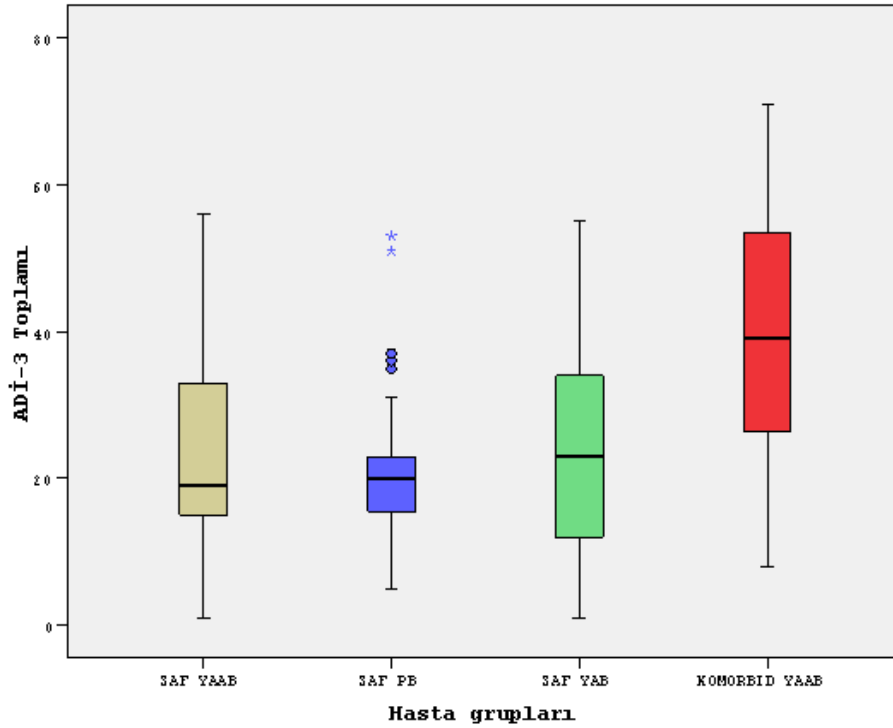
	YAAB	PB	YAB	KYAAB	İstatistik **	Karşılaştırma
PASÖ-ÖB Toplam	24.75±5.19	34.92±14.33	30.38±18.97	66±19.02	$\chi^2=15.25$, df=3, p=0.002 p=0.379 p=1 p=0.002 p=0.343 p<0.001 p=0.004	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB>YAB
PASÖ-ÖB-1 (Seperasyon Duyarlılığı)	6.5±1.29	2.5±2.63	2.75±1.28	8.1±2.73	$\chi^2=20.92$, df=3, p<0.001 p=0.008 p=0.004 p=0.304 p=0.678 p<0.001 p<0.001	YAAB>PB YAAB>YAB KYAAB=YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB>YAB
PASÖ-ÖB-2 (Tipik/Atipik Panik Semptomları)	5.75±2.63	12.92±4.21	9.63±6.96	17.7±4.83	$\chi^2=12.99$, df=3, p=0.005 p=0.004 p=0.461 p=0.002 p=0.305 p=0.036 p=0.021	PB>YAAB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB KYAAB=PB KYAAB=YAB
PASÖ-ÖB-3 (Stres Duyarlılığı)	1.25±0.5	1.08±0.67	0.75±0.71	1.8±0.42	$\chi^2=11.23$, df=3, p=0.011 p=0.77 p=0.283 p=0.142 p=0.343 p=0.021 p=0.006	YAAB=PB PB=YAAB KYAAB=YAAB PB =YAB KYAAB= PB KYAAB >YAB
PASÖ-ÖB-4 (Madde/İlaç Duyarlılığı)	1±0.0	1.17±1.64	1.75±1.16	4.4±1.58	$\chi^2=16.3$, df=3, p=0.001 p=0.521 p=0.368 p=0.008 p=0.208 p<0.001 p=0.002	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB>YAB
PASÖ-ÖB-5 (Beklenti Anksiyetesi)	1±1.41	2.17±1.4	2.5±1.93	4.2±1.03	$\chi^2=13.16$, df=3, p=0.004 p=0.17 p=0.154 p=0.004 p=0.734 p=0.002 p=0.055	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB=YAB
PASÖ-ÖB-6 *** (Tipik/Atipik Agorafobi Semptomları)	2.5±0.58	7±4.26	5±4.66	13.1±6.04	$\chi^2=12.18$, df=3, p=0.007 p=0.078 p=0.57 p=0.002 p=0.384 p=0.043 p=0.009	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB KYAAB=PB KYAAB=YAB
PASÖ-ÖB-7 (Hastalık Duyarlılığı/ Hipokondriasis)	1.5±0.58	2±1.59	2.63±2.06	4.1±0.99	$\chi^2=10.12$, df=3, p=0.018 p=0.599 p=0.68 p=0.004 p=0.571 p=0.003 p=0.173	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB KYAAB>PB KYAAB=YAB
PASÖ-ÖB-8 *** (Güvence arama)	5.25±0.5	6.08±3.73	5.38±4.66	12.6±5.32	$\chi^2=10.99$, df=3, p=0.012 p=0.684 p=0.57 p=0.002 p=0.678 p=0.011 p=0.009	YAAB=PB YAAB=YAB KYAAB>YAAB PB=YAB KYAAB=PB KYAAB=YAB

YAAB: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, PB:Panik Bozukluğu, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, KYAAB: Komorbid Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, HDDÖ: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, ADİ-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, YAA Puanı: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi, AABE: Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri, GAÖ: Güvence Arama Ölçeği, PASÖ-ÖB Toplam: Panik Agorafobi Spektrum Ölçeği, Özbildirim Formu Toplam
*Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.** Bağımsız gruplarda sayısal/sürekliliği değişkenler için parametrik koşullar sağlanamadığından Kruskal-Wallis tek yönlü analizi uygulanmıştır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için post-hoc Mann Whitney U testi yapılmıştır.
***Mann-Whitney U testinde yapılan ikili karşılaştırmalarda anlamlı fark bulunamadı. Bonferroni düzeltmesi nedeniyle mevcut anlamlı farkın bozulduğu yönünde yorumlanabilir (Tip II hata).

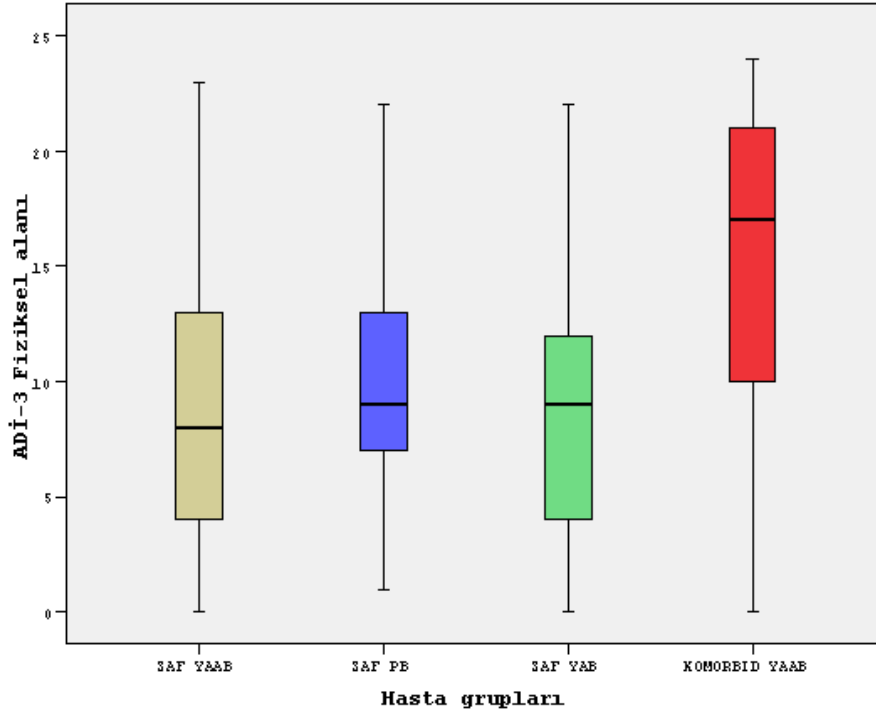
Grafik 1. HDDÖ ortalama puanlarının YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarında dağılımı



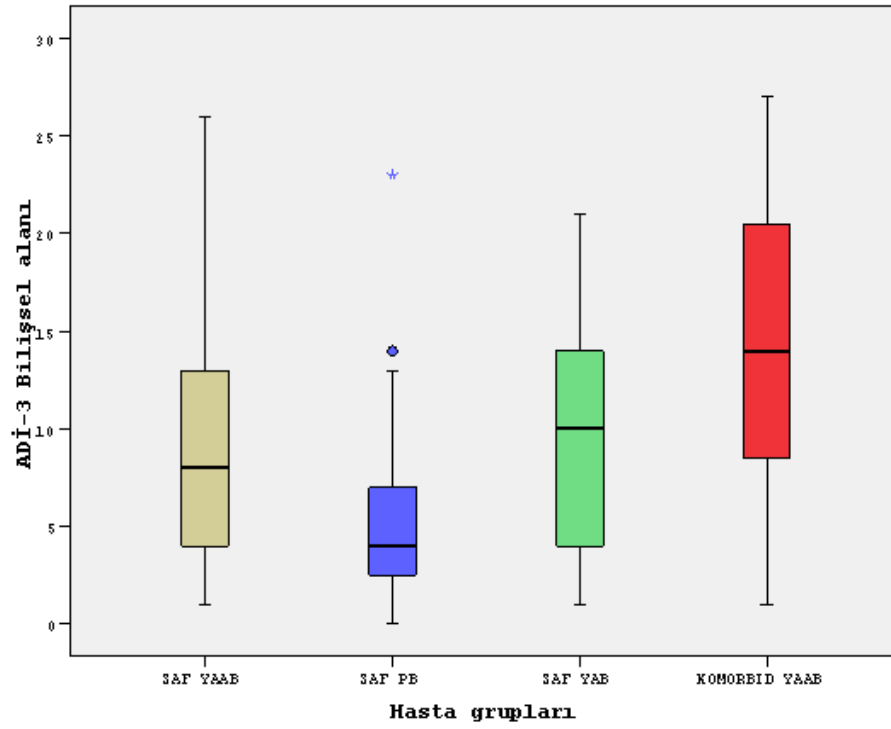
Grafik 2. ADİ-3 Toplamı ortalama puanlarının YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarında dağılımı



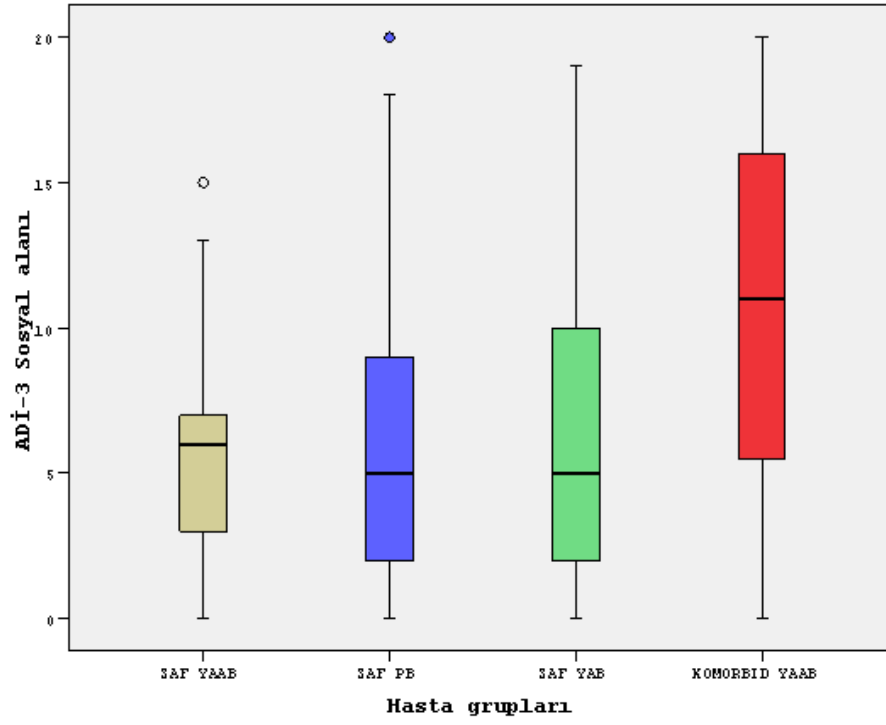
Grafik 3. ADİ-3 Fiziksel alanı ortalama puanlarının YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarında dağılımı



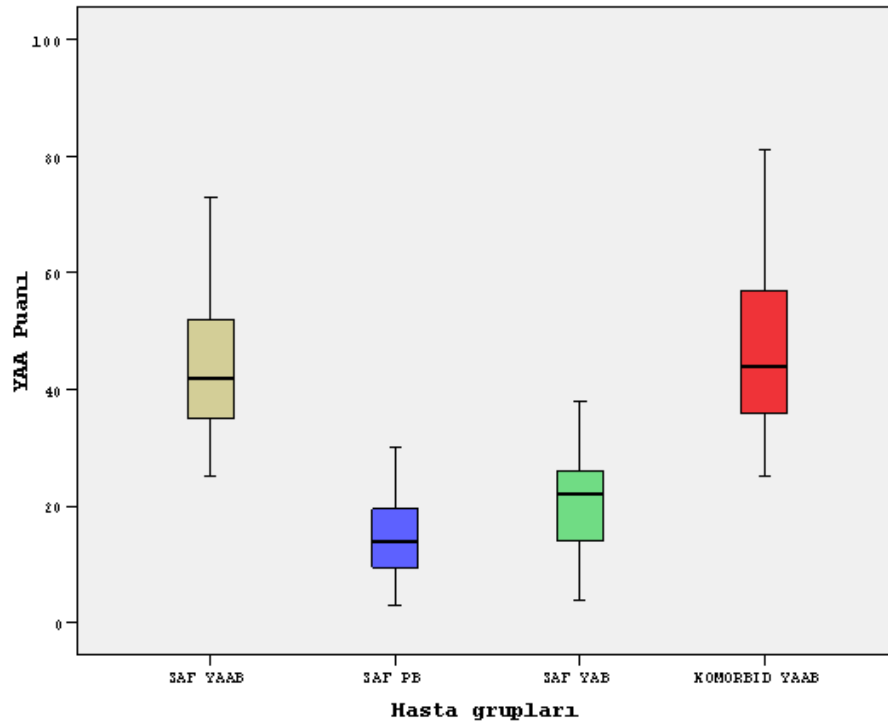
Grafik 4. ADİ-3 Bilişsel alanı ortalama puanlarının YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarında dağılımı



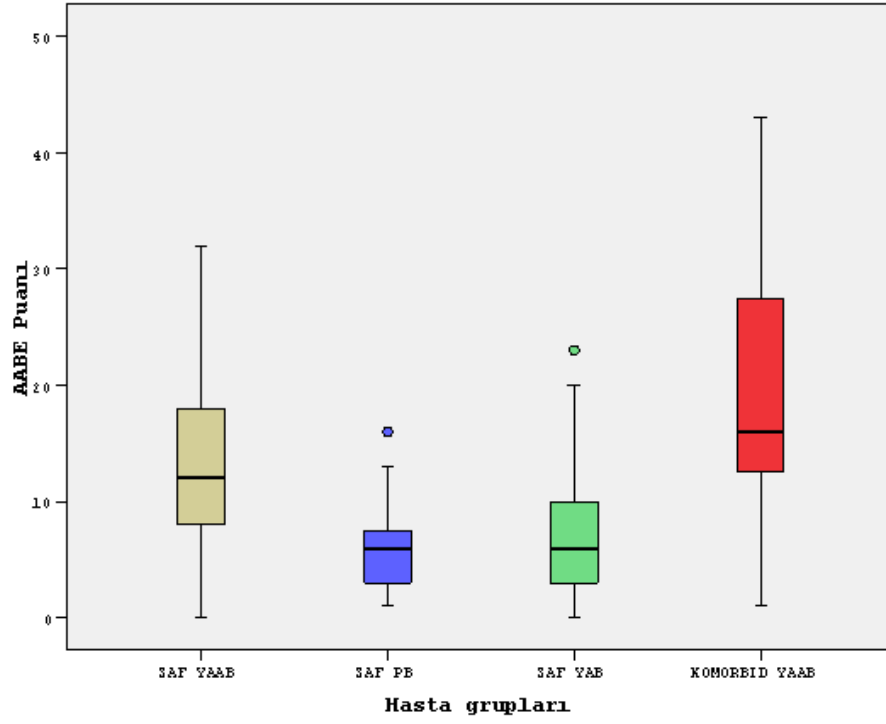
Grafik 5. ADİ-3 Sosyal alanı ortalama puanlarının YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarında dağılımı



