

T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
MERAM TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANILI HASTALARDA YETİŞKİN  
AYRILMA ANKSİYETESİ KOMORBİDİTESİ VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**DR. SEDEF ŞEYMA YILMAZ**

**UZMANLIK TEZİ**

**KONYA, 2019**



T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
MERAM TIP FAKÜLTESİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANILI HASTALARDA YETİŞKİN  
AYRILMA ANKSİYETESİ KOMORBİDİTESİ VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**DR. SEDEF ŞEYMA YILMAZ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Danışman: Prof. Dr. Nazmiye KAYA**

**KONYA, 2019**

## TEŞEKKÜR

Tezimin ve eğitimimin her aşamasında yol gösterici olan ve desteğini esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Nazmiye Kaya ve Prof. Dr. Rahim Kucur'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım kıymetli hocalarım Prof. Dr. Faruk Uğuz, Prof. Dr. Mehmet AK ve Prof. Dr. Adem AYDIN'a,

İstatistiksel analizlerde her türlü yardımı sağlayan hocam Dr.Öğr.Üyesi Şakir Gıca'ya,

Rotasyon eğitimim sırasındaki katkılarından dolayı Nöroloji Anabilim Dalı ve Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı öğretim üyesi hocalarıma,

Asistanlık eğitimim boyunca beraber çalıştığım sevgili asistan arkadaşlarıma, psikiyatri kliniği çalışanlarına,

Desteklerini her an yanımda hissettiğim anne ve babama ,

İhtiyacım olduğunda her zaman yanımda olan , asistanlık eğitimimi ve tezimi bitirmemde en çok yardımı dokunan ikinci anneme ve aileme,

Kardeş deyip geçemeyeceğim, destek ve moral verme konusunda sınır tanımayan Esra, Enes ve Erhan'a,

Hayatıma yeni katılan ama sanki hep benimlemiş gibi hissettiğim, küçük bebeğim, Öykü 'me

Yanımdayken herşeyin daha güzel ve daha kolay olduğu eşim Fevzettin 'e, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Eylül, 2019

Dr. Sedef Şeyma Yılmaz

**ÖZET**  
**YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANILI HASTALARDA YETİŞKİN**  
**AYRILIMA ANKSİYETESİ KOMORBİDİTESİ VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**DR. SEDEF ŞEYMA YILMAZ**

**UZMANLIK TEZİ, 2019**

Amaç: Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu (YAAB) ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) tanılı hastalarda YAAB komorbiditesi ve klinik özelliklerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran ve SCID/CV ile yapılan psikiyatrik görüşme ile DSM-IV tanı ölçütlerine göre YAB tanısı alan 300 hasta ile yapılmıştır. Çalışma ölçütlerini karşılayan hastalara sosyodemografik ve hastalığa ait özellikler veri formu, Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HADÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği(HDDÖ), Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE), Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (AAB-YKG), Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi(YAAA), TEMPS-A Mizaç Ölçeği uygulanmıştır. AAB-YKG 'de sorgulanan 8 maddeden en az 3'ünün karşılanması ve YAAA'dan 25 üzeri puan alınması ile YAAB tanısı konmuştur. Hastalar YAAB eş tanısı olan ve olmayan şeklinde gruplandırılarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular: YAB hastalarında YAAB eş tanısı %20, çocukluk ayrılma anksiyetesi bozukluğu eş tanısı % 16.3 bulundu. Kadın cinsiyet, kötü ekonomik durum, aile ile aynı ilde yaşama, aile ile telefon ile iletişim kurma, hastalık süresi, hastalığı başlatıcı stresör etkenler, ailede psikiyatrik öykü YAAB eş tanısı olan grupta anlamlı düzeyde yüksek bulundu. YAAB eş tanısı olan grupta HADÖ, HDDÖ, AABE, YAAA puanları olmayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. YAAB olan grupta YAAA ve HDDÖ puanlarının klinik şiddeti pozitif, TEMPS-A siklotimi ölçek puanının negatif yönde yordadığı görüldü.

Sonuç: Bulgular YAB hastalarında YAAB'ın azımsanmayacak oranda eşlik ettiğini, bazı sosyodemografik ve klinik özellikler taşıyan hastalarda eş tanı durumunda belirtilerin daha yüksek oranda görülebileceğini göstermektedir. Çalışma bulgularının teyit edilebilmesi için daha büyük örneklemlerli çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar kelimeler:** Yaygın anksiyete bozukluğu; yetişkin ayrılma kaygısı; klinik özellikler; mizaç

**ABSTRACT**  
**ASSESSMENT OF ADULT SEPARATION ANXIETY COMORBIDITY IN**  
**PATIENTS WITH DIAGNOSIS OF GENERALIZED ANXIETY DISORDERS AND**  
**ITS CLINICAL FEATURES**

**DR. SEDEF ŞEYMA YILMAZ**

**DISSERTATION, 2019**

**Objective:** Studies on adult separation anxiety disorder (ASAD) are limited. The aim of this study is to observe the ASAD comorbidity in patients with diagnosis of generalized anxiety disorder (GAD) and its clinical features.

**Method:** This study was conducted with 300 patients who applied to the Psychiatry Clinic of Meram Medical Faculty of Necmettin Erbakan University and were diagnosed with GAD according to psychiatric interviews done with SCID / CV and DSM-IV diagnostic criteria. With the patients who meet the study criteria; sociodemographic information and disease characteristics data sheet, Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Separation Anxiety Symptom Inventory (SASI), Structured Clinical Interview for Separation Anxiety Symptoms (SCI-SAS), Adult Separation Anxiety Questionnaire (ASA-27) and TEMPS-A Scale were carried out. Diagnosed with ASAD by meeting at least 3 of the 8 items questioned in the SCI-SAS and getting a score more than 25 from the ASA-27. Patients were grouped as ASAD and non-ASAD and compared.

**Results:** In GAD patients, it is found that the ASAD comorbidity was %20 and childhood separation anxiety disorder comorbidity was %16.3. Among the patients with ASAD; female gender, poor economic status, living in the same province with their family, talking on the phone with their family, duration of the disease, disease-initiating stressors and family history of psychiatric disorders were found to be significantly higher. HAM-A, HDRS, SASI, ASA-27 scores were found to be significantly higher in ASAD group than non-ASAD group. In ASAD group, the scores of ASA-27 and HDRS indicate that the clinical severity is positive; whereas the score of TEMPS-A cyclothymia indicates that the clinical severity is negative.

**Conclusion:** Findings show that the GAD patients are significantly accompanied by ASAD and for patients who have some sociodemographic and clinical features, symptoms may be at a higher rate in case of comorbidity. More studies with larger samples are needed to confirm the study findings.

**Key words:** generalized anxiety disorder; adult separation anxiety; clinical features; temperament

# İÇİNDEKİLER

## Sayfa

TEŞEKKÜR .....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT .....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar DİZİNİ .....	ix
KISALTMALAR .....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1 Yaygın Anksiyete Bozukluğu .....	2
2.1.1 Tanım .....	2
2.1.1.1 Bir Kavram Olarak ‘Anksiyete’ .....	3
2.1.2 Tarihçe.....	4
2.1.3 Epidemiyoloji .....	5
2.1.4 Etyoloji .....	7
2.1.4.1 Genetik ve Aile Çalışmaları .....	7
2.1.4.2 Nöroendokrin Çalışmalar .....	8
2.1.4.3 Nörokimyasal Çalışmalar .....	9
2.1.4.4 Görüntüleme Çalışmaları .....	10
2.1.5 Klinik Özellikler ve Tanı.....	10
2.1.6 Eş Tanılar .....	11
2.1.6 Ayırıcı Tanı .....	12
2.1.7 Tedavi.....	13
2.2 Yetişin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu.....	14
2.2.1 Bağlanma Kuramı .....	15
2.2.2 Tanım .....	16
2.2.3 Epidemiyoloji.....	17
2.2.4 Etyoloji.....	18
2.2.4.1 Genetik ve Aile Çalışmaları .....	18
2.2.4.2 Nörofizyolojik Çalışmalar .....	19
2.2.4.3 Nörokimyasal Çalışmalar .....	19
2.2.4.4 Görüntüleme Çalışmaları .....	20

2.2.4.5 Psikososyal Görüşler.....	20
2.2.4.6 Bilişsel Görüşler.....	21
2.2.5 Klinik Özellikler ve Tanı .....	21
2.2.6 Eş Tanılar .....	23
2.2.7 Ayırıcı Tanı .....	26
2.2.8 Prognoz.....	27
2.2.9 Tedavi.....	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	29
3.1 Örneklem.....	29
3.2 Yöntem ve Değerlendirme Araçları .....	29
3.2.1 Sosyodemografik Bilgi ve Hastalığa Ait Özellikler Veri Formu .....	30
3.2.2 SCID-I / CV (Structured Clinical Interview for DSM-IV/Clinical Version).....	30
3.2.3 Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HADÖ) .....	30
3.2.4 Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) .....	30
3.2.5. Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme(AAB-YKG)	31
3.2.6 Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE) .....	31
3.2.7 Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA).....	31
3.2.8 TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire) Mizaç Ölçeği.....	31
3.3 İstatistiksel Analiz.....	32
3.4 Etik Kurul.....	32
4. BULGULAR.....	32
4.1 Sosyodemografik Verilerin Değerlendirilmesi.....	32
4.2 Hastalığa Ait Verilerin Değerlendirilmesi.....	35
4.3 YAAB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması.....	37
4.4 YAAB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Hastalık ve Aile Öyküsü Verilerinin Karşılaştırılması.....	39
4.5 YAAB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
4.7 Sosyodemografik ve Klinik Verilerin Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	43
4.7 YAAB Eş Tanısı Olan Grupta En sık Görülen Semptomlar.....	46
4.7 YAAB Eş Tanısı Olan Grupta Klinik Şiddet Üzerine Etkili Antiteler.....	47
5. TARTIŞMA.....	48

6. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI.....	53
6. SONUÇLAR .....	53
7. KAYNAKLAR.....	54
8. EKLER.....	65



## TABLolar DİZİNİ

### Sayfa No

Tablo 4.1 Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.....	33
Tablo 4.2 Hastaların Hastalığa Ait Verileri.....	36
Tablo 4.3 YAAB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.4 YAAB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Hastalık ve Aile Öyküsü Verilerinin Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.5 YAAB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.6 YAAB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Gruplar Arasında TEMPS-A Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.7 Sosyodemografik ve Klinik Verilerin Arasındaki İlişkinin İncelenmesi(r).....	44
Tablo 4.8 YAAB Eş Tanısı Olan Grupta Klinik Şiddet Üzerine Etkili Antitelerin Linear Regresyon Analizi ile Gösterilmesi.....	47
Şekil 4.1 YAAB Eş Tanısı Olan Grupta En Sık Görülen Semptomlar.....	46

## KISALTMALAR

AAB : Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu

AABE : Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri

AAB-YKG : Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme

AGF: Agorafobi

APA: American Psychiatric Association

BDT :Bilişsel Davranışçı Terapi

ÇAAB : Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu

DSM-IV :Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

DSM-V :Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

HADÖ : Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği

HDDÖ : Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

MD: Major Depresyon

PB: Panik Bozukluk

SCID-I : Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR

SF: Sosyal Fobi

SNRI :Serotonin Noradrenaline Reuptake Inhibitors

SSRI :Selective Serotonin Reuptake Inhibitors

TEMPS-A: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Autoquestionnaire

YAB : Yaygın Anksiyete Bozukluğu

YAAA : Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi

YAAB : Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ayrılma anksiyetesi bağlanma figüründen ayrılma veya ayrılma beklentisi durumunda ortaya çıkan aşırı anksiyete durumudur. Ayrılma anksiyetesi beklenenden şiddetli ve gelişimsel olarak uygunsuz olduğunda bir ruhsal bozukluğa dönüştüğü kabul edilir. Son yıllarda yapılan araştırmalar ayrılma anksiyetesi bozukluğunun sadece çocukluk dönemiyle sınırlı olmadığını, yetişkinlikte de devam edebildiğini ve ilk defa yetişkin dönemde de ortaya çıkabileceğini göstermiştir.

Son yıllarda yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu (YAAB)'nın kategorik olmaktan çok diğer anksiyete bozukluklarında bulunan boyutsal bir özellik olarak değerlendirilmesinin daha uygun olacağı görüşü geçerlidir. Yapılan çalışmalar, YAAB'ın diğer anksiyete bozukluklarıyla yüksek oranda komorbiditesinin bulunduğunu, prognoz ve tedavi yanıtı üzerine olumsuz etki gösterdiğini ortaya koymuştur.

Bugüne kadar çocukluk dönemi ayrılma anksiyetesi bozukluğu ile birçok çalışma mevcut olup yetişkin dönemine ait çalışmalar da son yıllarda artmıştır. YAAB'ın diğer psikiyatrik tanılar ile birlikteliğinde dair çalışmalar sınırlı olup yaygın anksiyete bozukluğu ile komorbiditesini değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmamızda yaygın anksiyete bozukluğu hastalarında YAAB komorbiditesini, komorbidite durumunu etkileyen sosyodemografik ve klinik özellikleri, mizaç özelliklerini araştırmayı amaçladık.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1 Yaygın Anksiyete Bozukluğu**

#### **2.1.1 Tanım**

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), belli bir nesneye, yere, organa, saplantılı düşünceye ya da zorlantıya odaklanmamış, belli bir düşünsel veya devinimsel içeriği olmayan, organizmada yaygın ruhsal ve fizyolojik bunaltı belirtileri ile yaşanan bir bozukluktur. Kişi bunaltıyı sanki kötü bir haber alacakmış, bir felaket olacakmış gibi nedeni belli olmayan bir sıkıntı, bir endişe duygusu olarak algılar ve tanımlar (Öztürk ve Uluşahin 2015).

Bozukluğun temel belirtisi kaygıdır. Kaygı, diğer anksiyete ve depresif bozukluklarda da görülen bir belirti olduğu halde YAB'da tanımlayıcı özelliğindedir. Bu kaygı, YAB tanılı hastalarda sağlıklı insanlara göre daha yoğun, uzun süreli, kontrol edilemez şekilde yaşanır (Wittchen ve ark. 1994). YAB'da yaşanan kaygıyı asıl patolojik kılan, kaygının içeriğinden ziyade aşırı ve kontrol edilemez olarak algılanmasıdır (Flint 1994 ).

YAB hastaları, bilişsel belirtilerden yakınmakla birlikte, doktora başvuru şikayetleri genelde nefes darlığı, aşırı terleme, çarpıntı gibi bedensel şikayetlerdir. Bu bedensel şikayetler anksiyetenin sebep olduğu otonomik değişikliklerden kaynaklıdır (Bayraktar 2006). Çoğunlukla kronik seyir göstererek zaman zaman alevlenmelerle gider ve yaşam kalitesinde önemli bozulmalara yol açar (Kırlı 2000).

Anksiyete, bunaltı, kaygı, sıkıntılı olma anlamlarına gelmektedir. Çarpıntı, nefes almada zorluk, boğuluyormuş gibi hissedip bundan kurtulmak için hızla nefes alıp verme, kalp hızında artma, titreme, aşırı terleme gibi fizyolojik belirtilerle birlikte sıkıntı, heyecan, kötü bir şey olacakmış hissi ve korku duyma gibi psikolojik belirtileri vardır. Bazı tanımlamalarda korkudan farkının bu duruma yol açan kaynağın belli olmaması şeklinde ifade edilir (Arkonaç 1999). Anksiyete, kişiyi çevresinde olan değişikliklere hazırlayan veya bunlara cevap vermesini sağlayan bir duygudur. Hemen her psikiyatrik bozukluğa eşlik edebilen ve birçok organik bozuklukta da görülebilen bir belirtidir (Eşel 2003). Normal anksiyete, organizmanın biyolojik bir korunma sistemi olup organizmayı tehdit eden bir olayın varlığında kaçma veya olay ile savaşmayı sağlamak üzere ortaya çıkar (Stanley 2000). Ancak anksiyete ortada tehlike oluşturacak bir durum yok iken ortaya çıkıyorsa, uzun sürüyor ve sonlandırılmıyorsa patolojik anksiyete olarak değerlendirilir (Uzbay 2002).

Yaygın anksiyete bozukluğu, birçok olay veya etkinlik hakkında aşırı sıkıntı, kaygı ve endişenin yaşandığı, kişinin kaygısını kontrol etmekte zorlandığı ve yaşanan kaygı ve endişe nedeniyle kişinin işlevselliğinin önemli derecede bozulduğu bir anksiyete bozukluğudur (APA 2013 ). Ayrıca YAB hastalarının büyük bölümü, diğer anksiyete bozukluklarından daha fazla oranda ve küçük sorunlarda bile aşırı kaygı yaşadıklarını belirtmişlerdir (Roy-Byrne ve Wagner 2006). Endişe, kaygı hali halk arasında “evham ve evhamlılık” sözcüğüyle ifade edilmektedir. Bu hastalar genellikle küçük şeylere üzülen, sürekli bir korku içinde olan ve olabileceğın en kötüsünün başlarına gelebileceğini bekleyen, sürekli kaygı içerisinde olan kişilerdir (Sheikh 1992).

### **2.1.1.1 Bir Kavram Olarak ‘Anksiyete’**

Anksiyete korkuya benzeyen bir duygudur ve kişi tarafından sanki kötü bir şey olacakmış gibi nedeni belli olmayan sıkıntı, endişe hissi olarak yaşantılanır. Çoğu zaman iç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi sözcüklerle ifade edilir. Aslında anksiyete, hayatta kalmaya yönelik olan bir savunma mekanizmasıdır ve olası tehlikelerden kişinin kendisini koruması, önlem alması için gereklidir ancak bu sistemin gereğinden fazla kullanılması patolojiye sebep olmaktadır. Anksiyetenin patolojik olarak görülmesi süresine, şiddetine ve kişinin işlevselliğini bozmasına bağlı olarak belirlenmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2015).

Otto Rank, kişinin ilk kaygıyı doğum ile yaşadığını söylemiştir. Anne karnında sahip olduğu rahat ortamdan sonra dünyaya geldiğinde karşılaştığı durum çaba gerektirmektedir ve çocuk ilk kaygısını deneyimlemektedir. Bundan sonra çocuğun karşılaşacağı bütün kaygılar bu ilk kaygının türevleri olarak düşünülmüştür. Karen Horney ise kaygı ve korku kavramlarını birbirlerine yakın ancak farklı duygular olarak belirtmiştir. Korku mevcut bir tehlikeyle orantılı olarak ortaya çıkmaktayken kaygıda çoğu zaman gerçek bir tehlike yerine imgesel bir tehlike bulunmaktadır. Korkuda nesnel bir gerçeklik varken, kaygıda ise gizli ve öznel bir tehlike mevcuttur (Geçtan 2005). Freud ,anksiyetenin fiziksel ve ruhsal belirtilerini biraraya getirerek ‘anksiyete nevrozu’ nu tanımlamış ve anksiyeteyi nevrasteni kapsamının dışına çıkartmıştır. Freud bilinç dışı tehditleri anksiyetenin kaynağı olarak görmüş ve kaygıyı, bilince ulaştığı zaman kabul edilemeyecek olan bir dürtünün işareti olarak değerlendirmiştir (Nutt ve Ballenger 2003).

Davranış teorisi anksiyeteyi kişi tarafından öğrenilmiş bir durum olarak değerlendirmiştir. Klasik koşullanmaya göre nötr olan bir uyarının tehlikeli bir uyarı ile eşleştirilmesiyle nötr uyarı tehlikeli olarak koşullanmış olur. Diğer öğrenme süreci olan edimsel koşullanma bir davranışın kendi yarattığı sonuçlara bağlı olarak değişikliğe uğraması

ve pekiştirmeye dayanmasıdır. Çevreyi gözlemleyerek pekiştirme olmaksızın, model alma ve başkalarının davranışlarının sonuçlarının değerlendirilmesi neticesi ile meydana gelen öğrenme yöntemine ise gözlemsel öğrenme denmektedir. Anksiyete bu öğrenme süreçleri ile gelişmektedir ve kişinin yaşadığı kaygı bir iç çatışma ile değil kişinin tehlikesi olmayan bir durumu tehlikeli olarak algılamayı öğrenmesiyle ilişkilidir. Bilişsel teori anksiyetenin nedenini maladaptif düşünce biçimleri olarak tanımlamıştır. Bu teoriye göre kişilerin yaşadıkları olayları algılama biçimleri ve yorumlamaları kaygıyı oluşturmaktadır. Anksiyete bozukluklarında, bazı durumlara kaygılı tepkiler gösteren kişiler bu durumu normalden daha fazla tehdit edici bir durum olduğunu hissetmekte ve yaşadıkları bu durumun olma olasılığını gerçekte olduğundan daha fazla abartmakta, korktuğu durumları yaşadıklarında bu durumu felaketleştirmekte ve sonuç olarak korktukları bu senaryoyu yaşamamak için birtakım stratejiler geliştirmektedirler (Türkçapar 2013)

### **2.1.2 Tarihçe**

Anksiyete köken olarak Hint Germen kökenli ‘angh’ kelimesinden gelmektedir. ‘Sıkıca bastırmak, boğazını sıkıkmak, sıkıntı, tasa’ gibi anlamlar taşımaktadır. 1800’lü yıllarda anksiyetenin fiziksel belirtileri farklı organ ve sistemlere ait rahatsızlıklar olarak düşünülürken anksiyetenin ruhsal belirtileri ise melankoliye ait olarak değerlendirilmiştir (Türel ve Alkın 2006). 1890’larda anksiyete belirtilerinin birçok farklı hastalıkta görülebildiği ancak fiziksel ve ruhsal belirtilerin beraberce aslında tek bir klinik durumun unsurları olduğu düşüncesi gelişmeye başlamıştır ( Berrios 1996).

Şiddetli ve kronik bir anksiyete durumunu gerçek ve bağımsız bir tıbbi nozolojik başlık olarak değerlendirmenin ilk girişimi Freud’un ‘’anksiyete nevrozu’’ kavramı ile olmuştur. 1950’lerin başında yayımlanan DSM-I Freud’un görüşlerinden önemli ölçüde etkilenmiş, ve anksiyete bozukluklarını; Freud’un anksiyete nevrozuna karşılık gelen ve "anksiyöz reaksiyon" ve histerik nevrozuna karşılık gelen "fobik reaksiyon" olarak ikiye ayırmıştır (Bayraktar 2006). DSM-II’de nevroz kavramında bazı değişiklikler olsa da yine psikanalitik ekolün etkisinde kalınmıştır. DSM-III yayınlandığında anksiyete nevrozu alt kategorisi, "anksiyete durumları" olarak değiştirilmiştir. Yaygın anksiyete; genelleşmiş ve ısrarlı bir anksiyete duygusu olarak tanımlanmıştır ve ısrarlı anksiyete kavramı en az bir ay süredir var olan anksiyete yakınmalarıdır (APA 1980). Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması Ve Sınıflandırılması El Kitabı, Gözden Geçirilmiş Üçüncü Baskı (DSM-III-R)’da YAB’nin yeniden tanımlanması yapılmıştır ve YAB; kalıntı bir bozukluk olmaktan ziyade birincil bir tanısal kategori olarak ele alınmıştır. Bu tanımlamada "endişeli beklenti "

ve "kaygılı olma ölçütlerine merkezi bir yer verilerek bedensel belirtiler ölçütü de yeniden düzenlenmiştir. Daha önce 1 ay olarak belirlenen yakınmaların süresi ise en az 6 ay olacak şekilde uzatılmış ve böylece uyum bozuklukları kategorisinden ve yaşam olaylarına reaktif gelişen kısa süreli anksiyete durumlarından ayırım yapılması hedeflenmiştir (APA 1987). Daha sonra yayınlanan DSM-IV'te de YAB ayrı bir kategori olarak değerlendirilmiştir. DSM-IV' te "aşırı anksiyete ve endişe"yi tanımlamak için kullanılan "gerçekdışı" sözcüğü kaldırılmış, endişenin denetlenemez olduğu vurgulanmıştır. Toplumsal, mesleki alanlar ve önemli diğer alanlarında işlevsellikte bozulma oluşması gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca 18 semptomluk liste 6'ya, ölçüte uygunluk için gereken semptom sayısı 6'dan 3'e indirilmiştir. DSM-III-R' de tanı için 18 olan belirti sayısı, DSM IV'te otonom hiperaktivite belirtilerinin kaldırılması ile 6'ya indirilmiş ve tanı için en az üç belirti olması gerektiği vurgulanmıştır (APA 2001).

Beş yıllık izlem çalışmasında bu ölçütlerle tanı konan YAB'ın tanısal kararlılığı gösterilmiş, tanının geçerliliği desteklenmiştir (Woodman 1999). Dünya Sağlık Örgütü ise 1990 yılında, ICD'nin (International Classification of Diseases) ancak 10. basımında YAB' a ayrı bir tanı olarak yer vermiştir . DSM-5'te ise YAB tanı kriterlerinde herhangi bir değişiklik yapılmamıştır (APA 2013).

### **2.1.3 Epidemiyoloji**

Yaygın anksiyete bozukluğu birinci basamakta en sık başvuru nedeni olan anksiyete bozukluğu olsa da ruh sağlığı merkezlerinde, diğer anksiyete bozuklukları ile karşılaştırıldığında düşük yaygınlık oranına sahip olan bir bozukluktur. Bu durumun nedeni olarak hastaların büyük kısmının özelleşmiş ruh sağlığı kurumları yerine birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurması düşünülmüştür (Bayraktar 2006).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 15–54 yaş arası, 8098 bireyin katılımıyla yapılan ve tanı için DSM-III-R ölçütlerinin kullanıldığı Ulusal Eşitlik Çalışması (National Comorbidity Survey)'nda YAB'ın yaygınlığı %1.6, bir yıllık dönemdeki yaygınlığı %3.1 ve yaşam boyu yaygınlığı %5.1 olarak bulunmuştur. Yine bu çalışmada YAB'ın kadınlarda 2 kat fazla olduğu ve boşanarlarda, dullarda işsizlerde, 24 yaşın üstündeki kişilerde daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Wittchen ve ark. 1994). Yine ABD'de yapılan başka bir epidemiyolojik araştırmaya göre, YAB'ın yaşam boyu yaygınlığı %3.9-5.1, 12 aylık yaygınlığı ise %3.1 olarak bulunmuştur (Hunt 2000). Yakın zamanda yapılan bir epidemiyolojik çalışmada, YAB için yaşam boyu yaygınlığı %11 olarak rapor edilmiştir. Bu hastaların % 24.6'sının geç başlangıçlı olduğu (50 yaşından sonra ) ve sadece% 36.3'ünün tedavi aldığı bildirilmiştir

(Zhang ve ark. 2015). DSM-5 tanı kitabında ise ABD’de 12 aylık yaygınlığı ergenlerde %0.9, erişkinlerde % 2.9 olarak bildirmekte, diğer ülkelerde ise bu prevalansın %0.4-3.6 arasında değiştiği belirtilmektedir. Yaşam boyu morbidite ise %9.0 olarak bildirilmiştir (APA 2013).