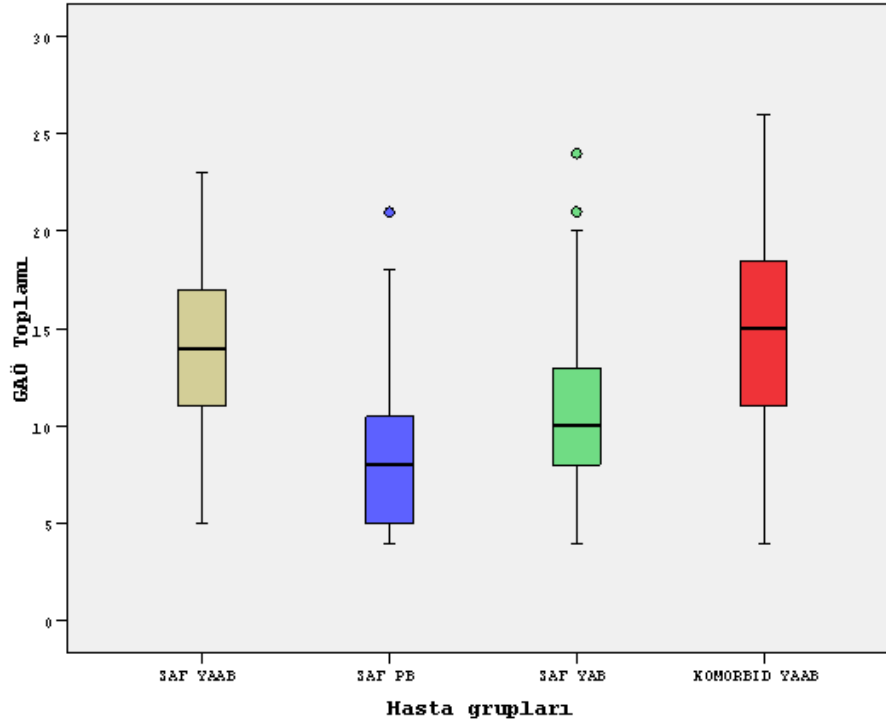
Grafik 6. YAA ortalama puanlarının YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarında dağılımı



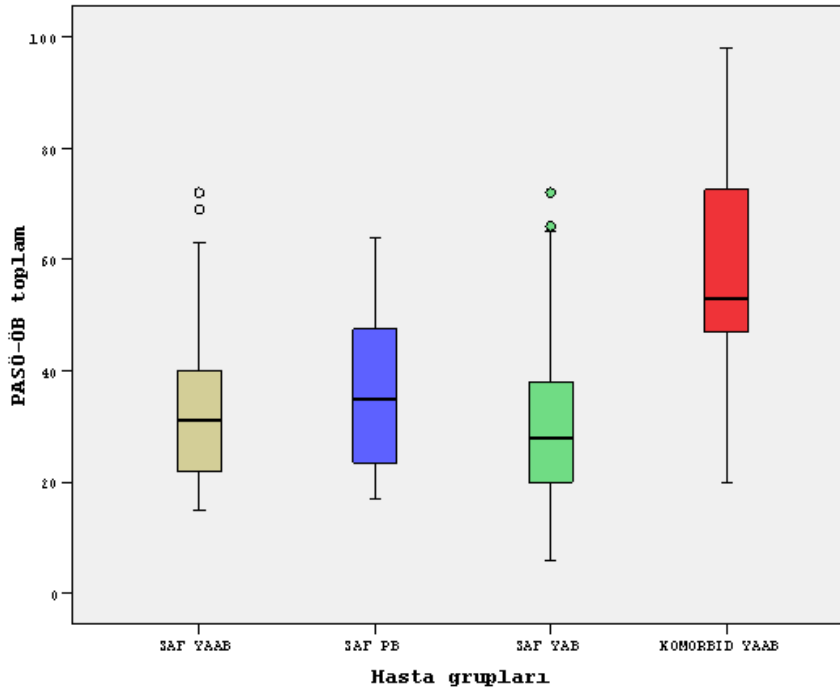
Grafik 7.AABE ortalama puanlarının YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarında dağılımı



Grafik 8. GAÖ ortalama puanlarının YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarında dağılımı



Grafik 9. PASÖ-ÖB toplam ortalama puanlarının YAAB, PB, YAB ve KYAAB gruplarında dağılımı



4.1.3 YAAB ve KYAAB grubunda bağıntılar

4.1.3.1 YAAB grubunda bağıntılar

Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği (HDDÖ) ile yetişkin dönem ayrılma anksiyetesi belirtilerini değerlendiren YAA ölçeği ($p=0.018$), anksiyete duyarlılığını değerlendiren ADİ-3 Bilişsel alanı ($p=0.008$), ADİ-3 Toplam puanı ($p=0.028$) ve güvence arama ($p=0.001$) arasında pozitif bağıntı saptandı (Tablo 17).

Çocukluk dönemi ayrılma anksiyetesi belirtilerini değerlendiren AABE özbildirimi ile herhangi bir ölçek arasında bağıntı saptanmadı. (Tablo 17).

YAA ölçeği ile çocukluk dönemindeki çocukluk ayrılma anksiyetesi belirtilerini değerlendiren AABE, anksiyete duyarlılığını ölçen ADİ-3 alt alanları ve toplam puanı arasında bağıntı bulunamadı ancak YAA ölçeği ile sadece PASÖ-ÖB alt alanlarından PASÖ-ÖB-1 (Seperasyon Duyarlılığı) ($p=0.014$) ve PASÖ-ÖB-2 (Panik belirtileri) ($p=0.016$) alt alanı ile pozitif bağıntı saptandı. Ayrıca YAA ölçeği ile güvence arama toplamı ($p=0.001$) arasında pozitif bağıntı saptandı (Tablo 17).

4.1.3.2 KYAAB grubunda bağıntılar

HDDÖ ile YAA Puanı ($p=0.003$), AABE ($p=0.027$), ADİ-3 Fiziksel alanı ($p=0.034$), ADİ-3 Toplamı ($p=0.083$) ve güvence arama ($p=0.046$) arasında pozitif bağıntı saptandı (Tablo 18).

AABE özbildirimi ile YAA puanı ($p<0.001$), ADİ-3 Bilişsel Puanı ($p=0.01$), ADİ-3 Toplam Puanı ($p=0.024$), PASÖ-ÖB-1 (Seperasyon Duyarlılığı) ($p<0.001$), PASÖ-ÖB-6 (Agorafobi) ($p<0.001$), PASÖ-ÖB-7 (Hastalık Fobisi ve Hipokondriasis) ($p=0.003$), PASÖ-ÖB-8 (Güvence Arama) ($p=0.006$), PASÖ-ÖB Toplamı ($p<0.001$) arasında pozitif bağıntı saptandı (Tablo 18).

YAA puanı ile AABE puanı ($p<0.001$), ADİ-3 Fiziksel ($p=0.027$), ADİ-3 Bilişsel ($p<0.001$), ADİ-3 Sosyal ($p=0.015$), ADİ-3 Toplam puanı ($p=0.002$) arasında pozitif bir bağıntı saptandı. Ayrıca YAA puanı ile PASÖ-ÖB alt alanlarından PASÖ-ÖB-1 (Seperasyon Duyarlılığı) ($p<0.001$), PASÖ-ÖB-2 (Tipik/Atipik Panik Semptomları) ($p=0.036$), PASÖ-ÖB-3 (Stres Duyarlılığı) ($p=0.032$), PASÖ-ÖB-4 (Madde/İlaç Duyarlılığı) ($p=0.006$), PASÖ-ÖB-6 (Tipik/Atipik Agorafobi Semptomları) ($p<0.001$), PASÖ-ÖB-7 (Hastalık fobisi ve Hipokondriasis) ($p=0.003$), PASÖ-ÖB-8 (Güvence arama) ($p=0.03$) ve PASÖ-ÖB toplam puanı ($p<0.001$) arasında pozitif bağıntı saptandı (Tablo 18).

4.1.4 YAAB ve KYAAB gruplarının kendi içlerinde AAB'nin (çocukluk/yetişkinlik) başlangıcına göre, bağlanma özellikleri ve klinik değerlendirme ölçeklerinin karşılaştırılması

4.1.4.1 YAAB grubunda demografik özellikler

Çocuklukta başlayan ($n=12$) ve yetişkinlikte başlayan ($n=17$) YAAB grupları arasında cinsiyet dağılımı, yaş, eğitim süresi, medeni durum ve çalışma durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

4.1.4.2 YAAB grubunda bağlanma özellikleri

Çocukluk döneminde başlayan YAAB ($n=12$) ve yetişkinlikte başlayan ($n=17$) YAAB grupları arasında bağlanılan kişi sayısı ve bağlanılan kişinin yakınlık derecesi açısından anlamlı farklılık saptanmadı (sırası ile $p=0.1$, $p=0.187$) (Tablo 19).

Tablo 17. YAAB grubunda bağıntılar

	HDDÖ	YAA Puanı	AABE Puanı	ADI-3 Fiziksel	ADI-3 Bilişsel	ADI-3 Sosyal	ADI-3 Toplam	Güvence Arama	PASÖ-1	PASÖ-2	PASÖ-3	PASÖ-4	PASÖ-5	PASÖ-6	PASÖ-7	PASÖ-8	PASÖ Toplam	Bağl. kişi
HDDÖ	r=1																	
YAA Puanı	r=0.43* p=0.018	r=1																
AABE Puanı	r=-0.02 p=0.932	r=0.15 p=0.427	r=1															
ADI-3 Fiziksel	r=0.26 p=0.168	r=0.28 p=0.136	r=-0.009 p=0.962	r=1														
ADI-3 Bilişsel	r=0.48** p=0.008	r=0.304 p=0.109	r=-0.12 p=0.548	r=0.54** p=0.002	r=1													
ADI-3 Sosyal	r=0.41* p=0.028	r=0.36 p=0.056	r=-0.16 p=0.413	r=0.3 p=0.114	r=0.49** p=0.007	r=1												
ADI-3 Toplam	r=0.42* p=0.023	r=0.36 p=0.053	r=-0.12 p=0.529	r=0.79** p=0.001	r=0.87** p=0.001	r=0.67** p=0.001	r=1											
Güvence Arama	r=0.59** p=0.001	r=0.57** p=0.001	r=0.027 p=0.892	r=0.43* p=0.019	r=0.38* p=0.044	r=0.4* p=0.031	r=0.42* p=0.02	r=1										
PASÖ-1	r=0.39* p=0.039	r=0.45* p=0.014	r=0.3 p=0.11	r=0.13 p=0.51	r=0.3 p=0.111	r=0.36 p=0.052	r=0.28 p=0.142	r=0.29 p=0.121	r=1									
PASÖ-2	r=0.41** p=0.026	r=0.44* p=0.016	r=0.24 p=0.204	r=0.37 p=0.053	r=0.43* p=0.019	r=0.43* p=0.02	r=0.5** p=0.006	r=0.3 p=0.113	r=0.72** p=0.001	r=1								
PASÖ-3	r=-0.1 p=0.605	r=0.02 p=0.918	r=0.12 p=0.542	r=-0.41 p=0.832	r=0.08 p=0.683	r=0.07 p=0.73	r=0.04 p=0.822	r=0.03 p=0.891	r=0.21 p=0.277	r=0.2 p=0.305	r=1							
PASÖ-4	r=-0.1 p=0.608	r=0.14 p=0.458	r=0.11 p=0.575	r=0.26 p=0.166	r=0.25 p=0.18	r=-0.02 p=0.901	r=0.23 p=0.224	r=0.12 p=0.551	r=0.18 p=0.035	r=0.23 p=0.23	r=0.06 p=0.766	r=1						
PASÖ-5	r=0.39* p=0.035	r=0.20 p=0.288	r=0.26 p=0.18	r=0.3 p=0.123	r=0.45* p=0.015	r=0.32 p=0.092	r=0.46* p=0.012	r=0.23 p=0.231	r=0.58** p=0.001	r=0.57** p=0.001	r=0.17 p=0.367	r=0.07 p=0.705	r=1					
PASÖ-6	r=0.06 p=0.746	r=0.022 p=0.909	r=0.2 p=0.291	r=0.36 p=0.056	r=0.41* p=0.027	r=0.32 p=0.095	r=0.44* p=0.017	r=0.14 p=0.47	r=0.49** p=0.007	r=0.55** p=0.002	r=0.08 p=0.66	r=0.44* p=0.016	r=0.41* p=0.028	r=1				
PASÖ-7	r=0.14 p=0.459	r=0.09 p=0.608	r=0.04 p=0.845	r=0.5** p=0.005	r=0.36 p=0.052	r=0.25 p=0.188	r=0.51** p=0.002	r=0.2 p=0.304	r=0.21 p=0.282	r=0.41* p=0.026	r=-0.311 p=0.101	r=0.47* p=0.023	r=0.43 p=0.02	r=0.65** p=0.001	r=1			
PASÖ-8	r=0.43* p=0.02	r=0.12 p=0.523	r=0.06 p=0.774	r=0.47* p=0.01	r=0.47* p=0.01	r=0.33 p=0.078	r=0.55** p=0.002	r=0.18 p=0.346	r=0.22 p=0.246	r=0.4* p=0.03	r=0.01 p=0.948	r=0.07 p=0.699	r=0.57** p=0.001	r=0.5** p=0.005	r=0.47* p=0.011	r=1		
PASÖ	r=0.39* p=0.038	r=0.34 p=0.067	r=0.19 p=0.322	r=0.5** p=0.006	r=0.51** p=0.005	r=0.49** p=0.007	r=0.62 p=0.001	r=0.37* p=0.046	r=0.73** p=0.001	r=0.83** p=0.001	r=0.13 p=0.491	r=0.35 p=0.06	r=0.68** p=0.001	r=0.82** p=0.001	r=0.65** p=0.001	r=0.64** p=0.001	r=1	
Bağlan. kişi	r=0.02 p=0.903	r=-0.03 p=0.89	r=0.33 p=0.083	r=0.16 p=0.4	r=-0.18 p=0.345	r=-0.03 p=0.862	r=-0.41 p=0.833	r=0.05 p=0.978	r=0.27 p=0.15	r=0.33 p=0.082	r=0.47** p=0.009	r=0.13 p=0.507	r=0.17 p=0.377	r=0.11 p=0.555	r=0.07 p=0.71	r=0.12 p=0.534	r=0.24 p=0.2	r=1

HDDÖ: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, ADI-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, YAA Puanı: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi, AABE: Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri PASÖ Toplamı: Panik Agorafobi Spektrum Ölçeği Toplam Skoru, PASÖ-1 (Seperasyon) alt alan skoru, PASÖ-2 (Panik Belirtileri) alt alan skoru, PASÖ-3 (Stres Duyarlılığı), PASÖ-4 (Madde/ilaç Duyarlılığı) alt alan skoru, PASÖ-5 (Beklenti Anksiyetesi) alt alan skoru, PASÖ-6 (Agorafobi) alt alan skoru, PASÖ-7 (Hastalık fobisi) alt alan skoru, PASÖ-8 (Güvence arama) alt alan skoru, Bağlan.kişi: Bağlanılan kişi sayısı *p 0.05 seviyesinde **p 0.01 seviyesinde

Tablo 18. KYAAB grubunda bağlantılar

	HDDÖ	YAA Puanı	AABE Puanı	ADI-3 Fiziksel	ADI-3 Bilişsel	ADI-3 Sosyal	ADI-3 Toplam	Güvence Arama	PASÖ-1	PASÖ-2	PASÖ-3	PASÖ-4	PASÖ-5	PASÖ-6	PASÖ-7	PASÖ-8	PASÖ Toplam	Bağl. kişi
HDDÖ	r=1																	
YAA Puanı	r=0.41** p=0.003	r=1																
AABE Puanı	r=0.31* p=0.027	r=0.71** p<0.001	r=1															
ADI-3 Fiziksel	r=0.31* p=0.034	r=0.31* p=0.027	r=0.26 p=0.07	r=1														
ADI-3 Bilişsel	r=0.27 p=0.059	r=0.49** p<0.001	r=0.36** p<0.001	r=1														
ADI-3 Sosyal	r=0.24 p=0.083	r=0.34* p=0.015	r=0.47** p<0.001	r=0.77** p<0.001	r=1													
ADI-3 Toplam	r=0.33* p=0.018	r=0.42** p=0.002	r=0.31* p=0.024	r=0.77** p<0.001	r=0.9** p<0.001	r=1												
Güvence Arama	r=0.28* p=0.046	r=0.27 p=0.055	r=0.17 p=0.22	r=0.27 p=0.055	r=0.196 p=0.168	r=0.29 p=0.108	r=1											
PASÖ-1	r=0.26 p=0.065	r=0.73** p<0.001	r=0.24 p=0.087	r=0.45** p=0.001	r=0.35* p=0.011	r=0.38** p=0.005	r=1	r=0.27 p=0.111	r=1									
PASÖ-2	r=0.39** p=0.005	r=0.3* p=0.036	r=0.18 p=0.194	r=0.51** p<0.001	r=0.5** p<0.001	r=0.51** p<0.001	r=0.59 p=0.001	r=0.29* p=0.036	r=0.42** p=0.002	r=1								
PASÖ-3	r=0.1 p=0.462	r=0.3* p=0.032	r=0.17 p=0.224	r=0.25 p=0.073	r=0.12 p=0.398	r=0.29* p=0.038	r=0.27 p=0.059	r=0.05 p=0.744	r=0.15 p=0.304	r=0.18 p=0.206	r=1							
PASÖ-4	r=0.45** p=0.001	r=0.38** p=0.006	r=0.21 p=0.135	r=0.43** p=0.001	r=0.41** p=0.003	r=0.31* p=0.028	r=0.48** p=0.001	r=0.22 p=0.126	r=0.22 p=0.126	r=0.22 p=0.113	r=0.15 p=0.28	r=1						
PASÖ-5	r=0.23 p=0.109	r=0.24 p=0.084	r=0.15 p=0.295	r=0.54** p<0.001	r=0.46** p=0.001	r=0.56** p<0.001	r=0.5** p<0.001	r=-0.03 p=0.84	r=0.33* p=0.018	r=0.68** p<0.001	r=0.35* p=0.12	r=0.19 p=0.173	r=1					
PASÖ-6	r=0.26** p=0.009	r=0.6** p<0.001	r=0.61** p<0.001	r=0.45** p=0.001	r=0.44** p=0.001	r=0.41** p=0.003	r=0.48** p<0.001	r=0.22 p=0.126	r=0.57** p<0.001	r=0.59** p<0.001	r=0.24 p=0.096	r=0.14 p=0.312	r=0.57** p<0.001	r=1				
PASÖ-7	r=0.46** p=0.001	r=0.41** p=0.003	r=0.4** p=0.003	r=0.47** p=0.001	r=0.33* p=0.017	r=0.35* p=0.013	r=0.45** p<0.001	r=0.07 p=0.632	r=0.37** p=0.008	r=0.41** p=0.003	r=0.29* p=0.042	r=0.51** p<0.001	r=0.52** p<0.001	r=0.53** p<0.001	r=1			
PASÖ-8	r=0.37** p=0.008	r=0.3* p=0.03	r=0.38** p=0.006	r=0.68** p<0.001	r=0.35* p=0.012	r=0.34* p=0.015	r=0.53** p<0.001	r=0.22 p=0.113	r=0.33* p=0.019	r=0.52** p<0.001	r=0.22 p=0.123	r=0.48** p<0.001	r=0.5** p<0.001	r=0.58** p<0.001	r=0.61** p<0.001	r=1		
PASÖ Toplam	r=0.47** p<0.001	r=0.51** p<0.001	r=0.5** p<0.001	r=0.64** p<0.001	r=0.55** p<0.001	r=0.51** p<0.001	r=0.66** p<0.001	r=0.26 p=0.061	r=0.57** p<0.001	r=0.81** p<0.001	r=0.28* p=0.047	r=0.46** p=0.001	r=0.72** p<0.001	r=0.83** p<0.001	r=0.71** p<0.001	r=0.81** p<0.001	r=1	
Bağlan. kişi	r=0.09 p=0.536	r=0.13 p=0.362	r=0.09 p=0.519	r=-0.06 p=0.661	r=-0.13 p=0.363	r=-0.03 p=0.82	r=-0.1 p=0.475	r=0.13 p=0.347	r=-0.17 p=0.236	r=0.08 p=0.581	r=0.14 p=0.328	r=-0.19 p=0.188	r=0.1 p=0.47	r=0.12 p=0.297	r=0.02 p=0.899	r=-0.01 p=0.916	r=0.0 p=0.998	r=1

HDDÖ: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, ADI-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, YAA Puanı: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi, AABE: Ayrılma Anksiyetesi Belirli Envanteri PASÖ Toplam: Panik Agorafobi Spektrum Ölçeği Toplam Skoru, PASÖ-1 (Seperasyon) alt alan skoru, PASÖ-2 (Panik Belirtiler) alt alan skoru, PASÖ-3 (Stres Duyarlılığı), PASÖ-4 (Madde/ilaç Duyarlılığı) alt alan skoru, PASÖ-5 (Beklenti Anksiyetesi) alt alan skoru, PASÖ-6 (Agorafobi) alt alan skoru, PASÖ-7 (Hastalık fobisi) alt alan skoru, PASÖ-8 (Güvence arama) alt alan skoru, Bağlan. kişi: Bağlanılan kişi sayısı *p 0.05 seviyesinde **p 0.01 seviyesinde

4.1.4.3 YAAB grubunda Klinik Değerlendirme Ölçekleri

YAAB grubu kendi içinde ayrılma anksiyetesi bozukluğunun çocuklukta ve yetişkinlikte başlangıcına göre, bağlanma özellikleri ve klinik değerlendirme ölçek (HDDÖ, PASÖ-ÖB, PAS-ÖB alt alanları, ADİ-3 Toplam, ADİ-3 Fiziksel, ADİ-3 Bilişsel, ADİ-3 Sosyal, AABE, YAA, GAÖ) puanları açısından karşılaştırıldı. Gruplar arasında ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 20).

4.1.4.4 KYAAB Grubunda Demografik Özellikler

Çocuklukta başlayan (n=12) ve yetişkinlikte başlayan (n=17) YAAB grupları arasında cinsiyet dağılımı, yaş, eğitim süresi, medeni durum ve çalışma durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

4.1.4.5 KYAAB Grubunda Bağlanma Özellikleri

Çocukluk döneminde başlayan YAAB (n=32) ve yetişkinlikte başlayan (n=19) YAAB grupları arasında bağlanılan kişi sayısı ve bağlanılan kişinin yakınlık derecesi açısından anlamlı farklılık saptanmadı (sırası ile p=0.18, p=0.205) (Tablo 21).

4.1.4.6 KYAAB Grubunda Klinik Değerlendirme Ölçekleri

KYAAB grubu kendi içinde AAB'nin çocuklukta ve yetişkinlikte başlangıcına göre, bağlanma özellikleri ve klinik değerlendirme ölçek (HDDÖ, PASÖ-ÖB, PASÖ-ÖB alt alanları, ADİ-3 Toplam, ADİ-3 Fiziksel, ADİ-3 Bilişsel, ADİ-3 Sosyal, AABE, YAA, GAÖ) puanları açısından karşılaştırıldı. PASÖ-ÖB ortalama toplampuanı çocuklukta başlayan KYAAB grubunda anlamlı yüksek saptandı. PASÖ-ÖB alt alanları içerisinde PASÖ-ÖB-1 (Seperasyon Duyarlılığı) alt ölçeği, PASÖ-ÖB-5 (Tipik/Atipik Agorafobi belirtileri) alt ölçeği ve PASÖ-Ö-8 (Güvence arama) alt alanı ortalama puanları çocuklukta başlayan KYAAB grubunda anlamlı yüksek saptandı (Tablo 22).

Tablo 19. YAAB grubundaki hastaların AAB (çocukluk/yetişkinlik) başlangıcına göre bağlanma özellikleri

	Ebeveyn/Kardeş	Eş/Çocuk	Ebeveyn/Kardeş Ve Eş/Çocuk	İstatistik
Çocuklukta başlayan (N, %)	4 (%44.4)	6(%33.3)	2(%100)	$\chi^2=3.35, df=2, p=0.187$
Erişkin dönemde başlayan (N, %)	5(%55.6)	12 (%66.7)	0 (%0)	

Bağımsız gruplarda kategorik/ikili değişkenler için χ^2 testi uygulanmıştır.

Tablo 20. YAAB grubunda çocukluk/yetişkinlik başlangıcına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması *

	Çocuklukta başlayan YAAB	Yetişkinlikte başlayan YAAB	İstatistik **
HDDÖ	4.67±3.96	4.76±3.77	p=0.913
ADİ-3 Toplam	23±16.9	24.18±10.8	p=0.419
ADİ-3 Fiziksel	9.08±6.83	8.12±5.31	p=0.948
ADİ-3 Bilişsel	8.83±8.14	9.82±5.21	p=0.347
ADİ-3 Sosyal	5.08±4.83	8.24±3.58	p=0.283
YAA Puanı	44.75±10.85	42.29±13.56	p=0.419
AABE Puanı	22.08±5.87	8.18±3.61	p<0.001
Güvence arama	14.08±6.57	13.71±3.75	p=0.845
PASÖ-ÖB Toplam	36.5±18.26	32.24±13.69	p=0.777
PASÖ-ÖB-1 (Seperasyon Duyarlılığı)	8.5±2.28	7.88±2.67	p=0.347
PASÖ-ÖB-2 (Tipik/Atipik Panik Semptomları)	10.42±6.03	8.94±4.96	p=0.616
PASÖ-ÖB-3 (Stres Duyarlılığı)	1.17±0.72	1.24±0.56	p=0.879
PASÖ-ÖB-4 (Madde/İlaç Duyarlılığı)	2.08±1.56	1.82±1.67	p=0.471
PASÖ-ÖB-5 (Bekdenti Anksiyetesi)	1.67±2.06	1±1.17	p=0.616
PASÖ-ÖB-6 (Tipik/Atipik Agorafobi Semptomları)	5.92±3.94	5.53±4.24	p=0.711
PASÖ-ÖB-7 (Hastalık Duyarlılığı/Hipokondriazis)	2.08±1.92	1.59±1.06	p=0.586
PASÖ-ÖB-8 (Güvence arama)	4.67±3.55	4.24±2.75	p=0.948

YAAB: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, HDDÖ: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, ADİ-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, YAA Puanı: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi, AABE: Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri, GAÖ: Güvence Arama Ölçeği, PASÖ-ÖB: Panik agorafobi spektrum ölçeği özbidirim formu

*Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

**Bağımsız gruplarda sayısal/sürekli değişkenler için parametrik koşullar sağlanamadığından Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

Tablo 21. KYAAB grubundaki hastaların AAB (çocukluk/yetişkinlik) başlangıcına göre bağlanma özellikleri

	Ebeveyn/Kardeş	Eş/Çocuk	Ebeveyn/Kardeş Ve Eş/Çocuk	İstatistik
Çocuklukta başlayan (N, %)	10(%71.4)	16(%53.3)	6(%85.7)	$\chi^2=3.17$, df=2, p=0.205
Erişkin dönemde başlayan (N, %)	4(%28.6)	14(%46.7)	1(%14.3)	

Bağımsız gruplarda kategorik/ikili değişkenler için χ^2 testi uygulanmıştır.

Tablo 22. KYAAB grubunda çocukluk/yetişkinlik başlangıcına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Çocuklukta başlayan YAAB	Yetişkinlikte başlayan YAAB	İstatistik *
HDDÖ ¹	9±3.98	6.79±3.82	p=0.81
ADİ-3 Toplam ²	41.81±15.6	37.11±18.13	p=0.73
ADİ-3 Fiziksel ¹	15.84±6.65	13.95±6.96	p=0.287
ADİ-3 Bilişsel ²	14.81±6.52	13.47±7.74	p=0.394
ADİ-3 Sosyal ²	11.16±5.54	9.68±6.29	p=0.317
YAA Puanı ¹	51.91±13.93	37±6.18	p<0.001
AABE Puanı ¹	24.69±8.06	9.63±4.36	p<0.001
Güvence arama ¹	15.5±4.3	13.26±5.98	p=0.257
PASÖ-ÖB Toplam ¹	64.28±16.93	47.74±12.6	p=0.002
PASÖ-ÖB-1 (Seperasyon Duyarlılığı)	9.69±1.94	6.53±1.89	p<0.001
PASÖ-ÖB-2 (Tipik/Atipik Panik Semptomları) ¹	17.78±5.03	15.79±7.75	p=0.278
PASÖ-ÖB-3 (Stres Duyarlılığı) ¹	1.59±0.61	1.32±0.67	p=0.113
PASÖ-ÖB-4 (Madde/İlaç Duyarlılığı) ¹	3.44±1.93	3.26±1.79	p=0.797
PASÖ-ÖB-5 (Beklenti Anksiyetesi) ¹	3.72±1.25	3.21±1.39	p=0.199
PASÖ-ÖB-6 (Tipik/Atipik Agorafobi Semptomları) ¹	13.47±4.65	8±4.09	p<0.001
PASÖ-ÖB-7 (Hastalık Duyarlılığı/Hipokondriasis) ¹	3.59±1.52	2.32±1.45	p=0.005
PASÖ-ÖB-8 (Güvence arama) ¹	11±4.85	7.32±3.04	p=0.004

YAAB: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, HDDÖ: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, ADİ-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, YAA Puanı: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi, AABE: Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri, GAO: Güvence Arama Ölçeği, PASÖ-ÖB: Panik agorafobi spektrum ölçeği öz bildirim formu *Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

¹Bağımsız gruplarda sayısal/sürekli değişkenler için parametrik koşullar sağlanmadığından ikili karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

²Bağımsız gruplarda sayısal/sürekli değişkenler için bağımsız gruplarda t testi uygulanmıştır.

4.1.5 YAAB ve KYAAB grubundaki hastaların AAB (çocukluk/yetişkinlik) başlangıcı ve bağlanma özellikleri açısından karşılaştırılması

YAAB grubu ve KYAAB gruplar arasında çocukluk döneminde ya da yetişkinlik döneminde başlangıcına göre karşılaştırıldı. Çocukluk döneminde başlayan olgular KYAAB grubunda en fazla olmakla birlikte, gruplar arasında istatistiksel anlamlılık saptanmadı ($p=0.065$). YAAB grubu ve KYAAB gruplar arasında bağlanılan kişi ve yakınlık derecesi açısından istatistiksel anlamlılık saptanmadı. (Tablo 23).

Tablo 23. YAAB ve KYAAB grubundaki hastaların AAB (çocukluk/yetişkinlik) başlangıcına ve bağlanma özellikleri karşılaştırması

	YAAB	KYAAB	İstatistik
YAAB başlangıcına göre¹			
Çocuklukta başlayan(N, %)	12(%27.3)	32(%72.7)	$\chi^2=3.41$, df=1, $p=0.065$
Erişkin dönemde başlayan (N, %)	17(%47.2)	19(%52.8)	
Bağlanma özellikleri¹			
Ebeveyn/Kardeş (N, %)	9(%39.1)	14(%60.9)	$\chi^2=0.88$, df=2, $p=0.644$
Eş/Çocuk (N, %)	18(%37.5)	30(%62.5)	
Ebeveyn/Kardeş Ve Eş/Çocuk(N, %)	2(%22.2)	7(%77.8)	
Bağlanma sayısı^{2*}	1.62±0.68	1.71±0.83	$p=0.839$

*Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

¹Bağımsız gruplarda kategorik/ikili değişkenler için χ^2 testi uygulanmıştır.

² Bağımsız gruplarda sayısal/sürekli değişkenler için parametrik koşullar sağlanamadığından Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada yetişkin dönemde ayrılma anksiyetesi bozukluğu (YAAB) bulunan olgular değerlendirilmiştir. Çalışmamızda YAAB olarak tanımladığımız grup içerisinde belirtileri çocuklukta başlayan ve yetişkinlikte başlayan olgular yer almıştır. Güncel olarak DSM-5 içerisinde ayrılma anksiyetesi bozukluğu yaşam boyu konabilen bir tanı olarak yer alır (7). Çalışma grubumuz DSM-5 kriterleri ile değerlendirildiğinde ayrılma anksiyetesi bozukluğu (AAB) tanısı alan olgulardan oluşmaktadır. Literatürde YAAB ile ilgili yapılmış olan çalışmaların çoğunluğu anksiyete bozukluklarının komorbid bulunduğu olgular ile yapılmıştır.

Çalışmamızda YAAB grubunda özgül fobi (ÖF) ve agorafobi (Ag) dışında komorbid bir anksiyete bozukluğu bulunmaması, komorbid YAAB'nin (KYAAB) ayrı bir grup olarak değerlendirilmesi çalışmamızın önemli bir özelliğidir. KYAAB grubumuz içerisinde, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) veya panik bozukluğuna (PB) komorbid bulunan olgular yer almıştır. PB ve AAB ilişkisi uzun yıllardır tartışılmaktadır. Genel olarak çocukluk döneminde AAB varlığı agorafobili PB'nin (PB-Ag) öncüsü olarak tanımlanmakla birlikte, bu ilişki yalnız PB'ye özgü görünmemektedir. Çocukluk ayrılma anksiyetesi bozukluğu (ÇAAB) tanısı ÖF, YAB, OKB, bipolar bozukluk tip 1 başta gelmek üzere birçok psikiyatrik bozukluğun gelişimi için risk faktörü olarak bulunmuştur (96). Hem ÇAAB hem de YAAB'nin başta PB-Ag gelmek üzere diğer bir ruhsal bozuklukla komorbidite oranları oldukça yüksektir, çoğu olguda ayrılma anksiyetesi belirtileri önce başlamaktadır (1,27). Çok yakın dönemde yapılan bir çalışmada, başta YAB olmak üzere birçok anksiyete bozukluğu ve depresyon için yatkınlık yaratıcı ve sürdürücü faktör olarak tanımlanan belirsizliğe tahammülsüzlüğün, YAAB'de de bulunduğu bildirilmiştir. YAAB belirtileri ile belirsizliğe tahammülsüzlük puanları ilişkili bulunmuştur (97). PB ve YAAB'de ortaklaşa bir nörobiyolojik yatkınlık, YAB'de ise ortak bir bilişsel yatkınlık olabilir, bu nedenle YAAB olgularının iki tanıyı içeren komorbid grup ile karşılaştırılmasının önemli olduğu görüşündeyiz.