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinde, ICD-10 tanı kriterlerine göre tanı konularak yapılan bir çalışmada YAB yaygınlığı %2 olarak saptanmıştır ( Rezaki ve ark 1995). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre ise , YAB’nun 12 aylık yaygınlığı; kadınlarda %0.8, erkeklerde %0.5 olarak saptanmıştır (Kılıç 1998). Sivas ilinde DSM-III-R tanı kriterleri kullanılarak yapılan bir çalışmada ise YAB için yaşam boyu yaygınlık oranı %12.1 olarak bulunmuştur (Doğan ve ark. 1995). Konya ilinde ayaktan görülen psikiyatri hastalarında DSM-IV tanı kriterlerini karşılayan YAB hastaları tüm başvuruda bulunan hastaların %10.3’ünü oluşturmuştur. Aynı çalışmada kadınlarda, evlilerde, ev hanımlarında, ev kızlarında, bedensel hastalık öyküsü olanlarda ve eğitim düzeyi düşük olanlarda bu bozukluğun yaygınlığı anlamlı derecede yüksek olarak gözlenmiştir ( Özcan ve ark 2006).

Diğer anksiyete bozukluklarına benzer şekilde çoğu çalışmada YAB kadın cinsiyette daha sık görülmektedir (Yonkers ve ark. 2000). YAB’nin kadınlarda 2 kat fazla olduğu bildirilmiştir (Wittchen 1994). YAB, yaşlılarda en sık görülen anksiyete bozukluğudur (Sheikh 1992). Bu alanda DSM-III tanı kriterlerinin kullanıldığı, yaşları 65-79 arasında değişen 442 katılımcıyı kapsayan bir çalışmada, YAB’nin bir yıllık yaygınlığı %7.1 olarak saptanmıştır. Bu oran , yaşları 50-64 arasında değişen gruptan (%8.6) daha düşük olmasına rağmen , yaşları 18- 34 arasında (%5.8) ve 35-59 arasında (%4.7) değişen gruptan daha yüksektir. Bu araştırma verilerine göre, yaşlılarda YAB, panik bozukluğu ve fobilerden 3 kat; majör depresyondan ise %20 daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Papp ve ark. 2002).

YAB’ın gidişinin kronik, düzelme oranlarının düşük olması bu bozukluğun prognozunu kötü olmasıyla neticelenebilir. Prognozu kötüleştiren diğer faktörler; komorbid psikiyatrik bozuklukların olması, hastalığın uzun sürmesi, kişilik bozukluklarının eşlik etmesi ve sosyal uyumun iyi olmamasıdır (Kırlı ve Sivrioğlu, 2000). Birçok çalışma YAB hastalarının yaklaşık üçte ikisinde komorbid eksen I bozuklukları olduğunu göstermektedir. Ayrıca YAB’a eşlik eden kişilik bozukluklarının da yaklaşık %50 oranında olduğu öne sürülmüştür . Çalışmalar YAB hastalarında büyük bir kısmında duygudurum bozukluğunun eşlik ettiğini göstermektedir. Bir çalışmada YAB hastalarında majör depresyon komorbiditesi %62.4, bipolar bozukluk komorbiditesi ise %10.5 bulunmuştur (Wittchen 1994).

Araştırmacılar ve klinisyenler arasında nozolojik ve nörobiyolojik benzersizliği hakkında sürekli bir tartışma olduğundan dolayı ; YAB tanısı sıklıkla geleneksel tanısal anlayış açısından marjinal ve ihmal edilmiş halde kalmaktadır (Starcevic 2015).

#### **2.1.4 Etyoloji**

Çoğu ruhsal bozuklukta olduğu gibi YAB'ın sebebini belirlemek güçtür. Bir dereceye kadar olan kaygı, normal ve uyum sağlamaya yönelik olarak kabul edilebilir, bu noktada patolojik anksiyetenin sınırlarını belirlemek ve etyolojideki olası biyolojik etkenleri psikososyal etkenlerden ayırt etmek güçtür. Biyolojik ve psikososyal etkenler muhtemelen birlikte etki göstermektedir (Sadock 2016).

##### **2.1.4.1 Genetik ve Aile Çalışmaları**

Epidemiyolojik çalışmalar ve moleküler yöntemler de dahil olmak üzere çeşitli yaklaşımlar kullanılmasına rağmen, YAB için genetik araştırma, diğer kaygı ya da duygudurum bozuklukları için yapılan araştırmalara kıyasla daha sınırlıdır (Eduard 2017). Tanı geçerliliğinin YAB'da düşük olması ve yoğun komorbidite sebebi ile bulunanların hangi duruma bağlı sonuçlar olduğunun ayırt edilememesi çalışmaları yetersiz kılmıştır . YAB tanılı hastalarda aile hikayesinin sık olması genetik teorinin gelişmesine neden olmuştur (Erkmen 2018).

Yapılan bir ailesi çalışmasında YAB görülme oranı, hastaların birinci derece akrabalarında (%19,5) kontrol grubundakilere (%3,5) göre 5 kat daha yüksek oranda bulunmuştur (Noyes ve ark. 1987). Bazı ikiz çalışmalarında ise monozigot ikizlerde %50, dizigot ikizlerde ise %15 eş hastalanma oranı bildirilmiştir (Sadock 2016). Ancak ikiz çalışmalarında sonuçlar çelişkilidir. Monozigot ve dizigot ikizlerin eşhastalanma oranları arasında anlamlı bir farklılık bulunamayan çalışmalar da vardır. (Andrews ve ark 1990).

YAB ile ilgili yapılan moleküler genler ile ilgili; serotonin 2A reseptör geni, serotonin taşıyıcı (5-HTT), hipofiz adenilat siklaz aktive edici peptid (PACAP), serotonin taşıyıcı (5-HTT), (HTR2A), kortikotropin salgılayan hormon reseptörü 1 (CRHR1), dopamin reseptörü D3 (DRD3), nükleer reseptör alt familya grubu C üyesi 1 (NR3C1) ve fosfodiesteraz 1A (PDE1A), genleri SSRI ilaçlarında terapötik tepkimeyi öngören potansiyel markerler olarak bulunmakla birlikte , dopamin reseptörü D2 (DRD2) veya dopamin aktif taşıyıcı 1 (DAT1) genlerinde incelenen polimorfizmlerin hiçbirinde bu etki görülmemiştir ( Lohoff ve ark 2013 , Saung ve ark 2014) Yapılan m-RNA çalışmasında miR-4505 ve miR-663'ün ekspresyon

seviyesi ile GAD hastalarında anksiyete artışı arasında negatif bir ilişki olduğu gösterilmiştir ( Chen ve ark 2016).

Her ne kadar nörotrofik faktörler ile duygudurum bozuklukları arasında güçlü bir bağlantı kurulmasına rağmen, YAB'da bu ilişkinin çok belirgin olmadığı ya da tam tersi bir etkisi olduğu görülse de (Bandelow ve ark 2016) yapılan bir çalışmada (BDNF) Val66Met polimorfizminin Met alelinin, serum BDNF seviyelerinde bir artış ile birlikte GAD riski ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir (Moreira ve ark. 2015). Hem G-protein sinyal 2 (RGS2) hem de nöropeptid Y (NPY) genlerinin düzenleyicisindeki polimorfizmlerin, aralarında yüksek stres etkisine maruz kalma koşulları altında afet sonrası GAD riskini değiştirdiği gösterilmiştir (Wang ve ark 2015).

Sonuç olarak çoklu genetik aktarım sonucu gelişen yatkınlığın çevresel etmenlerle etkileşiminin YAB'ı ortaya çıkardığı düşünülmektedir (Eduard 2017).

#### **2.1.4.2 Nöroendokrin Çalışmalar**

Endişeli beklenti hali ; otonomik hiperaktiviteye yol açar ve daha yüksek kortizol seviyelerine yol açan limbik ve paralimbik hiperaktivasyonu indüklemektedir ( Tafet ve ark 2001). Kortizol salınımı hakkında tutarsız sonuçlanan çalışmalar da olsa da YAB hastalarında kortizol salınımı ile ilgili anormallikler olduğu kesindir. Ancak bu durum diğer anksiyete bozukluklarında ve depresyonda da sıklıkla gözlenmiştir, bu nedenle hormonal alanda spesifik bir hipotez oluşturulmamıştır ( Dedovic ve ark 2015). YAB hastalarının %27 ila %38'inde deksametazon supresyon testinde baskılanmama belirlenmiştir . Sağlıklı insanlarda kortizol düzeyi yüksekliği ile serotonin Emilimi korele bulunmakta iken YAB'da böyle bir ilişki bulunamamıştır. Bu YAB'da süregelen kortizol artışına bağlı olarak serotonin Emiliminin zaten en üst düzeyde oluşu ile açıklanmaktadır ( Hilbert ve ark 2014).

YAB hastaları ve kontroller arasında toplam serum tiroksin, serum serbest tiroksin endeksi ve tiroid-uyarıcı hormon düzeyleri açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (Fossey ve ark 1993).

Nöropeptid Y (NPY) son yıllarda anksiyete bozukluklarında araştırılan bir hormondur ve anksiyolitik etkisi olduğu görülmüştür. Afet gibi yüksek stres etkisine maruz kalma koşulları altında sonrası GAD riskini değiştirdiği gösterilmiştir ( Wang ve ark 2015).

Kortikotropin düzenleyici faktör (CRF) , anksiyete ve korku yanıtlarıyla ilişkili çeşitli beyin bölgelerinde (amigdala, lokus seruleus, dorsal vagal kompleks vb.) bulunur. Bu

bölgelerde noradrenalin, serotonin gibi CRF salınımını güçlendiren nörotransmitterler tarafından düzenlenir

Nöropeptid Y, kortikotropin-releasing factor'ün oluşturduğu stres yanıtını antagonize eder ve locus ceruleusun ateşlenmesini baskılar (Gould ve ark 2003).

Kolesistokinin (CCK) agonistlerinin YAB olgularında anksiyeteyi artırdığı belirlenmiştir. CCK'nin anksiyete ile ilişkisi doğrudan etkilerle ya da dolaylı olarak 5-HT, NE veya GABA üzerindeki etkileri aracılığıyla olabilir. CCK sisteminin GABA üzerinde inhibitör etkisi anksiyete oluşumunda rol oynamaktadır (Connor ve ark 1998).

YAB' da otonomik işlevleri araştıran çalışmalardan elde edilen bulgular, muhtemelen düşük vagal tonusa bağlı olan azalmış otonomik esnekli varsayımını destekler niteliktedir. YAB hastalarında saptanan stresin daha az güçlü otonomik yanıtı neden olması ve bazen düzelmeye için daha uzunca bir zaman geçmesi, azalmış kalp hızı değişkenliği gibi bulgular, erken mortalite açısından ciddi bir risk olarak değerlendirilmektedir (Connor ve ark 1998).

#### **2.1.4.3 Nörokimyasal Çalışmalar**

Yapılan çalışmalar sonucunda çeşitli nörotransmitterler anksiyete ile ilişkilendirilmiştir. YAB'de serotonin etkisi konusunda yapılan çalışmalardan çelişkili sonuçlar elde edilmiştir (Lohoff 2013). 5-HT<sub>1A</sub> ve 5-HT<sub>1B</sub> reseptörleri YAB ile ilişkilendirilmiştir (Wu ve ark 1991). Çeşitli çalışmalarda, düşük serotonin düzeyleri ile anksiyete, agresyon ve impulsivite arasında ilişki bulunmuştur (Mann ve ark 2001). BOS'daki 5-HT düzeyleri, normal vakalarla karşılaştırıldığında YAB'de düşük saptanırken, idrarda serotonin metaboliti 5-hidroksiindolasetik asit düzeylerinde artış saptanmıştır. Bunun sonucunda anksiyetesi daha fazla olan hastalarda serotonin metabolizmasında artış olduğu ileri sürülmüştür (Brewerton ve ark 1995).

Çalışmalar noradrenalin işlevinin başta panik bozukluğunda olmak üzere anksiyete bozukluklarında anormal olarak arttığını göstermiştir (Brawman ve ark 1997). Uyarıcı maddeler kullanılarak yapılan (klonidin, yohimbin gibi) çalışmalarda dolaşımdaki yüksek katekolamin düzeylerine sekonder gelişen uzun vadeli bir uyum sonucunda adrenerjik reseptör duyarlılığının azaldığı gösterilmiştir (Abelson ve ark 1991).

Gamma amino bütirik asit beyinde ana inhibitör nörotransmitterdir. Kronik stres oluşturarak yapılan çevresel uygulamalarla beynin frontal korteks, hipokampus ve hipotalamus gibi anksiyete ile ilişkili bölümlerinde GABA-A reseptör sayısında azalma oluşturulabilmekte ve böylece anksiyete artırılabilir (Bayraktar 2006, Eşel 2003).

PET çalışmalarında da özellikle YAB tanılı kadın hastalarda sol temporal lobta GABA-A reseptörlerinde azalmış aktivite gösterilmiştir. (Tiihonen 1997).

#### **2.1.4.4 Görüntüleme Çalışmalar**

Amigdala, hipokampus ve periakvaduktal gri alan hayvanlarda ve insanlarda korkuya yanıtın düzenlenmesinde görevlidir ve son yıllarda amigdala üzerindeki araştırmalar yoğunlaşmıştır (Weidenfeld 2002). Yapılan görüntüleme çalışmalarında sıklıkla amigdaladaki artmış gri madde hacmi tespit edilmiştir (Etkin ve ark 2009).

YAB hastalarında, çoğunlukla kadınlar arasında gözlemlenen artmış sağ amigdala hacmi, odaklanma gücü ve reaksiyon süresinde uzama ile ilişkilendirilmiştir (Makovac 2015). YAB tanılı kadınlarında erkeklere göre dorsomedial prefrontal korteks (PFC) , sol precuneus / posterior cingulate korteks oranı ve amigdala hacminin daha fazla arttığı gözlenmiştir, bu da anksiyeteye özgü bölgelerdeki bu değişikliklerin GAD için cinsiyet yatkınlığı ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür (Liao ve ark 2014).

Komorbid olmayan ve tedavi almayan YAB tanılı ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada, sağ precuneus ve sağ precentral gyrusta gri madde hacminde artış ve sol orbital gyrus ve posterior sarkülatta gri madde hacminde azalma olduğu bildirilmiştir ( Strawn ve ark 2013).

#### **2.1.5 Klinik Özellikler ve Tanı**

YAB'da anksiyete zamanla süregelen hale gelir, fizyolojik belirtiler ön plana çıkar, kişinin mesleki ve sosyal işlevselliğinde düşüş yaratır, kişilerarası ilişkilerinde sorunlara neden olabilir. Kişide, çarpıntı, huzursuzluk, titreme, terleme, hipertansiyon, el ve ayaklarda karıncalanma, epigastrik ağrı, sık idrara çıkma gibi bazı fizyolojik değişiklikler ortaya çıkabilir, depresyon çeşitli derecelerde tabloya hakim olabilir. Hastaların genellikle önce birinci basamak sağlık kurumlarına ya da dahiliye kliniklerine somatik belirtilerle başvurduğu bildirilmiştir (Sungur ve Gökalp 2000).

DSM- 5 Yaygın Anksiyete Bozukluğu için tanı ölçütleri

A- En az 6 aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle(işte, ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu(kaygılı beklenti) vardır.

B- Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.

C- Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur):

NOT: Çocuklarda yalnızca bir maddenin olması yeterlidir.

1. Dinginleşememe

2. Kolay yorulma

3. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması

4. Kolay kızma

5. Kas gerginliği

6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ve sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan uyku uyuma)

D- Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

E- Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi) fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

F- Bu bozukluk başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (APA 2013).

ICD-10'da, YAB tanı ölçütleri arasında bedensel belirtiler ön plana alınmış; çarpıntı, terleme, titreme ve ağız kuruluğu maddelerinden en az birinin bulunması şartını koymuştur.

### **2.1.6 Eş Tanılar**

YAB eş tanı oranları oldukça yüksek olan bir anksiyete bozukluğudur. Toplum örneklemeleri ile yapılan çalışmalarda %66.3 oranında eş tanı bildirilmiştir (Wittchen 1994). Klinikte ise bu oran %75 ve üzerinde olarak olduğu bildirilmektedir (Erkmen 2018).

Panik bozukluk eş tanı olarak en sık görülen hastalıklardan biridir. Yapılan bir epidemiyolojik çalışmada, % 55-94 aralığında değişen oranlarda komorbidite bildirilmiştir. (Jacobi ve ark 2004)

Major depresyon da diğer sık görülen eş tanılardandır. (Brown ve ark 2001; Huppert ve ark 2009; Sunderland ve ark 2010). Ulusal Komorbidite Çalışması'nda YAB olan bireylerde % 67 oranında depresyon bildirilmiştir. (Kessler ve ark 1999). Klinik örneklemde yapılan bir çalışmada % 57 oranında komorbidite saptanmıştır (Brown ve ark 2001).

Ülkemizde kliniğe ayaktan müracat eden 950 ardışık hastada YAB tanısı alan 98 kişiyi inceleyen Özcan ve arkadaşları, bu hastaları tekrar incelediklerinde %90.8 oranında eş tanı bulmuşlar ve bunların %83.7'sinde major depresyon , %30.6 'sında sosyal fobi, %19.4 'ünde OKB, %17.4'ünde özgül fobi eş tanısı olduğunu saptamışlardır. Aynı çalışmada kadınlarda, evlilerde, ev hanımlarında, bedensel hastalık öyküsü olanlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda YAB anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. ( Özcan ve ark 2006)

YAB tanısı olanların yaklaşık dörtte birinde, alkol ve anksiyolitik kötüye kullanımı ya da bağımlılığı görülebilir. Bu durumun, YAB'nun tedavi edilmediği hallerde ortaya çıktığı bildirilmiştir (Sungur ve Gökalp 2000).

### **2.1.7 Ayırıcı Tanı**

YAB'ı normal anksiyeteden ayıran, YAB'deki anksiyetenin yaygın, süreğen ve işlev kaybına neden olan nitelikte olmasıdır. Sosyal anksiyete bozukluğu'nda toplum içinde utanılacak duruma düşmekle ilgili korkular ön plandadır (Sungur ve Gökalp 2000). Panik bozuklukta, anksiyete ataklar halinde gelir, gün boyu sürmez. Ataklar arasında atağın tekrarlayacağı ile ilgili anksiyete bulunur. Fobik bozuklukta ise bunaltı belli durumlar ya da nesnelere karşısında ortaya çıkar (Öztürk ve Uluşahin 2016). YAB, major depresyonla karışabilir , depresyonda anksiyete görülebilse de çökkün duygudurum ön plandadır. Alkol, amfetamin, kokain, kafein, antidepressan, antikolinerjikler, sempatomimetikler, levodopa gibi maddelerin kullanımında da anksiyete belirtileri görülebileceği gibi, alkol ve benzodiazepin gibi maddelerin yoksunluğunda da kaygı belirtileri görülebilir (Sungur ve Gökalp 2000).

Yaygın anksiyete bozukluğunun belirtileri birçok farklı durumda ortaya çıkabilir ve tanısının konulması eşanı nedeniyle daha da karışabilir. Anksiyete bozukluğu olanlar, yakınmalarını, algılama, yaşama ve sunma şekilleri açısından sıklıkla diğer tıp dallarına başvuruda bulunurlar. Bu durumda, YAB tıbbi nedenlere bağlı anksiyeteden ayrılmalıdır. Gerçekten diğer tıp dallarının polikliniklerine başvuran hastaların 1/3'ünün, ya organik durumuyla açıklanamayacak derecede ağır şikayetler ile başvuranlar ya da tamamen psikolojik kaynaklı bozuklukları olanlar olduğu bilinmektedir (Sürmeli 1997).

### 2.1.7 Tedavi

YAB'ın tedavisinde yönelinmesi gereken hedef endişe olmalıdır, çünkü hem klinisyenlerin ortak görüşü hem de hasta anamnezlerinden alınan sonuç endişenin önce ortaya çıktığı ve temel sorun olduğudur. Yaygın ve kronik endişe zamanla anksiyete oluşturmakta , anksiyetenin sonucunda da gerginlik oluşarak patolojiyi tamamlamaktadır. YAB'da panik bozukluk veya fobi'deki kadar kesin bir kaçınma nesnesinin olmaması , belirtilerin çok daha silik olması nedeniyle özgül bir BDT bulunmamaktadır (Erkmen 2018).

Meta-analizler açık şekilde BDT'nin YAB semptomlarını önemli ölçüde azalttığını ve YAB için plasebo'ya göre belirgin şekilde daha etkili olduğunu göstermektedir (Borkovec ve ark 2001, Covin ve ark 2008) . Bireysel ve grup terapisi anksiyete semptomunun azalması açısından eşit derecede etkili görünmektedir, ancak bireysel terapi endişe ve depresyon semptomlarında erken iyileşmeyi daha çabuk sağlar (Covin ve ark 2008). Terapinin yoğunluğunun karşılaştırıldığı 25 çalışmayı kapsayan meta-analizde; sekizden az seans içeren uygulamaların, anksiyete belirtileri için sekiz veya daha fazla olanlar kadar etkili olduğu görüldü. Ancak daha yoğun uygulamaların, daha az seansa kıyasla hastadaki genel endişe halinin değiştirilmesi ve depresyon semptomlarının iyileştirilmesinde daha etkilidir . Sınırlı çalışmalarda; relaksasyonterapi, balneoterapi, spa ile ilgili terapiler ile etkinlik gösterilmiş olup bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır ( CANMAT 2014) . YAB için kanıta dayalı BDT protokolleri oluşturmak amacıyla YAB olan bireyler arasında bazı özellikler tanımlanmış olup; belirsizliğe tahammülsüzlük, zayıf problem çözmebecerisi , endişenin fonksiyonu ve faydası ile ilgili olumlu ve olumsuz inançlar bunlardan bazılarıdır (Dugas ve ark 2005). Bu durum göz önüne alınarak "kabul temelli davranış terapisi" , belirsizliğe tahammülsüzlüğü hedefleyen BDT, endişe hakkında inançları hedef alan metakognisyon terapisi geliştirilmiş ve etkinlikleri gösterilmiştir. BDT'ye kişiler arası terapi veya duygusal işlem terapisinin eklenmesi ile önemli bir fayda bulunamamıştır. BDT başlanması öncesinde yapılan motivasyonel ön görüşmenin tedaviye direncin azaltılmasında, ev ödevlerine uyumun artmasında , etkili olduğu görülmüştür (CANMAT 2014).

Psikodinamik yönelimli terapi yöntemi ile ilgili bugüne kadarki araştırma bulguları net değildir. Bir çalışmada, kısa süreli psikodinamik psikoterapinin, anksiyete skorlarını iyileştirmede BDT kadar etkili olduğunu, ancak BDT'nin endişe ve depresyon ölçümlerinde daha üstün olduğunu bulmuştur . Başka bir çalışmada kısa psikodinamik tedavi, farmakoterapi veya kombinasyon arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Leichsenring ve ark 2009).

Terapi ve farmakolojik tedavinin beraber kullanımı hakkında çok az veri vardır. Bir meta-analiz, kombinasyon tedavisinin tedavi sonrası yalnızca terapi uygulanmasına göre daha etkili olduğu ancak altı aylık takipte fark olmadığı sonucuna varmıştır . Ancak bu çalışmada BDT ile diazepam veya buspirone ile sadece BDT karşılaştırılmıştır. Sadece farmakoterapiyle karşılaştırıldığında, ek psikoterapinin yararlarını değerlendiren az sayıda ve sonuçları çelişkili çalışma vardır ( Hofmann ve ark 2009). Bununla birlikte, diğer anksiyete ve ilgili bozukluklarda olduğu gibi; hastalar BDT’den faydalanmadıklarında veya sınırlı bir cevap aldıklarında farmakoterapi denenmesi önerilebilir ( CANMAT 2014). Çalışmalardan alınan uzun vadeli takip verileri, terapinin faydalarının tedaviden sonra bir yıldan üç kadar sürdüğünü göstermektedir (Covin ve ark 2008, Dugas ve ark 2005)

Farmakolojik tedaviye bakıldığında , trisiklikler YAB tedavisinde ilk kullanılan ilaç grubudur ve hepsinin de etkili olduğu gösterilmiştir. İlk haftalarda benzodiazepinler kadar etkili olmasa da 6-8 hafta sonra benzodiazepinlerden daha iyi sonuç vermekteler. ( kırmızı) Tedavi edici doz genellikle depresyon tedavi dozuna eşittir ( Bandelow ve ark 2012). SSRI’lar YAB tedavisin de en çok kullanılan gruptur ve tüm grubun etkili olduğu gösterilmiştir (Erkmen 2018) . Essitalopram, sertralin ve paroksetin 1. sıra tedavi seçenekleri olarak kabul edilir. SNRI’lar konusunda sonucu çelişkili çalışmalar olsa da etkinlikleri SSRI ‘lar ile benzer kabul edilir, 1. sıra tedavi seçenekleri olarak önerilmektedir. Benzodiazepinlerin etkinlik için seviye 1 kanıtları olsa da, ikinci basamak tedavi olarak ve genellikle yan etkiler, bağımlılık ve geri çekilme sorunları nedeniyle sadece kısa süreli kullanım için önerilmektedir. Antipsikotikler genellikle güçlendirme amacıyla tercih edilirler. İki meta-analiz ketiapinin, YAB tedavisi için plaseboya göre üstün olduğu ve antidepresanlara eşdeğer olduğu sonucuna varmıştır. Bununla birlikte, ketiapin plasebo veya antidepresanlarla karşılaştırıldığında daha fazla kilo alımı ve sedasyon nedeniyle daha yüksek bırakma oranları ile ilişkilendirilmiştir (Lalonde ve ark 2011). Atipik antipsikotiklerle tolere edilebilirlik ve uzun vadeli güvenlik kaygıları nedeniyle, antidepresan veya benzodiazepinden fayda sağlanamayan hastalar için ikinci basamak bir seçenek olarak önerilmektedir. Vortioksetin, agomelatin, mirtazapin, pregabalin, buspiron, hidroksizin etkinliği kanıtlanan ilaçlardır (CANMAT 2014).