Çalışmamızda YAAB'de anksiyete bozukluklarında bilişsel bir yatkınlık faktörü olarak tanımlanan anksiyete duyarlılığın ve olumsuz pekiştirici olarak tanımlanan güvence arama davranışını değerlendirdik. Literatürde YAAB'de anksiyete duyarlılığını (AD) değerlendiren iki çalışma bulunmaktadır ve çalışmamız YAAB'de güvence arama davranışını değerlendiren ilk çalışmadır. Ayrılma anksiyetesinin panik agorafobi spektrumu (PAS)

içerisinde değerlendirilmesi öneren alternatif bir model bulunmasına rağmen, YAAB'de PAS belirtilerinin yaygınlığını değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır, çalışmamız, YAAB'de panik agorafobi spektrumu belirtilerinin yaygınlığını değerlendiren ilk çalışmadır. Çalışmamızda YAAB'de, anksiyete duyarlılığı, güvence arama davranışı ve panik agorafobi spektrumu belirtileri, literatürde AAB ile ilişkisi en çok çalışılmış olan PB, YAAB ve (sağlıklı kontroller veya KYAAB) ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Karşılaştırma gruplarımız; AAB'nin diğer anksiyete bozukluklarında bulunabilen boyutsal bir özellik olup olmadığının aydınlatılmasına katkıda bulunabilir. Çalışmamızın en önemli bulguları; diğer anksiyete bozukluklarında olduğu gibi YAAB'de AD ve güvence arama davranışının sağlıklı kontrollerden yüksek olmasıdır. Ayrıca YAAB ile YAB grupları arasında anksiyete duyarlılığı-bilişsel alanında bulunan benzerlik, YAAB ile YAB arasındaki ortak bilişsel süreçlerin varlığına dikkat çekebilir. Bu açıdan YAAB patofizyolojik süreçler açısından PB'ye, bilişsel süreçler açısından YAB'a benziyor olabilir.

5.1 Demografik ve klinik veriler

5.1.1 Demografik veriler

Çalışmamızda SK grubu ile yapılan ilk karşılaştırmada (YAAB, YAB, PB ve SK arasında) YAAB'de kadın oranının erkek oranından anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde ÇAAB kızlarda daha yaygın görülürken (Odds oranı=2.2), YAAB'de cinsiyet farkı azalmakla birlikte kadınlar lehine (Odds oranı=1.4) daha sık görülmeye devam etmektedir (1). Silove ve arkadaşlarının (2010) YAAB tanısının diğer anksiyete bozuklukları ile olan karakteristik ilişkisini araştırdığı bir çalışmada YAB, PB-Ag, YAAB ve major depresif bozukluk (MD) tanısı olan 921 hasta arasında YAAB tanısı alan hastalardaki kadın oranının YAAB tanısı almayan gruba göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (33). Benzer olarak Mertol ve arkadaşları (2011), YAAB hastalarında mizaç ve kişilik özelliklerini PB, YAAB ve sağlıklı kontrol (SK) grubuyla karşılaştırdıkları çalışmalarında YAAB tanısı alan hastalarda kadın cinsiyetinin anlamlı olarak daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (29). Ayrıca Manicavasagar ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan çalışmada, AAB tanısı olan çocukların (N=54) %64'ünün aile üyelerinin en az birinde YAAB tanısının mevcut olduğu, etkilenen ebeveynlerin çocuklarında da ayrılma anksiyetesinin yüksek olduğu bildirilmiş ve ayrıca bu bulgunun daha çok anne ve kız çocuk arasında belirgin olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular ayrılma anksiyetesinin 'ailesel kümelenme' eğilimi gösterdiği görüşünü

desteklerken, erkek cinsiyetten çok kadın cinsiyette genetik yükün veya çevresel modelleme etkisinin olduğunun da güçlü bir kanıtıdır (9,42). Çalışmamızda YAAB grubunda kadın oranının daha fazla olması, literatürle uyumlu bir bulgu olup, kadın hastalardaki kalıtlılabilirliğin erkeklerden daha yüksek olduğunu destekleyen niteliktedir. Alternatif bir açıklama ise yetişkin dönemde ayrılma anksiyetesi olan kadınların erkeklere göre daha fazla yardım arayışında bulunuyor olabilecekleridir.

Yaş ortalamaları değerlendirildiğinde ise gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Ayrılma anksiyetesi belirtilerinin çocuklukta başlayıp, yetişkinlikte sona erebileceği gibi, çocuklukta başlayıp yetişkinlik döneminde süreklilik gösterebileceğini veya ilk kez yetişkin dönemde görülebileceğini gösteren araştırmalar mevcuttur (2,28). DSM-5’de AAB çocukluk/yetişkinlik başlayan olmaksızın yaşam boyu görülebilecek tek bir tanı kategorisi altına alınmıştır (7). Çalışmamızda YAAB grubunun yaş ortalamalarının YAB ve PB ile benzerlik gösterdiği göz önünde bulundurulduğunda, ayrılma anksiyetesi belirtilerinin herhangi bir yaşta görülebilir olacağını destekleyen bir bulgudur.

Çalışmamızda YAAB’nin başlangıç yaşını değerlendirilmemiş olmakla birlikte, çalışmamızda çocuklukta ve yetişkinlikte başlayan olgular ayırt edildi. Çalışmamızda YAAB ve KYAAB (N=80) tanısı alan hastaların yaklaşık yarısının (%45) yakınmalarının ilk kez yetişkinlik döneminde başladığı saptandı. Shear ve arkadaşları (2006) tarafından yürütülen toplum kökenli bir çalışmada AAB tanısı alan kişilerin %75.2’si erişkin dönemde bu tanıyı alırken (1), klinik çalışmalarda AAB tanısı alanların 3’te birinde (2), 4’te birinde (33) ve yarısından fazlasında (%57.1) (29) erişkin dönemde ayrılma anksiyetesi başlangıcı tanımlanmıştır. Bizim sonuçlarımız da klinik çalışmalarda elde edilen bulguları desteklemektedir. Bu bilgi bize YAAB’nin sadece ÇAAB’nin devamı niteliğinde olmadığını göstermesi açısından önemlidir.

5.1.2 Klinik veriler

Hastalık süreleri açısından gruplar arasında benzerlik saptanması rağmen, tedavi durumu açısından YAAB grubunun diğer hasta gruplarına (YAB, PB, KYAAB) göre anlamlı olarak daha fazla sayıda tedavi almamış kişilerden oluştuğu görüldü. Ulusal Eşitlik Çalışması Replikasyonu’na (2006), göre YAAB’nin %75’i emosyonel sorunlar nedeniyle tedavi görmektedir ancak %68’nin tedavisinde ayrılma anksiyetesi belirtilerine odaklanılmamıştır. Bu durumun sebebi ayrılma anksiyetesinin aileler içerisinde paylaşılarak normalize

edilmesiyle ilgili olabileceği gibi (1,98), klinisyenlerin bu hastalığı bir çocukluk dönemi hastalığı olarak değerlendirmesi, AAB'nin özgül bir tedavisinin olmaması ve bu yüzden erişkinlerde sorgulanmamasıyla da ilişki olabileceği düşünülmektedir (6). Halbuki hastanın tedavisini geciktirmek, hastada anlamlı olarak yaşam koşullarında bozulma, belirtilerde direnç ve ek psikiyatrik hastalık gelişimine yol açmaktadır (99). Bizim çalışmamızda YAAB tanısı olan kişilerin yüksek oranda (%88) daha önce tedavi almamış olmasının sebebi de, benzer şekilde, bireyin bunu bir hastalık olarak görmemesi, toplumda ayrılmaya yönelik kaygı, korku ve belirtilerin olağan karşılanıyor olması olabilir.

Çalışmamızın temel amaçları içerisinde YAAB'de AD ve güvence arama davranışının değerlendirilmesi yer almaktadır. Depresyonun AD üzerine etkisi bulunmaktadır. Anksiyete bozukluğu komorbiditesi olan hastaları dışladıktan sonra bile, depresyon ile ADİ puanları arasında ilişki olduğu, antidepresan ilaçlarla ADİ puanında düşme olduğu saptanmıştır (100, 101). Ayrıca güvence arama davranışının depresif semptomlarla pozitif ilişkili olduğu bildirilmiştir (74,80,102). Çalışmamızda Hamilton depresyon değerlendirme ölçeğinden (HDDÖ) 17 ve üstü puan alanların çalışmaya dahil edilmemesi, depresyonun uyguladığımız ölçekler üzerine karıştırıcı etkisini kısmen de olsa kontrol etmemizi sağlayabilmiştir. YAAB olgularında PB, Ag ve MD'nin komorbid bulunması oldukça yaygındır (27). Çalışmamızda depresyon komorbiditesini mutlak dışlama kriteri olarak belirlemeyip, hafif şiddette ve kısmi remisyonda MD komorbiditesi olan olguları dahil etmiş olmamız YAAB'de depresif belirtilerin varlığını değerlendirmemize olanak sağlamıştır. Çalışmamızda HDDÖ ortalama puanları YAAB, PB ve YAB gruplarında SK grubuna göre anlamlı oranda yüksek saptandı. Gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmadı. YAAB'nin diğer bir anksiyete bozukluğu ile komorbid bulunması halinde depresif belirtilerin daha sık görülebileceği beklenmektedir. Örneğin; AAB'nin komorbid bulunduğu OKB tanılı olgularda, depresif belirtilerin yalnız OKB tanısı bulunan olgulara göre daha yaygın olduğu bildirilmiştir (103). Çalışmamızda KYAAB YAAB'nin PB veya YAB ile komorbid bulunduğu olgulardan oluşmuştur ve KYAAB grubunda HDDÖ puanları YAAB, PB ve YAB gruplarından sayısal olarak yüksek olup, bu yükseklik KYAAB ve YAAB grupları arasında anlamlılık göstermiştir. YAAB ve KYAAB grubunda, HDDÖ puanı ile YAA Puanı, ADİ-3 Toplam puanı ve güvence arama puanı arasında pozitif korelasyon, KYAAB grubunda ayrıca AABE puanı ile pozitif korelasyon saptanmıştır. İlginç bir bulgu hem YAAB hem de KYAAB grupları içerisinde HDDÖ puanları ile yetişkin ayrılma anksiyetesi (YAA) puanları arasında ve KYAAB

grubunda çocukluk döneminde ayrılma anksiyetesi belirtilerini değerlendiren AABE puanları arasındaki pozitif bağlantıların varlığıdır. Depresif belirtilerin varlığı, ayrılma anksiyetesi belirtilerinin şiddeti ile ilişkili olabilir. Benzer şekilde komorbid YAAB tanısı olan depresyon hastalarının, YAAB komorbiditesi olmayan depresyon hastalarına göre daha fazla duygudurum epizodu geçirdikleri, yetişkin ve çocukluk ayrılma anksiyetesinin yüksek düzey depresyon skorları ve tekrarlayan depresif epizotlarla anlamlı ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (3,34,104). Ayrılma anksiyetesi belirtileri ve depresif belirtiler karşılıklı olarak klinik gidişi etkiliyor gibi görünmektedir.

Çalışmamızda ADİ-3 ölçeği toplam puanı ve tüm alt alan (fiziksel, bilişsel ve sosyal) puanlarının hasta gruplarının tümünde (YAAB, PB ve YAB) kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Komorbid YAAB grubumuz ise, YAAB, YAB ve PB gruplarına göre anlamlı oranda yüksek puan almıştır. Bulgumuz YAAB’de anksiyete duyarlılığını değerlendiren iki çalışmanın sonuçları ile uyumludur. Atlı ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında (12) AD, çalışmamızdaki gibi ADİ-3 ölçeğiyle değerlendirilmiştir. Değerlendirmeler YAAB, PB, YAAB komorbid PB ve sağlıklı kontroller arasında yapılmıştır. ADİ-3 Toplam puanı ve alt alanları için, Komorbid YAAB’de tüm gruplardan anlamlı olarak yüksek bulunmuş, YAAB ve PB grupları arasında anlamlı fark bulunmayıp, SK’dan yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda ise YAAB, PB ve YAB grupları arasında ise ADİ-3 Toplam, Fiziksel ve Sosyal alt alan puanları için istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamış ancak ADİ-3 Bilişsel alt alanı puanlarının, hem YAAB hem de YAB gruplarında PB grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. Atlı ve arkadaşlarının çalışmalarında sonuçlarımız bilişsel alt alan dışında birebir örtüşmektedir. Silove ve Marnane (2012) ise oldukça yüksek sayıda olgu (n= 646) ile yaptıkları çalışmada, YAAB, PB, YAAB komorbid PB grupları arasında anksiyete duyarlılığı indeksi puanlarının komorbid grupta YAAB’dan ve YAAB’de PB grubundan anlamlı oranda yüksek olduğunu bildirmişlerdir (11).

ADİ-3 Fiziksel belirti alt alanı kalp çarpıntısı, nefes darlığı gibi ‘bedensel belirtilerden korkma’ durumunu, bilişsel belirti alt ölçeği; dikkati bir konu üzerinde toparlayamamaktan korkma ya da kişinin kendisini garip ya da boşlukta hissetmesinden korku duyması gibi durumlar olan “bilişsel kontrolü yitirmekten korkma” boyutunu ve sosyal belirti alt ölçeği ise başkalarının kendi anksiyete belirtilerini fark etmesinden korkma şeklinde tanımlanan durumları değerlendirmektedir (52). Bu açıdan ADİ-3 Sosyal belirti alt alanı SAB’ye ve fiziksel belirti alt alanı PB’ye, bilişsel belirti alt alanı ise daha çok YAB’ye (58) ve

depresyona (105) işaret etmektedir. Yüksek AD düzeyine sahip kişilerde düşük olanlara göre panik atağı ve agorafobik durum sayısının daha fazla olduğu saptanırken (60,106); panik atakların daha çok fiziksel alt alanla ilişkili olduğu gösterilmiştir (107). Ayrıca PB grubunda AD indeks skorlarının tedaviyle düştüğünü bildiren çalışmalar mevcuttur (108,109). Bizim çalışmamızda PB hastalarının %64.5'i tedavi altındaydı. PB grubu ile YAAB ve YAB grupları arasında fiziksel alt alan puanları açısından farklılığın bulunmayışının, PB grubunda tedaviye bağlı olarak ADİ-3 Fiziksel alan puanlarında azalma olması ile ilişkili olabileceğini düşünüyoruz. Çalışmamızın dikkat çeken bir bulgusu, ADİ-3 Bilişsel alt alanının YAAB ve YAB grupları arasında benzer olup her iki grupta da PB'den anlamlı olarak yüksek olmasıdır. YAB ve YAB'ye ikincil depresif bozukluğun, ADİ-3 Bilişsel alt alanıyla olan ilişkisi tanımlanmıştır (70,110). Çalışmamızda YAAB ve YAB gruplarında bilişsel alt alan puanlarının PB'ye göre anlamlı oranda yüksek saptanması, YAAB grubunun bilişsel alanda PB'den çok YAAB'ye benzerlik taşıdığını düşündürmektedir. YAB olan çocuk ve ergenlerin yarısı aileleri onların yanında değilken, ailelerinin başına bir şey geleceğine dair kaygılanırlar (111) ve AAB olan çocukların büyük çoğunluğunda YAB komorbiditesi vardır (112). AAB ve YAB kriterleri karşılaştırıldığında; çeşitli olay ve durumla ilgili kaygı taşıyan YAB tanısı olan bir erişkinin sevdiği birini kaybetme korkusu ve kaygısı, birçok olası temadan biriyken, sınırlı bir düzende önemli bir bağlanma figürünü kaybetme korkusu/kaygısı (Y)AAB'nin temel karakteristik özelliklerdendir (6). YAB ile (Y)AAB arasındaki bu benzerlikler iki bozuklukta ortak bir bilişsel yapının olabileceğini düşündürmüştür. YAAB, OKB, sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) ve MD tanılı hastalarda yapılan çalışmada Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği puanları ile YAAB, OKB, SAB ve depresyon belirtilerinin düzeyi arasında anlamlı ilişkili bulunmuştur (97). Bir diğer çalışmada ise, kişilerarası duyarlılık ölçeğinde yer alan ayrılma anksiyetesi alt alanı skorları PB, Ag ve YAB hasta gruplarında kontrollere göre anlamlı yüksek saptanmıştır (104). Ancak görüldüğü üzere bu benzerlikler YAB ile YAAB arasında sınırlı kalmamıştır. ADİ-3 Bilişsel alanı için YAAB ve YAB grupları arasındaki benzerlik, literatür temelinde ele alındığında YAAB ve YAB arasında ortak bir bilişsel sürecin varlığını düşündürmektedir, bu konuda yapılacak araştırmalara gereksinim vardır.

Çalışmamızda ayrılma anksiyetesi belirtilerinin varlığını çocukluk döneminde değerlendiren Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE) ve yetişkinlik döneminde değerlendiren Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAA) ölçekleri puanları tüm hasta

gruplarında sağlıklı kontrollere göre yüksek bulunmuştur. Bulgularımız, anksiyete bozukluklarında, ayrılma anksiyetesinin boyutsal bir yapı olarak bulunabileceği görüşünü desteklemektedir. PB ve YAB’de AAB tanısı olmaksızın ayrılma anksiyetesi belirtileri bulunabilir. Çalışmamızda AABE ve YAA ölçekleri ortalama puanları KYAAB ve YAAB grupları arasında benzer olup, her iki grupta YAB ve PB gruplarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda genelde YAAB grubu saf veya komorbid olmasına bakılmaksızın değerlendirmeye alındığı için, çalışmamızda YAAB ve KYAAB grubunun benzer AABE ve YAA puanları almış olması önemlidir. Bu açıdan bakıldığında, YAAB’ye komorbid bulunan anksiyete bozuklukları, YAAB’nin seyrini değiştirmiyor gibi görünmektedir. Zira çalışmamızda yetişkin ayrılma anksiyetesi belirtilerini değerlendiren YAA ölçek skorları saf ve komorbid YAAB grupları arasında anlamlı farklılık göstermemiştir. Bu bulgunun başka çalışmalarla da tekrarlanması gerekmektedir.

Panik agorafobi spektrumunun sekiz alt alanı PB’deki çekirdek belirtilerin yanı sıra anksiyete bozukluklarında ortaklaşa görülen klinik belirtiler de içermektedir (stres duyarlılığı, güvence arama gibi), ayrıca bu alt alanlardan de biri ayrılma anksiyetesi duyarlılığıdır. PASÖ-ÖB PAS belirtilerinin varlığını yaşam boyu değerlendirmektedir. Çalışmamızda PASÖ-ÖB toplam puanı açısından SK ile yapılan karşılaştırmada hasta grupları (YAAB, YAB ve PB), sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan alırken, kendi aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Her ne kadar PASÖ toplam puanının PB grubunda daha yüksek olması bekleniyorsa da, çalışmamızda PB, YAAB ve YAB grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Ayrıca çalışmamızda PB grubunda PASÖ-ÖB toplamı ortalama puanı (34.00 ± 15.58) , Onur ve arkadaşları tarafından (2006) Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında belirlenen PB ayırt edici kesme puanı olan 46’nın altında (Onur, 2006) saptanmıştır (95). Daha önce’de vurguladığımız gibi PB hastalarının %64.5’i tedavi altındaydı, bu nedenle PASÖ-ÖB puanlarının tedaviye yanıtın bir sonucu olarak azalmış olduğunu düşünüyoruz. Ayrıca çalışmamızda, PASÖ-ÖB ile yaşam boyu değerlendirme yapılmıştır; ölçeğin özbildirime dayalı olması nedeniyle, ölçeği doldurma esnasında hastalar yakın zamandaki ve şimdiki belirtilerine odaklanmış ve geçmişte yaşadıkları belirtileri göz ardı etmiş olabilirler. YAB ve YAAB gruplarının PASÖ-ÖB toplamı ortalama puanının YAAB, YAB, PB gruplarında benzer olup, SK’dan yüksek olması, PAS içerisinde yer alan belirtilerin hem PB çekirdek belirtilerinin, hem de anksiyete bozukluklarının ortak klinik özelliklerini içermesi ile ilişkili olduğunu düşünüyoruz. Literatürde YAAB ve YAB’da PAS

belirtilerinin yaygınlığını değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızın bulguları bu anlamda dikkate değerdir.

PASÖ-ÖB toplam puanı açısından KYAAB ile diğer hasta grupları (YAAB, PB ve YAB) karşılaştırıldığında, KYAAB grubunun tüm hasta gruplarından anlamlı oranda daha yüksek puan aldığını saptadık. Çalışmamızda komorbid grubumuzun %58.8'ini YAAB ve PB komorbiditesi, %41.2 YAAB ile YAB komorbiditesi oluşturunuyordu. YAAB'nin YAB ve PB gruplarına eklenmesinin PASÖ toplam puanında artışa yol açmış olabileceğini düşünüyoruz. Literatürde bulunan YAAB komorbiditesinin tedavi yanıtı üzerine etkisini değerlendiren çalışmaların sonuçları bulgumuzu dolaylı yoldan destekleyebilir. Kirsten ve arkadaşları (2008) tarafından SAB, PB ve YAB grupları olmak üzere 154 hastanın 8 haftalık BDT programına alındığı çalışmada, terapi sonunda yüksek ayrılma anksiyetesi skorlarının yüksek Beck Anksiyete ve Depresyon skorları ile ilişkili olduğu ve tedavi sonuçlarını olumsuz etkilediği bulunmuştur (3). Aarson ve arkadaşları (2008) ise, PB olan 256 hasta ile yaptıkları çalışmada, komorbid YAAB'nin varlığının 11 seanslık BDT sonucunu Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği üzerinden değerlendirmiş ve sonuçları 4 kat kötü etkilediğini bulmuşlardır (113). YAAB komorbid bulunduğunda anksiyete bozukluklarının klinik şiddeti, tıpkı depresyonda (3,34,104) ve OKB'de olduğu gibi (103) artıyor olabilir.

Çalışmamızda bağıntı analizleriyle KYAAB grubunda ayrılma anksiyete belirtilerinin çocukluk ve yetişkinlikte değerlendiren ölçek skorlarının (YAA, AABE) PASÖ alt alanlarından büyük çoğunluğuyla pozitif bağıntı gösterdiği saptandı. Bu bulgumuz her ne kadar direk nedensel bir ilişkiyi göstermese de, ayrılma anksiyetesi belirtileri varlığının PB ve YAB olgularının klinik seyrini olumsuz etkilediğini gösteren diğer bir bulgu olarak yorumlanabilir, çünkü aynı bağıntılar saf YAAB grubunda görülmemiştir. Miniati ve arkadaşları (2012) tarafından, PB hastalarında yapılan bir senelik izlem çalışmasında; PASÖ alt alanlarından sadece seperasyon duyarlılığı alt ölçeğinin PB grubunda düşük remisyonla ilişkili olduğu bulunması da bu bulguyu destekleyici niteliktedir (69).

PASÖ-ÖB-1 (Separasyon Duyarlılığı) alt alanı, ayrılma anksiyetesi belirtilerinin varlığını hem çocukluk hem de yetişkinlik döneminde değerlendirmeyi sağlayabilen bir alt ölçektir. Çalışmamızda SK ile yapılan karşılaştırmada PASÖ-ÖB-1 (Seperasyon Duyarlılığı) alt alanı açısından YAAB grubu YAB, PB grubundan, YAB ve PB grubu ise SK'dan anlamlı yüksek puan almıştır. Bulgumuz ayrılma anksiyetesi belirtilerinin anksiyete bozukluklarında ortak bir boyutsal özellik olarak bulunabileceği görüşünü desteklemektedir. PASÖ-ÖB-1

(Separasyon Duyarlılığı) alt alanı puanı YAAB grubunda hem PB hem de YAB'den yüksek olması ise beklenen bir bulgudur. PASÖ-ÖB-1 (Separasyon Duyarlılığı) alt alanı puanlarının YAB ve PB arasında benzer olmasını iki farklı şekilde değerlendirebiliriz: Ayrılma anksiyetesi belirtilerinin yalnızca PB ile ilişkili olmayıp diğer anksiyete bozukluklarında da bulunan boyutsal bir özellik olabileceği görüşü temelinde ve çok yakın dönemde tartışılmaya başlanılan PB ve ayrılma anksiyetesi birlikteliğinin PB'de solunumsal alt tipte özgül bir ilişkisi olması.

PB'nin çocukluk dönemindeki AAB için altta yatan aynı patofizyolojik sürecin alternatif bir yansıması olduğu fikri (seperasyon anksiyetesi hipotezi); Klein'ın PB hastalarının sıklıkla çocukluk dönemine yönelik ayrılma anksiyetesi öyküsü verdiğini gözlemleyerek ortaya çıkmıştır (114), ancak başka uzunlamasına izlem çalışmaları bu hipotezi desteklememiştir (56,115). Üstelik bazı eski çalışmalar YAAB'nin PB-ag ile eş tanısının yüksek olduğunu gösterirken (27,45,46), yakın zamanda yapılan çalışmalar PB tanısı olan kişilerde YAAB bulunması oranının, YAB ve diğer anksiyete bozukluklarında (SAB, ÖF, OKB) YAAB bulunması oranına benzer olduğunu saptamıştır (116). Aynı şekilde genetik açıdan da net olmayan sonuçlar mevcuttur. Örneğin, Williams Sendromu (7q11.23 kolunda delesyon sonucuyla ortaya çıkan genetik bozukluk) olan 109 çocukta sadece ÇAAB değil, ÖF ve YAB da topluma göre daha yüksek prevalansta bulunmuştur (117). Sonuçta (Y)AAB ile PB-ag arasında güçlü bir ilişki olsa da, bu ilişkinin özel bir (Y)AAB-PB ilişkisi olmadığı düşünülmektedir. YAB ve PB açısından seperasyon duyarlılığının birbirine benzer sonuçlar vermiş olması da ayrılma anksiyetesi belirtilerinin yalnızca PB ile ilişkili olmadığı yönündeki bulguyu destekler niteliktedir (104). Çalışmamızda PB grubunda PASÖ-ÖB-1 (Separasyon Duyarlılığı) alt alanı ortalama puanı 3.1 ± 2.32 olarak saptanmıştır. Onur ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında bu alt alan ortalama puanı solunumsal alt tip PB için 8.12 ± 2.59 ve solunumsal olmayan alt tip için 7.02 ± 3.02 olarak saptanmıştır, ayrıca çalışmada solunumsal alt tipte separasyon duyarlılığı puanının solunumsal olmayan alt tipten anlamlı oranda farklı olduğu bildirilmiştir ($p=0.034$) (84). Atlı ve arkadaşları (2012) ise çalışmalarında YAAB ve PB hastalarının $C0^2$ kısırtmasına benzer oranda panik atağı yanıtı verdiklerini bildirmişlerdir. PB ve ayrılma anksiyetesi birlikteliği, özellikle solunumsal alt tip ile ilişkili olabilir ve ortak bir nörobiyolojik etiyoloji olabilir (12). Çalışmamızda PB hastalarında bu açıdan bir değerlendirme yapmadık, çalışmamızdaki PB hastaları solunumsal alt tipte olmayanların ağırlıkta olması, bu seperasyon duyarlılığı alt alan puanlarında diğer anksiyete

bozuklukları ile ortak bir boyutsal özellik olarak sadece sağlıklı kontrollerden yüksek bulunmuş olmasına sebep olmuş olabilir.

Bağıntı analizlerinde ise YAAB grubunda PASÖ-ÖB-1 (Seperasyon Duyarlılığı) ile YAA puanı arasında, KYAAB grubunda ise PASÖ-1 (Seperasyon Duyarlılığı) ile hem YAA puanı hem de AABE puanı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Sonuçta, bu alt alan ayrılma deneyimlerine verilen tepkileri sorguladığından, AABE ve YAA ölçeklerine benzer örgüde sonuçlar vermiştir. Diriöz ve arkadaşlarının her iki ölçek için yaptıkları geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ise PASÖ-ÖB-1 (Seperasyon Duyarlılığı) ölçeği puanları ile pozitif bağıntı saptanmıştır (24).

PASÖ-ÖB-1 (Seperasyon Duyarlılığı) için KYAAB grubuyla yapılan karşılaştırmada ise KYAAB ve YAAB arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmaz iken, KYAAB ve YAAB grupları, YAB ve PB gruplarından istatistiksel olarak daha yüksek puan almışlardır. YAAB'ye anksiyete bozukluklarının komorbid olması, YAAB belirtileri özelinde klinik seyri etkilemiyor gibi görünmektedir, oysaki YAAB komorbid bulunduğu anksiyete bozukluklarında, daha önce de belirttiğimiz gibi bozukluğa özgü belirtilerin klinik seyrini etkiliyor olabilir.

PASÖ-ÖB-2 (Panik Semptomları) alt alanı ortalama puanları SK ile yapılan karşılaştırmada, hasta gruplarının tümünde sağlıklı kontrol grubuna göre yüksek saptandı. Bu alt alan; tipik panik atağı belirtilerini, atipik ve eşik altı belirtileri değerlendirmektedir. Hasta grupları içerisinde ortalama puanlar PB grubunda YAAB'den yüksek, YAB'den ise anlamlı farklı bulunmamıştır. PB hastalarının tedavi altında olmaları PA sıklığında ve şiddetinde azalma olmasına yol açarak, YAB grubunda ise kişinin yaşadığı anksiyete belirtilerini, öz bildirim ölçeğinde PA olarak tanımlaması ile iki grubu birbirine yaklaştırmış olabilir. Ancak bu durum YAAB için geçerli değildir, PB hastaları YAAB hastalarına göre anlamlı olarak yüksek puan ortalamalarına sahiptir. AAB'de CO₂ duyarlılığının artmış olduğunu bildiren çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Pine ve arkadaşları (2000) çocuklarda AAB'de, PB'de olduğu kadar CO₂ duyarlılığının olduğunu bildirmişlerdir (118). Bir diğer çalışmada ise ebeveynlerinde PB tanısı bulunan ÇAAB olgularında CO₂ duyarlılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (119). Atlı ve arkadaşları (2012) çalışmasında YAAB, PB ve PB ile YAAB komorbid bulunan olgularda CO₂ duyarlılığının benzer olduğu ve tüm gruplarda sağlıklı kontrollere göre artmış olduğunu göstermiştir (12). Ancak YAAB hastaları PA'ları PB'deki kadar dikkate almıyor olabilir. Böylelikle, PB ve YAAB her ne kadar ortak bir

patofizyolojiyi paylaşıyor olabilirlerse de iki ayrı bozukluk olmalarını farklı bilişsel süreçler sağlıyor olabilir .PB’de PA’ların sürmesinde anahtar bilişsel özellik olan ‘felaketleştirme’ iken, YAAB’de farklı bilişsel süreçler ile YAAB kliniği farklılaşma gösteriyor olabilir. Çalışmamızın önemli bir bulgusu olan YAAB ve YAB arasında ADİ-3 Bilişsel alt alanındaki benzerlik ile birlikte bu bulgunun, YAAB’de anahtar bilişlerin değerlendirilmesinin önemine dikkat çektiğini düşünüyoruz. KYAAB grubunda PASÖ-ÖB-2 (Panik Semptomları) alt alanı puanları YAAB, PB ve YAB gruplarından yüksektir. YAAB’nin komorbid bulunması, literatürde yer aldığı gibi birlikte bulunduğu anksiyete bozukluğunun kliniğini olumsuz etkiliyor olabilir (3,103,113).

PASÖ-ÖB-3 (Stres Duyarlılığı) ve PASÖ-4 (Madde/İlaç Duyarlılığı) alt alanları açısından tüm hasta grupları kontrolden daha yüksek puan ortalamasına sahip bulundu. Stres duyarlılığı, panik ve/veya Ag belirtilerinin ilk kez ortaya çıkışı öncesinde, genellikle stres verici bir yaşam olayının bulunması ve bunun sonucunda oluşan "olumsuz olaylardan ve günlük rutinde değişim yapmaktan kaçınma eğiliminin" gelişmesi olarak tanımlanır. Temelde bu özelliklerin genel olarak bir "zarar görmekten kaçınma (harm avoidance) olarak dikkate alınması önerilir (95). Bu alan, tüm anksiyete bozukluklarında görülebilen bir boyutsal özellik olup, zarardan kaçınma ile benzerlik göstermektedir. PB hastalarında, her iki alt alanın ortalama puanları diğer hasta gruplarından farklı bulunmamış olup, PASÖ-ÖB-3 (Stres Duyarlılığı) için 1.13 ± 0.76 , PASÖ-4 (Madde/İlaç Duyarlılığı) alt ölçeği için 1.03 ± 0.77 ’dir. Her iki alt puanları da, Berrocal ve arkadaşları tarafından (2006) yapılan PASÖ-ÖB ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında çalışmamıza benzer şekilde olup sırası ile; PASÖ-ÖB-3 (Stres Duyarlılığı) için 1.50 ± 0.70 , PASÖ-ÖB-4 (Madde/İlaç Duyarlılığı) için 2.42 ± 1.39 saptanmıştır (120). Çalışmamızda YAAB, PB ve YAB arasında PASÖ-ÖB-3 (Stres Duyarlılığı) ve PASÖ-ÖB-4 (Madde/İlaç Duyarlılığı) alt alanları ortalama puanları benzer bulunmuştur PASÖ-ÖB-3 (Stres duyarlılığı) alt alanı, ölçeğin orijinal çalışmasında (15) ve Türkçe ve İspanyolca geçerlilik güvenilirlik çalışmalarında (95,120) PASÖ-ÖB toplam puanıyla en düşük korelasyon gösteren alan olarak bulunmuştur, benzer şekilde PASÖ-ÖB-4 (Madde/İlaç Duyarlılığı) alt alanı da PASÖ-ÖB toplam puanıyla görece düşük korelasyon gösteren alanlar içerisinde (95,120).