## **2.2 Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (YAAB)**

Ayrılma anksiyetesi terimi bazen bağlanma davranışının olağan bir parçasını betimlemek, bazen anormal bağlanma yaşantılarına sahip çocuklarda gözlenen patolojik stresi tanımlamak için, bazen de çocukluk yıllarında gözlenen anksiyete belirtileri kümesini

(sendrom) tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır (Diriöz ve ark 2010). Araştırmalar, ayrılma anksiyetesinin temel belirtilerinin yetişkinlikte de devam edebildiğini ( Silove ve ark. 1996, 2006) ve yetişkinlerde AAB'ın görülebileceğini ve öngörülen aksine YAAB'ın daha yaygın olduğunu göstermektedir (Manicavasagar 1996, Silove ve ark 2006, Cyranowski ve ark 2002). Ayrılma anksiyetesi bozukluğunun oluşumu daha çok 'bağlanma kuramı' ile açıklanmaya çalışılmaktadır.

### **2.2.1 Bağlanma Kuramı**

Bağlanma, çocuk ve bakım veren arasında gelişen; ilişki kurma, çocuğun bakım veren kişiyi arama ve yakınlık arayışı davranışları ile kendini gösteren, stres durumlarında belirginleşen, devamlılığı olan duygusal bir bağ olarak tanımlanmaktadır (Thompson 2002).

Bağlanma terim olarak ilk defa John Bowlby (1973) tarafından kullanılmış olup, bağlanma kuramı John Bowlby ve Mary Ainsworth tarafından geliştirilmiştir (Bretherton 1992). Bowlby bebek ve bakım veren arasındaki ilişkinin niteliğinin psikososyal gelişimin en önemli belirleyicisi olduğunu, bu ilişkinin daha sonraki yıllarda psikolojik uyumu etkilediğini ifade etmiştir (Bowlby 1973). Erken bağlanma ilişkisinin kalitesi zayıf olduğunda yaşamın sonraki yıllarında psikolojik uyum zedelenilmekte ve çeşitli psikopatolojiler ile kişiler arası ilişkilerde zorluklar oluşabilmektedir ( Cicchetti 1995) .

Ainsworth yabancı durum testi ile laboratuvar ortamında önce annesinden ayrılan ve sonra da buluşturulan çocukların tepkilerine göre bağlanma örüntülerini değerlendirmiştir ve bu örüntüleri güvenli (secure), kaygılı-ikircikli (anxious/ambivalent) ve kaçınan (avoidant) olarak 3 ayrı gruba ayırmıştır ( Ainsworth 1978). Güvenli bağlanma gösteren çocuklar, annelerinin her zaman yanlarında olup, stres durumlarında yardım alacaklarından emin olan çocuklardır. Anne ayrıldığında tepki gösterirler ancak döndüğünde kolaylıkla yatışırlar. Kaygılı-ikircikli bağlanma örüntüsü olan çocuklar, çağırdıklarında annenin yanıt vereceğinden ya da yardımcı olacağından emin olamayan çocuklardır. Bu nedenle ayrılığa direnirler ve anne döndüğünde yatışmazlar. Bu anneler tepkilerinde tutarlı olmayan ve kontrol amaçlı terk etme tehdidinde bulunan annelerdir. Kaçınan bağlanma örüntüsü olan çocuklar ise annelerinin yardımcı olmayacağını düşünen çocuklardır. Çağırdıklarında geri çeviren ya da reddeden anneleri olan bu çocuklar ayrılığa tepkisiz olup anne döndüğünde yakın durmazlar. Güvenli, kaygılı-ikircikli ve kaçınan bağlanma örüntülerine daha sonra Main ve Solomon tarafından dezorganize-dezoryante bağlanma örüntüsü eklenmiştir (Lamb ve ark 2002). Stres ile baş etmede organize bir davranış göstermeme, yabancı durum testinde stereotipik, asimetrik ve zamansız hareketlerin varlığı, donup kalma ya da hareketlerde

yavaşlama dezorganize bağlanma ölçütlerindedir. Bu çocukların annelerinin fiziksel taciz ya da ihmalkar, psikiyatrik bozukluk oranları yüksek olan ya da kendi bağlanma sorunları olan anneler olduğu bildirilmektedir (Barnett 1999 ).

Bağlanma yalnızca çocukluk ile sınırlı kalmaz ve yaşam boyunca sürer. İlk temel ilişki olan anne çocuk ilişkisi, sonraki yaşam dönemlerindeki bağlanmalar için örnek olur , bu örnek temel alınarak bağlanmanın zamanla doğası ve ifade ediliş şekli değişir (Collins ve Laurson 2003).

Kaygılı-ikircikli bağlanma biçimi anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklarla, kaçınan bağlanma biçimi davranım bozukluğu ve diğer dışa vurum patolojilerle ilişkilendirilmiştir. Dezorganize bağlanmanın ise dissosiyatif bozukluklarla birlikteliği ifade edilmiştir (Kesebir ve ark 2011). Güvensiz bağlanma gösteren çocukların güvenli bağlanma gösterenlere göre ÇAAB geliştirme riskinin arttığı gösterilirken, güvensiz bağlanmanın alt tipleri arasında ÇAAB gelişimi açısından bir fark bulunamamıştır (Dallaire ve ark 2005). ÇAAB’da bağlanma figüründen ayrılmaya karşı verilen tepki; ağlama, öfke nöbeti ve okul reddi; YAAB’da ise bağlanma figürüne kötü bir şey olacağından korkma, bıktırıcı olmasına karşın bağlanma figürü ile kapalı bir ilişki içinde olma ihtiyacı hissetme şeklinde karşımıza çıkar (Pini ve ark 2010).

### **2.2.2 Tanım**

YAAB’ın son yıllarda tanımlanmış olması nedeniyle yapılan çalışmalar göreceli olarak azdır (Manicavasagar ve ark 2010) . DSM-IV ve ICD-10’un getirdiği yaş sınırlaması iki önemli sorun yaratmıştır; birincisi ÇAAB’ı olan olgularda belirtilerin yetişkinlik döneminde sürdüğü , ikincisi ayrılma anksiyetesi belirtilerinin ilk kez erişkinlik döneminde başladığı durumlarda ne yapılacağıdır (Cyranowski 2002) .Bu yaş kısıtlayıcı formülasyon diğer anksiyete alt tiplerinin sınıflandırılmasındaki genel eğilimlerle çelişmektedir, boyutsal yaklaşım ile birçok bozukluğun çocukluk ve yetişkinliğe uzanan geniş bir yaş aralığında başlayabildiği giderek artan bir şekilde kabul edilmektedir (Manicavasagar ve ark 2010).

Son 30 yılda yapılan araştırmalarda ayrılma anksiyetesinin ana belirtilerinin yetişkinlikte de devam edebildiğini (Manicavasagar ve ark 1997, Silove ve ark 2002 ) ve yetişkinlerde görülen AAB’nin öngörülenin aksine daha yaygın olduğunu göstermektedir ( Mayseless 2000, Cyranowski 2002). Ayrıca AAB’nin belirtilerinin ilk kez yetişkinlikte de ortaya çıkabileceği gösteren çalışmalar da mevcuttur (Manicavasagar ve ark 1997).

Yetişkinlikteki ayrılma anksiyetesi belirtilerinin, ebeveynlerden olduğu kadar “eşten veya çocuklardan ayrılmaya” ya da “başlarına bir zarar geleceğine” ilişkin aşırı anksiyete duymaya dönüşebildiği belirtilmektedir. Ayrılma anksiyetesi olan yetişkinler, temel bağlanma figürleriyle “yakınlığı ya da yakın iletişimi sürdürme gereksinimleri” nedeniyle sıkıntı yaşamaktadır. Bu yetişkinler, sıklıkla, yaşamlarının erken yıllarından itibaren ayrılma anksiyetelerinin olduğunu belirtmiştir. Bu veri, AAB’nin çocuk ve yetişkin biçimleri arasında bir süreklilik olduğunu akla getirmektedir (Manicavasagar ve ark 1997).

YAAB tanısı konulan hastalar, önemli bağlanma nesnelere (eş, çocuk, anne, baba vs.) ayrılma durumlarında aşırı kaygılanmakta, bağlanma nesnelere devamlı yakın olma ihtiyacı hissetmekte ve bir süre sonra bağlanma nesnelere ayrılmaz hale gelmektedirler ( Maysel ve ark 2000).

### **2.2.3 Epidemiyoloji**

Ulusal Eş tanı Çalışması Replikasyonu’nda, 9,282 katılımcının değerlendirilmesi sonucunda YAAB’nin yaşam boyu yaygınlık oranını %6,6, bir yıllık yaygınlık oranı %1.9 ve ÇAAB’nin yaşam boyu yaygınlığı %4,1 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada çocukluk döneminde görülen AAB’nin %36’sında belirtilerin yetişkinlikte de devam ettiği görülmüştür. YAAB olduğu saptanan olguların  $\frac{3}{4}$ ’ünde hastalığın başlangıcı yetişkinlik döneminde ( Shear ve ark 2006). Başka bir çalışmada ise YAAB’nin yaşam boyu yaygınlığını %5,2; bir yıllık yaygınlığını ise %0,9 bildirmiştir ( Kessler ve ark 2008).

Anksiyete ve duygudurum bozukluğu tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada, olguların %20,7’sinde ÇAAB öyküsü olmaksızın YAAB’ın bulunduğu ve %21.7 oranında ise ÇAAB öyküsü olan YAAB bulunduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada AAB olanlarda, olmayan gruba göre kadın cinsiyeti oranı anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. YAAB belirtilerinin başlangıç yaşı ortalama 20 yaş olarak saptanmış olup, çocuklukta başlayan ve yetişkinlikte devam eden YAAB’nin ortalama başlangıç yaşı 9 olarak bulunmuştur (Pini ve ark 2009). Toplum taramalarında da YAAB, kadınlarda 1,4 kat daha fazladır . Toplum örneklemelerindeki YAAB hastalarının sağlıklı kontrollere göre daha düşük eğitilmiş olduğu, bekar-boşanmış ve işsizlik oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ( Shear ve ark 2006).

Bir anksiyete kliniğinde PB, PB-Ag, YAB, SF ve MD tanıları olan 921 hasta ile yapılan çalışma sonunda YAAB’ın oranı %23 olarak saptandığı, ÇAAB öyküsünün kadın cinsiyette daha yüksek oranda bulunduğu bildirilmiştir (Silove ve ark 2010). Başka bir çalışmada, ağırlıklı olarak psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran anksiyete bozuklukları

veya depresif bozukluk gibi tanıları olan örnekleme, erkeklerin %24'ünde, kadınların %30'unda YAAB saptanmıştır (Cyranowski ve ark 2002). Anksiyete bozukluğu tanısı alan 54 çocuk ve ebeveynlerinin katıldığı bir çalışmada, ÇAAB tanısı olan çocukların %63'ünün ebeveynlerinden en az birisinde YAAB olduğu bulunmuştur ( Manicavasagar 2001). Üniversite öğrencilerinin katılımcı olduğu bir çalışmada, YAAB sıklığı %21 olarak saptanmıştır ( Seligman 2007) . Altmış yaş üstü katılımcıların olduğu geriatrik bir grupta ise YAAB sıklığı %6 bulunmuştur (Wijeratne ve ark 2003) .

## **2.2.4 Etiyoloji**

### **2.2.4.1 Genetik ve Aile Çalışmaları**

Yetişkinlerde ayrılma anksiyetesi ile ilgili yapılan genetik çalışmalar kısıtlıdır. Yapılan aile çalışmalarında AAB'nin aile içi geçişinin olduğuna dair kanıtlar mevcuttur. ÇAAB olan çocukların birinci ve ikinci derece akrabalarında artmış oranlarda YAAB bulunmuştur (Last ve ark 1991). Annede görülen ayrılma anksiyetesinin ise çocuktaki görülen ayrılma anksiyetesi ile anlamlı olarak ilişkili olduğu bulunmuştur (Peleg ve ark 2006). Sadece YAAB değil, aynı zamanda ebeveynlerdeki diğer anksiyete bozukluklarının da ÇAAB için risk oluşturduğu gösterilmiştir ( Nestadt ve ark 2001, Strober ve ark 2007).

AAB açısından aile-çocuk uyumunu incelemek amacıyla ÇAAB tanısı alan 44 çocuk ve ailelerinin (54 anne ve 29 baba) değerlendirildiği bir çalışmada, çocukların %63'ünde aile üyelerinden en az biri YAAB tanısı almıştır . Bu aileler kendi çocukluk dönemleri için de yüksek düzeyde ayrılma anksiyetesi bildirmişlerdir (Manicavasagar ve ark 2001). Yapılan bir ikiz çalışmasında anne ve kız çocuğu için ailevi kümelenme özelliklerinin daha güçlü olduğu ve kadın cinsiyetinin ayrılma kaygısı için daha güçlü bir genetik yük olabileceği belirtilmiştir ( Silove ve ark 1995). Ayrıca çocukluk döneminde ayrılma anksiyetesi yüksek olan kişilerin kardeşlerinde veya çocuklarında okul reddi daha sık oranda görülmektedir (Silove ve ark 1993).

Oksitosin'in bağlanma süreçlerini etkileyen bir nörotransmitter veya nöromodülatör olduğu bilinmektedir. YAAB tanılı hastalarda bu konuda yapılan çalışmalarda kısıtlıdır. Yapılan bir çalışmada YAAB tanılı hastaların arasında oksitosin geninin promotör ve kodlama bölgelerinde mutasyonlara dair kanıt bulunamamıştır. Başka bir çalışma ise oksitosin reseptör geni konusunda, iki tek nükleotid polimorfizmi ile ilgili bulgular vermiştir; 6930G> A (rs53576) ve 9073G> A (rs2254298). Bu tek nükleotid polimorfizimleri için GG genotipine sahip olanların unipolar depresyona sahip olma olasılığı daha yüksek bulunmuş ve depresif

grupta GG genotipine sahip bireylerin kaygılı bağlanma ve YAAB boyutlarında yüksek puanlar göstermiştir . Depresyon hastaları ile yapılan çalışmalarda ise oksitosin genindeki GG polimorfizminin hem MDB, hem de YAAB hastalarında Bağlanma Biçimleri Ölçeği'nin onay gereksinimi ile ilişkilendirilmiştir. MDB hastalarında YAAB eşlik edenlerde trombositlerdeki 18kDA translokator protein (TSPO) gen polimorfizmi saptanmıştır (Costa ve ark 2009).

Bağlanma konusunda oksitosin dışında moleküler genetik çalışmalar dopamin ve serotonin reseptör genleri üzerine de odaklanmıştır. Annedeki kayıplar ya da travmaların , çocukta bağlanma problemleri oluşturmasında dopamin genindeki DRD4 7-yineleme polimorfizminin rol oynadığı gösterilmiştir. Bu genin ÇAAB 'da rol alabileceğine dair destekleyici çalışmalar mevcuttur (Van Ijzendoorn ve ark 2006, Gadow ve ark 2010). Bir başka çalışmada DRD2 dopamin reseptör genindeki polimorfizmin anksiyöz bağlanmayla ve 5HT2a serotonin reseptör genindeki polimorfizmin ise kaçınan bağlanmayla ilişkili olduğu saptanmıştır ( Gillath ve ark 2008).

#### **2.2.4.2 Nörofizyolojik Çalışmalar**

Panik bozukluk ile karbondioksit aşırı duyarlılığının ilişkisi bilinmektedir. ÇAAB olan ergenlerin CO2 uyarımına PB hastalarında görülen fizyolojik değişikliklerle tepki verdikleri, bu hastaların solunumsal tehditlerden sağlıklılarından daha fazla korkma davranışı sergilediği gösterilmiştir (Pine ve ark 2005). Bir çalışmada da panik bozukluk tanılı ebeveynlerin ÇAAB saptanan çocuklarında , panik bozukluk hastalarına benzer şekilde solunumsal düzensizlikler ve artmış CO2 duyarlılığı saptanmıştır ( Robertson ve ark 2010). YAAB hastalarında yapılan bir çalışmada, hastaların panik bozukluk tanılı hastalar ile benzer oranlarda CO2 aşırı duyarlılığı olduğu bulunmuştur (Atlı 2012). Bu çalışmalar CO2 aşırı duyarlılığının panik bozukluk ve AAB 'nda ortak bir biyolojik belirteç olabileceğini düşündürmüştür.

#### **2.2.4.3 Nörokimyasal Çalışmalar**

Erken yaşam olaylarının hipofiz-pitiuter-adrenal (HPA) aks düzenlenmesini etkilediği bilinmektedir. Yetişkinlerdeki bağlanma kaygısının akut strese kortizol yanıtı ile bağlantı gösterdiği bulunmuştur ( Quirin ve ark 2008). HPA sistemi, oksitosinerjik sistemle bağlantılıdır. Bir çalışmada olumlu bağlanmaların oksitosin ve kortizol düzeylerini düzenleyerek stres azaltıcı etki oluşturduğu saptanmıştır. (Tops ve ark 2007). Erken ebeveyn kaybı yaşamış olan yetişkinlere oksitosin ve plasebo uygulanan bir çalışmada oksitosine olan kortizol azalması yanıtının zayıfladığı belirlenmiştir (Meinlschmidt ve ark 2007).

Anksiyete bozukluklarında, kronik strese değişkenlik gösteren trombositlerdeki 18-kDA translokator protein (TPSO) yoğunluğu ile ilgili de çalışmalar mevcuttur. Panik bozukluk tanılı yetişin hastalarındaki TPSO yoğunluğunun, özellikle ayrılma anksiyetesi belirtileri eşlik ediyorsa anlamlı biçimde sağlıklı kontrollere göre daha düşük olduğu bildirilmiştir ( Pini ve ark 2005).

#### **2.2.4.4 Görüntüleme alışmaları**

Sürekli olarak reddedilme ve terk edilme endişelerini tanımlayan ‘‘bağlanma kaygısı’’, temporal lob ve bellek işlevlerinden sorumlu olan hipokampus ile ilişkili bulunmuştur (Gillath ve ark 2005). Yapılan çalışmalarda, bağlanma kaygısı sol hipokampal hücre sayısında azalmayla ilişkilendirilmiştir ( Quirin ve ark 2010) . AAB ile ilişkilendirilen bağlanma olan anksiyöz bağlanmaya sahip erişkin olgulara öfkeli yüzler gösterildiğinde sol amigdala aktivitesinde bir artış olduğu saptanmıştır ( Vrticka ve ark 2008 ). Oksitosin uygulanması ile korku verici görsel imgelere olan amigdala yanıtlarının düzenlendiği gösterilmiştir (Kirsch ve ark 2005).

#### **2.2.4.5 Psikososyal Görüşler**

Çocukluk döneminde görülen AAB genel olarak bağlanma kuramıyla açıklanmaktadır. Bakımverenden sürekli tutarsız yanıt alma sonucunda ambivalan bağlanma geliştiren ocuk, bakımverenle birlikte olabilmek için daha yüksek düzey bağlanma davranışları gösterebilir ve ayrılma anksiyetesi bozukluğu geliştirebilir ( Brumari 2010). YAAB tanısı konulan hastalar, PB hastalarına kıyasla erken çocukluk yıllarında ‘‘annelerinin aşırı koruyucu olduğunu’’ anlamlı düzeyde daha fazla belirtmişlerdir (Manicavasagar ve ark 1999). PB hastalarına kıyasla YAAB ile ‘‘anksiyeteli bağlanma biçimi’’ arasında, daha güçlü korelasyon olduğu, YAAB hastalarının onay gereksinimlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Manicavasagar ve ark 2009). Erken yaşam olaylarının kişide psikopatoloji gelişmesinde etkin rol oynadığı bilinmektedir. Çocukluk ağı travmaları özellikle bu alanda önemlidir. Ebeveyn kaybı AAB için etkisi gösterilmiş olan bir etmendir. AAB belirtileri özellikle olumsuz bir yaşam olayından sonra başlayabilir. (Alkın 2018). YAAB ve TSSB’nin daha sık birlikte görülmesi, travma ve kişisel güvenliğe dair korkuların YAAB için bir risk faktörü olduğunu ileri sürmekle beraber; YAAB ile uzamış yas arasındaki güçlü ilişki ise sevilen kişinin kaybının diğer bir risk faktörü olduğunu düşündürmektedir (Bögels ve ark 2013).

#### 2.2.4.6 Bilişsel Görüşler

Kaygı bozukluklarında görülen bilgi işleme süreçlerindeki bilişsel çarpıtmalar AAB 'da da görülmektedir. ÇAAB olan çocukların anksiyöz olmayanlara göre daha fazla tehdit yorumları yapma, belirsizlik durumlarında daha fazla kaçma/ kaçınma davranışları gösterme ve tehlikelerle baş etmede kendilerini daha yetersiz hissetme gibi bilişsel çarpıtmalar sergiledikleri görülmektedir (Bögels ve ark 2013).

#### 2.2.5 Klinik Özellikler ve Tanı

Bazı farklılıklar dışında çocukluk ve yetişkinlik döneminde görülen ayrılma kaygısı belirtileri birbirine benzerdir (Silove ve ark 2010). Yetişkin dönemde görülen ayrılma ile ilişkili anksiyete ailenin de 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 bilişsel ve duygusal belirtiler daha ön plandadır ( Silove ve ark 2007). Yetişkinlikteki ayrılma kaygısı belirtileri, ebevenylerden ayrılmaktan korkmak kadar, "eşten ya da çocuklardan ayrılma" veya "yakınlarının başına bir zarar geleceği" konusunda aşırı kaygı ve korkuya duymaya dönüşmektedir (Manicavasagar 1997).

YAAB olan hastalar bağlanma figürleriyle yakınlığı ya da yakın iletişimi sürdürmeye olan gereksinimleri nedeniyle yoğun bir endişe hali içindedirler ( Silove ve ark 2007). YAAB tanısı alan hastalar bu kaygılarını " aşırı, ego-distonik ve yaşamlarını belirgin kısıtlayıcı" şeklinde tanımlamışlardır (Manisvasagar 2010). Yaygın anksiyete bozukluğunda olduğu gibi bu kaygılarını denetlemekte ve davranışlarına yansıtılmamakta güçlük çekerler. Hastalar sevdiği kişilerce terk edileceklerinden çok bu kişilerin başına kötü bir olay geleceğine karşı kaygı duymaktadır ( Cyranowski 2002). Çocuklar evden ayrılmamak için okula gitmeyi reddedebilir, yetişkinler ise işe gitmek istemeyebilir (Manicavasagar 2009). İncelikli baş etme ve kaçınma davranışları, örneğin işe geç gitme, işe gitmeme, evde zaman geçirme, başka bir kentte okumayı reddetme gibi yollarla yakınlığı sürdürmek için çabalarlar (Alkın 2018). Daha sık telefon görüşmesi yaparak, bağlanma figürüyle sık bağlantı sağlayacak şekilde katı rutinlere bağlanarak, birlikte olma süresini uzatma amacıyla aşırı konuşarak korkularıyla başa çıkmaya çalışırlar ( Silove ve ark 2007). Ayrılma temalı kâbuslar sıktır, yalnız uyumaktan kaçınırlar. Bazen ayrılma halinde veya beklentisinde panik atak geçirebilirler ( Manicavasagar ve ark 1997). Hastaların ¼'ünde "birine güçlü bağlanmaları " da ek bir endişe kaynağı olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada hastaların %69'u evde yakınlarıyla birlikteyken kendilerini daha güvende hissettiklerini ifade etmişlerdir ( Seligman 2007) .YAAB olan

olguların %21.1'i ev işlerinde,%21.7'si iş yaşamında, %28'i kişisel ilişkilerinde bozulma olduğunu bildirmiştir (Shear ve ark 2006).

### **Ayrılma anksiyetesi bozukluğu için DSM -5-TR tanı ölçütleri**

**A.** Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, kişinin evden ya da bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla ilgili, gelişimsel olarak uygunsuz ve aşırı anksiyetenin olması

1. Evden ya da bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılma beklendiğinde yineleyici 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 kişilerden 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 kişiler olmaksızın kalma ya da kendi için önemli yetişkin insanlar olmadan diğer ortamlarda bulunma konusunda isteksizlik gösterme ya da bu konuda sürekli ve aşırı bir korku duyma

6. Bağlandığı başlıca kişilerin yakınında olmadan ya da evin dışında uyuma konusunda sürekli bir isteksizlik gösterme ya da buna karşı direnme

7. Ayrılma konusunda sürekli kâbuslar görme

8. Bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılık söz konusu olduğunda tekrarlayan fiziksel belirtiler gösterme (baş ağrıları, karın ağrıları, bulantı ya da kusma gibi)

**B.** Bu endişe, tasa ya da kaçınma daimi bir hal alarak çocuklar ve ergenlerde en az dört hafta, yetişkinlerde ise en az altı ay süre devam eder.

**C.** Klinik bulgular eşliğinde bir rahatsızlığa ya da okul, iş, sosyal ve toplumsal alanlarda işlevsel azalmaya, başarısızlığa sebep olur.

**D.** Bu bozukluk, otizmde görülebilen evden uzaklaşmaya karşı direnme, psikoz ilişkili bozukluklarda ayrılık ile ilgili varsanılar, agorafobide güven duyulan biri olmadan evden çıkmaya direnme, yaygın kaygı bozukluğu kapsamında değer verilen diğer bireylere kötü bir

olay (hastalık gibi) gelmesinden endişelenme ya da hastalık kaygısı bozukluğunda sürekli hasta olma ile ilgili endişe duyma gibi diğer ruhsal bozukluklar ile daha iyi açıklanamaz (APA 2013)

DSM-IV'ün, çocukluğun AAB belirtilerinin yıllarca sürebileceğini belirtmesine ve bozukluğun belirtilerinin kendisinde 18 yaştan önce ortaya çıkmış bir yetişkinde AAB tanısına teknik olarak izin vermesine karşın, el kitabı “geç ergenlikte ortaya çıkış nadirdir” şeklinde ifade kullanmakta ve dahası bozukluğun yetişkin görünümüne ilişkin uygun bir ölçütlendirme sağlamamaktadır (APA 1994).

### **2.2.6 Eş Tanılar**

Yapılan taksonometrik analizler sonucunda YAAB için boyutsal yaklaşımın geçerliliğinin desteklenmesi sonucunda başta kaygı bozuklukları olmak üzere eş tanı oranlarının yüksek olduğu görülmüştür ( Manicavasagar ve ark 1997, Silove ve ark 2010) . Yapılan bir epidemiyolojik çalışmaya göre YAAB hastalarında %91.1 oranında DSM-IV kriterlerini karşılayan en az bir psikiyatrik hastalık daha mevcuttur. Bu toplum örneğine göre YAAB hastalarındaki yaşam boyu eştanı sıklık oranları en sık olarak; herhangi bir kaygı bozukluğu için % 67 , duygudurum bozukluğu için %62 oranındadır. Bu çalışma sonucunda YAAB olan hastalarda, olmayanlara göre, 3 kat fazla ilaç kötüye kullanımı, 5 kat fazla anksiyete bozukluğu, 4 kat fazla duygudurum bozukluğu olduğu görülmüştür. YAAB bulunmasının tüm anksiyete bozuklukları için, relapsların daha fazla olmasına ve hastanın tedavi almasını rağmen kalıcı semptomlarının devam etmesine neden olduğu bildirilmiştir. Ek olarak anksiyete bozukluklarına yönelik yapılan ilaç ve terapi tedavilerinde daha fazla direnç geliştiği vurgulanmıştır ( Shear ve ark 2006, Hatton 2006).

Manicavasagar ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, YAAB olan hastalarda %67 oranında eş tanılı ruhsal bozukluk saptanmış ve yaşam boyu değerlendirilen hastaların %69'unda MDB öyküsü olduğu bildirilmiştir (Manicavasagar 1997). Eştanı Çalışması Replikasyonu'nda ayrılma anksiyetesinin erişkinlik göstergelerinin PB'de %11, agorafobili PB'de %23,5 oranında görüldüğü bildirilmiştir ( Kessler ve ark 2006).

Yapılan 25 çalışmanın metaanalizi ile ÇAAB varlığının, erişkin dönemde PB ve herhangi bir anksiyete bozukluğunun gelişimi için riski arttırdığı ancak depresyon ve madde kullanım bozuklukları için risk artışı bulunmadığı sonucuna varılmıştır (Kossowsky ve ark 2013).

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 (Pini ve ark 2010). Manicavasagar ve arkadaşları ise yetişkin dönemde görülen AAB ile PB görülme oranının diğer anksiyete bozukluklarının görülme oranı ile benzer olduğunu bulmuşlardır ( Manicavasagar ve ark. 2000).

Anksiyete bozuklukları ile ilgili 520 hasta ile yapılan çalışmada hastalarda %23 panik bozukluk , %31 panik bozukluk + agorafobi, %26 YAB, %20 sosyal fobi olduğu bulunmuştur. Aynı hasta grubuna YAAB kriterleri uygulanmış ve hastalık dağılımları tekrar hesaplandığında yeni sonuçlar %23 YAAB, %12 panik bozukluk, %11 panik bozukluk+agorafobi, %21 YAB, %14 sosyal fobi şeklinde bulunmuştur. Bu sonuçlara göre en büyük küçülme panik bozukluk + agorafobi grubunda olup, grubun %49'u YAAB tanısı almıştır. Yani sadece panik bozukluk olan grubun %35 YAAB tanısı almıştır, bu çalışma ile YAAB en sık eşlik eden hastalığın panik bozukluk ve agorafobi olabileceği belirlenmiştir (Silove ve ark 2010). Aynı araştırmacılar tarafından yapılan iki farklı epidemiyolojik araştırma sonucunda panik bozukluğa YAAB'nin eşlik etme sıklığı %65 ve %46 olarak rapor edilmiştir ( Manicavasagar ve ark 2000, 2009)

Yapılan çalışmalarda, panik bozukluğa YAAB eşlik ettiğinde işlevsellik kaybının daha fazla olduğu ve medikal tedaviye yanıtın daha düşük olduğu bulunmuştur ( Shear ve ark 2006, Pini ve ark 2014). BDT açısından değerlendiren çalışmalarda ise panik bozukluğa YAAB eşlik ettiğinde BDT'ye olan yanıtın da tıpkı medikal tedaviye yanıt gibi azaldığı gösterilmiştir ( Aaronson ve ark 2008 , Pini ve ark 2012). Bu sonucu destekleyen bir çalışmada ise panik bozukluğa YAAB eşlik ettiğinde medikal ve BDT'ye yanıtın 3,7 kat azaldığı gösterilmiştir ( Silove ve ark 2010) .

Çocuk hastalarda en sık olarak yaygın kaygı bozukluğu ile özgül fobi eş tanıları görülmektedir (Jurbergs 2005). Komorbid anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozukluklarının ÇAAB veya YAAB vakalarında sık olduğu ve komorbidite açısından ÇAAB veya YAAB arasında farklılık olmadığı yönünde çalışmalar olsa da(Silove ve ark 2010) çocukluk başlangıçlı olan ve olmayan YAAB arasında farklılıklar olabilir. Bir çalışmada çocukluk başlangıçlı olmayan YAAB'ın, erişkinlikte sevilen kişilerin travmatik kaybından sonra başlayabildiği ve böylece komplike yasın ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)'nin eşlik ettiği bildirilmiştir ( Bögels 2013). Shear ve arkadaşları çocukluk dönemi AAB belirtileri yetişkin dönemde de 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 arasında aracı bir faktör olduğunu bulmuştur. Bu bulgu sevilen birinin kaybının erken dönem yaşanan ayrılma korkularını tetikleyebileceğini düşündürmektedir (Shear ve ark 2011). Komplike yas YAAB ile ilişkilendirilebilir. Çünkü travmatik kayıplar aynı zamanda YAAB için de tetikleyici neden olabilmektedir (Wijeratne ve ark 2003). Kavramsal olarak, hem travmatik kayıplar hem de örtüşen belirti tanımlayıcıları olmak üzere, karmaşık ya da travmatik yas ve ayrılık anksiyetesi bozukluğu durumları arasında yakın bir ilişki olduğu görülmektedir. YAAB tanılı 36 katılımcı ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların % 33'ü belirtilerinin başlangıcında büyük bir kayıp (ölüm, boşanma, bakıcı değişiklikleri) olduğunu bildirmişlerdir ( Manicavasagar 1997). Bosnalı mülteciler ile yapılan bir çalışmada ise YAAB'si olan hemen her kişide eşlik eden TSSB'si olduğu ancak TSSB'si olanların yarısında eşlik eden YAAB tanısı olduğu bulunmuştur (Silove ve ark 2010). Her ne kadar önceki bilgiler YAAB'nin özellikle PB ve agorafobiye eşlik ettiğini öne sürse de ; güncel çalışma verileri ise diğer psikiyatrik bozukluklarla beraber en sık komplike yas ve TSSB ile komorbidite gösterdiğini ileri sürmektedir (Silove ve ark 1995 , Bögels ve ark 2013).

Erişkin obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda yapılan çalışma sonucunda yaşam boyu AAB komorbiditesi %27,2 bulunmuş ve bu komorbiditenin işlevsellikte daha fazla bozulma, tedaviye yanıtta azalma ve başka psikiyatrik komorbiditelere yatkınlık ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (Franz ve ark 2014).

Bipolar bozukluk komorbiditesi olan PB hastalarının, bipolar bozukluk komorbiditesi olmayan PB hastalarına göre daha ciddi ve daha sık yetişkin dönem ayrılma anksiyetesi semptomları gösterdiği bildirilmiştir. Yetişkin dönem ayrılma anksiyetesi semptomları bipolar bozukluğun daha erken yaşlarda başlangıcıyla ilişkili bulunmuştur. Ayrıca YAAB birlikteliği bipolar bozukluğun şiddetini de daha fazla depresif atak gelişmesi yönünde olumsuz olarak etkilediği ileri sürülmüştür (Pini ve ark 2005).

Gebelik döneminde görülen YAAB ile depresyon ve anksiyete belirtilerinin örtüşmesini araştıran bir çalışmada doğum öncesi kadın doğum kliniğinde yatan kadınların erişkin dönemde görülen ayrılma anksiyetesi belirtileri değerlendirilmiş ve YAAB olan kadınlarla olmayanlar karşılaştırıldığında YAAB olan kadınların depresyon ve anksiyete puanlarının anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır (Eapen ve ark 2013).

YAAB ile kişilik bozuklukları ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada; hastalar kişilik bozukluğu olmayan ve en az bir kişilik bozukluğu olan şeklinde 2 gruba ayrılmış ve kişilik

bozukluğu olan grupta ayrılık anksiyetesi belirtilerinin erken başladığı, ayrılık anksiyetesi skorlarının daha yüksek olduğu, daha kötü işlevsellik düzeyine sahip oldukları bulunmuştur. AABE puanları kadınlarda ve genç hastalarda daha yüksek bulunmuş ve eşlik eden kişilik bozukluğu sayısıyla güçlü bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir ( Osone 2006). Manicavasagar ve ark. YAAB ve bağımlı kişilik bozukluğu arasında %17 oranında örtüşme bulmuştur. Aynı çalışma grubu, diğer anksiyete bozukluklarıyla karşılaştırdıklarında, YAAB'si olanlarda benzer sıklıkta kişilik bozukluğu bulmuşlardır ( Manicavasagar 2000). Silove ve ark. çocukluk başlangıçlı YAAB hastalarının daha sık komorbid kişilik bozuklukları (B ve C kümeleri) olduğunu saptamışlardır (Silove ve ark 2006).

Alkol kullanım bozukluğu, yeme bozukluğu ve sağlıklı kontrollerden oluşan 3 grupta YAAB ve bağımlı kişilik bozukluğunun araştırıldığı bir çalışmada; YAAB yaygınlığı kontrol grubunda %2, alkol kullanım bozukluğu grubunda %6, bulimia nevroza grubunda %15 oranında bulunmuştur. Yaşam boyu YAAB yaygınlığı ise , kontrol grubunda %5, alkol kullanım bozukluğu grubunda %16, bulimia nevroza grubunda %31 olarak bulunmuştur ( Loas ve ark 2002).

### **2.2.7 Ayırıcı Tanı**

Klinik olarak belirtilerin diğer kaygı bozuklukları ile benzer özellikler taşıması ve eş tanı oranlarının yüksek olması nedeniyle ayırıcı tanı zorlaşabilir. Panik bozukluk ile sık birlikteliği olan YAAB , yine panik bozukluk ile karışabilir. YAAB hastaları bağlanma figüründen ayrıldığında veya böyle bir ihtimal olduğunda panik atak geçirebilirler ancak temel korku panik atak geçirme korkusu değil, bağlanma figüründen ayrılma korkusudur. Agorafobi'de ise endişe içinde bulunduğu durum veya yerden uzaklaşmama, yardım alamama gibi durumlar ile ilgilidir. YAAB 'da ise korkular evden ayrılma, bağlanma figüründen ayrılma üzerine odaklanmıştır (Manicavasagar ve ark 2010).

YAB semptomları da YAAB ile benzerlik gösterebilir. Yakınlarının başına bir şey gelmesinden endişelenmek YAB 'da da sıklıkla gözlenir. Ancak YAB'da endişeler yalnızca ayrılma ile ilgili olmayıp birçok yaşam alanına yayılmaktadır (APA 2013). YAAB ve YAB komorbiditesi sık olduğu için iki tanı birlikte konulabilir (Alkın 2018).

TSSB'de ,özellikle de ayrılma olayı bir afet neticesinde olmuşsa, sevdikleri kişilerden ayrılma korkuları görülebilir. Travmatik olayla ilişkili olan kaçınmalar ve intruzyonların varlığı araştırılmalıdır (Alkın 2018). Kişisel güvenlik korkusunun TSSB ve ayrılık anksiyetesi bozukluğunun altında yatan ortak faktör olup olmadığı konusunda farklı görüşler mevcuttur.

YAAB tanılı bireylerde bu korku kümesi, bağlanma figürlerine yakınlığı koruma ihtiyacını yönlendiren önemli bir motivasyon kaynağı iken TSSB hastasında ise belirtilerin kaynağı olabilir (Manicavasagar 2010).

YAAB'da karşılaşılan olağan dışı algısal deneyimler bazen psikotik olarak değerlendirilebilir. Ancak, bunlar aslında gerçek uyarıların yanlış değerlendirilmesi, yalnızca belli durumlarda oluşması ve bağlanma figürlerinin varlığında olmaması gibi özelliklerle ayrılmaktadır (APA 2013)

YAAB ile bağımlı kişilik bozukluğu ayrımı önemli bir konudur. Bağımlı kişilik bozukluğunda temel endişe kendi fiziksel durumu ya da duygusal durumu ile başa çıkamayacağı ile ilgilidir. YAAB 'da ise temel endişe kaybetme odaklıdır. Bağımlı kişilik bozukluğu olan kişiler diğerlerine güven duyma ihtiyacı hissederler ve bu kişiler rastgele ve yaygındır, belirli figürlere odaklanmamıştır (Bögels ve ark 2013). YAAB hastaları ayrılma anksiyetesini görece daha tutarlı ilişkilerde yaşarlar ve ayrılma teması terk edilmekten ziyade sevilen kişinin başına kaza, yaralanma, ölüm veya öngörülme başka bir olayın gelmesi üzerinedir. Borderline kişilik bozukluğunda görülen "terk edilme korkuları veya terk edilmemeye yönelik çabalar" YAAB ile karışabilir. Genellikle bu korkular, emosyonel açıdan yoğun ve dengesiz ilişkilerden kaynaklanmaktadır. Buna karşın YAAB'da sürekliliği olan, dengeli ilişkilerde yaşanan ve terk edilmekten daha çok "kaza, yaralanma, kaçırılma ya da ölüm" kaynaklı ayrılıklardan korku vardır (Cyranowski ve ark 2002).

### **2.2.8 Prognoz**

Prognoz hakkında genellikle ÇAAB'nin erişkin dönemdeki bulguları ile ilgili çalışmalar vardır. Yapılan retrospektif çalışmalarda YAAB olan olguların büyük bir kısmında ÇAAB olduğu gösterilmiştir. Yapılan epidemiyolojik çalışmada ÇAAB öyküsü veren olguların %36'sında YAAB saptanmıştır (Shear ve ark 2006). Fakat ÇAAB'ın sadece YAAB ile ilişkili olmadığı ve tüm anksiyete bozuklukları ile ilişkisi olabileceği öne sürülmüştür. ÇAAB önceki çalışmalarda panik bozukluğun özgül bir öncülü olarak gösterilse de sonraki çalışmalarda bu durum desteklenmemiştir (Silove ve ark 2002, Lipsitz ve ark 1994). Yapılan bir çalışmada YAAB'nin YAB ve PB birlikteliğinin sık olduğu bildirilmiş ve ayrılık anksiyetesi belirti skorlarının daha yüksek olmasının bu birlikteliğe bağlı olduğu düşünülmüştür. YAAB belirtilerinin diğer anksiyete bozuklukları için predikte edici bir faktör olduğu belirtilmiştir (Manicavasagar 2000).

14-22 yaş aralığında olan olgularla yapılan yıllık izlem çalışmasında, ayrılık anksiyetesi olan hastalarda 4 yıllık izlem süresinde gelişen PB ve AGF ile ayrılık anksiyetesinin ilişkisi olduğu, benzer ilişkinin diğer anksiyete bozuklukları, alkol kullanım bozuklukları ve bipolar bozukluklarda olmadığı gösterilmiştir ( Brückl ve ark 2006).

Erken çocukluk dönemi başlangıçlı ayrılma anksiyetesi bozukluğunun erişkin dönemde daha yüksek oranda YAAB gelişimine neden olması beklenirken, orta-geç çocukluk dönemi başlangıcı olanların YAAB geliştirme oranının daha yüksek olduğu görülmüştür. Aynı grupta yetişkinlikte daha yüksek afektif atak sıklığı, diğer anksiyete bozuklukları ve kişilik bozukluklarının eş tanı olarak daha fazla geliştirme eğilimi olduğu görülmektedir. Bu nedenle, orta ve geç dönem çocukluk ve erken ergenlik dönemlerini kapsayan ciddi ayrılık kaygısı olan bireylerin genel olarak daha kötü prognoz gösterme olasılığı mevcuttur ( Manicavasagar ve ark 2010). Boşanma, ölüm gibi travmatik durumlara sekonder gelişen YAAB'da episodik seyir daha fazladır (Manicavasagar 1997). 60 yaş üstü bireylerde ayrılma anksiyetesi çok az görülmektedir. Bu yaş grubunda huzur evine yerleşme, ölüm nedeniyle arkadaşlarından ve sevdiklerinden ayrılma gibi nedenler ayrılık anksiyetesinin oluşmasını tetiklemektedir ( Chanaka 2013).

### **2.2.9 Tedavi**

Ulusal Eştanı Çalışması Replikasyonu çalışmasında YAAB tanısı alanların %75'inin daha önce tedavi aldığı ancak %68 'inde ayrılma anksiyetesi belirtilerinin tedavide odak noktası olmadığı bildirilmiştir (Shear ve ark 2006).Kanıtlar genel anksiyete kliniklerinde tedavi sonuçlarının sınırlı olmasında YAAB'ı tanımlama ve tedavi etmenin başarısız olmasının önemli olabileceğini göstermektedir (Manicavasagar ve ark 2010).

YAAB açısından tedavi ile ilgili çalışmalar oldukça sınırlıdır. ÇAAB 'da hem genel BDT, hem de ayrılma anksiyetesi semptomlarına yönelik özgül BDT etkili bulunmuştur. Bu bulgudan yola çıkarak YAAB'da da BDT'nin etkili olduğu söylenebilir. Ancak diğer anksiyete bozukluklarına odaklanan geleneksel bilişsel davranışçı terapinin yetişkin ayrılma anksiyetesini azaltmadığı gözlemlenmiştir ( Manicavasagar ve ark 1997).

PB için BDT alan hastaların, YAAB ile komorbid olup tanı almamaları halinde tedaviden olumsuz sonuç elde etme olasılığının yaklaşık dört kat daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Bu sonucun YAAB'ın psikopatolojisinin temel özelliklerinin BDT ile ele alınıp bilişsel yeniden yapılandırılmanın yapılmamasından ileri geldiği düşünülmüştür. Bu etki genel anksiyete belirtilerinin ciddiyeti, eşlik eden anksiyete bozukluklarının sayısı,

sosyoekonomik durum, agorafobinin ciddiyeti ve hastalık süresi gibi diğer prognostik faktörler göz önüne alındıktan sonra bile devam etmiştir ( Aaronson ve ark 2008).Tek başına veya diğer anksiyete bozukluklarıyla birlikte özellikle YAAB'a odaklanan bilişsel davranışçı terapi ayrılma anksiyetesini azaltarak daha iyi sonuçlar elde edilmesini sağlayabilir ( Bögels ve ark 2013). Kaygıda uygulanan, insan ilişkilerine ve bununla bağlantılı olan affektlere odaklanan , psikodinamik ve kişiler arası psikoterapinin yararlı olduğu yönünde veriler mevcuttur. Aileyi ele alan , destekleyici , kişinin bağlanma paternlerini ve emosyonlarını anlayabilen affekt odaklı psikoterapiler işe yarayabilir ( Milrod ve ark 2014).

YAAB'ın tedavisi ile ilgili farmakolojik açıdan literatür bilgisi bulunmamaktadır. Tanı ayırımı yapmaksızın, fluoksetin AKB 'li bireyleri de içeren kaygı bozukluğu tanılı çocuk hasta gruplarında etkilidir ( Bögels ve ark 2013).

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Örneklem**

Bu çalışma, 2018 Mart – 2019 Temmuz tarihleri arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran ve SCID/CV(Structured Clinical Interview for DSM-IV/Clinical Version) ile yapılan psikiyatrik görüşme ile DSM-IV tanı ölçütlerine göre YAB tanısı alan 300 hasta ile yapılmıştır. Çalışmaya alınma ölçütleri; gönüllü olmak, 18-65 yaşında olmak olarak belirlenmiştir. Dışlama ölçütleri; ek medikal hastalık, mental retardasyon , YAB dışında psikiyatrik tanının olması , son bir ay içerisinde psikotrop ilaç kullanım öyküsünün olması , son 6 ay içinde alkol ya da madde kullanım bozukluğunun bulunması olarak belirlenmiştir.

#### **3.2. Yöntem ve Değerlendirme Araçları**

Çalışma ölçütlerini karşılayan hastalara sosyodemografik bilgi ve hastalığa ait özellikler veri formu, Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri, Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi, TEMPS-A Mizaç Ölçeği uygulanmıştır. Bu tanı araçlarının arasında kendini değerlendirme ölçekleri olan 3 ölçek (TEMPS-A Mizaç Ölçeği, Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri ve Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi) görüşmenin sonunda olgulara verilmiştir. Katılımcılara Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme'de (AAB-YKG) YAAB semptomlarının sorgulandığı 8 maddeden en az 3'ünün karşılanması ve aynı zamanda Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi'nden (YAAA) 25 üzeri puan alınması ile YAAB tanısı

konmuştur (Cyranowski ve ark 2002; Manicavasagar ve ark 1997). Geçmişe yönelik çocukluk ayrılma anksiyetesi bozukluğu (ÇAAB) tanısı ise, AAB-YKG ÇAAB belirtilerinden en az 3'ünün karşılanması ve aynı zamanda Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri'nden (AABE) en az 13 puan alınması ile konmuştur (Cyranowski ve ark 2002; Slove ve ark 1993). YAAB eş tanıli hastalarda en sık görülen belirtilerin saptanmasında YAAA'da 'çok sık' cevabın verildiği seçenekler değerlendirmeye alınmıştır.

### **3.2.1. Sosyodemografik Bilgi ve Hastalığa Ait Özellikler Veri Formu**

Çalışmanın amacına yönelik olarak hazırlanmış, hastaların yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, ekonomik durum, çocuk sayısı, birlikte yaşadığı kişiler şeklinde bilgileri içeren sosyodemografik özellikleri kapsayan ve hastalığa ait verileri içeren, klinik tanı sürecini değerlendiren ayrıntılı görüşme formudur.

### **3.2.2. SCID-I / CV (Structured Clinical Interview for DSM-IV/Clinical Version)**

Görüşmeci tarafından uygulanan, eksen I ruhsal bozuklukların tanısını DSM-IV'e göre araştıran yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir (First ve ark. 1997). Sosyodemografik veri formu ile başlayan bu ölçek duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, alkol madde ile ilgili bozukluklar, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları ve uyum bozuklukları modüllerinden oluşmakta olup, 38 ruhsal bozukluğu tanı ölçütleri ile, 10 ruhsal bozukluğu ise tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. Türkçeye uyarlanmış olup, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Özkürkçügil ve ark. 1999).

### **3.2.3 Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HADÖ)**

Ölçek, Hamilton tarafından 1959 yılında geliştirilmiş olup, bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır . Anksiyetenin psişik ve fiziksel belirtilerini sorgulayan 14 maddeden oluşmuştur. Ölçekte belirtinin varlığı ve şiddeti görüşmeci tarafından değerlendirilir. Alınabilecek en yüksek puan 56'dır. 0-4 puan arası anksiyete yok , 17'nin altı hafif derecede , 18-24 orta derecede , 25'in üstü şiddetli ve ağır derecede anksiyete şeklinde sınıflandırılır (Maier ve ark 1988). Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Yazıcı ve ark 1998).

### **3.2.4 Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)**

Hastalardaki depresyonun şiddetini ölçmek için kullanılan, değerlendiricinin derecelemesine dayanan, 17 soruluk bir ölçektir. 1960 yılında Max Hamilton tarafından

yayınlanmıştır. Depresyonun derecesini ölçmek için en yaygın olarak kullanılan yöntemdir. Yapılan derecelendirmenin toplanmasıyla 0 ile 53 arasında değişen ölçek toplam puanı elde edilmektedir ve puandaki artış depresyonun şiddetindeki artışa işaret etmektedir . 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu , 16-28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derece de depresyonu göstermektedir (Williams 1988). Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Akdemir ve ark 1996).

### **3.2.5. Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (AAB-YKG)**

Cyranowski ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Çocukluk ayrılma anksiyetesi semptomları ve yetişkin ayrılma anksiyetesi semptomlarının sorgulandığı 8'er maddelik 2 ayrı bölümden oluşmaktadır. Her bir bölümden en az 3 semptomun karşılanması ile ÇAAB veya YAAB tanısı konmaktadır (Cyranowski 2002). Türkçe' ye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Diriöz ve ark 2012).

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

Silove ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi semptomlarının sorgulandığı öz-bildirime dayalı bir ölçektir. 15 maddeden oluşmaktadır; dördümlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Kesme puanı 12'dir (Silove ve ark 1993). Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Diriöz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Diriöz ve ark 2012).

### **3.2.7 Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA)**

Manicavasagar ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Yetişkin ayrılma anksiyetesi belirtilerinin sorgulandığı 27 maddeden oluşmaktadır. Dördümlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Kesme puanı 25'tir (Manicavasagar ve ark 2003). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Diriöz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Diriöz ve ark 2012).

### **3.2.8 TEMPS-A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris, San Diego Autoquestionnaire) Mizaç Ölçeği**

Akiskal ve arkadaşlar tarafından baskın affektif mizacı değerlendirmek için oluşturulan bir ölçektir. Türkçeye uyarlanmış olup geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Vahip ve ark. 2005). Orjinal ölçek kadınlar için 110 erkekler için 109 maddeden oluşurken, ölçeğin Türkçeye uyarlanmış formu 99 maddeden oluşmakta ve depresif,

hipertimik, siklotimik, irritabl ve anksiyöz olarak beş farklı mizacı belirlemektedir. Kişi tüm yaşamını düşünerek maddelere doğru veya yanlış şeklinde yanıt verir. Doğru yanıtlar 1 puan, yanlış yanıtlar 0 puan ile değerlendirilir.

Ölçekte depresif mizaç 18 madde, siklotimik mizaç 19 madde, hipertimik mizaç 20 madde, irritabl(sinirli) mizaç 18 madde ve anksiyöz mizaç 24 madde ile sorgulanmakta ve baskın mizacı belirlemek için kesim noktaları sırasıyla 13, 18, 20, 13 ve 18 puandır. Kişide birden fazla baskın mizaç özelliği bulunabilir.

### **3.3. İstatistiksel analiz**

İstatistik analizler SPSS programının 20.0 versiyonu ile yapılmıştır. Örneklemdeki sayısal değişkenlerin Kolmogorov-Smirnov testi ve histogram ile normal dağılım gösterip göstermedikleri değerlendirilmiştir. Ayrılık anksiyetesi olan ve olmayan bağımsız grupların normal dağılım gösteren sayısal değişkenlerinin karşılaştırılması için Student t testi, normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler için Ki-kare testi ile gerektiğinde Fisher'in kesin ki-kare testi kullanılmıştır. Yaygın anksiyete bozukluğu hastalarının anksiyete skorlarıyla diğer klinik ve sosyodemografik sayısal değişkenlerin korelasyonunda Pearson ve Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Ayrılık anksiyetesi ve yaygın anksiyete bozukluğu olan hasta grubunun anksiyete skorlarını etkileyen bağımsız değişkenlerin saptanması için multivariate stepwise lineer regresyon model oluşturulmuştur. Analizlerde anlamlılık düzeyi olarak  $P < 0.05$  alınmıştır.

### **3.4 Etik Kurul**

Bu çalışma, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığınca 7 Mart 2018 tarih ve 2018/1125 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

## **4. BULGULAR**

### **4.1 Sosyodemografik Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışmaya 206'sı (%68.7) kadın, 94'ü (%31.3) erkek olmak üzere 300 hasta alındı. Hastaların 61'inde (%20,3) YAAB eş tanısı bulundu. Bu hastaların 40 'ında (%13.3) geçmişinde ÇAAB öyküsü varken 21 hastada (%7,0) sadece YAAB bulunmaktaydı. Kırk dokuz (%16,3) hastada ÇAAB öyküsü varken, bu hastaların 9'unda (%3,0) erişkin dönemde belirti olmadığı görüldü. Çalışmaya katılanların yaş ortalamaları  $40.4 \pm 12,8$  olup, 219'u (%73.0) evli, 64'ü (%21.3) bekar ve 17'si (%5.7) boşanmış veya dul idi. Evlenme yaşı

ortalaması  $22.8 \pm 4.23$  iken, boşananlarda boşanma yaşı ortalaması  $30.44 \pm 9.27$  olarak bulundu. Hastaların çocuk sayısı ortalaması  $2.42 \pm 1.24$  olarak bulundu. Çalışmaya katılan hastaların eğitim düzeylerine bakıldığında 173'ü (%57.7) ilkokul, 58'i (%19.3) lise ve 69'u (%23.0) üniversite mezunu olduğu görüldü. Hastaların 101'inin (%33,7) çalıştığı, 167(%55.7)'sinin çalışmadığı, 23'ünün (%7.7) öğrenci ve 9'unun (%3.0) emekli olduğu görüldü. Ekonomik durumu 106 (%35.3) hastanın kötü, 176'sının ( %58.7) orta ve 18 (%6)'sının iyi düzeyde idi. Birlikte yaşadığı kişiler açısından bakıldığında en yüksek oran çocuk/ eş ile (n:224 , %74.7) olduğu görüldü. Bunu anne ve /veya baba ile 39 (%13.0), arkadaşları ile 15 (%5.0), yalnız 17 (%5.7) yaşayanların oranları izledi. Çocukluk döneminde ise en yüksek oran anne / baba ile (n:294, %98) yaşayanlarda görüldü. Hastaların 157'sinin (% 52.3) ailesi ile aynı ilde yaşadığı , telefon aracılığıyla 15'inin (%5.0) günde birden fazla , 119'unun (%39.9) her gün bir kez, 112'sinin (%37.6) her hafta, 52'sinin (%17.4) ise daha nadir görüştüğü görüldü. Hastaların 6'sının (%2) anne babasının boşanmış olduğu görüldü. Hastaların önemli bir kısmında anne (n: 245, %81.7), baba (n:230, %76.7), eş (n:297, % 97.7) ve çocuk (n: 293, %98.0) kaybının olmadığı görüldü. Toplam kayıp sayısı açısından bakıldığında ise 204 (% 68) hastanın yakın kaybının olmadığı, 56'sının (%18.7) bir, 30'unun (%10), iki, 8'inin (%2.8) üç ve 2'sinin(%0.7) dört yakınını kaybetmiş olduğu görüldü. Yakının kaybeden hastaların ilk kayıp yaş ortalaması  $31.2 \pm 16.4$  idi (Tablo 4.1).

**Tablo 4.1 Hastaların Sosyodemografik Özellikleri**

	N	%
<b>Cinsiyet(%)</b>	Erkek:94 Kadın:206	%31,3 %68,7
<b>Yaş(ort±ss)</b>	40,4 ± 12,8	
<b>Medeni Durum (%)</b>	Evli:219 Bekar:64 Boşanmış/Dul:17	%73,0 %21,3 %5,7
<b>Çocuk sayısı(ort± ss)</b>	2,42 ±1,24	
<b>Evlilik yaşı(ort±ss)</b>	22,8 ±4,23	
<b>Boşanma Yaşı(ort±ss)</b>	30,44 ± 9,27	

**Tablo 4.1 (Devam) Hastaların Sosyodemografik Özellikleri**

	N	%		
<b>Eğitim Seviyesi(%)</b>	İlkokul:173	%57,7	2	0,4
	Lise:58	%19,3		
	Üniversite:69	%23,0		
<b>Çalışma durumu(%)</b>	Çalışıyor:101	%33,7		
	Çalışmıyor:167	%55,7		
	Öğrenci:23	%7,7		
	Emekli:9	%3,0		
<b>Ekonomik durum(%)</b>	Kötü: 106	%35,3		
	Orta: 176	%58,7		
	İyi:18	%6		
<b>Birlikte yaşadığı kişiler(%)</b>	Yalnız:17	%5,7		
	Anne/Baba ile:39	%13,0		
	Çocuk/Eş ile:224	%74,7		
	Arkadaşları ile:15	%5,0		
	Yurtta:2	%0,7		
	Anne ile:3	%1,0		
<b>Çocukluk döneminde birlikte yaşadığı kişiler(%)</b>	Anne/Baba ile: 294	%98		
	İkinci derece akraba ile: 6	%2		
<b>Ailesi ile aynı ilde mi yaşıyor(%)</b>	Evet:157	%52,3		
	Hayır:143	%47,7		
<b>Ailesi ile telefonda görüşme sıklığı(%)</b>	Günde birden fazla :15	%5,0		
	Her gün bir kez:119	%39,9		
	Her hafta:112	%37,6		
	Daha nadir:52	%17,4		
<b>Anne baba boşanmış mı(%)</b>	Evet:6	%2		
	Hayır:294	%98,0		
<b>Kayıp sayısı(ort±ss)</b>	0 kayıp:204	%68		
	1 kayıp:56	%18,7		
	2 kayıp:30	%10		
	3 kayıp:8	%2,8		
	4 kayıp:2	%0,7		
<b>İlk kayıp yaşı(ort±ss)</b>	31,2 ±16,4			

**Tablo 4.1 (Devam) Hastaların Sosyodemografik Özellikleri**

	N	%
<b>Anne kaybı(%)</b>	Yok:245	%81,7
	Var:55	%18,3
<b>Baba kaybı(%)</b>	Yok: 230	%76,7
	Var:70	%23,3
<b>Eş kaybı(%)</b>	Yok:297	%97,7
	Var:7	%2,3
<b>Çocuk kaybı(%)</b>	Yok: 293	%98,0
	Var:6	%2,0

#### **4.2 Hastalığa Ait Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışmaya katılan hastaların hastalık başlangıç yaşlarının ortalaması  $37,04 \pm 12,3$  olup, hastalık süresi ortalama  $44,9 \pm 54,6$  ay olarak bulundu. Yüz altmış iki (%54.0) hastanın daha önce hiç psikiyatri başvurusu bulunmazken, 108'i ( %36.0) daha önce bir defa, 10'u ( %3.33) ise en az üç defa başvuruda bulunduğu görüldü. Hastaların 183'ünde (%66,1) hastada hastalığı tetikleyici herhangi bir etken bulunmazken, 20'sinde (%7,2) yakın kaybı, 34'ünde (%12,3) aile içi problemler, 40'ında ( %14,4) ise diğer (maddi problemler, sınav kaygısı, aileden uzaklaşma, postpartum tetikleyiciler) şeklinde stresör etkenler bulundu. Hastaların 86'sında ( % 28.7) ailede psikiyatrik öykü mevcuttu. Hastaların 32'sinin (%10.7) ailelerinde YAB, 12'sinde (%4) PB, 42'sinde MD, 3'ünde (%1) bipolar duygulanım bozukluğu, 8'inde (%2.7) şizofreni öyküsü olduğu görüldü. Hastaların 92'sinin (%30,7) sigara kullandığı , alkol ve madde kullanım oranlarının ise ( n:18, %6.0 ve n:2, %0.7) düşük olduğu görüldü. (Tablo 4.2).

**Tablo 4.2 Hastaların Hastalığa Ait Verileri**

	N	%
<b>Hastalığın başlangıç yaşı(yıl olarak) (ort±ss)</b>	36,7 ± 12,1	
<b>Hastalık süresi(ay olarak ) (ort±ss)</b>	44,9 ± 54,6	
<b>Tedavi için Başvuru Sayısı(%)</b>	Hiç: 162 Bir kez: 108 İki kez: 20 Üç ve daha fazla: 10	%54.0 %36.0 %6.7 %3.3
<b>Stres faktörü</b>	Yok: 183 Yakın Kaybı: 20 Ailevi Problemler: 34 Diğer: 40	%66,1 %7,2 %12,3 %14,4
<b>Ailede psikiyatrik öykü(%)</b>	Yok: 214 Var: 86	%71,3 %28,7
<b>Ailede yaygın anksiyete bozukluğu öyküsü ( %)</b>	Yok: 268 Var: 32	%89,3 %10,7
<b>Ailede panik bozukluk öyküsü (%)</b>	Yok: 288 Var: 12	%96,0 %4,0
<b>Ailede major depresyon öyküsü(%)</b>	Yok: 258 Var: 42	%86,0 %14,0
<b>Ailede bipolar duygulanım bozukluğu öyküsü (%)</b>	Yok: 297 Var: 3	%99,0 %1,0
<b>Ailede şizofreni öyküsü (%)</b>	Yok: 292 Var: 8	%97,3 %2,7
<b>Madde kullanımı(%)</b>	Var: 2 Yok: 298	%0,7 %99,3
<b>Alkol kullanımı(%)</b>	Var: 18 Yok: 282	%6,0 %94,0

Sigara kullanımı (%)	Var: 92	%30.7
	Yok: 208	%69.3

#### 4.3 YAAB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Çalışmaya alınanlar, YAAB eş tanısı olan ve olmayan şeklinde iki gruba ayrılarak sosyodemografik veriler açısından karşılaştırıldı. YAAB eş tanısı olan gruptaki olgularda kadın cinsiyet oranı %80.3 ( n=49 ) , olmayan grupta %65.7 ( n=157) bulundu. YAAB eş tanısı olan grupta olmayan gruba göre kadın cinsiyet oranının istatistiksel olarak anlamlı derece yüksek olduğu saptandı (p= 0,028) . YAAB eş tanısı olan grupta olmayan gruba göre ekonomik durumun istatistiksel olarak anlamlı derecede daha kötü olduğu görüldü (p=0,017). YAAB eş tanısı olan grupta aile ile aynı ilde yaşama ve telefon aracılığıyla görüşme sıklığının oranları YAAB eş tanısı olmayan gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (p=0.042 ve p<0.001). Yaş, medeni durum, eğitim seviyesi, çalışma durumu, boşanma yaşı, halen ve çocukluk döneminde birlikte yaşadığı kişiler, anne babanın boşanma durumu, yakın kaybı açısından iki grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 4.3 ).

**Tablo 4.3 YAAB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması**

Veri	YAAB Eş Tanısı Olan Grup (n:61)	YAAB Eş Tanısı Olmayan Grup (n:239)	Df	p
<b>Cinsiyet (%)</b>	Erkek:12 (%19,7) Kadın:49(%80,3)	Erkek:82(%34,3) Kadın:157(%65,7)	1	<b>0,028</b>
<b>Yaş (ort±ss)</b>	41,13 ±11,64	40,22±13,1	298	0,622
<b>Medeni(%) Durum</b>	Evli:45(%73,8) Bekar:12(%19,7) Boşanmış/Dul:4(%6,6)	Evli:174(%72,8) Bekar:52(%21,8) Boşanmış/Dul:13(%5,4)	2	0,899
<b>Çocuk sayısı(ort±ss)</b>	2,21±0,9	2,48±1,31	240	0,174
<b>Evlilik yaşı(ort±ss)</b>	22,64±3,38	22,84±4,43	238	0,764

<b>Boşanma Yaşı (ort±ss)</b>	34,6±12,5	28,3±7,6	7	0,369
<b>Eğitim Seviyesi(%)</b>	İlkokul:39(%63,9) Lise:9(%14,8) Üniversite:13(%21,3)	İlkokul:134(%56,1) Lise:49(%20,5) Üniversite:56(%23,4)	2	0,485

**Tablo 4.3 (Devam) YAAB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması**

Veri	YAAB Eş Tanısı Olan Grup (n:61)	YAAB Eş Tanısı Olmayan Grup (n:239)	Df	p
<b>Eğitim yılı (ort±ss)</b>	8,27±4,22	8,88±4,60	298	0,35
<b>Çalışma durumu(%)</b>	Çalışıyor:21(%34,4) Çalışmıyor:32(%52,5) Öğrenci:7(%11,5) Emekli:1(%1,6)	Çalışıyor: :80(%33,5) Çalışmıyor: :135(%56,5) Öğrenci: :16(%6,7) Emekli:8(%3,3)	3	0,557
<b>Ekonomik durum(%)</b>	Kötü:30(%49,2) Orta:26(%42,6) İyi:5(%8,2)	Kötü:76(%31,8) Orta:150(%62,8) İyi:13(%5,4)	2	<b>0,017</b>
<b>Birlikte yaşadığı kişiler(%)</b>	Yalnız:2(%3,3) Anne/Baba ile:10(%16,4) Çocuk/Eş ile:47(%77,0) Arkadaşları ile:1(%1,6) Yurtta:1(%1,6) Anne ile:0(%0,0)	Yalnız:15(%6,3) Anne/Baba ile:29(%12,1) Çocuk/Eş ile:177(%74,1) Arkadaşları ile:14(%5,9) Yurtta:1(%0,4) Anne ile:3(%1,3)	5	0,405
<b>Çocukluk döneminde birlikte yaşadığı kişiler(%)</b>	Anne/Baba ile:61(%100,0) İkinci derece akraba ile :0(%0,0)	Anne/Baba ile:233(97,5) İkinci derece akraba ile :6(%2,5)	1	0,211
<b>Ailesi ile aynı ilde mi yaşıyor(%)</b>	Evet:39(%63,9) Hayır:22(%36,1)	Evet:118(%49,4) Hayır:121(%50,6)	1	<b>0,042</b>
<b>Ailesi ile telefonda görüşme sıklığı(%)</b>	Günde birden fazla :6(%9,8) Her gün bir kez:39(%63,9) Her hafta:13(%21,3) Daha nadir:3(%4,9))	Günde birden fazla :9(%3,8) Her gün bir kez:39(%33,8) Her hafta:99(%41,9) Daha nadir:49(%20,7)	3	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Anne baba</b>	Evet:0(%0,0)	Evet:6(%2,5)	1	0,211

<b>boşanmış mı</b>	Hayır:61(%100,0)	Hayır:233(%97,5)		
<b>Kayıp sayısı (ort±ss)</b>	0,5±0,8	0,4±0,8	102	0,617
<b>İlk kayıp yaşı(ort±ss)</b>	32,3±10,11	30,8±17,7	102	0,711

**Tablo 4.3 (Devam) YAAB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması**

<b>Veri</b>	<b>YAAB Eş Tanısı Olan Grup (n:61)</b>	<b>YAAB Eş Tanısı Olmayan Grup (n:239)</b>	<b>Df</b>	<b>p</b>
<b>Anne kaybı(%)</b>	Yok: 47(%77,0) Var:14(%23,0)	Yok:198(%82,8) Var: 41(%17,2)	1	0,296
<b>Baba kaybı(%)</b>	Yok: 230 Var:70	%76,7 %23,3		
<b>Eş kaybı(%)</b>	Yok: 60(%100,0) Var:0(%0,0)	Yok: 231(%97,1) Var:7(%2,9)	1	0,179
<b>Çocuk kaybı (%)</b>	Yok:58(%96,7) Var:2(%3,3)	Yok: 235(%98,3) Var:4(%1,7)	1	0,412

Ki-kare testi, Student-t testi,  $p<0.05$

#### **4.4. YAAB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Hastalık ve Aile Öyküsü Verilerinin Karşılaştırılması**

Çalışmaya katılanlar, YAAB eş tanısı olan ve olmayan iki gruba ayrılarak hastalığa ait veriler açısından karşılaştırıldı. YAAB eş tanısı olan grupta hastalık süresi ortalama  $59.2 \pm 54.9$  ay olup YAAB eş tanısı olmayan gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu ( $p=0.022$ ). YAAB eş tanısı olan gruptaki hastaların tedavi için başvuru sayısının anlamlı düzeyde daha fazla olduğu görüldü ( $p<0.001$ ). Hastaların yaygın anksiyete belirtilerini başlatıcı stresör etkenler sorgulandığında, YAAB eş tanısı olan grupta istatistiksel olarak anlamlı yükseklikte stresör etkenlerin bulunduğu görüldü ( $p<0.001$ ). Hastalar aile öyküleri açısından değerlendirildiğinde YAAB eş tanısı olan hastaların ailede psikiyatrik öykü oranı %39,3 ( $n=24$ ), olmayan hastaların %25,9 ( $n=62$ ) bulundu. Aradaki fark istatistiksel olarak YAAB eş tanısı olan grupta anlamlı düzeyde yüksek bulundu ( $p=0.039$ ). YAAB eş tanısı olan grupta psikiyatrik hastalık öyküsü açısından aile öyküleri değerlendirildiğinde en sık depresif bozukluk ( $n=31$ , %13.0) olduğu, bunu YAB ( $n=26$ ,

%10.9), PB (n=7, %2.9), şizofreni (n=4, %1.7) ve bipolar duygulanım bozukluğu'nun ( n=1, %0.4) izlediği görüldü. Yine YAAB eş tanılı hastaların birinci derece yakınlarında depresif bozukluk, şizofreni ve bipolar duygulanım bozukluk öyküsü anlamlı düzeyde yüksek bulundu. (p=0.045, p=0.035, p=0.045) Hastalığın başlangıç yaşı, sigara, alkol veya madde kullanımını açısından iki grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 4.4 )

**Tablo 4.4 YAAB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Hastalık ve Aile Öyküsü Verilerinin Karşılaştırılması:**

Veri	YAAB Eş Tanısı Olan Grup (n:61)	YAAB Eş Tanısı Olmayan Grup (n:239)	Df	p
Hastalığın başlangıç yaşı(yıl olarak) (ort±ss)	35,6 ± 11,3	37,04 ± 12,3	298	0,440
Hastalık süresi(ay olarak ) (ort±ss)	59,2 ± 54,9	41,28 ± 54,15	298	<b>0,022</b>
Tedavi için Başvuru Sayısı(%)	Hiç: 15 (%24,6) Bir kez: 27 (%44,3) İki kez: 12 (%19,7) Üç ve daha fazla: 7 (%11,5)	Hiç: 147 (%61,5) Bir kez: 81 (%33,8) İki kez: 8 (%3,34) Üç ve daha fazla: 3 (%1,2)	3	<b>&lt;0,001</b>
Stres Faktörü Öyküsü(%)	Yok: 22(%39,3) Yakın Kaybı: 13(%23,2) Ailevi Problemler: 11(%19,6) Diğer: 10 (%17,9)	Yok: 161(%72,9) Yakın Kaybı: 7(%3,1) Ailevi Problemler: 23 (%10,4) Diğer: 30(%13,6)	3	<b>&lt;0,001</b>
Ailede psikiyatrik öykü(%)	Yok: 37 (%60,7) Var: 24 (%39,3)	Yok: 177 (%74,1) Var: 62 (%25,9)	1	<b>0,039</b>
Ailede Yaygın anksiyete Bozukluğu(%)	Yok: 55 (%90,2) Var: 6 (%9,8)	Yok: 213 (%89,1) Var: 26 (%10,9)	1	0,814
Ailede Panik Bozukluk(%)	Yok: 56 (%91,8) Var: 5 (%8,2)	Yok: 232 (%97,1) Var: 7 (%2,9)	1	0,061
Ailede	Yok: 50 (%82,0)	Yok: 208 (%87,0)	1	<b>0,045</b>

<b>Depresif Bozukluk(%)</b>	Var: 11 (%18,0)	Var: 31 (%13,0)		
<b>Ailede Bipolar Bozukluk(%)</b>	Yok: 59 (%96,7) Var: 2 (%3,3)	Yok: 238 (%99,6) Var: 1 (%0,4)	1	<b>0,045</b>

**Tablo 4.4 (Devam) YAAB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Hastalık ve Aile Öyküsü Verilerinin Karşılaştırılması**

<b>Veri</b>	<b>YAAB Eş Tanısı Olan Grup (n:61)</b>	<b>YAAB Eş Tanısı Olmayan Grup (n:239)</b>	<b>Df</b>	<b>p</b>
<b>Ailede Şizofreni(%)</b>	Yok: 57 (%93,4) Var: 4 (%6,6)	Yok: 235 (%98,3) Var: 4 (%1,7)	1	<b>0,035</b>
<b>Madde kullanımı(%)</b>	Var: 0 (%0) Yok: 61 (%100)	Var :2 (%0,8) Yok : 237 (%99,2)	1	0,431
<b>Alkol kullanımı(%)</b>	Var: 3( %4,9) Yok: 58 (%95,1)	Var: 15 (%6,3) Yok : 224 (%93,7)	1	0,690
<b>Sigara kullanımı(%)</b>	Var: 16 (%26,2) Yok: 45 (%73,8)	Var :76 (%31,8) Yok :163 (%68,2)	1	0,400

Ki-kare testi, Student-t testi,  $p < 0.05$

#### **4.5 YAAB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

YAAB eş tanısı olan ve olmayan hastaların Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE) ve Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA) puanları karşılaştırıldı. YAAB eş tanısı olan grupta AABE ( $p < 0.001$ ) ve YAAA puanları ( $p < 0.001$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu (tablo 4.5).

YAAB eş tanısı olan ve olmayan gruptaki hastaların Hamilton Depresyon Derecelendirme (HDDÖ) ve Hamilton Anksiyete Derecelendirme (HADÖ) ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında YAAB eş tanısı olan grubun HDDÖ ( $p < 0.001$ ) ve HADÖ ( $p < 0.001$ ) puanları olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu (tablo 4.5).

**Tablo 4.5 YAAB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması:**

Veri	Ayrılma Anksiyetesi Olan Grup (n:61)	Ayrılma Anksiyetesi Olmayan Grup (n:293)	Df	P
Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği	22.72±8.92	18,55±7,87	298	<0,001
Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	14.47 ±6.15	11,48±6,31	298	0,001
Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (ort±ss)	44,03±9,12	19,9±10,06	298	<0,001
Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (ort±ss)	21,37±8,7	11,43±6,17	298	<0,001

Mann-Whitney U testi, p<0.05

YAAB eş tanısı olan ve olmayan gruptaki hastaların TEMPS-A alt ölçek puanları karşılaştırıldığında, depresif mizaç puanı YAAB eş tanısı olan grupta ortalama 9.40±4.34 bulunurken , olmayan grupta ortalama 7.75±4.23 olup, YAAB hastalarında anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p <0.07). Anksiyöz mizaç puanı ortalaması YAAB eş tanısı olan grupta 15.04±5.75 , olmayan grupta 11.70±5.58 olup YAAB eş tanısı olan grupta anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü. Siklotimik, hipertimik ve iritabl alt ölçek puan ortalamaları açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 4.6).

**Tablo 4.6 YAAB Eş Tanısı Olan ve Olmayan Gruplar Arasında TEMPS-A Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

Veri	Ayrılık Anksiyetesi Olan Grup (n:61)	Ayrılık Anksiyetesi Olmayan Grup (n:293)	Df	P
Depresif	9.40±4.34	7.75±4.23	298	<b>0,007</b>
Siklotimik	7.39±4.47	6.48±4.40	298	0,155
Hipertimik	3.06±3.39	4.05±4.00	298	0.079
İrritabl	5.81±6.18	5.87±4.28	298	0.941
Anksiyöz	15.04±5.75	11.70±5.58	298	<b>&lt;0.001</b>

Mann-Whitney U testi,  $p < 0.05$

#### **4.6 Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Verilerinin Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

Çalışmaya alınan 300 hastanın sosyodemografik veri ve ölçek puanları arasında ilişki incelendiğinde; yaş ile HADÖ puanı ( $p < 0.01$ ), HDDÖ puanı ( $p < 0.01$ ), YAAA skoru ( $< 0.05$ ) arasında pozitif yönde, AABE skoru ( $< 0.05$ ) ile ise negatif yönde ilişki saptandı. Eğitim yılının HADÖ puanı ( $p < 0.01$ ), HDDÖ puanı ( $p < 0.01$ ), AABE skoru ( $< 0.05$ ) ile negatif yönde ilişki olduğu görüldü. Hastanın kaybettiği yakın sayısı ile HADÖ puanı ( $p < 0.01$ ), HDDÖ puanı ( $p < 0.01$ ) pozitif yönde ilişkiliydi. Hastalık süresi ile HADÖ puanı ( $p < 0.01$ ) ve YAAA skoru ( $< 0.05$ ) arasında pozitif yönde ilişki olduğu görüldü. Hastalığın başlangıç yaşı ile HADÖ puanı ( $p < 0.01$ ) ve HDDÖ puanı ( $p < 0.01$ ) arasında pozitif yönde ilişki mevcuttu.

Hastaların ölçek puanlarının birbirleri ile ilişkisi incelendiğinde; HADÖ ile HDDÖ puanı ( $p < 0.01$ ), YAAA skoru ( $< 0.001$ ) ve AABE skoru ( $< 0.01$ ) ile pozitif yönde ilişki vardı. HDDÖ puanı ile de YAAA skoru ( $< 0.001$ ) ve AABE skoru ( $< 0.01$ ) ile pozitif yönde ilişki olduğu görüldü. YAAA skoru ( $< 0.001$ ) ve AABE skoru ( $< 0.01$ ) da pozitif yönde ilişki bulundu.

Hastaların sosyodemografik, klinik verileri ve ölçek puanları ile TEMPS-A alt ölçek puanları incelendiğinde; yaş ile depresif ( $< 0.01$ ) ve anksiyöz ( $< 0.01$ ) mizaç puanları ile pozitif yönde ilişki saptanırken, hipertimik mizaç ( $< 0.01$ ) puanları ile negatif yönde ilişki

olduğu görüldü. Eğitim yılı ile ise, depresif ( $<0.01$ ) ve anksiyöz ( $<0.01$ ) mizaç puanları ile negatif yönde ilişki saptanırken ,hipertimik mizaç ( $<0.01$ ) puanları ile pozitif yönde ilişki vardı. Hastalığın başlangıç yaşı'nın anksiyöz ( $<0.01$ ) mizaç puanları ile pozitif yönde ilişkisi olduğu görülürken, diğer mizaç puanları ile ilişkisi görülmedi. HADÖ puanı ile hipertimik mizaç ( $<0.05$ ) puanı arasında negatif yönde ilişki saptanırken depresif, siklotimik, iritabl ve anksiyöz mizaç puanları arasında pozitif ilişki bulundu. HDDÖ puanı ile hipertimik mizaç ( $<0.05$ ) puanı ile negatif yönde ilişki olduğu, depresif ( $<0.01$ ), siklotimik ( $<0.01$ ) ve anksiyöz ( $<0.01$ ) mizaç puanları ile pozitif yönde ilişkisi olduğu görüldü. AABE ve YAAA ile depresif ( $<0.01$ ), siklotimik ( $<0.01$ ) ve anksiyöz ( $<0.01$ ) mizaç puanları ile pozitif yönde ilişki saptanırken , hipertimik ve iritabl mizaç puanları ile anlamlı ilişki görülmedi.

**Tablo 4.7 Sosyodemografik ve Klinik Verilerin Arasındaki İlişkinin İncelenmesi(r)**

Veri	Yaş	Eğitim Yılı	Boşanma yaşı	Çocuk Sayısı	Kaybettiği Yakını Sayısı	İlk Kayıp Yaşı	Hastalık Süresi	Hastalığın Başlangıç Yaşı
HADÖ	0,30**	-0,27**	0,28	0,09	0,15**	0,06	0,15**	0,26**
Hastalık Süresi	0,31**	-0,10	0,01	0,10	0,09	0,20	1,00	-0,03
Hastalığın Başlangıç Yaşı	0,10**	-0,61**	0,46	0,52**	0,52**	0,52	-0,03	1,00
AABE	-0,006*	-0,11*	0,43	-0,15*	-0,10	0,03	-0,01	-0,02
YAAA	0,12*	-0,10	0,54	-0,05	0,02	0,07	0,15**	0,05
HDDÖ	0,25**	-0,27**	0,21	0,20**	0,17**	0,14	0,03	0,26**
Tems-A Depresif	0,15**	-0,25**	-0,42	-0,003	0,05	-0,05	0,05	0,15
Temps-A Siklotimik	-0,002	-0,08	-0,28	0,02	-0,006	-0,12	0,02	-0,02
Temps-A Hipertimik	-0,20**	0,21**	-0,28	-0,10	-0,03	-0,07	0,02	-0,20**
Temps-A İritabl	-0,02	-0,09	-0,19	-0,03	-0,07	-0,19	0,06	-0,04
Temps-A Anksiyöz	0,20**	-0,29**	0,20	0,12	0,17**	-0,04	0,09	0,20**

**Tablo 4.7. (Devam) Sosyodemografik ve Klinik Verilerin Arasındaki İlişkinin İncelenmesi(r)**

Veri	Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri	Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği	Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	Tems-A Depresif	Temps-A Siklotimik	Temps-A Hipertimik	Temps-A İritabl	Temps-A Anksiyöz
<b>HADÖ</b>	0,28**	0,35**	0,52**	0,34**	0,17**	-0,14*	0,12*	0,42**
<b>Hastalık Süresi</b>	-0,01	0,15**	0,03	0,05	0,03	0,02	0,06	0,09
<b>Hastalığın Başlangıç Yaşı</b>	-0,02	0,05	0,26**	0,15*	-0,02	-0,20**	-0,04	0,17**
<b>AABE</b>	1	0,65**	0,24**	0,18**	0,14*	-0,11	-0,04	0,27**
<b>YAAA</b>	0,65**	1	0,33**	0,25**	0,18**	-0,10	-0,02	0,31**
<b>HDDÖ</b>	0,24**	0,33**	1,00	0,27**	0,25**	-0,28**	-0,11	0,43**
<b>Temps-A Depresif</b>	0,18**	0,25**	0,27**	1,00	0,44**	-0,11	0,22**	0,52**
<b>Temps-A Siklotimik</b>	0,14*	0,17**	0,25**	0,44*	1,0	0,25**	0,23**	0,35**
<b>Temps-A Hipertimik</b>	-0,11	-0,10	-0,28**	-0,11	0,25**	1,0	0,25**	-0,20**
<b>Temps-A İritabl</b>	-0,04	-0,02	-0,10	0,22**	0,23**	0,25**	1	0,05
<b>Temps-A Anksiyöz</b>	0,27**	0,31**	0,43**	0,52**	0,35**	-0,20**	0,06	1,00

**HADÖ** : Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği

**AABE** : Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri

**YAAA** : Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi

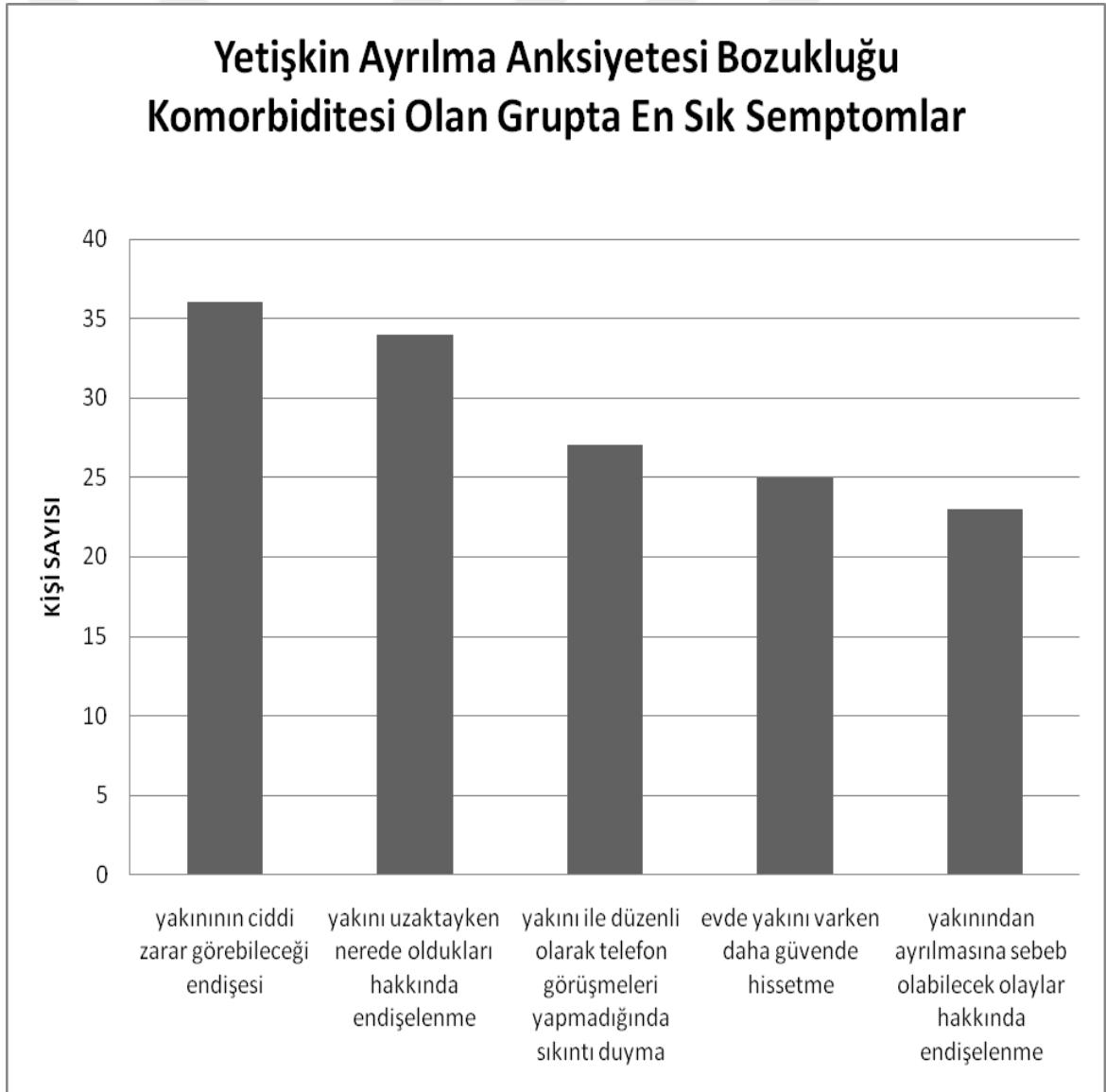
**HDDÖ** : Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Pearson/Spearman korelasyon testi

#### 4.7 YAAB Eş Tanısı Olan Grupta En sık Görülen Semptomlar

YAAB eş tanısı olan gruptaki hastaların belirtileri değerlendirildiğinde en sık görülenin ‘yakının ciddi zarar görebileceğinden endişelenme’ olduğu görüldü. Bunu ‘yakını uzaktayken nerede oldukları konusunda endişelenme (n=34, %55.7), ‘yakını ile düzenli telefon görüşmesi yapmadığında sıkıntı duyma (n=27, %44.3)’ , ‘evde yakını varken daha güvende hissetme (n=25, %41) ve yakınından ayrılmasına sebep olacak olaylar hakkında endişelenme (n=23, %37.7) belirtilerinin izlediği bulundu (Şekil 4.1).

Şekil 4.1 YAAB Eş Tanısı Olan Grupta En Sık Görülen Semptomlar



#### 4.7 YAAB Eş Tanısı Olan Grupta Klinik Şiddet Üzerine Etkili Antiteler

YAB hastalarında belirti şiddetini gösteren ölçek olarak HADÖ olarak kabul edilerek YAAB eş tanısı olan grupta belirti şiddetine etkisi olabilecek klinik antiteler regresyon analizi ile değerlendirildi. Değerlendirme sonucunda bu grupta, YAAA puanının (  $B= 0.257$  ;  $p < 0.029$ ), HDDÖ puanının (  $B=0.607$  ;  $p < 0.004$ ) ve TEMPS-a siklotimi alt ölçek puanının (  $B= -0.675$  ;  $p < 0.013$ ), HADÖ puanları üzerine anlamlı etkilerinin olduğu görüldü. Diğer alt ölçek puanları ile klinik şiddet arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ( tablo 4.8) .

**Tablo 4.8 YAAB Eş Tanısı Olan Grupta Klinik Şiddet Üzerine Etkili Antitelerin Linear Regresyon Analizi ile Gösterilmesi**

Veri	B	S.E	Beta	95.0% C.1.for $\beta$ coefficient	P
YAAA skoru	0.257	0.115	0.262	0.027 – 0.487	<b>0,029</b>
HDDÖ	0.607	0.200	0.419	0.206 – 1.008	<b>0,004</b>
Temps-A Depresif	0.232	0.272	0.113	-0.314 – 0.778	0,399
Temps-A Siklotimik	-0.675	0.263	-0.338	-1.202 - -0.147	<b>0,013</b>
Temps-A Hipertimik	0.403	0.313	0.153	-0.225 - 1.030	0,203
Temps-A İrritabl	0.168	0.167	0.117	-0.167 – 0.503	0,318
Temps-A Anksiyöz	0.294	0.192	0.190	-0.092 – 0.680	0,132

YAAA: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anket

HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Multivariate linear regresyon analizi,  $p < 0.05$

## 5. TARTIŞMA

YAB eş tanı oranları oldukça yüksek olan bir anksiyete bozukluğudur. Panik bozukluk ve major depresyon en sık görülen eş tanılardır (Jacobi ve ark 2004, Sunderland ve ark 2010). Literatürde ulaşabildiğimiz kadarıyla YAB tanılı hastalarda YAAB eş tanısını araştıran çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamız bu alanda ilk çalışma olması açısından önemlidir.

Ulusal Eş tanı Çalışması Replikasyonu'nda, 9,282 katılımcının değerlendirilmesi sonucunda YAAB'nin yaşam boyu yaygınlık oranını %6,6, bir yıllık yaygınlık oranı %1.9 olarak saptanmıştır (Shear ve ark 2006). Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün 18 ülkeyi kapsayan 38,993 katılımcı ile yaptığı çalışma sonucunda yaşam boyu yaygınlık oranı %4.8 bulunmuştur (Silove ve ark 2015). Silove ve arkadaşlarının bir anksiyete kliniğinde panik bozukluk, panik bozukluk + agorafobi, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve major depresyon tanıları olan 921 hasta ile yaptığı çalışma sonucunda YAAB'nin oranı %23 olarak saptanmıştır (Silove ve ark 2010). Pini ve arkadaşları tarafından ayaktan tedavi edilen duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu olan 508 hasta üzerinde yapılan başka bir çalışmada, hastaların %42,4'ünün aynı zamanda YAAB tanı kriterlerini karşılamış olduğu bildirilmiştir (Pini ve ark 2010). Çalışmamızda ise YAB hastaları arasında YAAB eş tanı oranını %20.3 olarak bulduk. Bu oran Silove ve arkadaşlarının bir anksiyete kliniğinde yapmış olduğu çalışmanın eş tanı oranına yakındır.

Çalışmamızda ÇAAB öyküsü olan hasta sayısı 49 (%16,3) olarak bulunmuştur. YAAB tanısı alan hastaların %65.6'sında (n=40) ÇAAB öyküsü varken, %34.4'ünün (n=21) ilk defa yetişkin dönemde tanı aldığı görülmüştür. Ulusal Eş Tanı Çalışması Replikasyonu'nda (n=9.282) çocukluk döneminde görülen AAB'nun %36'sında belirtilerin yetişkinlikte de devam ettiği görülmüştür. YAAB olduğu saptanan olguların %77.5'inde hastalığın başlangıcı yetişkinlik dönemindedir (Shear ve ark 2006). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan çalışmada ise (n=38.993) YAAB tanısı alan katılımcıların %43.1'inde belirtilerin başlangıcı yetişkinlik dönemindedir (Silove ve ark 2015). Silove ve arkadaşlarının anksiyete kliniğinde yaptığı çalışmada (n=921), YAAB olan olguların dörtte üçünün erken başlangıçlı olduğu bildirilmiştir (Silove ve ark 2010). Anksiyete ve duygudurum bozukluğu tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada ise (n=508) , olguların %20,7'sinde ÇAAB öyküsü olmaksızın sadece YAAB, %21.7 oranında ise ÇAAB öyküsü olan YAAB olduğu bildirilmiştir (Pini ve ark 2010). Yapılan çalışmalarda verilen oranların oldukça farklı olduğu

görülmektedir. Bu farklılıkta örneklemin özelliklerinin ve kullanılan methodun etkisinin olabileceği düşünülmektedir.

YAB'nun genellikle geç 20'li yaşlarda başladığı, görülme sıklığının yaş ilerledikçe arttığı ve en sık orta yaşlarda görüldüğü bildirilmektedir (Wittchen ve ark. 1994, Carter ve ark. 2001, Kessler ve ark. 2001, Wittchen 2002, Özcan ve ark. ). Çalışmamızda YAB belirtilerinin başlangıç yaşı ortalaması  $36,7 \pm 12,1$  şeklinde bulunmuş olup bulgularımız literatür bilgileriyle uyumludur.

Ulusal Eş tanı Çalışması Replikasyonu'nda (n=9.282) YAAB kadınlarda 1,4 kat daha fazla oranda bulunmuştur (Shear ve ark 2006). WHO tarafından yapılan epidemiyolojik çalışmada (n=39.883) 18 ülkeden 15'inde YAAB'ın kadınlarda anlamlı düzeyde daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Silove ve ark 2015). Cyranowski ve arkadaşları tarafından psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran anksiyete bozuklukları veya depresif bozukluk gibi tanılı hasta grubu ile yapılan çalışmada , erkeklerin %24'ünde, kadınların %30'unda YAAB saptanmıştır ( Cyranowski ve ark 2002). Pini ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (n=508) YAAB olanlarda, olmayan gruba göre kadın cinsiyeti oranı anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Pini ve ark 2009). Çalışmamızda da YAAB olan grupta kadın cinsiyet oranı (%80.3) oldukça yüksek bulunmuştur, sonuç literatür bulgularını destekler yöndedir. Epidemiyolojik bir çalışmada YAAB hastalarının sağlıklı kontrollere göre daha düşük eğitilmiş olduğu, bekar-boşanmış ve işsizlik oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Shear ve ark 2006). Çalışmamızda, YAAB olan ve olmayan hastalar arasında medeni durum, eğitim seviyesi ve işsizlik açısından fark bulunamamış olup YAAB olan grupta ekonomik durum daha kötü idi. YAAB olan bireylerde semptomları doğrultusunda geç yaşta evlenme veya boşanma gibi durumların daha fazla olması beklenebilir ancak çalışmamızda böyle bir sonuç bulunmadı. Bu duruma kültürel faktörlerin ve örneklemin özelliklerinin etkisinin olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hem YAAB eş tanısı olan hem de olmayan hastalarda alkol veya madde kullanımı oldukça düşük oranlardadır. YAB tanısı olanların yaklaşık dörtte birinde, alkol kullanımı ya da bağımlılığı görülebildiği , bu durumun çoğunlukla YAB'nun tedavi edilmediği hallerde ortaya çıktığı bildirilmiştir (Sungur ve ark 2000). Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda YAB hastalarında %7.9- %35.6 oranlarında alkol kötüye kullanımı olduğu görülmüştür ( Kessler ve ark 2005, Kraemer ve ark 2001). Yapılan bir epidemiyolojik çalışmada YAAB tanılı hastalarda %33.1 oranında alkol, %22.5 madde kötüye kullanımı

olduğu bildirilmiştir (Shear ve ark 2006). Çalışmamızdaki alkol veya madde kullanımının düşük oranlarda bulunmuş olması toplumumuz sosyokültürel özellikleri ile açıklanabilir.

Ayrılık anksiyetesi bozukluğu ile ilgili ortak kabul edilen görüş çevresel şartlardan etkilendiği şeklindedir. DSM-5'te ayrılma kaygısının çoğunlukla stres oluşturan bir olayın ardından geliştiği belirtilmiştir. Bu stresli olayları okul değişimi, ebeveynlerin boşanması, yeni bir eve taşınma, göç etme ya da başlıca bağlanma figürlerinden birinin uzun süreli bir hastalık geçirmesi gibi çoğunlukla çevresel etmenler oluşturmaktadır (Seligman ve ark 2007). Yapılan bir epidemiyolojik çalışmada, geriye dönük olarak bildirilen çocukluk çağı sıkıntıları ve yaşam boyu travmatik olayların YAAB olan katılımcılarda daha fazla olduğu bildirilmiştir (Silove ve ark 2015). Çalışmamızda da yakın kaybı, ailevi problemler ve diğer problemler (maddi problemler, sınav kaygısı, aileden uzaklaşma, postpartum tetikleyiciler) şeklinde belirtilen YAB 'ı başlatıcı stresör etkenlerin YAAB olan hastalarda daha yüksek bulunması bu bulguları destekler yöndedir.

Ebeveyn kaybı AAB için etkisi gösterilmiş olan bir etmendir. YAAB ile uzamış yaş arasındaki güçlü ilişki sevilen kişinin kaybının bir risk faktörü olduğunu düşündürmektedir (Bögelsve ark 2013). Çalışmamızda stresör etkenler YAAB ek tanısı olan grupta daha fazla olsa da, yakın kaybı karşılaştırıldığında fark bulunmadı. Çalışılan örneklemede ebeveyn kaybı olan hasta sayısının az olmasının bu sonuçta rolü olduğu düşünülmektedir.

Ayrılma anksiyetesi olan yetişkinlerin, temel bağlanma figürleriyle “yakınlığı ya da yakın iletişimi sürdürme gereksinimleri” nedeniyle sıkıntı yaşadığı bilinmektedir. Hastaların işe geç gitme, işe gitmeme, evde zaman geçirme, başka bir kentte okumayı reddetme gibi yollarla yakınlığı sürdürmek için çabaladığı gözlenmiştir (Alkın 2018). Daha sık telefon görüşmesi yaparak, birlikte olma süresini uzatma amacıyla aşırı konuşarak korkularıyla başa çıkmaya çalışırlar (Silove ve ark 2007). Yapılan bir çalışmada (n=190) hastaların %69'u evde yakınlarıyla birlikteyken kendilerini daha güvende hissettiklerini ifade etmişlerdir (Seligman 2007). Başka bir çalışmada (n=44) ise hastaların en sık belirtilerinin; ‘bağlandığı biri terk ederse bununla başa çıkamayacağımı düşünme’, ‘bağlandığı kişilere ciddi bir zarar geleceği endişesi’ ve ‘gece tek başına uyumakta güçlük çekme’ olduğu görülmüştür (Manicavasagar ve ark 1997). Çalışmada YAAB olan hastaların ailesi ile aynı ilde yaşama oranının ve ailesi ile telefon aracılığıyla görüşme sıklığının daha fazla olması bu sonuçlarla paralellik göstermektedir.

YAB'nun kronik ve tekrarlayıcı bir seyri olduğu bilinmektedir. Özellikle de başka bir psikiyatrik bozukluk ek tanısı varsa, hastalısız geçen dönemlerin sıklığı daha da

azalmaktadır, dolayısıyla eş tanı kötü prognoza işaret etmektedir ( Nutt ve ark 2001) . YAAB bulunmasının tüm anksiyete bozuklukları için, nükslerin daha fazla olmasına ve hastanın tedavi alması rağmen kalıcı belirtilerin devam etmesine neden olduğu bildirilmiştir. Ek olarak anksiyete bozukluklarına yönelik yapılan ilaç ve terapi tedavilerinde daha fazla direnç geliştiği vurgulanmıştır ( Shear ve ark 2006, Hatton 2006). Çalışmamızda da YAAB eş tanısı olan hastaların hastalık süresi ortalamasının daha uzun olması, bu hastaların tedavi için daha fazla sayıda başvuruda bulunmuş olmaları bu görüşü desteklemektedir.

Çalışmamızda YAAB hastalarının 86'sında (%28.7) aile öyküsü bulunmakta olup, en sık ilk üç tanı depresif bozukluk ( %14.0), yaygın anksiyete bozukluğu ( %10.7), panik bozukluk ( % 4.0) şeklindedir. YAAB olan grupta ise benzer şekilde en sık depresif bozukluk (%13.0) bulunurken bunu yaygın anksiyete bozukluğu (%10.9) ve panik bozukluğun (%2.9) izlediği görüldü. YAAB olan hastalarda ailede depresif bozukluk , bipolar duygulanım bozukluğu ve şizofreni tanıları daha yüksektir. Bu konuda literatürde yeterli çalışma bulunmamaktadır. Çalışmalarda annede görülen ayrılma anksiyetesinin ise çocuktaki görülen ayrılma anksiyetesi ile anlamlı olarak ilişkili olduğu bulunmuştur (Peleg ve ark 2006). Sadece YAAB değil, aynı zamanda ebeveynlerdeki diğer anksiyete bozukluklarının da çocukta AAB için risk oluşturduğu gösterilmiştir ( Nestadt ve ark 2001, Strober ve ark 2007). Çalışmamızda ise gruplar arasında ailede anksiyete bozukluğu bulunması açısından fark bulunamadı.

YAAB hastalarının belirtileri arasında bağlanma figürüne kötü bir şey olacağından korku duyma hakimdir (Pini ve ark 2010). Bu iletişimi sürdürebilmek için sık sık telefon aracılığıyla iletişim kurarlar, çok konuşarak beraber geçirilen süreyi uzatmaya çalışırlar. 'Eşten ya da çocuklardan ayrılma' veya 'yakınlarının başına bir zarar geleceği' konusunda aşırı kaygı ve korku duyma vardır (Manicavasagar 1997). Sevdiği kişilerin kendilerini terk edileceklerinden çok yakınlarının başına kötü bir olay geleceğine karşı kaygı duymaktadırlar ( Cyranowski 2002). Manicavasagar ve arkadaşları YAAB'nin en sık saptanan klinik belirtileri ve oranlarına baktıklarında 'bağlandığı biri terk ederse bununla başa çıkamayacağını düşünme' ve 'bağlandığı kişilere ciddi bir zarar geleceği endişesi' en fazla oranda olan semptomlardır (Manicavasagar 1997). Çalışmamızda da YAAB eş tanısı olan hastalarda en yaygın belirtinin 'yakının ciddi zarar görebileceği endişesi' olduğu görüldü.

Depresyon YAAB hastalarında sıklıkla eşlik eden bir tanıdır. Geniş örneklemler komorbidite çalışmasında YAAB'da %67 oranında depresyon eş tanısı saptanmıştır (Kessler ve ark 1999). İki veya daha fazla anksiyete bozukluğunun birlikte bulunması ise major depresif bozukluk geliştirme riskini 3 katına çıkarmaktadır (Wittchen ve ark. 2000). YAAB ile de

depresyon birlikteliği sıktır. Manicavasagar ve arkadaşları, YAAB olan hastalarda %67 oranında eş tanıılı ruhsal bozukluk saptanmış ve yaşam boyu değerlendirilen hastaların %69'unda MDB öyküsü olduğunu bildirmiştir (Manicavasagar 1997). Epidemiyolojik bir çalışmada YAAB tanısı alan hastalarda %40.8 oranında major depresyon eş tanısı bildirilmiştir ( Shear ve ark 2006). Pini ve arkadaşları ise YAAB olan ve olmayan depresyon hastalarını karşılaştırdığında YAAB olan gruptaki hastaların daha fazla depresif epizod geçirdiğini gözlemlemiştir ( Pini ve ark 2010). Çalışmamızda da YAAB eş tanısı olan hastalarda depresif belirtilerin daha fazla olduğu görüldü.

Mizaç; kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az oranda değişen kişinin davranış örüntüleri ve bağlanma stili üzerine etki eden yapısal özellikler olarak tanımlanmıştır (Sayın ve Aslan 2004). Birçok çalışmada kaygı bozuklukları ve mizaç ilişkisi ele alınmıştır. Ayrılma anksiyetesi için öncül sayılabilecek psikolojik yapılar hakkında yeterli veri yoktur. Silove ve arkadaşları, YAAB'I olan olgularda "Gözden Geçirilmiş NEO Kişilik Envanteri" ile kişiliği boyutsal olarak değerlendirmişler ve "nevrotiklik puanlarının" diğer anksiyete bozukluğu olan olgulardan (sosyal anksiyete bozukluğu olanlar dışında) daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Bu durumun "kalıtsal bir incinebilirliği " gösterebileceği ya da erken başlangıçlı olan anksiyete bozukluğunun karakter gelişimini etkilediği şeklinde yorumlanabileceğini öne sürmüşlerdir ( Silove ve ark 2010). Panik bozukluğunda panik atakların öncülü olan kaygı duyarlılığı YAAB hastalarında da yüksektir ( Atlı 2012). YAB ve YAAB komorbiditesi durumunda afektif mizaç özelliklerinin değerlendirildiği bir çalışma bulunmamaktadır. Yapılan bir çalışmada PB'ye YAAB eşlik eden grupta , eşlik etmeyen gruba göre siklotimik ve anksiyöz mizaç puanları yüksek saptanmıştır (Gülcük 2016). Çalışmamızda da YAAB eş tanısı olan hastalarda depresif ve anksiyöz mizaç puanları daha yüksek bulundu.

YAAB henüz hekimler tarafından yeterince bilgi sahibi olunmamış bir konudur. Komorbid tanıların da sık olması nedeniyle, hasta ile yeterli görüşme yapılmadığında atlanabileceği ön görülmüştür. Çalışmamızda da hastalarla uzun ve detaylı görüşmeler sonucunda belirtiler ortaya konabilmiştir. YAAB olan olguların %21.1'i ev işlerinde,%21.7'si iş yaşamında, %28'i kişisel ilişkilerinde bozulma olduğunu bildirmiştir (Shear 2006). Ulusal Eştanı Çalışması Replikasyonu çalışmasında YAAB tanısı alanların %75'inin daha önce tedavi aldığı ancak %68 'inde ayrılma anksiyetesi belirtilerinin tedavide odak noktası olmadığı bildirilmiştir (Shear ve ark 2006). Bu durum klinik gidişi olumsuz etkileyebilmektedir.

Komorbidite durumlarının prognozu kötüleştirdiği, tedaviye cevabı etkilediği bilinmektedir. YAB ile YAAB komorbiditesi durumunda klinik gidişle ilgili çalışma olmasa da , panik bozukluk ve YAAB tanısı olan olgularla ilgili çalışmalar mevcuttur. PB için BDT alan hastaların, YAAB komorbiditesi olduğunda yaklaşık dört kat daha fazla oranda tedaviye cevabın azaldığı bildirilmiştir ( Aaronson ve ark 2008).

Anksiyete bozukluklarında YAAB eş tanısı klinik şiddeti artırmaktadır. YAB ve PB birlikteliğinin ayrılık anksiyetesi belirti skorlarının daha yüksek olmasına neden olduğu düşünülmüştür. YAAB belirtilerinin diğer anksiyete bozuklukları için predikte edici bir faktör olduğu belirtilmiştir (Manicavasagar 2000). Kanıtlar genel anksiyete kliniklerinde tedavi sonuçlarının sınırlı olmasında YAAB'ı tanımlama ve tedavi etmenin başarısız olmasının önemli olabileceğini göstermektedir (Manicavasagar ve ark 2010).

## **6. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI**

İlk olarak YAB tanısı dışında tanısı bulunan hastalar çalışmaya dahil edilmemiş ancak klinik şiddeti ve mizaç ve karakter özelliklerini etkileyebilecek nitelikte olan eşlik kişilik bozuklukları incelenmemiştir. Bir diğer kısıtlılık, ÇAAB tanısı erişkin hastaların çocukluk çağı ile ilgili öykülerine dayanılarak konulmuştur. ÇAAB tanısında olduğu gibi, hastalık özellikleri ile ilgili kimi bilgiler, sadece hastalardan elde edilebilmiştir. Literatürde sadece YAB ve YAAB komorbiditesini inceleyen bir çalışma olmaması doğrudan karşılaştırmalar yapmakta güçlük yaratmıştır. Son olarak çalışmamız tek bir hastanede yürütülmüş olup örneklem büyüklüğü de nispeten küçüktür. Bu durum çalışma sonuçlarının genelleştirilmesini sınırlayan bir etkidir.

## **7. SONUÇLAR**

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran ve SCID/CV(Structured Clinical Interview for DSM-IV/Clinical Version) ile yapılan psikiyatrik görüşme ile DSM-IV tanı ölçütlerine göre YAB tanısı alan hastalarda YAAB eş tanısı konusunda yaptığımız çalışma sonucunda; YAB hastalarında %20.3 oranında YAAB bulunduğu, %16.3 ÇAAB bulunduğu saptanmıştır.

Hastalar YAAB eş tanısı olan ve olmayan şeklinde gruplandırılarak karşılaştırıldığında; kadın cinsiyet, kötü ekonomik durum, aile ile aynı ilde yaşama, aile ile telefon aracılığıyla iletişim kurma, hastalık süresi, hastalığı başlatıcı stresör etkenler, ailede psikiyatrik öykü YAAB eş tanısı olan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranlarda görülmüştür.

YAAB eş tanısı olan grupta HADÖ, HDDÖ, AABE, YAAA puanları olmayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. YAAB eş tanısı olan grupta YAAA ve HDDÖ puanlarının klinik şiddeti pozitif yönde, TEMPS-A siklotimi alt ölçek puanının negatif yönde yordadığı görülmüştür.

Bununla birlikte, bulgularımızın daha büyük örneklem üzerinde ve çalışmamız sınırlılıklarını da dikkate alan benzer yöntemle yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

## 8. KAYNAKLAR

- Aaronson CJ, Shear MK, Goetz RR, Allen LB, Barlow DH, White KS, Ray S, Money R, Saksa JR, Woods SW, Gorman JM. Predictors and time course of response among panic disorder patients treated with cognitive-behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2008. 69(3): 418 p - 24 p.
- Abelson JL, Glitz D, Cameron OG. Blunted growth hormone response to clonidine in patients with generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1991. 48: 157 p - 162p.
- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 1978. 3: 22 p- 25 p
- Akdemir A, Örsel S DG. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996. 4: 251 p - 9p.
- Akiskal HS, Akiskal KK, Haykal RF, Manning JS, Connor PD. TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire. *Journal of Affective Disorders*. 2005. 85(1 - 2): 3 p - 16 p.
- Alkın T. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu ( Yetişkin). Karamustafalıoğlu O.( editör) Temel ve Klinik Psikiyatri. Güneş Tıp Kitapevleri. 2018. 347 p - 355 p.
- Andrews G, Stewart G, Allen R, Henderson AS. The genetics of six neurotic disorders : a twin study. *Journal of Affective Disorders*. 1990. 19: 23 p - 9 p.
- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Ed. text revision. (DSM-IV-TR), Washington DC: American Psychiatric Association. 2000.
- American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed. text revision. (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association. 1994.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association. 1980.
- American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, 3rd ed. (DSM-III-R). Washington, DC: American Psychiatric Association. 1987.

- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı , DSM-5, Tanı Ölçütleri Başvuru El kitabı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 2013.
- Arkonaç O. Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 1999. 36 p - 37 p.
- Atlı O, Bayın M, Alkın T; Hypersensitivity to 35% carbon dioxide in patents with adult separation anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2012. 141(2-3): 315 p - 23 p.
- Bandelow B, Baldwin D, Abelli M, et al Biological markers for anxiety disorders. OCD and PTSD: A consensus statement. Part II: Neurochemistry, neurophysiology and neurocognition. *World Journal of Biological Psychiatry* . 2016. 15: 1 p - 53 p.
- Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, et al: Guidelines for pharmacological treatment anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic disorder in primary care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2012. 16: 77 p - 84 p.
- Barnett D, Vondra JI. Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. I. Atypical patterns of early attachment: theory, research and current directions. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1999. 1 p – 24 p.
- Bayraktar E. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Fenomenolojisi. In Tükel R, Akın T (editörler). *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları. 2006. 469 p - 508 p.
- Berrios GE. *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology Since the Nineteenth Century*. Cambridge University Press. 1996.
- Bohlin, G., B. Hagekull, and A.M. Rydell, Attachment and social functioning: A longitudinal study from infancy to middle childhood. *Social Development*. 2000. 9(1): 24 p - 39 p.
- Borkovec T, Ruscio A: Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001. 62 (Suppl 11): 37 p - 42 p. discussion 43 p - 35 p.
- Bowlby J, *Attachment and loss: Separation: Anxiety and Anger (Vol. 2)*. 1973.
- Bögels SM, Knappe S, Clark LA. Adult separation anxiety disorder in DSM-5. *Clinical Psychology Review*. 2013. 33(5): 663 p -74 p.
- Brawman-Mintzer O, Lydiard RB, Bradwejn J, Villarreal G, Knapp R, Emmanuel Net al. Effects of the cholecystokinin agonist pentagastrin in patients with generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1997. 154: 700 p – 702 p.
- Bretherton, I., The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*. 1992. 28(5): 759 p.
- Brewerton TD, Lydiard RB, Johnson MR, CFS serotonin: diagnostic and seasonal differences. *New Research and abstracts of the 148th meeting of the American Psychiatric Association, Miami, Fla, 1995*.
- Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R., Mancill, R.B., Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*. 2000. 585 p – 599 p.
- Brumariu, L.E. and K.A. Kerns, Mother-Child Attachment and Social Anxiety Symptoms in Middle Childhood. *Journal of Abnormal Psychology*. 2008. 29(5): 393 p – 402 p.
- 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 p - 674 p.

- Brückl TM, Wittchen HU, Höfler M, Pfister H, Schneider S, Lieb R. Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: Results from a community study. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2006. 76: 47 p - 56 p.
- Cassidy, J., Emotion regulation: influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1994. 59(2-3): 228 p - 49 p.
- Chen SD., Sun XY., Niu W., et al Correlation between the level of microRNA expression in peripheral blood mononuclear cells and symptomatology in patients with generalized anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2016. 69: 216 p - 224 p.
- Cicchetti, D. and S.L. Toth, A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995. 34(5): 541 p - 565 p.
- Chanaka Wijeratne ve Vijaya Manicavasagar, "Separation anxiety in the elderly", *Journal of Anxiety Disorder*. 2003. 17(6): 695 p - 702 p.
- Collins NL ve Laurson. Adolescents' Relationships With Parents. *Journal of Language and Social Psychology*. 2003. 58 p – 65 p.
- Connor KM, Davidson JR. Generalized anxiety disorder: neurobiological and pharmacotherapeutic perspectives. *Biological Psychiatry*. 1998. 44: 1286 p – 1294 p.
- Costa, B., et al., Mutation analysis of oxytocin gene in individuals with adult separation anxiety. *Journal Psychiatry Resarch*. 2009. 168(2): 87 p – 93 p.
- Covin R, Ouimet AJ, Seeds PM, Dozois DJ: A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal Anxiety Disorder*. 2008. 22: 108 p -116 p.
- Çuhadaroğlu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk MO, Rezaki M, Uluğ B (çeviri editörleri). Ankara, Medikomat Basım.1993.
- Cyranowski JM, Shear MK, Rucci P, Fagiolini A, Frank E, Grochocinski VJ, Kupfer DJ, Banti S, Armani A, Cassano G. Adult separation anxiety: psychometric properties of a new structured clinical interview. *Journal Psychiatry Resarch*. 2002. 36(2): 77 p – 86 p.
- 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 Human Development*. 2005. 7(4): 393 p – 408 p.
- Dedovic K., Ngiam J. The cortisol awakening response and major depression: Examining the evidence. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2015. 11: 1181 p – 1189 p.
- Diriöz M. Ayrılma Anksiyetesi için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Çocukluk ve Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçekleri'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Klinik Sinirbilimleri Anabilim Dalı, İzmir. 2010.
- Dugas MJ, Marchand A, Ladouceur R: Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorders*. 2005. 19: 329 p – 343 p.
- Dünya Sağlık Örgütü, ICD-10, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzları, 1992.
- Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Sivas: Dilek Matbaası, 1995.

- 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 p -63 p.
- Eduard M. Biological markers of generalized anxiety disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2017. 19(2): 147 p – 158 p.
- Erkmen H. Yaygın Anksiyete Bozukluğu. Karamustafalıoğlu O.( editör) *Temel ve Klinik Psikiyatri. Güneş Tıp Kitapevleri*. 2018. 339 p – 347 p.
- Eşel E. Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2003. 13: 78 p – 87 p.
- Etkin A., Prater KE., Schatzberg AF., et al Disrupted amygdalar subregion functional connectivity and evidence of a compensatory network in generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2009. 66(12):1361 p–1372 p.
- Flint AJ. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *American Journal of Psychiatry*. 1994. 151: 640 p – 649 p.
- Foley DL, Pickles A, Maes HM, Silberg JL, Eaves LJ. Course and short-term outcomes of separation anxiety disorder in a community sample of twins. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004. 43(9): 1107 p – 14 p.
- Fossey MD, Lydiard RB, Ballenger JC, Laraia MT, Bissette G, Nemeroff CB. Cerebrospinal fluid thyrotropin-releasing hormone concentrations in patients with anxiety disorders. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 1993. 5: 335 p – 337 p.
- Franz AP, Rateke L, Hartmann T, McLaughlin N, Torres AR, do Rosário MC, et al. Separation anxiety disorder in adult patients with obsessive-compulsive disorder: Prevalence and clinical correlates. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2015. 30 (1): 145 p – 51 p.
- Gadow KD, DeVincent CJ, Olvet DM et al. Association of DRD4 polymorphism with severity of oppositional defiant disorder, separation anxiety disorder and repetitive behaviors in children with autism spectrum disorder. *European Journal of Neurosciences*. 2010. 32 (6) : 1058 p – 65 p.
- Geçtan E. *Psikanaliz ve Sonrası (On Birinci basım)*. İstanbul, Metis Yayınları. 2005.
- Gillath O, Shaver PR, Baek JM et al. Genetic correlates of adult attachment style. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2008. 35(10): 1396 p – 405 p.
- Gillath O, Bunge SA, Shaver PR, Wendelken C, Mikulincer M. Attachment-style differences in the ability to suppress negative thoughts: exploring the neural correlates. *Neuroimage journal*. 2005. 28(4): 835 p – 47 p.
- Gould TD, Gray NA, Manjî HK. Cellular neurobiology of severe mood and anxiety disorders. Charney DS (editor). *Molecular Neurobiology for the Clinician*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2003: 123 p- 227 p.
- Gülcü ok NE, Panik Bozukluğuna Eşlik Eden Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğunda bağlanma biçimleri, mizaç, çocukluk travmaları ve erken yaşam olayları. Ankara, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi. 2016,.
- Hamilton M. A rating scale for depression *Journal of Neurology Neurosurgery Psycihiatry*. 1960. 23: 56 p -62 p.

- Hilbert K, Lueken U, Beesdo-Baum K. Neural structures, functioning and connectivity in generalized anxiety disorder and interaction with neuroendocrine systems: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2014. 158: 114 p – 26 p.
- Hofmann SG, Sawyer AT, Korte KJ, Smits JA: Is it beneficial to add pharmacotherapy to cognitive-behavioral therapy when treating anxiety disorders? a meta-analytic review. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2009. 2: 160 p – 175 p.
- Hunt C. The diagnosis and the nature of generalized anxiety disorder. *Current Opinion in Psychiatry*. 2000. 13: 157 p- 161 p.
- Huppert, J.D., Anxiety disorders and depression comorbidity. In: Antony, M.M. and Stein, M.B. (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders*. New York ,Oxford University Press. 2009. 576 p – 586 p.
- Jacobi, F., Wittchen, H.U., Ouml, Lting, C., Ouml, Fler, M., Lieb, R., Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German health interview and examination survey (GHS). *Psychology of Education*. 2004. 34: 597 p – 611 p.
- Jurbergs N, Ledley DR: Separation anxiety disorder. *Pediatrics Annals*. 2005. 34(2): 108 p -15 p.
- Kesebir S, Kavzoğlu SÖ, Üstündağ MF. Bağlanma ve Psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011. 3(2).
- Kessler, R.C., DuPont, R.L., Berglund, P., Wittchen, H.-U., Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. *American Journal of Psychiatry*. 1999. 156: 1915 p – 1923 p.
- Kessler RC, Wang PS. The Descriptive Epidemiology of Commonly Occurring Mental Disorders in the United States. *Annual Review of Public Health*. 2008. 29: 115 p – 29 p.
- Kessler RC, Chiu WT, Jin R et al. The epidemiology of panic attacks, panic disorder and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication . *Archives of General Psychiatry*. 2006. 63(4): 415 p – 23 p.
- Kirsch P, Esslinger C, Chen Q et al. Oxytocin modulates neural circuitry for social cognition and fear in humans. *Journal of Neuroscience*. 2005.25(49) : 11489 p -11493 p.
- Kılıç C, Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, İlişkili Faktörler, Yeti Yitimi ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanım Sonuçları. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı. 1998.
- Kırlı S, Sivrioğlu Y (çeviri ed.). *Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Tedavi ve Diğer Anksiyete Bozuklukları ile ilişkisi*. Bursa, Özsan Matbaacılık. 2000.
- 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 p – 81 p.
- Kraemer HC, Stice E, Kazdin A, Offord D, Kupfer D. How do risk factors work together? Mediators, moderators, independent, overlapping and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry*. 2001. 158: 848 p – 856 p.
- Lamb ME, Teti DM, Bornstein M. Developmental phases: infancy. *Child and Adolescent Psychiatry*, 3.baskı, Lewis M (Ed.) Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins. 2002. 293 p – 323 p.
- Last CG, Hersen M, Kazdin AE, Orvaschel H ve ark. Anxiety disorders in children and their families. *Archives of General Psychiatry*. 1991. 48: 928 p -934 p.

- Leichsenring F, Salzer S, Jaeger U, Kachele H, Kreische R, Leweke F, Ruger U, Winkelbach C, Leibing E: Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: a randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry*. 2009. 166: 875 p – 881 p.
- Liao M., Yang F., Zhang Y., et al Lack of gender effects on gray matter volumes in adolescent generalized anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2014. 155: 278 p – 282 p.
- Lipsitz JD, Martin LY, Mannuzza S, Chapman TF, Liebowitz MR, Klein DF. Childhood separation anxiety disorder in patients with adult anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 1994. 151: 927 p – 929 p.
- Loas GE, Atger F, Perdereau F, Verrier A, Guelfi JD, Halfon O. Comorbidity of dependent personality disorder and separation anxiety disorder in addictive disorders and in health subjects. *Psychopathology*. 2002. 35: 249 p – 253 p.
- Lohoff FW., Narasimhan S., Rickels K. Interaction between polymorphisms in serotonin transporter (SLC6A4) and serotonin receptor 2A (HTR2A) genes predict treatment response to venlafaxine XR in generalized anxiety disorder. *Pharmacogenomics journal*. 2013. 13(5): 464 p–469 p.
- Lyons-Ruth, K. and D. Jacobvitz, Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. *Attachment Human Development*. 2008. 11(3): 265p- 284p.
- Makovac E., Meeten F., Watson DR., et al Neurostructural abnormalities associated with axes of emotion dysregulation in generalized anxiety. *Neuroimage Clinical*. 2015.10: 172 p–181p.
- Manassis, K., Child–parent relations: Attachment and anxiety disorders. *Anxiety disorders in children and adolescents*. 2001. 255 p -272 p.
- Manicavasagar V, Silove D, Curtis, J, Wagner R. Continuities of separation anxiety from early life into adulthood. *Journal Anxiety Disorder*. 2000. 14(1): 1 p -18 p.
- Manicavasagar, V., et al., Adult separation anxiety disorder: a disorder comes of age. *Current Psychiatry Reports*. 2010. 12(4): 290 p – 7 p.
- Manicavasagar V, Silove D, Curtis J. Separation anxiety in adulthood: a phenomenological investigation. *Comprehensive Psychiatry*. 1997. 38(5): 274 p – 82 p.
- 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 p – 84 p.
- Manicavasagar V, Silove D, Wagner R. Parental representations associated with adult separation anxiety and panic disorder agoraphobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1999. 33(3): 422 p -8 p.
- Manicavasagar V, Silove D. Is there an adult form of separation anxiety disorder? A Brief Clinical Report. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1997. 31(2): 299 p-303 p.
- Manicavasagar V, Silove D, Wagner R, Drobny J. A self-report questionnaire for measuring separation anxiety in adulthood. *Comprehensive Psychiatry*. 2003. 44(2): 146 p – 53 p.
- 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 p – 172 p.

- Mann JJ, Brent DA, Arango V. The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology*. 2001. 24: 467 p – 477 p.
- Moreira FP., Fabiao JD., Bittencourt G., et al The Met allele of BDNF Val66Met polymorphism is associated with increased BDNF levels in generalized anxiety disorder. *Psychiatric Genetics*. 2015. 25(5): 201 p – 207 p.
- Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*. 1988. 14(1): 61 p – 8 p.
- Mayseless O, Scher A. Mother's attachment concerns regarding spouse and infant's temperament as modulators of maternal separation anxiety. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2000. 41: 917 p -925 p.
- Meinschmidt G, Heim C. Sensitivity to intranasal oxytocin in adult men with early parental separation. *Biological Psychiatry*. 2007. 61(9): 1109 p -1111 p.
- Milrod B, Markowitz JC, Gerber AJ et al. Childhood separation anxiety and the pathogenesis and treatment of adult anxiety *American Journal of Psychiatry*. 2014. 171(1): 34 p – 43 p.
- Nestadt G, Samuels J, Riddle M a, Liang KY, Bienvenu OJ, Hoehn-Saric R. The relationship between obsessive-compulsive disorder and anxiety and affective disorders: results from the Johns Hopkins OCD Family Study. *Psychology* . 2001. 31(3): 481 p – 7 p.
- Newman, M.G., Przeworski, A., Fisher, A.J., Borkovec, T.D. Diagnostic comorbidity in adults with generalized anxiety disorder: Impact of comorbidity on psychotherapy outcome and impact of psychotherapy on comorbid diagnoses. *Behaviour Therapies*. 2010. 41, 59 p - 72 p.
- Noyes Jr, R. Comorbidity in generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2001. 24, 41 p -55 p.
- Noyes R Jr, Clarkson C, Crowe RR, Yates WR, McChesney CM. A family study of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1987. 144: 1019 - 24 p.
- Nutt D, Argyropoulos S, Forshall S. Generalized Anxiety Disorder : Diagnosis, Treatment and its Relationship to Other Anxiety Disorders. *Anxiety Disorders*. 2001. 11 p – 26 p.
- Oson A, Takahashi 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 p – 1457 p.
- Özcan M, Uğuz F, Çilli AS. Ayaktan psikiyatri hastalarında yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığı ve ek tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006. 17(4): 276 p – 285 p.
- Özdemir A, Kocabaşoğlu N. Yaygın Anksiyete Bozukluğu, *Psikiyatri Temel Kitabı*, Köroğlu E, Güleç C (editörler) HYB, Ankara. 2007. 360 p – 363 p.
- Öztürk M.O, Uluşahin N.A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.13. Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri. Ankara. 2015. 337 p - 361 p.
- Papp LA, Kleber MS: Phenomenology of generalised anxiety disorder. Stein DJ, Hollander E (editörler). *Textbook of Anxiety Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2002.109 p -118 p.
- 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 p – 995 p.

- Pine DS, Klein RG, Roberson-Nay R et al. Response to 5% carbon dioxide in children and adolescents relationship to panic disorder in parents and anxiety disorders in subjects. *Archives of General Psychiatry* .2005. 62 (1): 73 p -80 p.
- Pini S, Martini C, Abelli M, Muti M, Gesi C, Montali M, Chelli B, Lucacchini A, Cassano GB. Peripheral-type benzodiazepine receptor binding sites in platelets of patients with panic disorder associated to separation anxiety symptoms. *Psychopharmacology* .2005. 181(2): 407- 11 p.
- Pini S, Abelli M, Shear KM, Cardini A. 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 p – 46 p.
- Pini S, Abelli M, Troisi A, Siracusano A, Cassano GB, Shear MK, Baldwin D. The relationships among separation anxiety disorder, adult attachment style and agoraphobia in patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorder*. 2014. 28(8): 741- 6 p.
- 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 p – 376 p.
- Pini S, Gesi C, Abelli M, Muti M, Lari L, Cardin A, Manicavasagar V, Mauri M, Cassano GB, Shear MK. The relationship between adult separation anxiety disorder and complicated grief in a cohort of 454 outpatients with mood and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders* . 2012. 143(1): 64 p – 68 p.
- Quirin M, Pruessner JC, Kuhl J, HPA system regulation and adult attachment anxiety: Individual differences in reactive and awakening cortisol. *Psychoneuroendocrinology*. 2008.33(5): 581 p – 90 p.
- Quirin M, Gillath O, Pruessner JC, Eggert LD. Adult attachment insecurity and hippocampal cell density. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2010. 5(1): 39 p – 47 p .
- Rezaki M.S, Üstün T.B, and Sartorius N. Results from Ankara centre, Mental Illness in General Health Care. World Health Organization. 1995. 5: 34p.
- Roberson-Nay R, Klein DF, Klein RG, Mannuzza S, Moulton JL, Guardino M.. Carbon Dioxide Hypersensitivity in Separation-Anxious Offspring of Parents with Panic Disorder. *Biological Psychiatry*. 2010. 67(12): 1171–7 p.
- Roy-Byrne PP, Wagner A. Primary care perspectives on generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2004. 65(13): 20 p -26 p.
- Sam Cartrih-Hatton vd., “Anxiety In A Neglected Population: Prevalence Of Anxiety Disorders In Pre- Adolescent Children. *Clinical Psychology Review*. 2006. 26, 817 p – 833 p.
- Saung WT., Narasimhan S., Lohoff FW. Lack of influence of DAT1 and DRD2 gene variants on antidepressant response in generalized anxiety disorder. *Human Psychopharmacology*. 2014. 29(4):316 p –321 p.
- Seligman LD, Wuyek LA. Correlates of separation anxiety symptoms among first-semester college students: an exploratory study. *Journal of Psychology*. 2007 45:135 p – 141 p.
- Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N. Complicated grief and clinical correlates. *European Psychiatry*. 2014. 30:145 p – 51 p.
- Shear K, Jin R, Ruscio AM, Walters E . Prevalance and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry* .2006. 163;1074 p – 1083 p.

- Sheikh JI. Anxiety disorders and their treatment. *Clinical Geriatric Medical*. 1992. 8: 411 p – 426 p.
- Silove D, Manicavasagar V, Curtis J, Blaszczynski A. Is early separation anxiety a risk factor for adult panic disorder? a critical review. *Comprehensive Psychiatry*. 1996. 37(3): 167 p -79 p.
- Silove D, Manicavasagar V, Drobny J. Associations between juvenile and adult forms of separation anxiety disorder: a study of adult volunteers with histories of school refusal. *Journal of Nervous and Mental Disorder*. 2002.190(6): 413 p -5 p.
- 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 p -390 p.
- Silove, D. Genetic factors in early separation anxiety: implications for the genesis of adult anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1995. 92(1): 17 p -24 p.
- Silove DM, Marnane CL, Wagner R, Manicavasagar VL .The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic. *Bio Medical Central Psychiatry* 2010. 10: 10 p – 21 p.
- Silove D, Slade T, Marnane C, Wagner R ve ark. Separation anxiety in adulthood: dimensional or categorical? .*Comprehensive Psychiatry*. 2007. 48(6): 546 p – 53 p.
- Silove D, Momartin S, Marnane C, Steel Z, Manicavasagar V. Adult separation anxiety disorder among war-affected Bosnian refugees: Comorbidity with PTSD and associations with dimensions of trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 2010. 23(1):169 p –72 p.
- Silove D, Harris M, Morgan A, Boyce P, Manicavasagar V, Hadzi-Pavlovic D, Wilhelm K. Is early separation anxiety a specific precursor of panic disorder agoraphobia? A community study. *Psychological Medicine*. 1995. 25(02): 405 p – 11 p.
- Silove D, Manicavasagar V, O'connell D, Blaszczynski A, Wagner R, Henry J. The development of the separation anxiety symptom inventory (SASI). *Australasian Psychiatry*. 1993. 27(3): 477 p – 88 p.
- Silove D, Manicavasagar V, Drobny J. Associations between juvenile and adult forms of separation anxiety disorder: A study of volunteers with histories of school refusal. *Journal of Nervous and Mental Diseases*. 2002. 190: 413 p – 414 p.
- Silove D, Alonso J, Bromet E. Pediatric-Onset and Adult-Onset Separation Anxiety Disorder Across Countries in the World Mental Health Survey. *American Journal of Psychiatry* 2015. 172(7): 647 p – 56 p.
- Stanley MA, Beck JG. Anxiety disorders. *Clin Psychology Review*. 2000. 20: 731 p -754 p.
- Starcevic V. Generalized anxiety disorder: psychopharmacotherapy update on a common and commonly overlooked condition. *Australasian Psychiatry*. 2015. 23(4): 338 p – 342 p.
- Strawn JR., Wehry AM., Chu WJ. Neuroanatomic abnormalities in adolescents with generalized anxiety disorder: a voxel-based morphometry study. *Depression and Anxiety*. 2013. 30(9): 842 p – 848 p.
- Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J. The association of anxiety disorders and obsessive compulsive personality disorder with anorexia nervosa: Evidence from a family study with discussion of nosological and neurodevelopmental implications. *International Journal of Eating Disorders* .2007. 40 p.

- Sunderland, M., Mewton, L., Slade, T., Baillie, A.J.. Investigating differential symptom profiles in major depressive episode with and without generalized anxiety disorder: True comorbidity or symptom similarity?. *Psychological Medicine*. 2010. 40, 1113 p-1123 p.
- Sungur Z.M, Gökalp G.P. Anksiyete Bozuklukları. Tükel R(editör). Ankara Çizgi Tıp Yayınevi.2000.59 p -81 p, 137 p - 54 p.
- Sümeli A Anksiyete kavramı ve anksiyete bakışlarına temel bir bakış.Güleç c,Koroğlu E(editors). *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1997.
- Tafet GE1, Idoyaga-Vargas VP, Abulafia DP, Calandria JM, Roffman SS, Chiovetta A, Shinitzky M. Correlation between cortisol level and serotonin uptake in patients with chronic stress and depression. *Cogn Affect Behav Neurosci*. 2001;1(4): 388–93.
- Thompson RA. Attachment theory and research. *Child and Adolescent Psychiatry*. Lewis M (editör). Lippincott Williams and Wilkins. 2002. 164 p -72 p.
- Tiihonen J., Kuikka J., Rasanen P.. Cerebral benzodiazepine receptor binding and distribution in generalized anxiety disorder: a fractal analysis. *Molecular Psychiatry*. 1997. 2(6): 463 p – 471 p.
- Tops M, Tops M, Boksem MAS, Wijers AA, Van Duinen H, Den Boer JA, Meijman TF, Korf J. Anxiety, cortisol, and attachment predict plasma oxytocin. *Psychophysiology*. 2007. 44(3): 444 p – 9 p.
- Türkçapar MH. *Bilişsel Terapi – Temel İlkeler ve Uygulama (7. Baskı )*. HYB Yayıncılık. 2013. 24 p – 32 p.
- Uzbaş İT. Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2002. 5(1): 5 p -13 p.
- Van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. DRD4 7-repeat polymorphism moderates the association between maternal unresolved loss or trauma and infant disorganization. *Attachment and Human Development*. 2006. 8 (4): 291 p – 307 p.
- Vahip S, Kesebir S, Alkan M, Yazıcı O, Akiskal KK, Akiskal HS. Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *Journal of Affective Disorders*. 2005. 85(1-2): 113 p – 25 p.
- Vrticka P, Andersson F, Grandjean D, Sander D, Vuilleumier P. Individual attachment style modulates human amygdala and striatum activation during social appraisal. *Public Library of Scien*. 2008. 3(8): 28 p – 68 p.
- Wang Y., Zhang H., Li Y., et al BDNF Val66Met polymorphism and plasma levels in Chinese Han population with obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Affective Disorder*. 2015. 186: 7 p – 12 p.
- Weidenfeld J, Newman ME, Itzik A. The amygdala regulates the pituitaryadrenocortical response and release of hypothalamic serotonin following electrical stimulation of the dorsal raphe nucleus in the rat. *Neuroendocrinology* 2002. 76: 63 p – 69 p.
- Wijeratne C, Manicavasagar V. Separation anxiety in the elderly. *Journal of Anxiety Disorder*. 2003. 17(6): 695 p -702 p.
- Williams JW. A structured interview guide for the hamilton depression rating scale. *Archives of General Psychiatry*. 1988. 45(8): 742 p -7 p.
- Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1994. 51: 355 p -364 p.

- Woodman CL. A 5-year follow-up study of generalized anxiety disorder and panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1999. 187: 3 p - 9 p.
- Wu JC, Buchbaum MS, Hershey TG, Hazlett E, Sicotte N, Johnson JC. PET in generalized anxiety disorder. *Biological Psychiatry* 1991. 29: 1181 p -1199 p.
- Yazıcı M, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1998. 9: 114 p -7 p.
- Young, J.F., Mufson, L., Davies, M. Impact of Comorbid Anxiety in an Effectiveness Study of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2006. 45, 904 p – 912 p.
- Yonkers KA, Dyck IR, Warshaw M, Keller MB. Factors predicting the clinical course of generalized anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*. 2000. 176: 544 p – 9 p.
- Zhang X, Norton J, Carriere I, Ritchie K, Chaudieu I, Ancelin ML. Generalized anxiety in community-dwelling elderly: prevalence and clinical characteristics. *Journal of Affective Disorder*. 2015. 172:24–9
- Sayın A, Aslan S. The relationship between mood disorders and temperament, character and personality. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2004. 16(4): 276 p - 83 p.

## YETİŞKİN AYRILIK ANKSİYETESİ ÖZBİLDİRİM LİSTESİ

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

Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

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



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

**AYRILIK ANKSİYETESİ BELİRTİLERİ İÇİN YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK  
GÖRÜŞME  
ÇOCUKLUK AYRILMA ANKSİYETESİ**

**Yönerge:** Çocukken yaşamış olabileceğiniz duygular hakkındaki sorularla başlamak isterim. Çocukken, annenizden ya da evden uzaklaşmak zorunda kaldığınızda kendinizi nasıl hissederdiniz? **Not:** Eğer katılımcı annesi dışında birinden bakım aldıysa ve kendine en yakın hissettiyse, bu soruda ve aşağıdaki diğer sorularda annenin yerine o kişiyi koyunuz.

Başlık	DSM-IV ölçütlerine uygun araştırma soruları
A.1.	<p>Hiç annenizden ayrıldığınızda kendinizi çok üzgün ya da altüst olmuş hissettiniz mi? Örneğin; anneniz gittiğinde ya da bir seyahate çıktığında ağladınız mı, ona kalması için yalvardınız mı, öfkeleniniz mi, onu durdurmaya ya da arkasından gitmeye çalıştınız mı? Evden ya da annenizden uzaktayken kendinizi çok üzgün ya da altüst olmuş ya da sanki başka hiçbir şey umurunuzda değilmiş gibi hissettiniz mi? Erkenden eve dönmek istediniz mi? Annenizi sık sık aradınız mı? / telefon ettiniz mi?</p> <p><b>Ölçüt:</b> Evden ya da temel bağlanma figüründen ayrı kalındığında ya da ayrılma beklendiğinde ortaya çıkan yineleyici aşırı distres.</p>
A.2.	<p>Hiç annenize kötü bir şey olacağından ve onu kaybedebileceğinizden endişendiniz mi (Örneğin, eğer hasta olursa diye çok endişendiniz mi veya bir kazada yaralanabilir ya da daha başka kötü bir şey olabilir diye endişendiniz mi)? Hiç annenizin gidip, bir daha hiç geri gelmeyeceğinden endişendiniz mi? Hiç annenizin öleceğinden endişendiniz mi?</p> <p><b>Ölçüt:</b> Temel bağlanma figürünü kaybedeceği ya da onun olası bir zarar göreceği hakkında duyulan ısrarlı ya da aşırı endişe.</p>
A.3.	<p>Hiç, başınıza, sizi annenizden ayırabilecek kötü bir şey gelmesinden endişelendiniz mi (kaybolmak, kaçırılmak, bir kaza geçirmek ve hatta öldürülmek gibi)?</p> <p><b>Ölçüt:</b> Olumsuz bir olayın temel bağlanma figüründen ayrılmaya neden olacağına dair duyulan ısrarlı ya da aşırı endişe.</p>
A.4.	<p>Evden ayrılmaktan korktuğunuz için ya da evde kalmak istediğiniz için, okula gitmekte sorun yaşadınız mı? Hiç evde kalarak annenizle olabilmek için okula gitmeyi reddettiniz mi? Hiç, ebeveynleriniz sizi okula gitmeniz için zorladılar mı? Okula gittiğinizde evden birinin de sizin yanınızda kalması gerekli mi?</p> <p><b>Ölçüt:</b> Ayrılma korkusu yüzünden okula ya da herhangi başka bir yere gitmeye karşı ısrarlı gönülsüzlük ya da reddetme.</p>
A.5.	<p>Sizin için, yalnız kalmak, hatta bir odada tek başına kalmak bile çok zor muydu? Hiç, yalnız kalmamak için annenizin ya da evdeki diğer kişilerin peşinden gittiniz mi? Hiç, anneniz sizin çok "yapışkan" olduğunuzdan şikâyet etti mi?</p> <p><b>Ölçüt:</b> Yalnız kalmaktan veya önemli bağlanma figürü olmadığında evde kalmaktan ya da önemli yetişkinlerden biri olmadığında diğer ortamlarda kalmaktan ısrarlı ve aşırı korku ya da gönülsüzlük.</p>
A.6.	<p>Hiç, anneniz yanınızda olmaksızın uyumaya gitmek konusunda istekli olmadığınızı ya da sizin evden uzaklarda uyumak istemediğinizi hissettiniz mi? Hiç, gecenin yarısında uyanıp annenizin yanında uyumaya gittiğiniz ya da onun iyi olup olmadığını denetlediğiniz oldu mu?</p> <p><b>Ölçüt:</b> Temel bir bağlanma figürü yanında olmaksızın ya da evden uzaktayken uyumaya karşı ısrarlı gönülsüzlük ya da reddetme.</p>
A.7.	<p>Hiç, sizi ailenizden ya da annenizden ayırabilecek kötü şeylerin olduğu hakkında yineleyici kâbuslarınız oldu mu (yangın, cinayet, ya da diğer felaketler gibi şeyleri de içeren)?</p> <p><b>Ölçüt:</b> Ayrılma temasını içeren yineleyici kâbusların olması.</p>
A.8.	<p>Okula gitmek zorunda kaldığınızda, hiç kendinizi fiziksel olarak hasta hissettiniz mi? (örneğin; baş ağrısının, karın ağrısının, mide bulantısının olması) Eğer evde kalsaydınız kendinizi daha iyi hisseder miydiniz? Farklı bir nedenden dolayı evinizden ya da annenizden uzak kaldığınızda fiziksel olarak hastalanır mıydınız? Evde kendinizi daha iyi hisseder miydiniz?</p> <p><b>Ölçüt:</b> Temel bağlanma figüründen ayrı kalındığında ya da ayrılık beklentisindeyken yineleyici biçimde fiziksel belirtilerden şikâyet etmek.</p>

**AYRILIK ANKSİYETESİ BELİRTİLERİ İÇİN YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK  
GÖRÜŞME  
YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ**

**Yönerge:** Şimdi, size bir yetişkin olarak, sevdiğiniz birinden ayrılmaya ve genelde de yalnız olmayla ilişkili olan duygularınızı sormak istiyorum.

**Başlık** **DSM-IV ölçütlerine uygun araştırma soruları**

- B.1.** Hiç, bir aile üyenize, eşinize ya da bir başka kişiye, fazlaca bağımlı olduğunuzu hissettiniz mi ya da onları kaybetmekten korktuğunuz için onlara yapıştınız mı? Hiç, bu kişiden ya da evden uzak kalmak zorunda olduğunuzda kendinizi çok altüst olmuş ya da üzgün hissettiniz mi? Örneğin; ağladınız mı, evde kalması için ona yalvardınız mı? Öfkeleniniz ya da kıskançlaştınız mı? Gitmesin diye onu durdurmayı ya da ardından gitmeyi denediniz mi? Evden ya da bu kişiden uzak kaldığınızda, hiç kendinizi çok üzgün veya altüst olmuş ya da sanki başka hiçbir şey umurunuzda değilmiş gibi hissettiniz mi? Eve erkenden gelmek istediniz mi? Bir bağlantınız olsun diye bu kişiyi sık sık arar mıydınız?/telefon eder miydiniz?  
**Ölçüt:** Evden ya da temel bağlanma figüründen ayrıldığında ya da ayrılma beklendiğinde ortaya çıkan yineleyici aşırı distres.
- B.2.** Hiç, bu kişiye kötü bir şey olacağından ve onu kaybedebileceğinizden endişe duyduunuz mu? Örneğin; onunla tartışaydınız, o kişi hastalansaydı, bir kazada ya da bir başka şekilde yaralansa ya da incinseydi çok fazla endişelenir miydiniz? Hiç, onun sizi terk edebileceğinden ya da ölebileceğinden dolayı çok fazla endişelendiniz mi?  
**Ölçüt:** Temel bağlanma figürünü kaybedeceği ya da onun olası bir zarar göreceği hakkında duyulan ısrarlı ya da aşırı endişe.
- B.3.** Hiç sizin başınıza, sizi bu kişiden ayıracak, kötü bir şey geleceğinden endişelendiniz mi (kaybolmak, kaçırılmak, kaza geçirmek ya da öldürülmek gibi)?  
**Ölçüt:** Tatsız bir olayın temel bağlanma figüründen ayrılmaya sebep olacağına dair duyulan ısrarlı ya da yineleyici endişe.
- B.4.** Evden ayrılmaktan korktuğunuz için ya da evde kalmak istediğiniz için dışarıya çıkmakla ilgili güçlük yaşadınız mı? Hiç evde kalabilmek için dışarı çıkmadığınız oldu mu? Ev dışı işlerinizi yapması için başka birine ihtiyaç duyduunuz mu? Dışarı çıktığınızda yanınızda birinin olması gerekli midir?  
**Ölçüt:** Ayrılma korkusu yüzünden dışarı çıkmaya ya da herhangi başka bir yere gitmeye karşı ısrarlı gönülsüzlük ya da reddetme.
- B.5.** Sizin için yalnız kalmak, hatta bir odada tek başınıza kalmak bile çok zor mudur? Yalnız kalmamak için, hiç etraftaki birilerinin peşine takıldığınız oldu mu? Hiç, birileri çok "yapışkan", "bağımlı" olduğunuzdan ya da sizin onu "boğduğunuzdan" şikâyet etti mi?  
**Ölçüt:** Yalnız kalmaktan veya önemli bağlanma figürü olmadığında evde kalmaktan ya da önemli yetişkinlerden biri olmadığında diğer ortamlarda kalmaktan ısrarlı ve aşırı korku ya da gönülsüzlük.
- B.6.** Hiç, sevdiğiniz birileri yanınızda değilken ya da siz evinizden uzaklardayken yatıp uyumak istemediğinizi hissettiğiniz oldu mu? Hiç, gecenin yarısında uyanıp onun iyi olup olmadığını kontrol ettiğiniz oldu mu?  
**Ölçüt:** Temel bir bağlanma figürü yanında olmaksızın ya da evden uzaktayken uyumaya karşı ısrarlı gönülsüzlük ya da reddetme.
- B.7.** Hiç, sizi ailenizden ya da diğer önemli kişilerden ayırabilecek kötü şeylerin olduğu hakkında yineleyici kâbuslarınız oldu mu (yangın, cinayet, ya da diğer felaketler gibi şeyleri de içeren)?  
**Ölçüt:** Ayrılma temasını içeren yineleyici kâbusların olması.
- B.8.** Hiç, dışarı çıkmak zorunda kaldığınızda, fiziksel olarak hasta olduğunuzu hissettiniz mi? (örneğin; baş ağrısının, karın ağrısının, mide bulantısının ya da diğer fiziksel belirtiler olması) Eğer evde kalsaydınız, kendinizi daha iyi hisseder miydiniz?  
**Ölçüt:** Temel bağlanma figüründen ayrı kaldığında ya da ayrılık beklentisindeyken yineleyici biçimde fiziksel belirtilerden şikâyet etmek.

-----  
Ayrılma Anksiyesi Belirti Envanteri (AABE)

Ad-Soyad:

Tarih:

No:

Aşağıdaki cümleler çocukluğunuzda (18 yaş altında ) yaşayabileceğiniz bazı korkulara ilişkindir; lütfen hatırlamaya çalışarak, "tüm soruları" yanıtlayınız.

Ben 18 yaşından küçükken...

	Çok Sık Hissettim	Sıklıkla Hissettim	Nadiren Hissettim	Hiç Hissetmedim
1- Okula gitmek istemezdim.				
2- Evde olmadığım zaman ebeveynlerimden birinin başına kötü bir şey gelebileceğinden korkardım.				
3- Evde tek başıma bırakılmak istemezdim.				
4- Okula gitmeden önce baş ağrısı, bulantı, mide ağrısı gibi bedensel şikayetlerim olurdu.				
5- Onların yanında olmadığımda, ailemden birilerinin başına kaza gelebileceğine dair korkularım vardı.				
6- Yabancı yerlerde bulunduğumda, kaybolmaktan korkardım.				
7- Gece yalnız kaldığımda, canavarların ya da hayvanların bana saldırabileceğini hayal ederdim.				
8- Tek başımayken, tanımadığım kimselerden çok korkardım.				
9- Kendimin ya da ailemin şiddete maruz kaldığı şeklinde kâbuslar görürdüm.				
10-Ailemden ayrılmışsam çok mutsuz olurdu.				
11- Yalnız olduğumda, kaçırılacağımdan ya da zarar göreceğimden korkardım.				
12- Evden uzaktayken, ailemle birlikte olduğumu hayal ederdim.				
13- Yalnız başıma uyumaktan korkardım.				
14- Okula gitmeden önce çok gergin olurdu.				
15- Karanlıktan korkardım.				

## HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ

İsim: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_\_

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

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

### 2) Suçluluk duyguları

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

### 3) İntihar

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

### 4) Uykuya dalamamak

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

### 5) Geceyarısı uyanmak

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

### 6) Sabah erken uyanmak

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

### 7) Çalışma ve aktiviteler

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

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

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

### 9) Ajitasyon

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

### 10) Psikik anksiyete

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

### 11) Somatik anksiyete

- 0- Yok
  - 1- Hafif
  - 2- İlimli
  - 3- Şiddetli
  - 4- Çok şiddetli
- Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:

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

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

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

**12) Somatik semptomlar- Gastrointestinal**

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

**13) Somatik semptomlar- Genel**

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

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

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- Şiddetli

**15) Hipokondriaklık**

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

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

- A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)
  - 0- Kilo kaybı yok.
  - 1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.
  - 2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.
- B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
  - 0- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
  - 1- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

**17) Durumu hakkında görüşü**

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

**Toplam HAM-D skoru:**

## HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok
1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)
3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)
4. Çok şiddetli (işiyi inkapasite durumuna getirci)

### Birini İşaretleyin

1. ANKSİYETELİ MIZAÇ: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleme, irritabilite.	0	1	2	3	4
2. GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe.	0	1	2	3	4
3. KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan.	0	1	2	3	4
4. UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları.	0	1	2	3	4
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması.	0	1	2	3	4
6. DEPRESİF MIZAÇ: İlgisizlik, hobilere zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar.	0	1	2	3	4
7. BEDENSEL: (Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu.	0	1	2	3	4
8. SOMATİK: (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duygusu.	0	1	2	3	4
9. KARDİYOYASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistolalar.	0	1	2	3	4

10. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne.	0	1	2	3	4
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyumları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.	0	1	2	3	4
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.	0	1	2	3	4
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.	0	1	2	3	4
14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kırışma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, gegirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus.	0	1	2	3	4

TOPLAM:

PSİŞİK:  
(1,2,3,5,6)SOMATİK  
(4,7,8,9,10,11,12,13)**Değerlendiren Dr:**

Yaşamınızın büyük bir bölümü için size **"kesinlikle uyuyorsa"**→ (D) Doğru

**"tam olarak uymuyor"** ya da **"yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa"**  
→ (Y) Yanlış

1. D Y Üzgün, mutsuz bir insanım.
2. D Y İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.
3. D Y Hayatım boyunca çok çektim.
4. D Y İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm.
5. D Y Kolay pes ederim.
6. D Y Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.
7. D Y Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışım.
8. D Y Başka insanlar kadar çok enerjim olduğunu sarmıyorum.
9. D Y Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.
10. D Y Grup içinde konuşmaktansa, başkalarını dinlemeyi tercih ederim.
11. D Y Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.
12. D Y Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim.
13. D Y Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.
14. D Y Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım.
15. D Y Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım.
16. D Y İşlerin başında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim.
17. D Y Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim.
18. D Y Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.
19. D Y Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim.
20. D Y Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.
21. D Y Ruh halim ve enerjim ya yukarılarda ya da aşağılardadır, ender olarak ikisinin arasındadır.
22. D Y Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazen de donuk olur.
23. D Y Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.
24. D Y Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.
25. D Y Sıklıkla birşeylere başlar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.
26. D Y Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.
27. D Y Canlılık ve uyuşukluk arasında sürekli gider gelirim.
28. D Y Bazen yatağa çökkün girer, fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.

- 
- 
29. D Y Bazen yatağa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin yaşamın yaşamaya değer olmadığı duygusuyla uyanırım.
30. D Y Bana olaylar karşısında sıklıkla karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.
31. D Y Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duygulan arasında gider gelirim.
32. D Y Dışa dönüklükle içe kapanma arasında gider gelirim.
33. D Y Tüm duyguları yoğun olarak yaşarım.
34. D Y Bazen her şeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algılarım.
35. D Y Aynı anda hem mutsuz, hem de mutlu olabilen tipte bir kişiyim.
36. D Y Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.
37. D Y Kolay aşık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.
38. D Y Çoğunlukla havarımda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.
39. D Y Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir şölendir.
40. D Y Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.
41. D Y Her şeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.
42. D Y Kendime müthiş güvenirim.
43. D Y Sıklıkla büyük fikirler üretirim.
44. D Y Her zaman bir şeylerle meşgulümdür.
45. D Y Birçok işi, hem de yorulmadan yapabilirim.
46. D Y Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici, etkileyici ve ilham vericidir.
47. D Y Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.
48. D Y Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda, beni hiçbir şey durduramaz.
49. D Y Doğru dürüst tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.
50. D Y İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.
51. D Y İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.
52. D Y Cömertim ve başkaları için bol para harcarım.
53. D Y Birçok alanda yetenekli ve uzmanım.
54. D Y Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğunu hissederim.
55. D Y İşin patronu, "tepedeki adam" olmayı seven tipte bir kişiyim.
56. D Y Birisiyle bir konu üzerinde anlaşamadığım zaman ateşli bir tartışmaya girebilirim.
57. D Y Cinsel isteklerim daima fazladır.
58. D Y Huysuz (sinirli) bir kişiyim.

59. D Y Bir türlü hoşnut olmayan tabiatta bir kişiyim.
60. D Y Çok yakınırım.
61. D Y Başkalarını çok eleştiririm.
62. D Y Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissederim.
63. D Y Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissederim.
64. D Y Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönlendiriyor.
65. D Y Sık sık öylesine sinirleniyorum ki, gözüm hiçbir şey görmüyor.
66. D Y Terslendiğimde kavga edebilirim.
67. D Y İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.
68. D Y Sinirlendiğimde insanlara bağırırım.
69. D Y İğneleyici şakaların beni zor durumda bırakır.
70. D Y O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.
71. D Y Eşimi (ya da sevgilimi) o kadar kuskanırım ki, buna dayanmıyorum.
72. D Y Küfürbaz olarak bilinirim.
73. D Y Birkaç kadeh içkiyle saldırganlaştığım söylenmiştir.
74. D Y Çok kuşkucu bir kişiyim.
75. D Y Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğunudur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.
76. D Y Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.
77. D Y Her zaman endişelenecek bir şey bulurum.
78. D Y Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir durumum.
79. D Y Endişelenmenin önüne geçemiyorum.
80. D Y Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir.
81. D Y Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum.
82. D Y Gevşemeyi beceremiyorum.
83. D Y Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissederim.
84. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.
85. D Y Sık sık midem bozulur.
86. D Y Heyecanlandığımda ishal olabilirim.
87. D Y Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissederim.
88. D Y Heyecanlandığımda tuvalete daha sık gitmek zorunda kalırım.
89. D Y Birisi eve geç kaldığı zaman başına bir kaza gelmiş olabileceğinden korkarım.
90. D Y Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye çok korkarım.
91. D Y Devamlı olarak aile üyelerinden biriyle ilgili kötü bir haber alacakmışım gibi geliyor.
92. D Y Uykum dinlendirici değil.
93. D Y Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim.

94. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır.
95. D Y Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır.
96. D Y Kendimi güvende hissetmiyorum.
97. D Y Günlük işleyişteki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar.
98. D Y Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracağı gibi bir korku duyarım.
99. D Y Ani sesler beni kolayca irkiltir.

Yaşamınızın büyük bölümü için sizi genel olarak en iyi tanımlayan yalnızca bir şıkki daim alınız.

1. Hemen hemen her zaman üzgünüm.
2. Tamamen enerji dolu, neşe dolu bir kişiyim.
3. Pek çok duygusal çıkış ve inişlerim vardır.
4. Kolay sinirlenirim, küçük şeyler bile beni çileden çıkarır.
5. Hemen her zaman endişeliyimdir.
6. Sakin tabiatta bir kişiyim.