PASÖ-ÖB-5 (Beklenti Anksiyetesi) alt alanına bakıldığında tüm hasta grupları kontrolden daha yüksek puan aldı. Beklenti anksiyetesi ilk PA ya da ataklardan sonra PA’nın olası tehlikeli sonuçları ve yeni atakların olabileceğine dair yoğun bir endişe ve kaygı haliyle

ortaya çıkar. Kötü sonuçları beklemek ve kaygı duymak YAB'ın ana belirtilerindendir. YAB'da endişe, gelecekteki tehlikeli durumun önlenmesi için yapılan bir bilişsel girişim olarak yaşanır ve tehditi azalttığı, kötü olayları engellediği şeklinde değerlendirilerek bir kaçınma davranışı gibi olumsuz olarak pekiştirilir (121,122). Bu alt alan içerisinde beklenti anksiyetesi iki alt kategori altında değerlendirilir: Panik belirtileri ile ilişkili beklenti anksiyetesi ve genel alarm durumu (121). Her ne kadar beklenti anksiyetesi alt alanını kendi içinde ve bu iki kategori açısından gruplar arasında karşılaştırmamış olsak da, çalışmamızda tüm gruplarda bu alt alanın benzerlik göstermesi genel alarm durumunun anksiyete bozukluklarının ortak özelliği olması ile ilişkili olabilir. Bir diğer açıklama ise daha önce de vurguladığımız gibi, hastalarımızın tedavi altında olması nedeniyle PB grubunda PASÖ-ÖB-5 (Beklenti Anksiyetesi) panikle ilişkili beklenti anksiyetesi skorlarının düşmüş olması olabilir (69). KYAAB grubu ile karşılaştırma yapıldığında KYAAB grubu tüm hasta gruplarından istatistiksel olarak daha yüksek puan aldı. Daha önce de sık vurguladığımız gibi YAAB komorbid bulunduğu anksiyete bozukluğunun klinik seyrini olumsuz etkiliyor olabilir ki, literatürde bunu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (3,103,113).

PASÖ-ÖB-6 (Tipik/AtipikAgorafobi Semptomları) alt alanı açısından SK ile karşılaştırma yapıldığında tüm hasta grupları kontrolden daha yüksek puan ortalamasına sahip bulundu. Yapılan toplum çalışmaları Ag'nin hemen her zaman PA ya da PA benzeri belirtilere ikincil olarak gelişmediğini ve toplumda nerede ise %50 oranında PA olmaksızın bulunduğunu göstermektedir (55). Bu bulgunun nedeni bizim grubumuzda PB dışındaki grupta (YAB ve YAAB'de) da Ag tanısı (%24.1) alanların mevcut olmasına ve PB olgularımızın tedavi altında olmasına bağlı olarak puanlarında düşme olmuş olmasına bağlı olabilir. KYAAB ile karşılaştırma yapıldığında KYAAB grubu tüm hasta gruplarından istatistiksel olarak daha yüksek puan aldı.

PASÖ-ÖB-7 (Hastalık Duyarlılığı/Hipokondriazis) alt alanında tüm hasta grupları kontrolden daha yüksek puan almış olup, PB, YAAB ve YAB grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında bu alt alan PASÖ-ÖB toplam puanı ile korelasyonu görece düşük olarak saptanmıştır.

PASÖ-ÖB-8 (Güvence Arama) alt alanı ortalama puanı tüm hasta gruplarında kontrollere göre anlamlı yükseklik göstermiştir. PASÖ-ÖB-8 (Güvence Arama) alt alanı, temel olarak PB hastalarında güçsüzlük, güvensizlik duygularıyla başa çıkabilmek için gelişen güvence arama davranışını değerlendirmektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik

çalışmasında bu alt alan, PASÖ-ÖB içerisinde toplam puan ile korelasyonu ve örtüşme geçerliliği yüksek olan alt alanlar içerisinde yer alır (15,95). PB hastalarımızda tedaviye yanıt olarak ölçek puanlarında düşme olması, PB hastalarının YAAB ve YAB gruplarından anlamlı farklılık göstermemesine neden olmuş olabilir. Ayrıca güvence arama davranışının anksiyete bozukluklarının ortak bir klinik özelliği olması gruplar arasında anlamlı fark saptanmaması ile ilişkili olabilir. KYAAB grubu ile karşılaştırmada ise KYAAB grubu tüm hasta gruplarından daha yüksek puan ortalamasına sahip bulundu. YAAB komorbid bulunduğu bir çok klinik belirtide olduğu gibi güvence arama davranışında da artış gösteriyor olabilir.

Çalışmamızın en önemli özelliklerinden biri, güvence arama davranışını değerlendirmiş olmamızdır. Güvence aramanın, anksiyete bozukluklarının kavramsallaştırılması ve tedavi yaklaşımı açısından güncel bilişsel-davranışçı yaklaşımların sürdürümünde anahtar rolü oynadığı uzun zamandır öne sürülmektedir. Güvence arama davranışının anksiyete bozukluklarında sık olduğu bilinmekle birlikte, yapılan çalışmalarda anksiyete bozuklukları arasından en çok YAB, OKB ve SAB üzerine odaklanılmıştır (83,123,124). Güvence arama davranışı anksiyete bozukluklarında farklı paternler gösterebilir. Örneğin, PB’de fiziksel belirtilerle ilgili güçsüzlük, güvensizlik duygularıyla başa çıkabilmek için gelişen bir güvence arama davranışı, OKB’de sorumluluk ile ilgili bilişsel süreçlere bağlı olarak gelişen korkulan sonuçların oluşmaması ya da nötralizasyon davranışlarının tam olarak tamamlanması ile ilgili güvence arama davranışı, YAB’de ise yakınlarının, ailelelerinin güvenliği, belirsizliğe tahammülsüzlük ile ilgili sık sık yakınlarından onay alma şeklinde güvence arama davranışı olarak görülür (13,79). Literatürde güvence arama davranışının farklı paternleri bulunduğu düşünülmektedir (79,125).

Yakın zamanda Rector ve arkadaşları (2011) tarafından geliştirilen ölçek ile güvence arama davranışı 3 alt alanda değerlendirilmiştir. Bir konuda karar vermeden önce aşırı güvence arama adı altında ‘karar verme alt alanı’, sevilip sevilme durumu kontrol etme, destek alma adı altında ‘sosyal bağlanma alt alanı’, kişinin başına kötü bir şeyin gelmesi engellemek, daha rahat hissetmek gibi durumlar için güvence arama adı altında ‘genel tehdit alt alanı’ mevcuttur (79). Çalışmamızda güvence arama davranışını, güvence arama ölçeği (GAÖ) ile değerlendirdik. Coyne ve arkadaşları (1976) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gençöz ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan bu ölçeğin (71,75), güvence arama davranışının tüm paternlerini değerlendirmek için yeterli olmadığını,

bu ölçeğin Rector ve arkadaşları (2011) tarafından geliştirilen güvence arama ölçeğinde (79) yer alan sosyal yakınlaşma ve reddetmenin değerlendirildiği ‘sosyal bağlanma’ alt alanına benzerlik gösterdiğini düşünüyoruz. Çalışmamızda GAÖ ölçeği ortalama puanları YAAB ve YAB grupları arasında farklı olmayıp, her iki grupta kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu. PB grubunda sayısal olarak sağlıklı kontrolden yüksek puan almakla birlikte, istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı. KYAAB grubunda ise PB ve YAB’dan anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı saptandı. Çalışmamızda kullandığımız ölçek daha önce de vurguladığımız gibi sosyal bağlanmayı değerlendirmeye daha uygundur, GAÖ puanları açısından YAAB ile YAB gruplarının benzer olmasının, PB grubunun ise sağlıklı kontrollerden farklı bulunmamasının önemli bir bulgu olabileceği görüşündeyiz. YAAB ve YAB gruplarının ADİ-3 Bilişsel alt alanı puanları açısından farklılık göstermemesi, bu bulgumuz ile birlikte YAAB ve YAB arasında ortaklaşa bilişsel süreçlere ve sosyal bağlanma ile ilişkili güvence arama davranışı arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedir. Üstelik bu pattern PB grubunda bulunmamaktadır. Ayrıca PASÖ-ÖB-8 (Güvence Arama) alt alanı ile ilgili bulgular da destekleyicidir. Rector ve arkadaşları (2011) çalışmalarında, anksiyöz gerginliğin (anxious arousal), diğer iki alt alandan (sosyal bağlanma ve karar verme alt alanından) çok, güvence aramanın ‘genel tehdit’ alt alanıyla ilişkisinin olduğunu bildirmiştir (79). PASÖ-ÖB-8 (Güvence Arama) alt alanı daha önce de belirttiğimiz gibi, fiziksel belirtiler ve ilgili güvence arama davranışını değerlendirmeyi hedeflemektedir. Biz de PASÖ-ÖB-8 (Güvence Arama) alt alanının, daha çok algılanan tehdit ve anksiyeteye başa çıkmanın değerlendirildiği ‘genel tehdit’ alt alanına (79) benzerlik gösterdiğini düşünüyoruz. Bu nedenle bu alt alan için YAAB, PB ve YAB grupları arasında anlamlı farklılığın bulunmaması ve YAAB, PB ve YAB gruplarının kontrol grubundan yüksek bulunmuş olması oldukça anlaşılır bir bulgudur. Ayrıca hem YAAB hem de KYAAB grubunda yaptığımız bağıntı analizi sonucunda çalışmamızda kullandığımız PASÖ-ÖB-8 (Güvence Arama) alt alanı ile GAÖ arasında korelasyon bulunamamış olması da, PASÖ-ÖB-8 (Güvence Arama) alt alanı ve GAÖ’nün farklı paternleri değerlendirdiğini desteklemektedir.

Son olarak Mertol ve arkadaşlarının (2012), YAAB’de mizaç ve karakter özelliklerini değerlendirdikleri çalışmalarının sonucu, güvence arama davranışı bulgularımız için açıklayıcı olabilir. Çalışmada YAAB’de zarardan kaçınma mizaç boyutu diğer anksiyete bozukluklarında olduğu gibi, sağlıklı kontrollerden yüksek bulunmuştur. Zarardan ZK alt

ölçeklerinden Yabancılardan Çekinme alt ölçeği ise YAAB’de PB grubuna göre anlamlı yüksek saptanmıştır (126).

Bu çalışmanın önemli özelliklerinden biri de YAAB’nin hem saf YAAB hem de komorbid YAAB gruplarında, çocukluk ve yetişkinlikte başlayan alt tiplerin karşılaştırılmasıdır. Her iki grupta iki alt tip arasında, demografik veriler, bağlanma özellikleri benzer saptanmıştır.

Bağlanma sayısı ve yakınlık derecesi açısından çocuklukta başlayan ve yetişkinlikte başlayan AAB arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bunun sebebi de, bağlanma sayısında artışla giden bir süreçten çok, aynı kişilere bağlanmakla giden bir süreç olabilir. Klinik değerlendirme ölçekleri açısından YAAB grubunda alt tipler arasında anlamlı farklılık saptanmamış olup, komorbid grupta ise yalnızca PASÖ-ÖB toplamı çocuklukta başlayan alt tipte yetişkinlikte başlayan alt tipten yüksek bulundu. Ayrıca PASÖ-ÖB-1 (Seperasyon Duyarlılığı) alt alanı, PASÖ-ÖB-5 (Tipik/Atipik Agorafobi belirtileri) alt alanı ve PASÖ-ÖB-8 (Güvence arama) alt alanı ortalama puanları çocuklukta başlayan KYAAB grubunda anlamlı yüksek saptandı. KYAAB grubundaki bu bulguların önemli olduğu görüşündeyiz, daha önce de vurguladığımız gibi komorbid grubumuzun %58.8’i PB ve YAAB’nin komorbid olduğu olgulardan oluşuyordu ve %68.6’sında Ag tanısı mevcuttu. PASÖ-ÖB toplam puanı ve özellikli alt alanlar olan seperasyon, agorafobi ve güvence arama alt alanlarındaki yüksekliğin özellikle KYAAB grubunda PB’den kaynaklandığını düşünüyoruz. Literatürde çocukluk döneminde başlayan ayrılma anksiyetesi bozukluğu ve PB arasında tanımlanan nörobiyolojik yatkınlık düzeyinde bir ortaklık bulunduğunu gösteren CO₂ duyarlılık çalışmalarının sonuçları bulgularımız ile uyumludur (127).

YAAB grubu ve KYAAB grubu arasında ise çocukluk döneminde başlayan olgular KYAAB grubunda en fazla olmakla birlikte, gruplar arasında istatistiksel anlamlılık saptanmadı ($p=0.065$) (Tablo 22). Grubumuz yalnız PB ve YAAB komorbid olgulardan oluşuyor olsaydı, bu farklılığın anlamlılık düzeyinde olması muhtemeldir.

Bulgumuz, ÇAAB’nin ileriki dönemde anksiyete bozukluklarının gelişimi için risk oluşturduğunu bildiren çalışmaların sonuçları ile uyumludur. Gruplar arasında bağlanma özellikleri açısından fark saptanmamış olup, tartışmamızda sık sık vurguladığımız gibi henüz çok erken bir bulgu olsa da YAAB de anksiyete bozukluklarının komorbid bulunması YAAB özelinde klinik seyri etkilemiyor gibi görünmektedir.

Ruhsal hastalıklarda komorbidite genelde %50-60 gibi yüksek görülme oranlarıyla, aykırılıktan çok bir kural haline gelmiştir. YAAB'nin diğer psikiyatrik hastalıklarla komorbidite paterninin değerlendirilmesi, YAAB'nin ortaya çıkma şeklinin unique (tek) ve otonom mu, yoksa diğer psikiyatrik hastalıklarla heterojen, çok şekilli bir birliktelik mi olup olmadığı yönünde görüş vermektedir (6,99). Bugüne kadar yapılan çalışmaların çoğunda YAAB diğer anksiyete bozukluklarıyla birlikte değerlendirilmiştir. YAAB'nin kendi örüntüsünü ve diğer anksiyete bozuklukları üzerine olan etkisini anlamamıza yardımcı olması açısından, çalışmamızda YAAB'nin hem tek başına (saf), hem de komorbid olduğu durumlar değerlendirilmiştir. Genel olarak bir değerlendirme yaparsak YAAB tek başına değerlendirildiğinde, anksiyete bozukluklarının ortak özelliklerini sergilemiştir. Komorbid durumda olduğunda ölçek puanlarında artışa yol açmış olup, bu artışın ayrılma anksiyetesi ile ilgili ölçek ve alt ölçek puanlarına (YAA, AABE, PASÖ-ÖB-1 seperasyon duyarlılığı) yansımamış olması ilginçtir. YAAB'nin komorbid bulunduğu diğer anksiyete bozukluklarının kliniği üzerine olumsuz etki gösterdiği ile ilgili sonuçlar literatürde yer almaktadır. Ancak komorbid durumların ayrılma anksiyetesi kliniğine olan etkisi henüz araştırılmamıştır. Çalışmamızın bu anlamda bulguları dolaylı olarak komorbiditenin YAAB kliniği üzerine olumsuz etki göstermediğini düşündürebilmekle birlikte bu alanda yapılacak çalışmalara gereksinim vardır.

Çalışma grubumuzun kadın cinsiyet oranı (% 72.5 n= 129) , erkeklere (%27.5, n= 49) göre belirgin olarak fazlaydı. Üstelik çalışma grupları içerisinde bu oran en yüksek olarak YAAB (n= 29) grubunda olup, grubun % 86.2'si kadındı. Cinsiyetler arasındaki bu farklılık, sonuçlarımızın yorumlanması açısından sınırlayıcıydı. Her ne kadar anksiyete bozuklukları kadınlarda daha yaygın olsa da, çalışmamızda bu oran yaklaşık 4/1 şeklindeydi. Bu nedenle çalışmamızda cinsiyetin etkisini kontrol etmek istedik ancak çok değişkenli analiz yöntemlerini, koşullarının sağlanmaması nedeni ile uygulayamadık. Gruplar arasında yaptığımız tüm karşılaştırmaları, cinsiyete göre tabakalayarak tekrar değerlendirdik. Bulgularımızın genel olarak kadınlarda, daha istikrarlı olduğunu söyleyebiliriz, tabakalama ile elde edilen sonuçların kadınlarda sıklıkla her iki cinsiyetin birlikte değerlendirildiği karşılaştırmalar ile örtüştüğünü ancak erkeklerde bazı alanlarda sonuçların değişiklik gösterdiğini saptadık. Ayrıca YAAB ve KYAAB gruplarında, cinsiyetler arasında bağlanma özellikleri ve klinik ölçek skorları açısından, karşılaştırma yapmamız yine grubumuzda kadın oranının belirgin olarak fazla olması nedeniyle mümkün olmadı. YAAB (n = 29) grubumuzda

sadece 4 erkek bulunuyordu. Bulgularımız cinsiyet ve YAAB ilişkisini tanımlayabilmek için yeterli değildir.

5.2 Kısıtlılıklar

Çalışmamıza alınan hastaların tedavi alıp almadığına bakmış olmamıza rağmen, hastaların remisyonda veya yeni bir akut dönemde olup olmadığına bakılmadı. Bu durum, ölçek skorları açısından karıştırıcı bir faktör olmuş olabilir. Çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı; anksiyete bozukluklarının depresyonla yakın ilişkisi nedeniyle, depresyon tanısını dışlayamamak oldu. Ancak hastaları depresif belirtilerinin remisyonda olduğu dönemde çalışmaya alarak, depresyonun karıştırıcı etkisini en aza indirdik. PASÖ-ÖB envanteri ile ilgili yaşanan en büyük sorun ise, yaşam boyu öz bildirim ölçeği olması nedeniyle, hastaların geçmişte yaşadıkları belirtileri göz ardı etmiş olması veya hatırlamaması ihtimali oldu. Aynı ölçeğin benzer içerikli ancak sadece son 1 aylık dönemini sorgulayan formunu uygulamış olmamız durumunda, daha net bir tablo verebilirdi. Ancak son 1 ayı değerlendiren PASÖ-ÖB envanteri, literatürde tedavi yanıtı yordamak açısından kullanıldığından, PASÖ-ÖB, yaşam boyu envantelerini uygulayarak, kesitsel bir değerlendirmeden çok genel bir değerlendirme yapmış olduk. Örneklem sayısının düşük olması nedeniyle parametrik analizler birçok karşılaştırmada uygulanamadı, gruplar arası ikili karşılaştırmalar için Mann-Whitney U testi kullanıldı. İstatistiksel yöntemin sınırlılıkları ve örneklem sayılarının gruplar arasında dengeli olmaması nedeniyle anlamlı çıkması beklenen sonuçlar anlamsız olarak değerlendirilmiş olabilir (Tip II hata). Bu durumla karşılaşıldığında; ölçek puanlarındaki sayısal değerlere bakılarak gruplar arası karşılaştırmalar yorumlandı. Grubumuzda kadınların belirgin olarak fazla olması, olgu sayımızın görece düşük olması sonuçlarımızın cinsiyet açısından değerlendirilmesine, çalışmamızda cinsiyet ve YAAB ilişkisi açısından yorumlanmasına olanak sağlamamıştır.

Son olarak, her ne kadar güvence arama ölçeğinde iki tip güvence arama davranışını değerlendirmiş olsak da; güvence arama davranışını bütünlük içinde değerlendiren bir ölçek, daha kapsamlı sonuçlar vermesi açısından daha yararlı olabilirdi. Ancak Türkçe geçerlilik ve güvenirliği olmayan bir ölçeği uygulamayı uygun görmedik.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuç

Çalışmamızda YAAB çocuklukta başlayıp yetişkinlikte devam etse de, yetişkinlikte başlasa da benzer klinik özellikler göstermektedir. Bu durum da, DSM-5’de AAB’nin ‘yaşam boyu konulabilen bir tanı’ olarak yer almış olması ile uyumludur. DSM-5’deki bu değişiklik AAB’nin klinisyenler tarafından dikkate alınmasını sağlayacaktır. Çalışmamız AAB’nin tıpkı fobilerde ve YAB’de olduğu gibi, klinisyen tarafından ayrıntılı değerlendirilmediğinde veya göz ardı edildiğinde yeterli oranda tanı alamayan bir anksiyete bozukluğu olduğunu gösterdi. AAB tanı almadığında ve tedavi edilmediğinde komorbid bulunduğu anksiyete bozukluklarının klinik seyri üzerine olumsuz etki göstermektedir. Çalışmamızın bulguları bunu desteklemiştir. Çalışmamızın bir diğer önemli bulgusu ise, anksiyete bozukluklarında yaygın olarak bulunan güvence arama davranışının tek tip olmayıp farklı paternler göstermesi ve YAB ile YAAB arasında güvence arama davranışı, sosyal bağlanma paterni açısından benzerliğin olmasıdır. Ayrıca bu bulgu, çalışmamızda ADİ-3 Bilişsel alt alanı açısından YAB ve YAAB arasında da aynı benzerliğin bulunması ile birlikte değerlendirildiğinde, her iki bozuklukta da ortak bir bilişsel sürecin işlediğini düşündürmektedir.

6.2 Öneriler

DSM-5 içerisinde AAB her ne kadar yaşam boyu konabilen bir tanı olarak yer almış ve yetişkinlik döneminde tanınmasının kolaylaşacağı düşünülmekte ise de sorunlar tam olarak çözülebilmemiş değildir. Kavram daraltılmadığı, sınırlar net olarak çizilemediği sürece, klinisyenler tarafından ihmal edilebilen bir tanı olarak kalabilecektir. Ayrıca diğer anksiyete bozuklukları ile olan örtüşme ve birliktelik oranları artacaktır (Starcevic 2013). Tüm bu sorunlar YAAB’nin ayırt edici nörobiyolojik ve bilişsel özelliklerinin araştırılmasını gerektirmektedir.

Çalışmamızın en çarpıcı bulgusu YAAB ve YAB arasında ADİ-3 Bilişsel alt alanı ve ilişkili olabilecek sosyal güvence arama davranışı paterni ile olan benzerliktir. Bulgularımız henüz çok yeni olsa da, AAB nörobiyolojik olarak PB’ye, bilişsel yapı olarak da YAB’ye benzer olabilir. Bu alanda yapılacak yeni çalışmalar, AAB’nin bilişsel özelliklerinin açıklanmasına hizmet edebilir ve erken dönemde kognitif müdahalelerin yapılarak AAB’nin yalnız çocukluk döneminde sınırlı bir anksiyete bozukluğu olarak kalmasını sağlayabilir.

Ayrıca YAAB’de cinsiyetin genetik ya da bilişsel yatkınlıkla olan ilişkisini ayrıntılı olarak değerlendirebilecek çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Shear K, Jin R, Ruscio AM, Walters E ve ark. Prevalance and correlates of estimated DSM-IV child and adult seperaton anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. American Journal of Psychiatry 2006(1); 163;1074-1083.
2. Manicavasagar V, Silove D. Is there an adult form of seperation anxiety disorder? A brief clinical report. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1997; 31:299-303.
3. Kirsten LT, Grenyer FS, Wagner R, Manicavasagar V. Impact of separation anxiety on psychotherapy outcomes for adults with anxiety disorders. Counselling and Psychotherapy Research 2008; 8(1):36-42.
4. Manicavasagar V, Silove D, Curtis J. Continuities of seperation anyxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2008; 47:584-555.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Ed. (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association. 1994.
6. Bögels SM, Knappe S, Clark LA. Adults seperation anxiety disorder in DSM-5. Clinic Psychology Review 2013; 33(5):663-74.
7. Amerikan Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th Ed. (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association 2013.
8. Silove D, Slade T, Marnane C, Wagner R ve ark. Separation anxiety in adulthood: dimensional or categorical? Comprehensive Psychiatry. 2007; 48(6):546-53.
9. Manicavasagar V, Marnane C, Pini S, Abelli M ve ark. Adult separation anxiety disorder: a disorder comes of age. Current Psychiatry Reports 2010; 12:290-297.
10. Reiss S, McNally RJ. Expectancy model of fear. In: Reiss S, Bootzin RR, editors. Theoretical issues in behavior therapy. San Diego, CA: Academic Press; 1985, p.107-121.
11. Silove D, Marnane C. Overlap of symptom domains of separation anxiety disorder in adulthood with panic disorder-agoraphobia. Journal of Anxiety Disorders 2013; 27(1):92-7.
12. Atlı Ö, Bayın M, Alkın T. Hypersensitivity to 35% carbon dioxide in patients with adult seperation anxiety disorder. Journal of Affective Disorders 2012; 141:315-323.

13. Onur E, Alkın T, Monkul ES, Fidaner H. Panik-Agorafobi Spektrum Kavramı. Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15(3):215-223.
14. Cassano GB, Michelini S, Shear MK. The panic-agoraphobic spectrum: a descriptive approach to the assessment and treatment of subtle symptoms. American Journal of Psychiatry 1997; 154:27-37.
15. Shear MK, Frank E, Rucci P, Fagiolini DA. Panic-agoraphobic spectrum: reliability and validity of assessment instruments. Journal of Psychiatric Research 2001; 35(1):59-66.
16. Cassano GB, Frank E, Maser JD ve ark. The panic-agoraphobic spectrum. Human Psychopharmacology and Clinical Experiment 1999; 14:38-44.
17. Marnane C, Silove D. DSM-5 allows separation anxiety disorder to grow up. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2013; 47(1):12-5.
18. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. Developmental Psychology 1992; 28:759-775.
19. Brown SL, Wright J. Attachment theory in adolescents and its relevance to developmental psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychotherapy 2001; 8:15-32.
20. Bowlby J. Attachment and loss. Separation: Anxiety and anger, New York, Basic books, 1973.
21. Tüzün O, Sayar K. Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. Düşünen Adam 2006; 19(1):24-39.
22. Brumariu LE, Kerns K. Mother-child attachment patterns and different types of anxiety symptoms: Is there specificity of relations? Child Psychiatry and Human development 2010; 41:633-674.
23. İşeri E, Soysal AŞ, Bodur Ş. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Tepkisel bağlanma bozukluğu. Basım yayın, Ankara: 2008, Sayfa 360-372.
24. Diriöz M. Ayrılma Anksiyetesi için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Çocukluk ve Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçekleri'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, 2010; Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Klinik Sinirbilimler AD, İzmir, Türkiye.
25. Dallaire DH, Weinraub M. Predicting children's separation anxiety at age 6: The contributions of infant-mother attachment security, maternal sensitivity and maternal separation anxiety. Attachment and Human Development 2005; 7(4):393-408.

26. Niederhauser A, Silverman WK. Separation anxiety disorder. Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy, New York, Springer, 2006.
27. Manicavasagar V, Silove D, Curtis J. Separation anxiety in adulthood: a phenomenological investigation. *Comprehensive Psychiatry* 1997; 38(5):274-82.
28. Manicavasagar V, Silove D, Curtis J, Wagner R. Continuities of separation anxiety from early life into adulthood. *Journal of Anxiety Disorders* 2000; 14:1-18.
29. Mertol S. Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu hastalarında mizaç ve karakter özellikleri. Uzmanlık tezi, 2011; Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, Türkiye.
30. Manicavasagar V, Silove D, Wagner R, Drobny RJ. A Self-Report Questionnaire for Measuring Separation Anxiety in Adulthood. *Comprehensive Psychiatry* 2003; 44(2):146-53.
31. Seligman LD, Wuyek LA. Correlates of separation anxiety symptoms among first semester college students: An exploratory study. *Journal of Psychology* 2007; 141:135-145.
32. Cyranowski JM, Shear MK, Rucci P, Fagiolini A ve ark. Adult separation anxiety disorder: Psychometric properties of a new structured clinical interview. *Journal of Psychiatric Research* 2002; 36:77-86.
33. Silove DM, Marnane CL, Wagner R, Manicavasagar VL ve ark. The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 10-21.
34. Pini S, Abelli M, Shear KM, Cardini A ve ark. Frequency and clinical correlates of adult separation anxiety in a sample of 508 outpatients with mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2010; 122:40-46.
35. Bar- Hayim Y, Dan O, Eshel Y, Sagi- Schwartz A. Predicting children's anxiety from early attachment relationships. *Journal of Anxiety Disorders* 2007; 21:1061-1068.
36. Poulton R, Milne BJ, Craske MG, Menzies RG. A longitudinal study of the etiology of separation anxiety. *Behaviour Research and Therapy* 2001; 39:1395-1410.
37. Bandelow B, Tichauer GA, Spath C, Broocks A ve ark. Separation anxiety and actual separation experiences during childhood in patients with panic disorder. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie* 2001; 46:948-952.
38. Herren C, In-Albon T, Schneider S. Beliefs regarding child anxiety and parenting competence in parents of children with separation anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2013; 44(1):53-60.

39. Last CG, Hersen M, Kazdin AE, Orvaschel H ve ark. Anxiety disorders in children and their families. *Archives of General Psychiatry* 1991; 48:928-934.
40. Silove D, Manicavasagar V. Adults who feared school: Is early separation anxiety specific to the pathogenesis of panic disorder? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1993; 88:385-390.
41. Peleg O, Halaby E, Whaby E. The relationship of maternal separation anxiety and differentiation of self to children's separation anxiety and adjustment to kindergarten: A study in Druze families. *Journal of Anxiety Disorders* 2006; 20:973-995.
42. Manicavasagar V, Silove D, Rapee R, Waters F ve ark. Parent-child concordance for separation anxiety: A clinical study. *Journal of Affective Disorders* 2001; 65:81-84.
43. Manicavasagar V, Silove D, Marnane C, Wagner R. Adult attachment styles in panic disorder with or without comorbid adult separation anxiety disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2009; 43:167-172.
44. Wjieratne C, Manicavasagar V. Separation anxiety in the elderly. *Journal of Anxiety Disorders* 2003; 17:695-702.
45. Loas GE, Atger FEDER, Perdureau F, Verrier A ve ark. Comorbidity of dependent personality disorder and separation anxiety disorder in addictive disorders and in health subjects. *Psychopathology* 2002; 35:249-253.
46. Nestadt G, Addington A, Samuels J, Liang KY ve ark. The identification of OCD-related subgroups based on comorbidity. *Biological Psychiatry* 2003; 53(10):914-20.
47. Kossowsky J, Pfaltz MC, Schneider S, Taeymans J ve ark. The separation anxiety hypothesis of panic disorder revisited: a meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*. 2013; 170(7):768-81.
48. Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S ve ark. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety* 2011; 28(2):103-117.
49. Osone A, Takabashi S. Possible link between childhood separation anxiety and adulthood personality disorder in patients with anxiety disorders in Japan. *The journal of Clinical Psychiatry* 2006; 67:1451-1457.
50. Pini S, Abelli M, Mauri M, Muti M ve ark. Clinical correlates and significance of separation anxiety in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 2005; 7:370-376.
51. Eapen V, Johnston D, Apler A, Rees S ve ark. Adult separation anxiety during pregnancy and its relationship to depression and anxiety. *Journal of Perinatal Medicine* 2013; 41(2):159-63.

52. Mantar A, Yemez B, Alkın T. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Uzmanlık Tezi, 2008; Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, Türkiye.
53. Reiss S. The expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review* 1991; 11:141-153.
54. Ayvaşık HB. Kaygı duyarlılığı indeksi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 2000; 15(46):43-57.
55. Wittchen HU, Gloster AT, Beesdo-Baum K, Fava GA ve ark. Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depression and Anxiety*. 2010; 27(2):113-33.
56. Taylor S, Jang KL, Stewart SH, Stein MB. Etiology of the dimensions of anxiety sensitivity: a behavioral-genetic analysis. *Journal of Anxiety Disorders* 2008; 22:899-914.
57. Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, Deacon B ve ark. Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment* 2007; 19:176-188.
58. Rodriguez BF, Bruce SE, Keller MB, Spencer MA ve ark. Factor structure and stability of the anxiety sensitivity index in a longitudinal study of anxiety disorder patients. *Behaviour Research and Therapy* 2004; 42(1):79-91.
59. Çakmak Ş. Psychometric properties of Anxiety Sensitivity Index-Revised and the relationship with drinking motives and alcohol use in Turkish university and patients. Master tezi, 2006; ODTÜ, Ankara, Türkiye.
60. Schmidt NB, Lerew DR, Jackson RJ. The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stres. *Journal of Abnormal Psychology* 1997; 106(3):335-64.
61. Cox BJ, Endler NS, Norton GR, Swinson RP. Anxiety sensitivity and nonclinical panic attacks. *Behaviour Research and Therapy* 1991; 29:367-369.
62. Naragon- Gainey K. Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. *Psychological Bulletin* 2010; 136(1):128-50.
63. Schmidt NB, Mallott M. Evaluating anxiety sensitivity and other fundamental sensitivities predicting anxiety symptoms and fearful responding to a biological challenge. *Behaviour Research and Therapy* 2006; 44:1681–1688.
64. Bernstein A, Stickle TR, Schmidt NB. Factor mixture model of anxiety sensitivity and anxiety psychopathology vulnerability. *Journal of Affective Disorders* 2013; 149(1-3):406-17.

65. Goodwin RD, Hamilton SP, Milne BJ, Pine DS. Generalizability and correlates of clinically derived panic subtypes in the population. *Depression and Anxiety* 2002; 15:69-74.
66. Katerndhal DA, Reallini JP. Associations with subsyndromal panic and validity of DSM-IV criteria. *Depression and Anxiety* 1998; 8:33-38.
67. Cassano GB. Introduction to the panic-agoraphobic spectrum model. *CNS Spectrums* 1998; 3:22.
68. Rucci P, Miniati M, Oppo A, Mula M ve ark. The structure of lifetime panic agoraphobic spectrum. *Journal of Psychiatric Research* 2009; 43(4):366-79.
69. Miniati M, Calugi S, Rucci P, Shear MK ve ark. Predictors of response among patients with panic disorder treated with medication in a naturalistic follow-up: the role of adult separation anxiety. *Journal of Affective Disorders* 2012; 136(3):675-679.
70. Rector NA, Szacun-Shimizu K, Leybman M. Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: disorder-specific sensitivities and depression comorbidity. *Behavior Research and Therapy* 2007; 45:1967-1975.
71. Coyne JC. Toward an interactional description of depression. *Psychiatry* 1976; 39(1):28-40.
72. Köse B. Associations of psychological well-being with early maladaptive schemas and self construals. Master tezi, 2009; ODTÜ, Ankara, Türkiye.
73. Joiner, TE, Metalsky GI, Katz J, Beach SRH. Depression and excessive reassurance-seeking. *Psychological Inquiry* 1999; 10:269-278.
74. Joiner TE, Metalsky GI. Excessive reassurance seeking: Delineating a Risk Factor involved in the development of Depressive Symptoms. *Psychological Science* 2001; 12:371-378.
75. Gençöz T, Gençöz F. Psychometric properties of the reassurance seeking scale in Turkish sample. *Psychological Reports* 2005; 96(1):47-50.
76. Starr LR, Davil J. Excessive reassurance seeking, depression, and interpersonal rejection: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Psychology* 2008; 117(4):762-775.
77. Abramowitz JS, Moore EL. An experimental analysis of hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy* 2007; 45:413-424.
78. Lohr JM, Olatunji BO, Sawchuk CN. A functional analysis of danger and safety signals in anxiety disorders. *Clinical Psychology Review* 2007; 27:114-126.

79. Rector NA, Kamkar K, Cassin SE, Ayearst LE. Assessing excessive reassurance seeking in the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders* 2011; 25:911-917.
80. Cougle JR, Fitch KE, Fincham FD, Christina JR, Keough ME ve ark. Excessive reassurance seeking and anxiety pathology: Tests of incremental associations and directionality. *Journal of Anxiety Disorders* 2012; 26:117-125.
81. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy* 1985; 23:571-583.
82. Rachman S. A cognitive theory of compulsive checking. *Behavior Research and Therapy* 2002;40:624-639.
83. Beesdo-Baum K, Jenjahn E, Höfler M, Lueken U ve ark. Avoidance, safety behavior, and reassurance seeking in generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety* 2012; 29:948-957.
84. Onur E, Alkın T, Tural U. Panic disorder subtypes: further clinical differences. *Depression and Anxiety* 2007; 24:479-486.
85. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. DSM IV Eksen 1 bozuklukları (SCID-I) için yapılandırılmış klinik görüşme, klinik versiyon, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1999.
86. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1960; 23-56.
87. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark. Hamilton Derecelendirme Ölçeği'nin geçerliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4(4):251-259.
88. Cyranowski JM, Shear MK, Rucci P, Fagiolini A ve ark. Adult separation anxiety: psychometric properties of a new structured clinical interview. *Journal of Psychiatric Research* 2002; 36(2):77-86.
89. Ollendick TH, Lease CA, Cooper C. Separation anxiety in young adults: A preliminary examination. *Journal of Anxiety Disorders* 1993; 7:293-305.
90. Diriöz M, Alkın T, Yemez B ve ark. Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme'nin psikometrik özellikleri. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2012; 49:6-10.
91. Silove D, Manicavasagar V, O'Connell D, Blaszczyński A ve ark. The development of the Separation Anxiety Symptom Inventory (SASI). *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1993; 27(3):477-88.

92. Diriöz M, Alkın T, Yemez B ve ark. Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri ve Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2012; 23(2):108-16.
93. Mantar A, Yemez B, Alkın T. Anksiyete Duyarlılığı ve Psikiyatrik Bozukluklardaki Yeri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011; 22(3):187-193.
94. Shear MK, Frank E, Rucci P, Fagiolini DA ve ark. Panic-agoraphobic spectrum: reliability and validity of assessment instruments. *Journal of Psychiatric Research* 2001; 35(1):59-66.
95. Onur E, Alkın T, Monkul ES ve ark. Yaşam Boyu Panik-Agorafobik Spektrum Ölçeği Öz Bildirim Formunun (PASÖ-ÖB) Türkçe Versiyonu Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması *New/Yeni Symposium Journal* 2006; 44(2):81-91.
96. Brückl TM, Wittchen HU, Höfler M, Pfister H ve ark. Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: Results from a community study. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2007; 76(1):47-56.
97. Boelen PA, Reijntjes A, Carleton RN. Intolerance of uncertainty and adult separation anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy* 2014; 43(2):133-44.
98. Milrod B, Markowitz JC, Gerber AJ, Cyranowski J ve ark. Childhood separation anxiety and the pathogenesis and treatment of adult anxiety. *American Journal of Psychiatry* 2014 ;171(1):34-43.
99. Mohatt J, Bennett SM, Walkup JT. Treatment of separation, generalized, and social anxiety disorders in youths. *American Journal of Psychiatry* 2014; 171(7):741-748.
100. Otto MW, Pollack MH, Fava M, Ucello R ve ark. Elevated Anxiety Sensitivity Index scores in patients with major depression: Correlates and changes with antidepressant treatment. *Journal of Anxiety Disorders* 1995; 9:117-123.
101. Taylor S, Koch WJ, Woody S, McLean P. Anxiety sensitivity and depression: How are they related? *Journal of Abnormal Psychology* 1996; 105:474-479.
102. Potthoff JG, Holohan CJ. Reassurance Seeking, Stress Generation, and Depressive Symptoms: An Integrative Model *Journal of Personality and Social Psychology* 1995; 68(4):664-670.
103. Franz AP, Rateke L, Hartmann T, McLaughlin N. Separation anxiety disorder in adult patients with obsessive-compulsive disorder: Prevalence and clinical correlates. *European Psychiatry: the journal of Association of European Psychiatrists*. 2014 Jun 4 (Epub ahead of print)

104. Wilhelm K, Boyce P, Brownhill S. The relationship between interpersonal sensitivity, anxiety disorders and major depression. *Journal of Affective Disorders* 2004; 79:33–41.
105. Olthuis JV, Watt MC, Stewart SH. Sensitivity Index (ASI-3) subscales predict unique variance in anxiety and depressive symptoms *Journal of Anxiety Disorders* 2014; 28(2):115-24
106. White KS, Brown TA, Somers TJ, Barlow DH. Avoidance behavior in panic disorder: The moderating influence of perceived control. *Behaviour Research and Therapy* 2006; 44:147-157.
107. Benítez CI, Shea MT, Raffa S, Rende R ve ark. Anxiety sensitivity as a predictor of the clinical course of panic disorder: a 1-year follow-up study. *Depression and Anxiety*. 2009; 26(4):335-42.
108. Pelland MÈ, Marchand A, Lessard MJ, Belleville G ve ark. Efficacy of 2 interventions for panic disorder in patients presenting to the ED with chest pain. *American Journal of Emergency Medicine*. 2011 ;29(9):1051-61.
109. Pecknold JC, Luthe L, Iny L, Ramdoyal D. Fluoxetine in panic disorder: pharmacologic and tritiated platelet imipramine and paroxetine binding study. *Journal of Psychiatry adn Neuroscience*. 1995 ;20(3):193-8.
110. Zinbarg RE, Barlow DH, Brown TA. Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications. *Psychol Assess* 1997; 9:277-284
111. Masi G, Mucci M, Favilla L, Romano R. Symptomatology and comorbidity of generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Comprehensive Psychiatry* 1999; 3:210–215.
112. Verduin TL, Kendall P. Differential occurrence of comorbidity within childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2003; 2:290–295.
113. Aaronson CJ, Shear MK, Goetz RR, Allen LB ve ark. Predictors and time course of response among panic disorder patients treated with cognitive-behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychiatry* 2008; 69(3):418-24.
114. Klein D. False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditons. An integrative hypothesis *Archives of General Psychiatry* 1993; 50: 418-424.
115. Craske MG, Kircanski K, Phil C, Epstein A ve ark. Panic disorder: A review of DSM-IV panic disorder and proposals for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 2010; 1-20.

116. Doerfler LA, Toscano PF Jr, Connor DF. Separation anxiety and panic disorder in clinically referred youth. *Journal of Anxiety Disorders* 2008; 22(4):602-11.
117. Leyfer O, Woodruff-Borden J, Mervis, CB. Anxiety disorders in children with Williams syndrome, their mothers, and their siblings: Implications for the etiology of anxiety disorders. *Journal of Neurodevelopmental Disorders* 2009; 1:4–14.
118. Pine DS, Klein RG, Coplan JD, Papp LA ve ark. Differential carbon dioxide sensitivity in childhood anxiety disorders and nonill comparison group. *Archives of General Psychiatry* 2000; 57(10):960-7.
119. Roberson-Nay R, Eaves LJ, Hettema JM, Kendler KS ve ark. Childhood separation anxiety disorder and adult onset panic attacks share a common genetic diathesis. *Depression and Anxiety* 2012; 29:320-327.
120. Berrocal C, Ruiz Moreno MA, Gil Villa M. Multidimensional assessment of the Panic-Agoraphobic Spectrum: reliability and validity of the Spanish version of the PAS-SR. *Journal of Anxiety Disorders* 2006; 20(5):562-79.
121. Tükel R, Alkın T. Anksiyete Bozuklukları Türkiye Psikiyatri Derneği. Panik Bozukluğu Basım yayın, Ankara: Kasım 2006, Sayfa 41-67.
122. Nitschke JB, Sarinopoulos I, Oathes DJ, Johnstone T ve ark. Anticipatory activation in the amygdala and anterior cingulate in generalized anxiety disorder and prediction of treatment response. *American Journal of Psychiatry* 2009; 166(3):302-310.
123. Kobori O. Patterns of Reassurance Seeking and Reassurance-Related Behaviours in OCD and Anxiety Disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2013; 41:1–23.
124. Boelen PA, Reijntjes A. Intolerance of uncertainty and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorder* 2009; 23:130-135.
125. Parrish CL, Radomsky AS. Why do people seek reassurance and check repeatedly? An investigation of factors involved in compulsive behavior in OCD and depression. *Journal of Anxiety Disorders* 2010; 24:211–222.
126. Mertol S, Alkın T. Temperament and character dimensions of patients with adult separation anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2012; 139(2):199-203.
127. Roberson-Nay R, Klein DF, Klein RG, Mannuzza S ve ark. Carbon dioxide hypersensitivity in separation-anxious offspring of parents with panic disorder. *Biol Psychiatry*. 2010; 67(12):1171-1177.

8.EKLER

8.1. Etik Kurul Kararı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.-

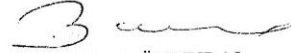
713

17.12.2012

Sayın Prof.Dr.Elif Onur AYSEVENER
Dr.Sinem YEŞİLYURT

Kurulumuz tarafından 13.12.2012 tarih ve 820-GOA protokol numaralı 2012/41-06 karar numarası ile görüşülen “Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğunda Anksiyete Duyarlılığı ve Güvence Arama Davranışının Değerlendirilmesi” konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylöl Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	820-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğunda Anksiyete Duyarlılığı ve Güvence Arama Davranışının Değerlendirilmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Elif Onur AYSEVENER Dr.Sinem YEŞİLYURT
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2012/41-06	Tarih: 13.12.2012
	Prof.Dr.Elif Onur AYSEVENER'in sorumlusu Dr.Sinem YEŞİLYURT'un proje yürütücüsü olduğu "Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğunda Anksiyete Duyarlılığı ve Güvence Arama Davranışının Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr..Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.İşıl TEKME	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	

8.1.2. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Çalışma başlığı: Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğunda anksiyete duyarlılığı ve güvence arama davranışının değerlendirilmesi

Hastane veya Enstitü: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Ayrılma anksiyetesi, kişinin anne ya da bağlanma figüründen ayrılma durumunda veya ayrılma beklentisinde endişe duyması halidir. Bir çocukluk dönemi bozukluğu olarak değerlendirilmektedir ama yetişkinlikte de görülmektedir.

Bu çalışmanın birincil amacı yetişkinlik ayrılma anksiyetesi bozukluğu olanlarda bu güne dek hiç araştırılmamış olan güvence arama davranışı ve anksiyete duyarlılığını değerlendirmek, bu açıdan yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu ile yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu arasındaki benzerlik ve farklılıkları saptamaktır. Çalışmanın Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği ve Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde Ağustos 2012- Mayıs 2013 tarihleri arasından yapılması planlanmıştır. Çalışmaya polikliniğe başvuran hastalardan 60 panik bozukluğu hastası, 60 yaygın anksiyete bozukluğu hastası, 40 yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu hastası ve gönüllü psikiyatrik hastalığı olmayan 40 kişi alınacaktır. Tanıyı doğrulamak, hastalık şiddetini saptamak, anksiyete duyarlılığı ve güvence arama davranışını değerlendirmek amacıyla Dr. Sinem Yeşilyurt tarafından klinik görüşme yapıp ölçekler uygulanacaktır. Tüm işlemler sizin 2,5 saatinizi alacaktır.

Bu çalışma sırasında uygulanacak testlerin ve araştırma ile ilgili gerçekleştirilecek diğer işlemlerin masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmaktasınız. Çalışmaya katılmamakta veya çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu çalışmaya katılmamanız daha sonraki tıbbi bakımınızı etkilemeyecektir. Bu çalışmada size herhangi bir ilaç verilmeyecek, görmekte olduğunuz tedavi değiştirilmeyecektir, Bu çalışmaya katıldığınız için size bir ücret ödenmeyecek, sizden de hiç bir ücret talep edilmeyecektir.

Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde kayıtlarınızın yanı sıra ilişkili sağlık kayıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte kayıtlarınız kurumun yerel etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Hassas olabileceğiniz kişisel bilgileriniz yalnızca

araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır. Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda 0232 412 41 79 numaralı telefondan Dr. Sinem Yeşilyurt'a ulaşabilirsiniz.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum (veya bu metin bana okundu). Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın ☐ ☐ Sağlıklı gönüllünün ☐ ☐

Adı : ☐ Soyadı ☐

Telefon Numarası

Tarih :

İmza :

Olur Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı : Soyadı :

Telefon Numarası :

Tarih :

İmza :

Araştırma Yapan Araştırmacının

Adı : Soyadı :

Telefon Numarası :

Tarih :

İmza :

8.1.3. Olgu Rapor/Veri Kayıt Formu Örneği

Adı Soyadı:

Cinsiyeti:

Yaşı:

Yaşadığı yer- Göç:

Birlikte yaşadığı kişiler:

Medeni Durumu:

Toplam Eğitim Yılı:

Mesleği:

Çalışma Durumu:

Çalışma Süresi:

DSM IV Eksen I tanısı:

☐ Panik bozukluğu- agorafobisiz () agorafobili ()

Başlangıç yaşı:

Süresi:

Aldığı tedavi:

Şimdiki komorbiditesi varsa yazınız:

☐ *Yetişkin Ayrılma anksiyetesi (komorbiditesi varsa yazınız)*

Başlangıç yaşı:

Komorbid hastalığın başlangıç yaşı:

Süresi:

Komorbid hastalığın süresi:

Aldığı tedavi:

Komorbid hastalığı için aldığı tedavi:

Şimdiki komorbiditesi varsa yazınız:

☐ *Yaygın anksiyete bozukluğu*

Başlangıç yaşı:

Süresi:

Aldığı tedavi:

Şimdiki komorbiditesi varsa yazınız:

DSM IV Eksen II tanısı:

Özgeçmiş:

Yaşam boyu Psikiyatrik hastalık öyküsü

Başlangıç yaşı:

Süresi:

Aldığı tedavi:

Belgelenmiş tıbbi hastalık öyküsü (geçirdiği operasyonlar, kaza dahil)

Başlangıç yaşı:

Kronikleşme: ☐ *var* ☐ *yok*

Aldığı tedavi:

Soygeçmiş:

Psikiyatrik hastalık:

Tıbbi hastalık: