

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



AYRILMA ANKSİYETESİ BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUKLARIN ANNELERİNDEKİ AYRILMA
ANKSİYETESİ BOZUKLUĞU YAYGINLIĞI

ARŞ. GÖR. DR. İHSAN KARA

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

2020

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

AYRILMA ANKSİYETESİ BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUKLARIN ANNELERİNDEKİ AYRILMA
ANKSİYETESİ BOZUKLUĞU YAYGINLIĞI

ARŞ. GÖR. DR. İHSAN KARA

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

PROF. DR. NURSU ÇAKIN MEMİK
ETİK KURUL ONAYI: 19.09.2018 KÜGOKAEK 2018/260

2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	III
KISALTMALAR DİZELGESİ.....	IV
TABLolar DİZELGESİ.....	VI
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu.....	3
2.1.1. Epidemiyoloji.....	7
2.1.2. Etiyoloji.....	7
2.1.2.1. Genetik Etmenler.....	7
2.1.2.2. Mizaç ile İlişkili Etmenler.....	8
2.1.2.3. Biyolojik Etmenler.....	9
2.1.2.4. Bağlanma ile İlişkili Etmenler.....	9
2.1.2.5. Ebeveyn Tutumları ile İlişkili Etmenler.....	10
2.1.2.6. Çevresel Etmenler.....	10
2.1.3. Klinik Görünüm.....	11
2.1.4. Tanı ve Değerlendirme.....	12
2.1.5. Ayırıcı Tanı ve Binişik Tanı.....	13
2.1.6. Gidiş ve Sonlanım.....	14
2.1.7. Tedavi.....	14
2.1.8. Önleme.....	16
2.2. Yetişkinlik Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu.....	16
2.3. Çocukluk Ayrılma Anksiyetesini Yetişkinlikteki Diğer Ruhsal Bozukluklarla İlişkilendiren Çalışmalar.....	17
3. YÖNTEM VE GEREÇLER.....	19
3.1. Örneklem.....	19
3.2. Yöntem.....	20
3.3. Veri Toplama Araçları.....	20
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	20
3.3.2. Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİ).....	21
3.3.3. Güçler Güçlükler Anketi (GGA).....	21

3.3.4. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)	21
3.3.5. Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (AAB-YKG)	22
3.3.6. Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE).....	23
3.3.7. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAA)	23
3.4. İstatistiksel Analiz	24
4. BULGULAR	24
4.1. Araştırmaya Katılanların Genel Özellikleri.....	24
4.2. Katılımcıların Aile Özellikleri ve Annelerindeki Ruhsal Bozukluklar.....	25
4.3. AAB grubundaki çocuklarda AAB belirtilerinin başlangıç yaşı, tanı aldıkları yaş ve ilaç kullanımı özellikleri	27
4.4. AAB ve Kontrol Grubundaki Annelerdeki Yetişkin AAB yaygınlığı.....	28
4.5. Çalışma Grubundaki Annelerin Çocukluk Dönemi AABE Puanları ile Yetişkinlik Dönemi YAA Puanlarının Karşılaştırılması	28
4.6. ADÖ'ye göre çalışma ve kontrol grubunun aile içi ilişkilerinin karşılaştırılması...28	
4.7. AAB-YKG'ye Göre Çalışmaya Katılan Annelerin Verdiği Yanıtların Karşılaştırılması	29
5. TARTIŞMA.....	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	37
7. ÖZET	39
8. İNGİLİZCE ÖZET.....	41
9. EKLER.....	43
10. KAYNAKLAR.....	55

TEŞEKKÜR

Bağımsızlık mücadelesinin ardından kurulan cumhuriyetimizde muhasır medeniyetler seviyesine yükselebilmemiz için modern bilimsel çalışmalar yapmamızın önünü açan ülkemizin kurucusu Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK ve silah arkadaşlarına,

Tez çalışmam sırasında bilgi ve deneyimleriyle her zaman yanımda olan, asistanlık eğitimim boyunca kendisinden çok şey öğrendiğim değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Nursu Çakın Memik'e,

Asistanlık eğitimimiz sırasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığımız yetişmemizde emeği geçen Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyeleri, değerli hocalarım; Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu, Prof. Dr. Ayşen Coşkun, Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar'a,

Çocukluktan bugünlere eğitim öğretim hayatım boyunca her türlü desteği sağlayan sevgili annem, babam ve kardeşime,

Uzmanlık eğitimim boyunca her türlü zorluğu benimle birlikte yaşayan, sabırla ve sevgiyle her zaman yanımda olan çok değerli eşim Büşra Kara'ya sonsuz teşekkürler.

Dr. İhsan Kara
Mart 2020, Kocaeli

KISALTMALAR DİZELGESİ

AA	Ayrılma Anksiyetesi
AAB	Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu
AABE	Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri Envanteri
AABŞÖ-Ç-DSM-5	Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Şiddet Ölçeği-Çocuk Formu-DSM-5
AAB-YKG	Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu için Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi
AB	Anksiyete Bozukluğu
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ADÖ	Aile Değerlendirme Ölçeği
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
DK	Davranışsal Ketlenme
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>)
GGA	Güçler Güçlükler Anketi
GIS	Gastrointestinal Sistem
HPA	Hipotalamo-Pituiter-Adrenal
KGİ	Klinik Global İzlenim Ölçeği
KSH	Kortikotropin Salgılatıcı Hormon
MDB	Major Depresif Bozukluk
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
OR	Okul Reddi
ÖF	Özgül Fobi
PB	Panik Bozukluk

SF	Sosyal Fobi
SSGİ	Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörleri
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YAA	Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi
YAB	Yaygın Anksiyete Bozukluğu
5-HTT	5-Hidroksitriptofan



TABLolar DİZELGESİ

Tablo 1. DSM-IV'e göre AAB tanı ölçütleri	5
Tablo 2. DSM-5'e göre AAB tanı ölçütleri	6
Tablo 3. Katılımcılara ait özellikler	25
Tablo 4. Katılımcıların aile özellikleri	26
Tablo 5. AAB grubunda yer alan çocukların annelerinin ifade ettikleri ruhsal bozukluklar	27
Tablo 6. AAB grubundaki çocukların belirtilerinin başlangıç yaşı, tanı aldıkları yaş ve ilaç kullanımı özellikleri.....	27
Tablo 7. AAB ve kontrol grubundaki annelerin yetişkin AAB açısından karşılaştırılması.....	28
Tablo 8. ADÖ'ye göre çalışma ve kontrol grubunun aile içi ilişkilerinin karşılaştırılması.....	29
Tablo 9. AAB-YKG'ye göre çalışmaya katılan annelerin verdiği yanıtların karşılaştırılması.....	30

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ayrılma anksiyetesi (AA), kişinin bağlanma nesnesinden ayrılması durumunda veya ayrılma beklentisi ortaya çıktığında endişe duyulması durumudur.¹ Bebeklerde, birincil bakım verenden ayrılma stresi yaklaşık 6-12. aylarda gelişmekte, 9-13. aylarda en üst seviyeye ulaşmakta ve 30. aylarda azalmaya başlamaktadır. Bu durum, normal ruhsal gelişimin bir parçasıdır ve bağlanmanın gelişmeye başladığını göstermektedir.^{2,3} Bu yaş dönemlerinde görülen AA, normal gelişimsel özelliklere uygun bir durum olarak değerlendirilmektedir. 3-4 yaş dönemine kadar yaşanan ayrılma deneyimleri sonucunda çocuk, bakım vereninden ayrıldığında artık sakin kalmayı öğrenmektedir.⁴ AA; çocuğun ruhsal gelişimsel dönemine göre beklenen düzeyden daha fazlaysa ya da çocuğun günlük işlevselliğini etkilerse, ayrılma anksiyetesi bozukluğu (AAB) tanısından söz edilmektedir.⁵

Ruhsal Bozuklukların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El kitabı-5'te (DSM-5), AAB ile ilgili bazı değişiklikler yapılmıştır. DSM-IV'te AAB; 'İlk Olarak Bebeklik veya Çocuklukta Tanı Konan Bozukluklar' başlığı altında yer alırken, DSM-5'te 'Anksiyete Bozuklukları' başlığı altında sınıflandırılmıştır. DSM-IV'teki 18 yaşından önce başlama zorunluluğu DSM-5'te kaldırılmış ve çocuklarda en az 4 hafta devam etme zorunluluğundan farklı olarak erişkinler için en az altı aydır devam etme zorunluluğu getirilmiştir.⁶ DSM-5'te yapılan bu değişiklik; çocukken AAB olan hastaların, erişkinlikte bu tanılarının devam edebileceğini ya da AAB'nin ilk kez erişkinlikte ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir. Manicavasagar ve ark.⁷, çocukluk AA'nın, erişkinlik dönemine kadar uzanabileceğini belirlemiştir. Bir grup araştırmacı ise erişkin AA'nın ilk olarak erişkinlikte ortaya çıkabileceğini ileri sürmüş ve araştırmalarıyla bu görüşü desteklemiştir.^{8,9}

AAB'nin ortaya çıkmasında genetik ve çevresel etmenler suçlanmaktadır.⁵ Anksiyete bozuklukları için önemli göstergelerden biri annede anksiyete bozukluğunun (AB) olmasıdır.^{10,11} Bu nedenle AB için genetik yatkınlık önemli bir risk etmeni olarak değerlendirilmektedir.^{12,13} Aile çalışmaları, AAB için ailesel bir kümelenmenin olduğunu ve genetik bir bağlantının bulunduğunu doğrulamaktadır.⁵ Anksiyete ve depresif bozukluğu olan anne-babaların çocuklarında yüksek oranda anksiyete bozukluklarının, özellikle de AAB'nin bulunduğunu bildiren bir çalışmada, ebeveynlerde panik bozukluğu (PB) varlığının, ebeveynlerin çocuklarında AAB tanısını üç kat arttırdığı ortaya konmuştur.¹⁴ DSM-5'te AAB'nin kalıtılabilirlik oranı altı yaş grubu ikizleri içeren bir

toplum çalışmasına dayanarak %73 olarak belirtilmektedir.⁶ Ebeveyn anksiyetesi; paylaşılmış bir genetik zeminde çocuğun mizacıyla ilişkili olabileceği gibi, anksiyöz ebeveynlerin kullandıkları olumsuz ve kaygılı ifadeler, tehditleri algılama ve kaçınma davranışı, çocukları tarafından model olarak algılanabilmektedir.^{15,16}

Davranışsal ketlenme (DK); mizaç ile ilgili üzerinde en çok durulan ve anksiyete bozuklukları ile ilişkilendirilen risk etmenidir.¹⁷ DK, ocuğun yeni bir durum karşısında kendini geri çekmesi, birincil bakım vereninin yanında kalmayı sürdürmesi olarak tanımlanmaktadır.¹⁸ DK, zellikle AAB olmak üzere anksiyete bozuklukları açısından temel bir risk etmeni olarak kabul edilmektedir.¹⁹⁻²¹ Ebeveynlerinde AB olan ocuklarda DK daha sık görülmektedir.²²

Bu çalışmanın amacı, 7-16 yaş aralığındaki AAB olan çocukların anneleri ile AAB olmayan çocukların annelerindeki AAB yaygınlığının karşılaştırılması, çocuktaki AAB şiddeti ve klinik özellikleri ile annelerindeki AAB şiddeti ve klinik özelliklerinin incelenmesi, çocukların annelerinin çocukluk dönemindeki AAB belirtilerinin erişkinlik döneminde sürebileceğinin ve bu durumun çocuklardaki AAB gelişimine olan etkisinin incelenmesidir. Çalışmamızın varsayımı, AAB olan çocukların annelerinde, AAB olmayan çocukların annelerine göre AAB yaygınlığının daha fazla olduğu, ocuklukta AAB belirtileri olan annelerin erişkinlikte AAB olmasının; annelerin ocuklarında AAB gelişmesi ile bir ilişki bulunduğudur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu

AA kavramı; çocuklarda bağlanma davranışının bir yönünü göstermek, anormal bağlanma davranışı geliştiren çocuklarda gözlenen stresi tanımlamak ya da sıklıkla çocukluk yıllarında görülen bazı anksiyete belirtilerini tanımlamak gibi farklı biçimlerde günümüze dek kullanılmıştır.²³⁻²⁶ Çocuğun annesinden ya da bağlanma figüründen ayrılması durumunda kaygı yaşanması erken çocukluk döneminde görülen gelişimsel bir özellik olarak kabul edilmektedir. Bakım verenden ayrılma sırasında yaşanan kaygı, evrimsel açıdan, savunmasız çocuğun bakım verenine yakın durmasını sağlayan bir uyum mekanizması olarak görülmektedir²³. Bowlby'nin bağlanma kuramına göre, yenidoğan bebekler, yalnızca onlara bakmaya ve onları korumaya istekli temel bir bakım veren varlığında yaşamlarını idame ettirebilmektedir.²⁷⁻²⁹ Ainsworth'e göre güvenli bağlanmanın gelişebilmesi için çocuğun sürekli ve tutarlı tepki veren, duyarlı ve çocuk için her zaman ulaşılabilir bir bakım verene sahip olması gerekmektedir.³⁰ Bağlanma ilişkisinin; bebeklerin doğuştan gelen emme, izleme, gülümseme, ağlama ve dokunma gibi davranışları aracılığıyla anne ile ilk ilişkiyi kurarak; doğumdan sonraki ilk saatlerde ve günlerde başladığı belirtilmektedir.³¹

Bağlanmanın özellikleri, anne ve bebeğin erken dönemdeki ilişkisi tarafından belirlenmektedir. İlk temel ilişki olan bağlanma ilişkisinin, sonraki yaşam dönemlerindeki davranışlar için belirleyici etmen olduğu kabul edilmektedir.²⁷⁻²⁹ Ainsworth ve ark.³²; bebek ve bakım veren arasında kurulan erken ilişkilerin önemli olduğunu, çünkü bakım verenlerin, çocuğun sonraki yıllarda kuracağı ilişkilerin öncülünü belirlediğini ve çocuğun gelecekteki ruhsal uyumunun biçimlenmesinde büyük rol oynadığını ileri sürmektedir. Erken bağlanma ilişkisinin niteliği zayıf olduğunda yaşamın ileriki yıllarında ruhsal uyum zedelenmekte ve hem çeşitli ruhsal bozukluklar hem de kişiler arası ilişkilerde güçlükler oluşabilmektedir.^{33,34}

Bebeklerde, birincil bakım verenden ayrılma stresi 1 yaşına doğru ortaya çıkmakta, 2,5 yaşından sonra azalmaya başlamaktadır. Bu durum, altıncı aydan sonra bebeğin tüm ilgisinin, kendisinin ihtiyaçlarını karşılayan bakım verene aktarılması ve bebeğin yabancı kişilerle karşılaştığında korku, kaygı ya da kaçınma davranışlarında bulunabilmesinden

kaynaklanmaktadır.³⁵ Bu yaş dönemlerinde görülen AA, normal ruhsal gelişim özelliklerine uygun bir durum olarak değerlendirilmektedir. 3-4 yaş dönemine kadar yaşanan ayrılma deneyimleri neticesinde çocuk, bakım vereninden ayrıldığında sakin kalabilmeyi öğrenmektedir.⁴ Bağlanma; AA'nin erken gelişiminde yer alan, bağlanma ilişkisinin gelişmiş olduğunu ve çocuğu tehlikeden koruyan uyumsal mekanizmanın ortaya çıktığını gösteren normal bir durum olarak tanımlanmaktadır.^{23,36-38}

AA; çocuğun ruhsal gelişimsel dönemine göre beklenen düzeyden daha fazlaysa ya da çocuğun işlevselliğini etkilerse, AAB'den söz edilmektedir.⁵ Bu tip gelişimsel süreçlerle baş etmekte zorlanan ve olağan dışı yabancı kaygısı sergileyen bebeklerin anormal davranış ve ruhsal bozukluk geliştirme olasılığı daha fazladır.³⁹ Aşırı yabancı kaygısı, erken dönemdeki mizacın bir göstergesi, AAB'nin de öncülü olabilmektedir.⁴⁰

DSM-IV'te "Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk, ya da Ergenlik Dönemi'nde Tanısı Konan Bozukluklar" kategorisinde yer almakta olan AAB; DSM-5'te 'Anksiyete Bozuklukları' başlığı altında yer almaktadır ve tanı ölçütleri şu şekildedir:

Tablo 1. DSM-IV'e göre AAB tanı ölçütleri.²⁶

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

- (1) evden ya da bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılma beklendiğinde yineleyici bir biçimde aşırı sıkıntı duyma,
- (2) bağlandığı başlıca kişileri yitireceğine ya da onların başına bir iş geleceğine ilişkin sürekli ve aşırı bir kaygı duyma,
- (3) kötü bir olayın, bağlandığı başlıca kişiden ayrılmasına yol açacağına ilişkin sürekli ve aşırı bir kaygı duyma,
- (4) ayrılma korkusundan ötürü, sürekli olarak, okula ya da başka bir yere gitmek istememe ya da gitmeyi reddetme,
- (5) tek başına evde kalma, evde bağlandığı başlıca kişiler olmaksızın kalma ya da kendisi için önemli erişkin insanlar olmadan diğer ortamlarda bulunma konusunda isteksizlik gösterme ya da bu konuda sürekli ve aşırı bir korku duyma,
- (6) bağlandığı başlıca kişinin yakınında olmadan ya da evin dışında uyuma konusunda sürekli bir isteksizlik gösterme ya da uyumayı reddetme,
- (7) ayrılma konusunda sürekli kâbus görme,
- (8) bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılma beklendiğinde yineleyici bir biçimde fiziksel yakınmalar getirme (baş ağrıları, karın ağrıları, bulantı ya da kusma gibi).

B. Bu bozukluğun süresi en az 4 haftadır.

C. Başlangıcı 18 yaşından önce olur.

D. Bu bozukluk klinik açıdan önemli bir sıkıntıya ya da toplumsal, okulda (mesleki) ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

E. Bu bozukluk sadece bir yaygın gelişim bozukluğu, şizofreni ya da diğer bir psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve agorafobiyle giden panik bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz.

Varsa Belirtiniz: Erken Başlangıçlı: Başlangıcı 6 yaşından önce olursa.

Tablo 2. DSM-5'e göre AAB tanı ölçütleri.⁴¹

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

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

B. Bu korku, kaygı ya da kaçınma süreklilik gösterir, çocuklarda ve ergenlerde en az dört hafta, erişkinlerde 6 ay ya da daha uzun sürer.

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

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

2.1.1. Epidemiyoloji

AAB'nin 12 yaşından küçük çocuklarda en sık görülen AB olduğu bildirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan çalışmalara dayanarak DSM-5'te bildirilen ortalama yaygınlık oranları; erişkinler için 12 aylık yaygınlık %0,9-1,9, ergenler için 12 aylık yaygınlık %1,6, çocuklar için 6-12 aylık yaygınlık %4 civarındadır.⁶ Oyun döneminde toplum örneklemelerinde, farklı ölçütler ve ölçekler kullanılarak yapılan çalışmalarda, AAB görülme sıklığı %0,5-11,5 arasında değişen oranlarda bulunmuştur.⁴²⁻⁴⁶ Yapılan diğer çalışmalarda ise AAB yaygınlığı %2,4-5,4 olarak bildirilmiştir.⁴⁷⁻⁴⁹ Bir çalışmada, AAB'nin yaşam boyu yaygınlığı %5,2 olarak hesaplanmıştır ve AAB geliştirecek olan kişilerin %75'i 10 yaşından önce, %90'ı ise 13 yaşından önce AAB tanı ölçütlerini karşılamaktadır.⁵⁰

Cinsiyet açısından farklılık bildirmeyen bazı çalışmalar olsa da, genel olarak kızlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir.^{4,51} En sık görüldüğü zaman dilimi 7-12 yaş aralığıdır; orta ergenlik ve geç erişkinlikte keskin bir azalma görülmektedir.⁵² Sıklığı 7-9 yaşları arasında artmakta ve yaşla birlikte azalmaktadır.⁴

2.1.2 Etiyoloji

2.1.2.1. Genetik Etmenler

Anksiyete bozuklukları için önemli göstergelerden biri annede AB'nin olmasıdır.^{10,11} Bu nedenle AB için genetik yatkınlık önemli bir risk etmeni olarak değerlendirilmektedir.^{12,13} DSM-5'te AAB'nin kalıtılabilirlik oranı altı yaş grubu ikizleri içeren bir toplum çalışmasına dayanarak %73 olarak verilmiştir.⁶ Başka bir çalışmada verilen kalıtılabilirlik oranları %4-62 arasında değişmektedir.⁴ Ebeveyn anksiyetesi; paylaşılmış bir genetik zeminde çocuğun mizacıyla ilişkili olabileceği gibi, anksiyöz ebeveynlerin kullandıkları olumsuz ve kaygılı ifadeler, tehditleri algılama ve kaçınma davranışı, çocukları tarafından model olarak algılanabilmektedir.^{15,16}

2.1.2.2. Mizaç ile İlişkili Etmenler

DK, mizaç ile ilişkili olarak üzerinde en çok durulan ve anksiyete bozuklukları ile ilişkilendirilen risk etmenidir.¹⁷ DK; insanlarla, yeni uyaranlarla, yeni durumlarla ve yeni nesnelere karşılaşıncı aşırı, yoğun ve sürekli bir kaygı duyma, utangaçlık ve sosyal içe çekilme davranışı gösterme olarak tanımlanmaktadır.^{53,54} Bebeklerin %15'inde üç aydan itibaren DK görülmektedir.⁵⁵ DK'nin, limbik sistemin uyarılması, amigdala, striatum, hipotalamus, sempatik zincir ve kardiyovasküler sistemin artmış aktivitesinden köken aldığı düşünülmektedir. DK gösteren bebeklerin ve çocukların yeni durumlarla karşılaştıklarında; kalp atımında değişiklikler, sabah kortizolünde yükseklik ve sağ frontal EEG aktivasyonu gibi fizyolojik tepkiler verdikleri görülmüş; bu çocukların ilerleyen yıllarda, AAB ve sosyal fobi (SF) başta olmak üzere AB açısından daha riskli oldukları bildirilmiştir.^{19,56-59} DK'nin genetik bir yatkınlığa bağlı olabileceği, DK ile kortikotropin salgılatıcı hormon (KSH) lokusu arasında bir bağlantı olduğu, 5-Hidroksitriptofan (5-HTT) kısa alleli ve düşük sosyal desteği olan çocuklarda DK riskinin arttığı gösterilmiştir.⁶⁰

Prospektif olarak yapılan bir çalışmada 3 aylıkken sürekli ağlayan ve hareketliliği olan bebeklerin, 21 aylık olduklarında DK gösterdikleri, 7 yaşına geldiklerinde AB belirtileri sergiledikleri gösterilmiştir.⁵⁴ Bir diğer çalışmada 3-5 yaş arası DK gösteren çocukların, 1 yıllık takipleri sonucunda AB belirtileri sergiledikleri gösterilmiştir.⁶¹ DK, özellikle AAB olmak üzere anksiyete bozuklukları açısından temel bir risk etmeni olarak kabul edilmektedir.¹⁹⁻²¹

Tanımlayıcı ve faktör analizli çalışmalarda mizacın; utangaçlık, ketlenme ve duygusallık gibi tipleri tanımlanmıştır. Bu tiplerin anksiyete ve anksiyete bozukluklarıyla yakından ilişkisi olduğu ileri sürülmüştür.^{62,63} Mizaç ile ilişkili etmenler genellikle DK ile ilişkilendirilmesine rağmen, son yıllarda "düzenlenmemiş korku" kavramı geliştirilmiştir.⁶⁴ DK'den içerik olarak farklı olan düzenlenmemiş korku; güvenli veya düşük tehdit içeren durumlarda içinde bulunulan durumla uyumlu olmayan davranışsal belirtilerin gösterilmesi şeklinde tanımlanmaktadır.⁶⁵ Düzenlenmemiş korku kavramında; DK'den farklı olarak, korkunun sadece ne kadar olduğu değil, nerede ve ne şekilde görüldüğünün de değerlendirilmesine odaklanılmaktadır. Bu şekilde anksiyete bozuklukları için tipik olan, düşük tehdit içeren ortamlarda yüksek kaygı yaşayan çocukların

değerlendirilmesine olanak sağlandığı belirtilmektedir.^{65,66} Korku ile ilişkili mizaç özellikleri olan çocukların hepsinde AB görülüyor olması bu durumu etkileyen biyolojik, genetik ve çevresel faktörlerin olduğunu göstermektedir.⁶⁵

2.1.2.3. Biyolojik Etmenler

AAB'nin nörobiyolojik kökenleri araştıran çalışmalar genellikle SF, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve AAB'yi bir arada incelemektedirler. Nöroişlevsel çalışmalar ise çoğunlukla anterior limbik yolaklara odaklanmıştır.⁵ Tehdidi değerlendirme esnasında beyindeki kortikal ve limbik yapıların birlikte çalışmasında bir sorun olduğu, dorsal anterior singulat girus ve sol hipokampus ve parahipokampus arasındaki işlevsel bağlantı zayıflığının anksiyete ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.⁶⁷ Sosyal anksiyetesi olan gençlerle yapılan bir çalışmadan bilateral amigdala etkinliğinin AA'nın derecesi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.⁶⁸ Yapısal görüntüleme çalışmalarında; amigdala, sağ ön hipokampus, ventrolateral prefrontal korteks, sol postsantral girus ve sol prekuneus gri madde hacminde azalma; sağ insula ve sol singulat girus gri madde hacminde artış gibi bulgular saptanmıştır.⁶⁹

AAB'nin artmış hipotalamo-pituiter-adrenal (HPA) sistem aktivitesi ve yüksek kortizol sekresyonu ile ilişkili olduğuna dair bazı ön kanıtlar mevcuttur.⁴ O'Conner ve ark.⁷⁰ annedeki strese bağlı olarak değişen hormonal yapı ve uterusdaki kan akımının, fetüsteki HPA sistemini etkilediğini ve bu etkilenmenin bebeğin çevresel stressörlere karşı, nörobiyolojik yanıt duyarlılığında artışa yol açarak anksiyete bozukluklarına yol açabileceğini bildirmiştir.

2.1.2.4. Bağlanma ile İlişkili Etmenler

AAB olan çocuklarla ilgili yapılan bir çalışmada, bu çocukların bağlanma stillerinin güvensiz nitelikte olduğu gözlenmiştir.⁷¹ Güvensiz bağlanmanın ileri yaşlarda AB gelişimi ile ilişkili olduğu farklı çalışmalarda gösterilmiştir.⁷²⁻⁷⁵ DK'si olan çocuklarda ambivalan ve dezorganize bağlanma daha sık iken, bu tip bağlanması olan çocuklarda AB gelişme riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir.^{76,77} Güvensiz bağlanma ve DK'nin hem birbirlerinden bağımsız olarak hem de birbirlerini etkileyerek anksiyete bozuklukları gelişimi için yüksek risk oluşturduğu belirtilmektedir.⁶⁵

2.1.2.5. Ebeveyn Tutumları ile İlişkili Etmenler

Aşırı koruyucu, kaygılı ve aşırı sert-eleştirel tutumlar; çocukların zor durumlarla baş etme becerilerini engelleyerek anksiyete bozuklukları açısından risk oluşturmaktadır.⁷⁸ Yapılan bir çalışmada, AAB olan ergenlerin ebeveynlerini aşırı kontrolcü ve talepkar, diğer yandan kendi duygusal ihtiyaçlarına karşı duyarsız olarak algıladıkları bildirilmiştir.⁷⁹ Ebeveyn tutumları ile DK arasında çift yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Ebeveyn tutumları çocukların anksiyete ile baş edebilme becerilerini etkileyebileceği gibi çocukların mizaç ve davranışları da ebeveyn tutumlarını etkileyebilmektedir.⁶⁵ Hudson ve ark.⁸⁰; DK ile annenin olumsuz tutumlarının, birbirinden bağımsız olarak bebek ve küçük çocuklardaki AB için risk faktörü olduğunu göstermiştir. Mian ve ark.⁸¹ ebeveynin aşırı koruyuculuğu ve ruhsal bozukluklarının, çocuktaki inhibe mizaç ve AB'ye etkisinin direkt bir nedenden ziyade önemli bir risk faktörü olabileceğini ileri sürmüştür. Annelerin, çocuklarındaki DK'yi değerlendirmelerinde kültürel etkiler vardır ve bu durum ebeveyn tutumlarına yansımaktadır. Doğu kültürleri DK'yi daha doğal karşılayarak kabul ederken, batı kültürleri olumsuz olarak değerlendirip bu durumu daha az kabullenmektedir.⁸²

Kaygılı veya deprese bir ebeveyne sahip olmak, şiddete maruz kalmak veya tanık olmak ve düşük sosyoekonomik düzey, AB açısından erken çocukluk dönemi için risk faktörleridir ve zaman içerisinde AB gelişmesine neden olabilir.⁸¹ Bazı ebeveynler beklenen tehlikeler karşısında, tehlikeyi abartarak ya da çocuğunu aşırı korumaya alarak, onlara anksiyeteli olmayı öğretmekte ve kaygılarını pekiştirmektedir.⁸³

2.1.2.6. Çevresel Etmenler

Akran baskısına uğrama, arkadaşları arasından dışlanma, olumsuz yaşam olaylarına maruz kalma (aile üyesinin kaybı, göç, boşanma), sosyal beceri eksikliklerinin olması, doğum öncesi anne ile ilişkili stres gibi çevresel etmenlerin anksiyete bozuklukları için risk oluşturduğu ifade edilmektedir.^{84,85}

Bir çalışmada gebelik dönemindeki stresin 14-19 aylık bebeklerdeki kaygı ile ilişkili olduğu bulunmuştur.⁸⁶ Simon ve ark.⁸⁷ yaptıkları bir çalışmada anksiyöz çocuklarda prenatal risk faktörlerini (sigara ve alkol kullanımı, düşük doğum ağırlığı, prematürite, fiziksel hastalık) daha yüksek olarak belirlemiş; Lavellee ve ark.⁴⁰ yaptıkları çalışmada bu risk faktörlerini çocuklardaki anksiyete ile ilişkisiz bulmuştur.

Bir yakınının ya da ev hayvanının kaybı, boşanma, taşınma, göç, okul değiştirme ve bağlanma nesnelereinden ayrı bırakan felaketler sonrası AAB'nin başlangıcı tetiklenebilmektedir.⁶

2.1.3. Klinik Görünüm

AAB olan çocuklar, evden ya da bağlanma nesnelereinden ayrılma durumunda ya da ayrılma beklentisi ortaya çıktığında tekrarlayıcı ve aşırı stres yaşamaktadır. Sevdikleri kişilerden ayrı kaldıklarında, onların durumları konusunda kaygılanmakta, onları kaybedecekleri kaygısı yaşamakta ve nerede olduklarını bilme ve onlarla bağlantı kurma ihtiyacı içerisinde olmaktadır. Temel bağlanma nesnelere ile birlikte olmalarına engel olacak; kaybolacakları, kaçırılacakları, ölecekleri veya kaza geçirecekleri gibi kötü bir olayın kendi başlarına geleceği ile ilgili düşüncelere kapılmaktadır. AAB olan çocuklar, yalnız başlarına bir odaya gitmekte ve evde yalnız kalmakta zorlanmaktadır. Sıklıkla ebeveynlerine yapışmakta ve onların gölgesi gibi hareket etmektedir. Uyurken benzer kaygılar sebebiyle yalnız uyumaktan kaçınmakta, bağlanma nesnelereyle birlikte uyuma ihtiyacı duymaktadır. Ayrılma beklentisi ortaya çıktığında AAB olan çocuklar taşkın duygulanım ve saldırgan davranışlar gösterebilmektedir.⁵

Ergenler, bağlanma nesnesinden ayrılmaya ilişkin anksiyetelerini açıkça ifade etmekten çok, evden ayrılırken huzursuzluk sergilemek, tek başına yapılan aktiviteler ya da toplumsal aktivitelere katılacakları zaman annelerini de yanlarında istemek gibi davranış örüntüleri ile AA'ni yansıtabilmektedir.⁸³

AAB olan çocuklar sıklıkla mide bulantısı, kusma ve karın ağrısı gibi gastrointestinal sistem (GIS) belirtileri ya da boğaz ağrısı, grip benzeri belirtiler sergilemekte, ağrıları olduğundan bahsedebilmektedir. Daha büyük çocuklarda çarpıntı, baş dönmesi, baygınlık ve boğulma hissi gibi kardiyovasküler ve solunumsal belirtiler de bildirilmiştir.⁷¹ Okul öncesi çocuklarda yatma zamanında birincil bakım verenden ayrılma ile ilgili korkular ve kâbuslar daha büyük çocuklara göre daha sık görülmektedir.⁸⁸ Bebeklik döneminde yoğun yabancı anksiyetesinin olması, ebeveynde depresyon ve PB'nin olması AAB açısından erken öncüller olarak kabul edilmektedir.⁴⁰

2.1.4. Tanı ve Değerlendirme

DSM-5'te AAB ile ilgili bazı değişiklikler meydana gelmiştir. DSM-IV'te AAB; 'İlk Olarak Bebeklik veya Çocuklukta Tanı Konan Bozukluklar' başlığı altında yer alırken, DSM-5'te 'Anksiyete Bozuklukları' başlığı altında sınıflandırılmıştır. DSM-IV'teki 18 yaşından önce başlama zorunluluğu DSM-5'te kaldırılmış ve çocuklardan farklı olarak erişkinler için en az altı aydır devam etme zorunluluğu getirilmiştir. A tanı ölçütü, anksiyetenin kişinin gelişimsel düzeyine göre yüksek düzeyde olmasını şart koşmakta ve bu ölçütün karşılanması için sekiz alt ölçütten en az üçünün var olması gerekmektedir. Süre ölçütü; 18 yaş öncesi çocuk ve ergenler için en az dört hafta, erişkinler için ise en az altı aydır; ancak erişkinlerde süre ölçütünün esnek bir şekilde ele alınmasının daha uygun olacağı vurgulanmaktadır. Diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi sosyal, akademik, mesleki ve diğer işlev alanlarında bozulmaya ya da klinik olarak önemli sıkıntıya yol açma ölçütü de karşılanmalıdır.

AAB; diğer AB olan çocuklarda sıklıkla binişik olarak bulunabileceği için herhangi bir AB olan çocukta AAB belirtileri de araştırılmalıdır.⁶ Genel anksiyete belirtilerinin taranması psikiyatrik muayenenin ayrılmaz bir parçası olmalıdır. Eğer tarama sonucunda belirgin anksiyete belirtileri saptanırsa hangi AB'nin olduğu, anksiyete belirtilerinin şiddeti ve yol açtığı işlevsel bozulmanın derecesi belirlenmelidir.⁸⁹

AB'si olan çocukların çoğu, klinisyen ile yalnız kalmakta zorlanabilmektedir. Çocuk, bakım vereninden ayrılmak istemediği için, çocuğun değerlendirilebilmesi genellikle ailenin olduğu ortamlarda yapılabilmektedir. Çocukla birebir görüşme sağlanamasa bile, ebeveynlerle görüşmenin çocuğun olmadığı bir ortamda yapılmasının sağlıklı değerlendirme için yararlı olabileceği öngörülmektedir.⁷⁸ Tanı değerlendirmesinin önemli kısmını çocuğun davranışlarının, tepkilerinin birebir değerlendirilmesi ve aileden alınacak ayrıntılı öykü oluşturmaktadır.⁹⁰ Çocukla oyuncaklar, kuklalar, resimler aracılığıyla yapılacak görüşmeler anksiyetenin değerlendirilmesinde yarar sağlamaktadır.¹⁷ Direkt gözlem; çocuğa belirli yönergeler verilerek davranışlarının kaydedilmesiyle anksiyeteli çocuklarda kaçınma belirtilerinin ölçümüdür. Bu ölçümlerin geçerliliği ve yöntemsel farklılıkları için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.⁹¹ Sempatik sinir sistemi ve HPA ile ilgili ölçümler anksiyetenin ölçümü için direkt bir yöntem olmasına karşın bu ölçümlerin psikometrik özellikleri için daha çok çalışmaya gereksinim duyulmaktadır.⁹²

Aile tutumlarının öğrenilmesi için aile görüşmesi yapılması, bununla birlikte okul öncesi eğitime giden çocuklar için öğretmen ve okuldan bilgi alınması işlevselliğin tüm alanlarının değerlendirilmesi açısından önemlidir.⁶⁴

2.1.5. Ayırıcı Tanı ve Binişik Tanı

Anksiyetenin ayrılma temaları ile ilişkili olması AAB'yi YAB'den ayırır, eşlik eden başka kaygılar var olsa da bu kaygılar klinik görünümüne hakim değildir. AAB olan çocuklar ayrılma tehdidi karşısında ağır anksiyete tepkileri ve panik atak düzeyinde tepkiler verebilir ancak bunlar PB'de olduğu gibi ani ve beklenmedik değildir. Sevdiklerinden ayrılma kaygısı travma sonrası stres bozukluğunda (TSSB) da görülmektedir. TSSB'de görülen temel belirtiler; örseleyici yaşantılarla ilgili düşünceler ve bu düşüncelerden kaçınma ile ilgilidir, oysaki AAB'deki temel kaygı birincil bağlanma nesnesinin iyilik durumu ve bağlanma nesnesinden ayrı kalmakla ilgilidir. Depresif durumlarda çocuklar evden ayrılma durumunda isteksiz olabilirler ancak bu durum sevdiklerinden ayrılmak istememe ile değil, anhedoni ve düşük motivasyon ile açıklanabilmektedir.⁶ Okul reddi (OR), AAB varlığında çocuklarda görülen önemli bir durumdur. AAB olan çocuklarda %75'lere varan oranlarda görüldüğü bildirilmekle birlikte, OR davranışının AAB ile birlikte olduğu durumlar sıklıkla akut ve geçici tablolar olarak tanımlanmaktadır. Ağır seyirli OR'nin AAB'den çok PB, agorafobi ve depresyon ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.⁵²

Yapılan bir çalışmada AAB olup kliniğe başvuran çocuklarda eşlik eden ruhsal bozukluk oranı %79 olarak belirlenmiş ve en sık saptanan tanılar YAB ve majör depresif bozukluk (MDB) olmuştur.⁹³ AAB'nin gelecekte PB'ye dönüştüğü ve çocuklukta yaşanan tekrarlayan ayrılmaların panik atakları ile ilişkili olduğu varsayımı ile bazı çalışmalar bu iki bozukluğu incelemiştir. AAB ve PB'nin eş zamanlı olarak bir arada bulunduğu çocuklarda, sadece AAB bulunan çocuklara göre AAB'nin daha geç yaşta başladığı ve binişiklik oranlarının daha yüksek olduğu, ancak iki grup arasında ayrılma ile ilişkili olayların sayısı açısından bir farklılık olmadığı bildirilmiştir.⁹⁴ AAB'nin OR ile birlikteliğini inceleyen bir çalışma ise OR olan çocuklardaki en sık tanının %22'lik bir oranla AAB olduğunu ortaya koymuştur.⁹⁵

2.1.6. Gidiş ve Sonlanım

AAB olan çocuklardan bazıları, hafif rezidüel bozukluklarla tam iyileşme gösterebilirler. Bu, özellikle daha küçük yaşta AAB geliştiren çocuklar için doğrudur.⁹⁶ Süreklilik gösteren vakalar çoğunlukla dışavurum bozuklukları ile binişiklik göstermektedir. AB olan çocukların üç yıllık takibi sonucunda; AAB olanların %80 oran ile diğer AB olan çocuklara göre en yüksek iyileşme oranına sahip oldukları bildirilmiştir. Geç başlangıç yaşı, yüksek zeka düzeyi, ruhsal bozukluk binişikliği, hastalığın şiddetinin fazla ve süresinin uzun olması (bir yıldan uzun), kronik seyir ve periyodik alevlenmelerin olması olumsuz bir gidiş göstergeleri olarak değerlendirilmektedir.⁵ Birçok uzman, çocukluk çağı AAB'sinin ergenlik ve erişkinlikte PB ve agorafobi gelişimine zemin hazırladığını öne sürmüşlerdir.^{57,97-99} AAB'nin, ergenlik ve erişkinlikte oluşabilecek anksiyete, depresyon ve madde kullanım bozuklukları açısından risk faktörü olabileceği ile ilgili takip çalışmaları bulunmaktadır.^{9,51,100-102}

2.1.7. Tedavi

AAB'nin tedavisi aile, çocuk, okul ve çocuğun bulunduğu diğer çevreleri de kapsayacak şekilde planlanmaktadır. Tedavide psikoeğitim, destekleyici psikoterapi ve bilişsel davranışçı terapiyi (BDT) de içeren psikososyal yaklaşımlar ön planda bulunmaktadır.¹⁰³ AAB, sıklıkla diğer anksiyete bozuklukları ile bir arada bulunmaktadır ve benzer yöntemlerle tedavi edildikleri için yapılan çalışmalarda SF ve YAB ile birlikte ele alınmaktadır.⁵ Yapılan bir çalışma, ilaç tedavilerinin ve psikososyal yöntemlerin çocukluk çağı AB'sinin tedavisinde etkili olduğunu göstermektedir.¹⁰⁴ İlaç ve bilişsel davranışçı yöntemlerin birlikte kullanımı, her bir yöntemin tek başına kullanılmasına göre belirgin bir şekilde daha üstün bulunmuştur.¹⁰⁵ Anksiyete bozukluklarının tedavisinde kullanılan BDT; psikoeğitim, gevşeme egzersizleri, bilişsel yeniden yapılandırma, model oluşturma, problem çözme, aşamalı maruz bırakma, ev ödevleri ve nüksü önleme gibi girişimleri içermektedir.^{4,104} Çocuğun terapisi, davranış ödevleri ve oyun ile sağlanırken; tedavinin aile kısmında ise bağımlı ilişki ile anksiyetenin bağlantısına dikkat çekilerek ailenin de çocuktan ayrılabilmesine yardımcı olunmaktadır. Bireysel BDT'nin yanında, grup olarak uygulanan BDT'nin de AAB'yi de içeren anksiyete bozukluklarının tedavisinde etkili olabileceği, aile eğitimlerine dayalı müdahaleleri kapsayan terapötik yöntemlerin ise özellikle AAB için daha yararlı olabileceği yönünde bazı bulgular bulunmaktadır.⁵

AAB’de karşı gelme belirtilerinin görülmesi gibi farklı özelliklerin bulunması AAB’de klasik BDT’den farklı tedavi yöntemlerinin oluşturulmasına neden olmuştur.¹⁰⁶ Çocukluk dönemi yıkıcı davranış bozukluklarının tedavisinde etkili olduğu gösterilmiş ebeveyn-çocuk etkileşim terapisi AAB’ye özgü olarak uyarlanmıştır. Bu tedavide oyun aracılığı ile ebeveynlere; ebeveynlik becerilerinin geliştirilmesi, çocuklarının olumlu davranışlarını destekleme, olumsuz davranışlarını azaltma yöntemleri öğretilerek ebeveynle çocuk arasındaki bağlanmanın arttırılmasına ve buna bağlı olarak çocuğun kendini güvende hissetmesinin sağlanmasına çalışılmaktadır.^{78,107-109}

İlaç tedavisi, AAB olan çocuklarda etkili yöntemlerden biri olarak değerlendirilmektedir ve genellikle ilk tercih edilen ilaçlar seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) grubu ilaçlar olmaktadır.⁵ Erişkinlerdeki anksiyete bozukluklarında SSGİ’lerin etkili ve güvenli olduğu iyi bilinmektedir ve şu ana kadar yapılan kontrollü çalışmalara dayalı olarak çocukluk çağı anksiyete bozukluklarında da etkili ve güvenli oldukları konusunda görüş birliği bulunmaktadır.¹¹⁰ Farklı tedavi yöntemlerinin karşılaştırıldığı çift kör plasebo kontrollü çalışmaların sayısı oldukça azdır ve bunlardan birisi olan AAB, YAB ve SF bulunan 7-17 yaş aralığındaki çocukların katıldığı bir çalışmada; BDT, sertralin (200 mg’a kadar) ve bunların kombinasyonu plasebo ile karşılaştırılmıştır. Bu çalışma 12 haftalık süre içinde her bir yöntemin plaseboya oranla anlamlı biçimde daha etkili olduğunu ortaya koymuştur ve en yüksek etki büyüklüğü kombine tedaviye, daha sonra ise sırasıyla sertralin ve BDT’ye ait olduğunu göstermiştir.¹¹¹ Bu çalışmanın devamında 24. ve 36. haftalarda da kombine tedavinin diğerlerine üstünlüğünün sürdüğü ve her üç tedavi yönteminin kazanımlarının da büyük oranda devam ettiği gösterilmiştir.¹¹² AAB, YAB ve SF olan 6-17 yaş grubundaki olgularla yapılan, fluvoksamin (maksimum doz 300 mg/gün) ile plaseboyu karşılaştıran bir çalışmada sekiz haftalık tedavi süresince fluvoksaminin anksiyete belirtilerini düzeltici etkisinin plaseboya göre anlamlı derecede üstün olduğu gösterilmiştir.¹¹³ Birmaher ve ark.¹¹⁴ tarafından yapılan bir çalışmada 12 haftalık fluoksetin (20 mg/gün) tedavisinin plaseboya göre anlamlı derecede üstün olduğu ortaya konmuştur. AAB tedavisi sadece belirtilerdeki azalmayı değil, işlevsel bozulmadaki düzelmeyi de hedeflemelidir ve ilaç dozunun ya da terapi yoğunluğunun buna göre ayarlanması gerekmektedir.⁸⁹

2.1.8. Önleme

Çocuklarda görülen anksiyete bozukluklarında, ebeveynlerle ilişkili risk faktörlerine erken müdahale edilmesinin (örn: ebeveyn beceri eğitimleri) koruyucu ruh sağlığı kapsamında faydalı olabileceği düşünülmektedir.¹¹⁵ Okul öncesi yaş grubunda yer alan davranışsal ketlenmiş çocukların ebeveynlerine yönelik geliştirilen ‘Cool Little Kids’ programı, ebeveynlerin çocuklarına uygulayacağı alıştırmaları ve aşırı koruyucu tutumları azaltmayı hedeflemektedir ve bu program ile yapılan prospektif çalışmalarda anksiyete bozukluklarını önleme açısından umut verici sonuçlara ulaşılmıştır.^{85,116,117}

2.2. Yetişkinlik Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu

DSM-IV’te çocukluk AAB’si ölçütleri ve bu ölçütlerin temelinde yer alan ana kavramların hiçbiri için bir yaş sınırı olmamasına rağmen AAB tanımlamasında kullanılan dil ve verilen örnekler AAB’nin özellikle çocuklarda görülen bir bozukluk olduğunu belirtmektedir.⁸ Ancak yapılan birçok çalışmada AAB’nin yetişkinlik döneminde de üzerinde durulması gereken bir bozukluk olduğu gösterilmiştir.¹¹⁸⁻¹²⁰

Bowlby, yetişkinlerde görülen agorafobinin, hayatın erken dönemlerinde var olan AA’nın bir yansıması olduğunu, yetişkinlikte yaşanan kişiler arası stresin yol açtığı bir durum olduğunu ileri sürmüştür.²³ Bu görüşten yola çıkarak birçok araştırmacı, şiddetli AA yaşamış olan çocukların hayat boyu süren yapısal bir duyarlılığa sahip olduğu görüşünü savunmuştur.¹²¹⁻¹²⁴ Yetişkinlikteki AA ile ilgili yapılan çalışmalar, çocuklukta görülen AA belirtilerini yetişkinlikte de tanımlamanın mümkün olabileceğini göstermiştir.¹¹⁹ AA’nin temel belirtilerinin yetişkinlikte de devam ettiğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır.¹¹⁸⁻¹²⁰

Yetişkinlikteki AA belirtileri; ebeveynlerden olabileceği gibi, eşten ve çocuktan ayrılmaya veya onların başına zarar gelebileceğine ilişkin kaygılara yerini bırakabilmektedir. Bu yetişkinler sıklıkla, çocukluk dönemlerinden itibaren ayrılma anksiyetelerinin olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum, AAB’nin çocuk ve yetişkin biçimleri arasında bir devamlılık olduğunu düşündürmektedir.^{119,125}

Başka bir çalışmada, klinik takibi olan hastalar arasından, yetişkin AAB’si olan vakalar belirlenmiştir. Bu tanıyı alan hastalar, diğer AB hastalarına göre, çocukluk döneminde

AA'ni daha yüksek düzeyde yaşadıklarını bildirmişlerdir.⁷ Bu çalışma ile AAB tanısının yetişkenlerde de konulabileceği ve kaynağını çocuklukta AA'den alabileceği düşüncesi desteklenmektedir.

Yetişkin AA ile ilgili ailesel etkilenimin araştırıldığı bir çalışmada, çocuklardaki AAB tanısı ile ebeveynlerindeki AAB tanısı arasında yüksek düzeyde eşleşme belirtilmiştir (%82, odds ratio>11). Bu çalışmada çocuklardaki AAB, ebeveynlerdeki başka bir AB ya da depresif bozukluk ile ilişkili bulunmamıştır. Bu durum, AAB'nin ailesel etkileniminin olduğu gerçeğini yansıtmaktadır.¹²⁶

Yetişkin AAB'sine eşlik eden bozuklukları değerlendiren bir çalışmada, yetişkin AAB olanların çoğunun çocuklukta AA belirtilerinin varlığını belirtmelerine karşın, çalışmaya katılanların 1/3'ü AA belirtilerinin ilk kez yetişkinlikte ortaya çıktığını belirtmiştir. Çalışmaya katılanların %17'si ise bağımlı kişilik bozukluğu tanısı almıştır. Eşlik eden anksiyete veya depresif bozukluklar sık görülmesine karşın, katılanların çoğunluğu AA belirtilerinin diğer bozuklukların gelişiminden daha önce var olduğunu bildirmiştir.¹¹⁹ Bir diğer çalışmada yetişkin AAB olan ve ek tanıları olan hastalarda AA belirtilerinin diğer anksiyete bozukluklarının ortaya çıkmasına öncülük ettiği bildirilmiştir.⁷

2.3. Çocukluk Ayrılma Anksiyetesini Yetişkinlikteki Diğer Ruhsal Bozukluklarla İlişkilendiren Çalışmalar

Panik bozukluğu ve agorafobinin etiolojisinde çocukluk AAB'nun olduğunu vurgulayan çalışmalarda, psikiyatrik olduğu kadar biyolojik varsayımların da önemi bilinmektedir.^{23,127} Altta yatan nörobiyolojik etmenler nedeniyle AAB ile PB'nin birbiriyle bağlantılı olabileceği öne sürülmüştür.¹²⁸ AAB'nin agorafobi ve PB ile ilgili ailesel yatkınlığın bir belirleyicisi olabileceği öne sürülmektedir.^{129,130} Çocuklukta AAB olanların yetişkinlikte PB ve agorafobi geliştirme olasılığının yüksek olduğu ile ilgili birçok çalışma bulunmaktadır.^{118,131-133}

Yaşamın erken yıllarındaki AA'nin yetişkinlikte PB dışındaki anksiyete bozuklukları için de risk oluşturduğu belirtilmiştir.¹⁰¹ Depresyon, YAB, SF, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), özgül fobi (ÖF) hastaları da çocukluk döneminde PB hastaları kadar AA yaşadıklarını bildirmişlerdir.^{101,134-138} Yapılan çalışmalar yaşamın erken döneminde

yaşanan AA'nin yetişkinlikte birçok psikiyatrik bozukluk açısından önemli bir risk oluşturduğunu düşündürmektedir.

Bu araştırmada AAB olan 7-16 yaş arasındaki çocukların anneleri ile AAB olmayan çocukların annelerindeki AAB yaygınlığının karşılaştırılması, annelerin çocukluk dönemindeki AAB belirtilerinin erişkinlik dönemine sürebileceğinin ve bu durumun çocuklardaki AAB gelişimine olan etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.



3. YÖNTEM VE GEREÇLER

Bu tez çalışması Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılmadan önce çocuklar, kendileri için hazırlanmış olan Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu'nu, ebeveynler ise Ebeveynler İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu'nu okumuş ve Onam Formu'nu imzalamışlardır. Etik kurul onayı 20.02.1019 tarihli 2019/58 sayı ile Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

3.1. Örneklem

Çalışmaya Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniklerine Temmuz 2018 – Ocak 2020 tarihleri arasında başvuran, DSM-5'e dayalı klinik görüşmeler ile AAB tanısı alan veya bu tanı ile takip ve tedavisi süren, 7–16 yaş arasında olan, çalışmaya alınma ölçütlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden, belirgin fiziksel ya da zihinsel hastalığı bulunmayan 60 çocuk ve ergen ile ebeveynleri alınmıştır. Kontrol grubu olarak Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniklerine başvuran, daha önce Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniklerine başvurusu olmayan, Güçler Güçlükler Anketi'ne (GGA) göre psikiyatrik tanılar açısından önemli bir ruh sağlığı sorunu olmayan, belirgin bir fiziksel rahatsızlığı olmayan, 7–16 yaş arasında olan, çalışmaya alınma ölçütlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 60 çocuk ve ergen ile ebeveynleri alınmıştır.

Çalışma Grubunun Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. DSM-5 tanı ölçütlerine göre AAB tanısı almış olması.
2. 7-16 yaş aralığında olması.
3. Belirgin fiziksel ya da zihinsel hastalık tanısı almamış olması.
4. Bilgilendirilmiş ve çalışmaya katılmayı onaylamış olması.

Kontrol Grubunun Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvurusunun olmaması.

2. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvurmuş olması ve belirgin fiziksel rahatsızlığının olmaması.
3. Güçler Güçlükler Anketi'ne göre psikiyatrik tanılar açısından önemli bir ruh sağlığı sorununun olmaması.
4. Bilgilendirilmiş ve çalışmaya katılmayı onaylamış olması.

Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

1. Ölçeklerin doldurulmasına ve tanısız görüşmelerin tamamlanmasına engel fiziksel bir hastalığının olması.
2. Genel tıbbi durumunu etkileyen kronik bir hastalık varlığı.
3. Çalışmaya katılmayı onaylamamış olması.

3.2. Yöntem

Polikliniğe yeni başvurarak AAB tanısı alan veya AAB tanısı ile takip edilmekte olup kontrol randevusuna gelen hastaların dâhil edilme kriterlerine uygun görülmesi sonrası araştırmacıya yönlendirilmesiyle araştırma hakkında bilgi verilip görüşme yapılmıştır. Araştırmacı tarafından da genel ruhsal değerlendirme yapılarak işlevselliğini etkileyen anksiyete bozuklukları dışında bir ruhsal bozukluk bulunmadığı belirlenen çocukların ebeveynlerine Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (AAB-YKG) üzerinden değerlendirme yapıldıktan sonra Sosyodemografik Veri Formu, Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri Envanteri (AABE), Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAA) ve Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) doldurulmuştur. Araştırmacı tarafından ise Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGI) doldurulmuştur.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu; çocuğun yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, kardeş sayısı, ailenin tipi, sosyoekonomik durumu, annenin yaşı, öğrenim durumu, mesleği, geçmişte psikiyatri başvurusu olup olmadığı, çocukluğunda benzer şikayetlerin olup olmadığı, çocuğunun tanıyı aldığı ve şikayetlerinin başladığı yaş ile ilgili

bilgilerin sorgulanabilmesi amacıyla hazırlanmış ve araştırmacı tarafından ebeveynlere sorularak doldurulmuştur.

3.3.2. Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGI)

Klinik çalışmalardaki hastaların değerlendirilmesini ve izlem sürecinde tedavinin ortaya çıkardığı değişiklikleri gözlemlemek amacıyla geliştirilmiş, gözlemci tarafından puanlandırılan bir ölçektir. Bu ölçek, Guy tarafından, her yaşta tüm psikiyatrik bozuklukların hastalık seyrini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Klinik global izlenim ölçeği, hastalık şiddeti, düzelme ve yan etki şiddetini içeren 3 bölümden oluşmaktadır.¹³⁹ Klinisyenin, söz konusu hastalıkla ilgili genel tecrübesine dayanarak, hastalığın şiddetini; normal, hasta değil (0) ile çok ağır hasta (7) arasında derecelendirmektedir. Bu çalışmada yalnızca hastalık şiddeti bölümü kullanılmıştır.

3.3.3. Güçler Güçlükler Anketi (GGA)

GGA, çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların taranmasında kullanılan bir ankettir. Bu anketin, 4-16 yaşları için anne-baba formu ile 11-16 yaşları için ergenin kendisinin doldurduğu ergen formu bulunmaktadır. Bazıları olumlu, bazıları olumsuz davranış özelliklerini sorgulayan 25 soru içermektedir. Bu sorular hem uygun tanısal ölçütler, hem de faktör analizi sonuçlarına göre beşer soru içeren beş alt başlıkta toplanmıştır: Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, davranış sorunları, duygusal sorunlar, akran sorunları ve sosyal davranışlar. Her alt başlık kendi içinde değerlendirilip ayrı puan elde edilebildiği gibi, ilk dört başlığın toplamı ile 'toplam güçlük puanı' da hesaplanabilmektedir. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) "Strength and Difficulties Questionnaire - (SDQ)" Robert Goodman tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir.¹⁴⁰⁻¹⁴³ Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güvenir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.¹⁴⁴

3.3.4. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

ADÖ, 1983'te Amerika Birleşik Devletleri'nde aile işlevlerinin çeşitli boyutlarını değerlendirmek üzere Epstein ve ark.¹⁴⁵ tarafından geliştirilmiştir. İç tutarlılık (alfa katsayısı) altı boyutta 0.72 ile 0.92 arasında değişmektedir. Bu da ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlilik çalışması Epstein ve ark.¹⁴⁵ tarafından yapılmıştır. ADÖ, ailenin işlevlerini hangi konularda yerine getirebildiğinin veya hangi

konularda yerine getirmekte zorlandığının genel bir değerlendirmesini yapmak ve sorun alanlarını belirlemek amacıyla oluşturulmuş bir ölçü aracıdır. Ölçeğin uyarlama çalışması Bulut¹⁴⁶ tarafından yapılmıştır. Alt ölçeklerin Cronbach-alfa ile değerlendirilen iç tutarlık katsayıları .38 ile .86 arasında değişmektedir. Ölçeğin yapı geçerliği boşanma sürecinde olan ve olmayan grupların aldıkları puanlar karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin bu iki grubu anlamlı düzeyde ayırt ettiği bulunmuştur.¹⁴⁶ ADÖ, 12 yaş üzerindeki tüm aile bireylerine ve deneğin kendisine aile işlevlerini değerlendirmek için uygulanabilmektedir. ADÖ; problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel fonksiyonlar adı altında 7 alt ölçekten oluşmakta ve 60 madde içermektedir. Orta eğitim düzeyindeki her bireyin anlayıp cevaplandırabileceği ölçeğin aile üyeleri tarafından son 2 ay dikkate alınarak işaretlenmesi istenmektedir. Ölçek; ‘Aynen katılıyorum’ 1 puan, ‘Büyük ölçüde katılıyorum’ 2 puan, ‘Biraz katılıyorum’ 3 puan ve ‘Hiç katılmıyorum’ 4 puan şeklinde 4 seçenek üzerinden puanlanmaktadır. ADÖ’nün değerlendirmesinde, her alt boyut için puanlar ayrı ayrı hesaplanmakta, 2.00’nin üzerindeki puan ortalamalarının aile işlevlerinde bozulmaya doğru bir gidişin göstergesi olduğu belirtilmektedir.

3.3.5. Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (AAB-YKG)

Cyranowski ve ark.⁸ tarafından geliştirilen AAB-YKG ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği ülkemizde Diriöz ve ark.¹ tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach Alfa güvenilirlik analizi tekniğiyle hesaplanmıştır. Toplam 410 denekten elde edilen verilerle AAB-YKG’nin çocukluk alt bölümü için Cronbach Alfa değeri 0.57, yetişkinlik alt bölümü için Cronbach Alfa değeri 0.59 olarak saptanmıştır. Çalışmada bulunan değerler orta düzeyde olup; ölçeğin orta düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir ve ölçeğin orta derecede güvenilirlik göstergesi olarak kabul edilmektedir. Hasta ve sağlıklı gönüllü grupları arasında AAB-YKG ölçeğinin hem çocukluk hem de yetişkinlik alt bölüm puan ortalamaları açısından fark olup olmadığı araştırıldığında hasta ve kontrol gruplarının birbirinden istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğu saptanmıştır. Sonuçta ölçeğin iki alt bölümünün de hastaları ortalama puanlar temelinde normal kontrollerden ayırt edebildiği ve çalışmadaki verilerle AAB-YKG’nin AA tanısını

koymak için kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu gösterilmiştir. Ölçek, kısa yapılandırılmış görüşme formatındadır. Elde edilen bulgular ölçeğin ayırt edici geçerliliğini de desteklemektedir.

3.3.6. Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE)

Silove ve ark.¹⁴⁷ tarafından 1993'te geliştirilen "Separation Anxiety Symptom Inventory" özgün isimli ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ile geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Diriöz ve ark.¹⁴⁸ yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe son biçimi oluşturularak "AABE; Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri" adı verilmiştir. Ölçek hastaları sağlıklı gönüllülerden ayırt edebilmektedir. Ölçeğin AA belirtilerinin tek bir genel faktöre yüklenen üç özel faktörden oluştuğu gösterilmiştir. AABE'nin güvenilirlik çalışmasında; ölçeğin yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğu, tüm maddelerin ölçeğin bütünü ile tutarlılığının yeterli olduğu ve test-tekrar test tutarlılığının yüksek olduğu saptanarak güvenilir bir ölçek olduğu gösterilmiştir. İç tutarlılık güvenilirlik katsayısını saptamak amacıyla Cronbach Alfa değeri hesaplanmıştır. Bu yöntemle AABE'nin Cronbach Alfa değeri 0,89 olarak saptanmıştır. AABE'nin; AA çocukluk belirtilerinin varlığını saptamada kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu gösterilmiştir. AABE ile bir bireyin çocukluk döneminde yaşadığı AA belirtileri tek tek taranmakta ve şiddeti belirlenebilmektedir. Özbildirim tarzında uygulanmakta ve uygulanması yaklaşık 5 dakika sürmektedir.

3.3.7. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAA)

Manicavasagar ve ark.¹⁴⁹ tarafından 2003 yılında geliştirilen "Adult Separation Anxiety Checklist" özgün isimli ölçeğin Diriöz ve ark.¹⁴⁸ tarafından "Yetişkinlik Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAA)" adı ile Türkçe'ye uyarlanması ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. YAA'nın güvenilirlik çalışmasında; ölçeğin yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip, tüm maddelerin ölçeğin bütünü ile tutarlı olduğu ve yüksek düzeyde test-tekrar test tutarlılığının olduğu saptanarak güvenilir bir ölçek olduğu gösterilmiştir. İç tutarlılık güvenilirlik katsayısını saptamak amacıyla Cronbach Alfa değeri hesaplanmıştır. Bu yöntemle YAA'nın Cronbach Alfa değeri 0,93 olarak saptanmıştır. Bu ölçekle ister çocuklukta başlayıp yetişkinlikte devam etsin, ister ilk kez yetişkinlikte ortaya çıksın AA belirtileri tek tek sorgulanabilmekte ve şiddeti belirlenebilmektedir. Özbildirim tarzında uygulanmakta ve uygulaması yaklaşık 15 dakika sürmektedir.

3.4. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirme, IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) paket programı ile yapılmıştır. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren nümerik değişkenler ortalama±standart sapma, normal dağılım göstermeyen nümerik değişkenler ise medyan (25.-75. persentil) olarak ifade edilmiştir. Kategorik değişkenler frekans (yüzde) şeklinde özetlenmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalar normal dağılım varsayımı sağlandığında student t testi ile, normal dağılım varsayımı sağlanmadığında Mann Whitney U testi ile yapılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Nümerik değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek için Sperman korelasyon analizi kullanılmıştır. İki yönlü hipotezlerin testinde $p<0.05$ istatistiksel önemlilik için yeterli kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılanların Genel Özellikleri

Çalışmada AAB grubu 30 çocuk ve ergenden, kontrol grubu ise AAB olmayan 30 çocuk ve ergenden oluşmuştur. Çalışmaya 28'i kız (%46,7) 32'si erkek (%53,3) toplam 60 çocuk ve ergen katılmıştır. AAB ve kontrol gruplarının arasında cinsiyete göre dağılım farkı yoktur ($p=1$). Çalışmaya katılan çocukların yaşları 7-14 arasında olup, AAB grubunda ortalama yaş 9,50 (8,00-12,00); kontrol grubunda ise 9,50 (8,00-11,00) olarak bulunmuştur. AAB ve kontrol grubunda yaş ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,928$). Çalışmaya katılan annelerin yaşları 29-50 arasında olup AAB olan çocukların annelerinin ortalama yaşı 37,73 ($\pm 5,02$); kontrol grubundaki annelerin ise 37,07 ($\pm 4,24$) olarak bulunmuştur. AAB ve kontrol grubundaki annelerin yaş ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,581$). AAB ve kontrol grubundaki çocukların kardeş varlıkları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=1$). Katılımcıların cinsiyet, yaş ortalamaları, annelerinin yaş ortalamaları ve kardeş varlığı tablo 3'te özetlenmiştir.

Tablo 3. Katılımcılara ait özellikler.

Özellikler	Gruplar	AAB (n=30)		KONTROL (n=30)		p
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kız	14	46,7	14	46,7	1,000*
	Erkek	16	53,3	16	53,3	
Kardeş varlığı	Var	25	83,3	24	80	1,000*
	Yok	5	16,7	6	20	
		Aritmetik Ortalama	SS	Aritmetik Ortalama	SS	
Annenin yaş ortalaması		37,73	±5,02	37,07	±4,24	0,581***
		Ortanca	(Min-Mak)	Ortanca	(Min-Mak)	
Yaş ortalaması		9,50	(8,00-12,00)	9,50	(8,00-12,00)	0,928**

SS: Standart sapma, **(Min-Mak):** Minimum-Maksimum

*Ki –Kare Testi ** Mann-Whitney U Testi ***Studen t-Testi

4.2. Katılımcıların Aile Özellikleri ve Annelerindeki Ruhsal Bozukluklar

Katılımcıların aile özellikleri tablo 4’te gösterilmiştir. Aile yapısı, aylık gelir düzeyi, anne eğitim düzeyi değişkenleri açısından her iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Annelerin çalışma durumu her iki grup arasında anlamlı derecede farklılık göstermektedir ($p=0,047$). Her iki grup anneleri incelendiğinde AAB olan çocukların annelerinde, çocukken AAB benzeri belirti öyküsü ve annede ruhsal hastalık öyküsü kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha fazla bulunmuştur (sırasıyla $p=0,026$, $p=0,001$).

Tablo 4. Katılımcıların aile özellikleri.

Özellikler		AAB (n=30)		KONTROL (n=30)		p
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Aile Yapısı	Çekirdek	25	83,3	28	93,3	0,513*
	Boşanmış/Parçalanmış	3	10	1	3,3	
	Geniş	2	6,7	1	3,3	
Annenin Eğitim Durumu	Okuryazar değil	0	0	1	3,3	0,160*
	İlkokul mezunu	2	6,7	0	0	
	Ortaokul mezunu	11	36,7	9	30	
	Lise mezunu	13	43,3	10	33,3	
	Üniversite mezunu ve üzeri	4	13,3	10	33,3	
Aylık Gelir Düzeyi (Annenin algısına göre)	Düşük	3	10	2	6,7	0,063*
	Orta	22	73,3	28	93,3	
	Yüksek	5	16,7	0	0	
Annenin işi	Şu An Çalışmıyor	0	0	1	3,3	0,047*
	Çalışıyor	5	16,7	12	40	
	Ev Hanımı	25	83,3	17	56,7	
Annede çocukken AAB benzeri belirtiler	Var	8	26,7	1	3,3	0,026*
	Yok	22	73,3	29	96,7	
Annede Ruhsal Hastalık	Var	19	63,3	5	16,7	0,001*
	Yok	11	36,7	25	83,3	

*Ki -Kare Testi

AAB grubunda yer alan çocukların anneleri ile yapılan görüşme sonucu geçmişte psikiyatri başvurusu olan annelerin ifade ettikleri ruhsal hastalıkları tablo 5'te gösterilmiştir. Bu gruptaki 30 katılımcının 8'inde (%42,1) MDB, 5'inde (%26,3) PB, 2'sinde (%10,5) YAB, 1'inde (%5,3) uyku bozukluğu, 1'inde (%5,3) travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olduğu belirtilmiştir.

Tablo 5. AAB grubunda yer alan çocukların annelerinin ifade ettikleri ruhsal bozukluklar.

Ruhsal Bozukluklar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Panik Bozukluk	5	26,3
Major Depresif Bozukluk	8	42,1
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	2	10,5
Uyku Bozukluğu	1	5,3
Travma Sonrası Stress Bozukluğu	1	5,3
Bilinmeyen Tanı	2	10,5

4.3. AAB grubundaki çocuklarda AAB belirtilerinin başlangıç yaşı, tanı aldıkları yaş ve ilaç kullanımı özellikleri

AAB grubunda yer alan çocukların belirtilerinin başlangıç yaşı ortalama 6,1 ($\pm 2,42$) olarak bulunmuştur. Bu grupta yer alan çocukların tanı aldıkları ortalama yaş ise 8,03 ($\pm 2,53$) olarak bulunmuştur. Çalışma grubundaki 30 hastanın 11'i (%36,7) AAB tanısı aldıktan itibaren herhangi bir zamanda ilaç tedavisi kullanmıştır. Bu hastaların 10'unun (%90,1) ilaç kullanımından fayda gördüğü anneleri tarafından belirtilmiştir.

Tablo 6. AAB grubundaki çocukların belirtilerinin başlangıç yaşı, tanı aldıkları yaş ve ilaç kullanımı özellikleri.

Özellikler	Ortalama	Standart Sapma
Belirtilerin başlangıç yaşı ortalaması	6,10	$\pm 2,42$
Tanı aldıkları yaş ortalaması	8,03	$\pm 2,53$
	Sayı (n)	Yüzde (%)
İlaç kullanımı		
Var	11	36,7
Yok	19	63,3
İlaçtan fayda		
Var	10	90,9
Yok	1	9,1

4.4. AAB ve Kontrol Grubundaki Annelerdeki Yetişkin AAB yaygınlığı

AAB-YKG eşliğinde yapılan klinik görüşmeler neticesinde çalışma grubundaki annelerin 9'unda (%30) yetişkin AAB tanısı olduğu bulunmuştur. Kontrol grubundaki annelerin ise 3'ünde (%10) yetişkin AAB tanısı olduğu bulunmuştur. İki grup arasında yetişkin AAB tanısı açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,107$).

Tablo 7. AAB ve kontrol grubundaki annelerin yetişkin AAB açısından karşılaştırılması.

Yetişkin AAB Tanısı	AAB (n=30)		Kontrol (n=30)		p
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Var	9	30	3	10	0,107*
Yok	21	70	27	90	

*Ki-Kare Testi

4.5. Çalışma Grubundaki Annelerin Çocukluk Dönemi AABE Puanları ile Yetişkinlik Dönemi YAA Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışma grubundaki annelerin AABE toplam puanları ile YAA toplam puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,571$; $p=0,001$).

4.6. ADÖ'ye göre çalışma ve kontrol grubunun aile içi ilişkilerinin karşılaştırılması

ADÖ her alt ölçek puan ortalamasında 2'nin üzerindeki puan ortalamaları aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru gidişin bir göstergesi olarak kabul edilmiştir.

Gruplar arası karşılaştırmada, ADÖ'nün alt ölçekleri olan problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü, genel işlevler bölümlerinde her iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 8. ADÖ'ye göre çalışma ve kontrol grubunun aile içi ilişkilerinin karşılaştırılması.

	AAB (n=30)		Kontrol (n=30)		p
	Ortanca	(Min-Mak)	Ortanca	(Min-Mak)	
Problem Çözme	1,83	(1,33-2,33)	1,50	(1,33-1,87)	0,219*
İletişim	1,66	(1,30-2,11)	1,55	(1,22-2,02)	0,331*
Duygusal Tepki Verebilme	1,50	(1,29-2,00)	1,58	(1,16-2,20)	0,947*
Gereken İlgiyi Gösterebilme	2,28	(2,14-2,50)	2,28	(2,00-2,57)	0,821*
Genel İşlevler	1,70	(1,25-2,10)	1,50	(1,22-1,85)	0,279*
	AO	SS	AO	SS	
Roller	2,07	±0,44	2,05	±0,35	0,840**
Davranış Kontrolü	2,20	±0,43	2,10	±0,35	0,370**

AO: Aritmetik ortalama, **SS:** Standart Sapma, **Min-Mak:** Minimum-Maksimum

*Mann-Whitney U Testi **T Testi

4.7. AAB-YKG'ye Göre Çalışmaya Katılan Annelerin Verdiği Yanıtların Karşılaştırılması

AAB-YKG aracılığı ile değerlendirilen AAB'nin sekiz tanı kriterine annelerin verdiği yanıtlar tablo 9'da özetlenmiştir. Her bir madde AAB olan çocukların annelerinde daha yüksek bulunmasına karşın özellikle 1. ve 2. maddede istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla, p=0,017, p=0,001). Ayrıca AAB-YKG eşliğinde yapılan klinik görüşmeler neticesinde çalışma grubundaki annelerin 9'unda (%30) yetişkin AAB tanısı olduğu bulunmasına rağmen 1. tanı kriterine 12 (%40), 2. tanı kriterine 16 (%53.3) "evet" yanıtı verdiği görülmektedir.

Tablo 9. AAB-YKG'ye göre çalışmaya katılan annelerin verdiği yanıtların karşılaştırılması.

Sorular		AAB (n=30)		Kontrol (n=30)		p
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
1.Evden ya da temel bağlanma figüründen ayrıldığında ya da ayrılma beklendiğinde ortaya çıkan yineleyici aşırı distres.	Evet Hayır	12 18	40 60	3 27	10 90	0,017*
2.Temel bağlanma figürünü kaybedeceği ya da onun olası bir zarar göreceği hakkında duyulan ısrarlı ya da aşırı endişe.	Evet Hayır	16 14	53,3 46,7	3 27	10 90	0,001*
3.Tatsız bir olayın temel bağlanma figüründen ayrılmaya sebep olacağına dair duyulan ısrarlı ya da yineleyici endişe.	Evet Hayır	10 20	33,3 66,7	3 27	10 90	0,060*
4.Ayrılma korkusu yüzünden dışarı çıkmaya ya da herhangi başka bir yere gitmeye karşı ısrarlı gönülsüzlük ya da reddetme.	Evet Hayır	3 27	10 90	1 29	3,3 96,7	0,612*
5.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.	Evet Hayır	4 26	13,3 86,7	1 29	3,3 96,7	0,353*
6.Temel bir bağlanma figürü yanında olmaksızın ya da evden uzaktayken uyumaya karşı ısrarlı gönülsüzlük ya da reddetme.	Evet Hayır	7 23	23,3 76,7	2 28	6,7 93,3	0,145*
7.Ayrılma temasını içeren yineleyici kâbusların olması.	Evet Hayır	4 26	13,3 86,7	1 29	3,3 96,7	0,353*
8.Temel bağlanma figüründen ayrı kalındığında ya da ayrılık beklentisindeyken yineleyici biçimde fiziksel belirtilerden şikayet etmek.	Evet Hayır	5 25	16,7 83,3	1 29	3,3 96,7	0,195*

*Ki-Kare Testi

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada Kocaeli Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine başvurarak Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (AAB) tanısı alan veya bu tanı ile takip edilen, yaşları 7-16 arasında olan çocuk, ergen ve anneleri ile aynı yaş grubunda Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran, kronik fiziksel hastalığı veya önemli bir psikopatolojisi bulunmayan çocuk ve ergenlerin annelerindeki AAB yaygınlığı, çocukların annelerinin çocukluk dönemindeki AAB belirtilerinin yetişkinlik döneminde sürengelik gösterip göstermediği, AAB olan çocukların annelerinin özellikleri, ruhsal bozukluklarının olup olmadığı, AAB olan ve olmayan çocukların aile içi ilişkileri incelenmeye çalışılmıştır. Çalışma grubunda AAB tanısı klinik görüşme ile konulup yapılandırılmış görüşme ile desteklenmiştir. Kontrol grubu GGA'ya göre önemli bir psikopatolojisi bulunmayan çocuk ve ergenlerden oluşturulmuştur.

Çalışmamız sonucunda AAB belirtilerinin ortalama başlangıç yaşı $6,10 \pm 2,42$; ortalama tanı alma yaşı $8,03 \pm 2,53$; yaş dağılımı 7-14 yaş aralığında bulunmuş, AAB grubundaki hastalarda erkek cinsiyet kız cinsiyetten istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olmasa da fazla bulunmuştur. AAB ve kontrol grubundaki çocukların kardeş varlığı yönünden karşılaştırılmasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Çalışmamıza göre AAB tanısı ile takip edilen çocukların çoğunluğu ilaç dışı tedavi yöntemleri ile tedavi edilmekte; ilaç kullanmakta olan hastaların çoğunluğu ise ilaç tedavisinden fayda görmektedir. Çalışmamızda AAB grubundaki annelerin kontrol grubundaki annelere göre daha fazla ruhsal bozukluk tanısı aldığı, çalışma grubundaki annelerin çocukluk dönemlerinde AAB belirtilerinin daha fazla olduğu ve çocukluk dönemlerinde AAB belirtilerinin şiddeti yüksekse yetişkinlikte de belirti şiddetinin yüksek olarak devam ettiği bulunmuştur. Bu bölümde elde edilen bulgular mevcut yazın çerçevesinde tartışılmaya çalışılmıştır.

Cinsiyet özelliklerine göre AAB'de farklılık bildirmeyen bazı çalışmalar olsa da, genel olarak AAB'nin kızlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir.^{4,51} Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise AAB sıklığı, erkeklerde kızlardan daha fazla bulunmuştur.¹⁵⁰ Çalışmamızda cinsiyet açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmasa da erkeklerin sayısı kızlara göre daha fazla bulunmuştur. Bu duruma, ailelerin geçmiş dönemlerde erkek çocuklarının ev dışı ortamlarda vakit geçirmelerine daha fazla izin vermesi, ancak günümüzde ev dışı ortamların tehlikeli olduğu algısının artması ile

çocukların daha çok aileleriyle vakit geçirmeleri, erkek çocuklarında AAB riskinin artmasına yol açmış olabilir. Ayrıca çalışmamızda erkeklerdeki sıklığın daha fazla olmasında kültürel etkenlerin rolü olabileceği düşünülmüştür. Ülkemizde kız çocuklarda evden ya da ebeveynlerden ayrılmak istememe gibi yakınmalar daha normal olarak algılanıp, daha iyimser karşılanıyor olabilir. Ancak benzer yakınmalar erkek çocuklarda görüldüğünde bu yakınmalar sorun olarak algılanıp kliniğe daha sık başvuru yapılıyor olabilir.

AAB'nin en sık görüldüğü yaş aralığı 7-12 yaş aralığıdır; orta ergenlik ve geç erişkinlikte keskin bir azalma görülmektedir.⁵² Sıklığı 7-9 yaşları arasında artmakta ve yaşla birlikte azalmaktadır.⁴ AAB grubundaki hastaların yaşları yazın ile uyumlu olarak 7-14 yaş aralığında bulunmuştur. Büyük ölçekli epidemiyolojik çalışmalarda AAB'nin başlangıç yaşı tipik olarak 6 yaş olarak belirtilmesine karşın yakın zamandaki pediyatrik birinci basamak çalışmaları AAB'nin okul öncesi dönemdeki çocuklarda da yaygın olduğunu göstermektedir.¹⁵¹ AAB belirtilerinin başlangıç yaşı ortalama $6,10 \pm 2,42$ ve AAB grubundaki çocukların ortalama tanı alma yaşı $8,03 \pm 2,53$ olarak yazın ile uyumlu bulunmuştur. AAB belirtileri daha erken yaşlarda başlasa da okul öncesi dönemde evden ve bakım verenden ayrılma deneyimleri uzun süreli olmadığı için bu durum belirgin bir sorun yaratmıyor olabilir. Ancak çocukların okula başlamasıyla birlikte okula gitmede isteksizlik, devamsızlık, anneyi bırakamama gibi etkilenmeler başlamaktadır. Bu süreçte ailelerin kaygılarının artması sonucu kliniğe başvurmaları belirtilerin başlangıç yaşından bir süre sonra AAB tanısını alıyor olmalarını açıklayabilir.

Gruplar arasında aile yapısı, aylık gelir düzeyi, anne eğitim düzeyi değişkenleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Anne eğitim düzeyleri arasında fark bulunmamasının sebebi ülkemizde genel olarak kadınların okul hayatından erken koparılması ve eğitim düzeylerinin daha düşük olması olabilir. Yapılan çalışmalarda, anne çalışma durumuna göre, çocukların ayrılma anksiyetesinde anlamlı farklılığın olmadığı bulunmuştur.^{152,153} Bizim çalışmamızda ise gruplar arasında annelerin çalışma durumu açısından anlamlı fark bulunmuştur. Çalışmamıza göre; kontrol grubundaki çocukların anneleri, çalışma grubundaki çocukların annelerine göre iş hayatına daha fazla katılmaktadır. Ülkemizde çalışan annelerin doğumdan sonraki izin hakkı bittikten sonra zorunlu olarak iş hayatına dönmeleri gerekmektedir. Bu süreçte çalışan anneler, gerek

ailelerinden destek alarak, gerek çocuklarına bakıcı tutarak, gerekse de kreş hizmetinden yararlanarak çocuklarının bakımlarını belirli bir süre başka bir bakım verene devretmektedir. Böylece annesi çalışmakta olan çocuklar ellerinde olmadan bir ayrılma deneyimi ve stresi yaşamakta, ancak annelerinin eve dönmeleriyle ayrılma stresi son bulmakta ve böylece okul dönemindeki ayrılma stresine deneyimli bir şekilde maruz kalmaktadır. Bu durum çalışan annelerin çocuklarındaki AAB riskini azaltıyor olabilir. Çalışan annelerin ekonomik bağımsızlığının olması, yaşamda aktif rol almaları, annelerin daha özerk ve bağımsız olması çocukların annelerini rol model olarak almalarına, öte yandan ayrılığın doğal ve geri dönüşü olan bir süreç olduğu deneyimini yaşamalarına yol açıyor olabilir.

Kaygılı veya deprese bir ebeveyn sahip olmak, şiddete maruz kalmak veya tanık olmak ve düşük sosyoekonomik düzey, AB açısından erken çocukluk dönemi için risk faktörleri olup zaman içerisinde AB gelişmesine neden olabilir.⁸¹ Çalışmamızda geçmişteki çalışmalarla uyumlu olarak, AAB grubundaki annelerin kontrol grubundaki annelere göre daha fazla ruhsal bozukluklarının olduğu saptanmıştır. Ancak annelere psikiyatri başvurularındaki tanıları sorulduğunda hiçbirinin AAB nedeniyle bir poliklinikten takipli olmadıkları öğrenilmiştir. Çalışmamızda ise yapılan klinik görüşmeler ve AAB-YKG neticesinde AAB grubundaki 9 anne ve kontrol grubundaki 3 anne AAB tanısı almıştır. Bu durum erişkin psikiyatri polikliniklerine başvuran her hastada AAB'nin değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Yapılmış olan bir çalışmada yetişkin AAB olan ve ek tanıları olan hastalarda AA belirtilerinin diğer anksiyete bozukluklarının ortaya çıkmasına öncülük ettiği bildirilmiştir.⁷ Bizim çalışmamızda da ruhsal bozuklukları olan annelerde AAB belirtileri diğer ruhsal bozuklukların gelişmesinde bir etken olmuş olabilir. Bu durumla ilgili gelecekte daha fazla çalışma yapılmasına gereksinim olduğu görülmektedir. Birçok uzman, çocukluk çağı AAB'sinin ergenlik ve erişkinlikte PB ve agorafobi gelişimine zemin hazırladığını öne sürmüşlerdir.^{57,97-99} Depresyon, YAB, SF, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), özgül fobi (ÖF) hastaları da çocukluk döneminde PB hastaları kadar AA yaşadıklarını bildirmişlerdir.^{101,134-138} Çalışmamızda da bu bilgiler ile uyumlu olarak AAB grubundaki annelerin 8'inde (%42,1) MDB, 5'inde (%26,3) PB, 2'sinde (%10,5) YAB, 1'inde (%5,3) uyku bozukluğu, 1'inde (%5,3) travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olduğu saptanmıştır. Ancak AAB'nin bu ruhsal bozukluklardan önce mi yoksa sonra mı başladığı ile ilgili yorum yapmak güçtür. Çocukluk dönemindeki AA

belirtilerinin bu ruhsal bozuklukları tetikleyici rolünün olup olmadığı ile ilgili gelecekte daha fazla çalışmaya gereksinim duyulmaktadır.

Anksiyete bozuklukları için önemli göstergelerden biri annede AB'nin olmasıdır.^{10,11} AB için genetik yatkınlık önemli bir risk etmeni olarak değerlendirilmektedir.^{12,13} DSM-5'te AAB'nin kalıtılabilirlik oranı altı yaş grubu ikizleri içeren bir toplum çalışmasına dayanarak %73 olarak verilmiştir.⁶ Başka bir çalışmadaki kalıtılabilirlik oranları %4-62 arasında değişmektedir.⁴ Yetişkin AAB ile ilgili ailesel etkilenimin araştırıldığı bir çalışmada, çocuklardaki AAB tanısı ile ebeveynlerindeki AAB tanısı arasında yüksek düzeyde eşleşme belirtilmiştir (%82, odds ratio>11). Bu çalışmada çocuklardaki AAB, ebeveynlerdeki başka bir AB ya da depresif bozukluk ile ilişkili bulunmadığı aktarılmıştır. Bu durum ise AAB'nin ailesel etkileniminin olduğu gerçeğini yansıttığı biçiminde yorumlanmıştır.¹²⁶ Ebeveyndeki anksiyete; paylaşılmış bir genetik zeminde ebeveynin kullandığı olumsuz ve kaygılı ifadeler, tehditleri algılama ve kaçınma davranışı, çocukları tarafından model olarak alınabilmektedir.^{15,16} Çalışmamızda, AAB grubundaki çocukların annelerinin 9'u (%30), kontrol grubundaki annelerin 3'ü (%10) yetişkin AAB tanısı almış olmasına rağmen iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. AAB ve diğer anksiyete bozuklukları için kalıtılabilirlik önemli bir etken olsa da bizim çalışmamızda iki grup arasında yetişkin AAB yaygınlığında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmaması; çalışma grubunun sayıca az olması ile ilişkilendirilebileceği gibi AAB'nin kişiye özgü genetik ve biyolojik etmenlerinin, anatomik farklılıklarının ve mizaç özelliklerinin olması ile de açıklanabilir.

DSM-IV'te çocukluk AAB'si ölçütleri ve bu ölçütlerin temelinde yer alan ana kavramların hiçbiri için bir yaş sınırı olmamasına rağmen AAB tanımlamasında kullanılan dil ve verilen örnekler AAB'nin özellikle çocuklarda görülen bir bozukluk olduğunu belirtmektedir.⁸ Ancak yapılan birçok çalışmada AAB'nin yetişkinlik döneminde de üzerinde durulması gereken bir bozukluk olduğu gösterilmiştir.¹¹⁸⁻¹²⁰ Birçok araştırmacı, şiddetli AA yaşamış olan çocukların hayat boyu süren yapısal bir duyarlılığa sahip olduğu görüşünü savunmuştur.¹²¹⁻¹²⁴ AA'nin temel belirtilerinin yetişkinlikte de devam ettiğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır.¹¹⁸⁻¹²⁰ Yetişkinlikteki AA ile ilgili yapılan çalışmalar, çocuklukta görülen AA belirtilerini yetişkinlikte de tanımlamanın mümkün olabileceğini göstermiştir.¹¹⁹ Yetişkinlikteki AA belirtileri; ebeveynlerden olabileceği gibi, eşten ve

çocuktan ayrılmaya veya onların başına zarar gelebileceğine ilişkin kaygılara yerini bırakabilmektedir. Bu yetişkinler sıklıkla, çocukluk dönemlerinden itibaren ayrılma anksiyetelerinin olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum, AAB'nin çocuk ve yetişkin biçimleri arasında bir devamlılık olduğunu düşündürmektedir.^{119,125} Bizim çalışmamızda da geçmişte yapılan çalışmaları destekleyecek şekilde çalışma grubundaki annelerin AABE toplam puanları ile YAA toplam puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu durum çocukluk döneminde AAB belirtilerini yüksek şiddette yaşayan çocukların gerekli tedaviyi almadıkları zaman erişkinlikte de bu belirtilerinin devam edebileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran her çocukta mutlaka AAB değerlendirmesi yapılmalı, tanı alan çocukların anneleri AAB yönünden değerlendirilmeli ve bu annelerin de çocukluk dönemlerinde AAB belirtileri sorgulanmalı, annedeki AAB tanısının çocukluk döneminden itibaren sürebileceği göz önünde bulundurularak gerektiği zaman erişkin ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğinden destek alması önerilmelidir. Yapılan bir çalışmada, klinik takibi olan hastalar arasından, yetişkin AAB'si olan olgular belirlenmiştir. Bu tanıyı alan hastalar, diğer AB hastalarına göre, çocukluk döneminde AA'yı daha yüksek düzeyde yaşadıklarını bildirmişlerdir.⁷ Bu çalışma ile AAB tanısının yetişkinlerde de konulabileceği ve kaynağını çocuklukta AA'den alabileceği düşüncesi desteklenmektedir. Çalışmamızda da her iki grup anneleri incelendiğinde AAB olan çocukların annelerinde çocukken AAB benzeri belirti öyküsü kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur. Bu durum polikliniklere AAB yakınmaları nedeniyle başvuran çocukların annelerinin de çocukluk dönemlerinde benzer belirtilerin olabileceğini göstermiş ve bu sebeple takip edilecek çocukların tedavilerden fayda görebilmeleri için AAB olan çocukların annelerinin de çocukluk dönemlerinin AAB yönünden değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Yapmış olduğumuz çalışmada, çocukluk dönemlerinde AAB belirtileri olmayan ancak yetişkinlikte AAB yakınmaları başlayan hastaların da görülebileceğini göstermektedir. Yetişkin AAB'ye eşlik eden bozuklukları değerlendiren bir çalışmada, yetişkin AAB olanların çoğunun çocuklukta AA belirtilerinin varlığını belirtmelerine karşın, çalışmaya katılanların 1/3'ü AA belirtilerinin ilk kez yetişkinlikte ortaya çıktığını belirtmiştir.⁷

Gruplar arası karşılaştırmada, ADÖ'nün alt ölçekleri olan problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü, genel işlevler bölümlerinde her iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Yazında; ebeveyn tutumlarının aşırı koruyucu, kaygılı ve aşırı sert-eleştirel olmasının çocukların zor durumlarla baş etme becerilerini engelleyerek anksiyete bozuklukları açısından risk oluşturması ve çocuktaki inhibe mizaç ve AB'ye etkisinin önemli bir risk faktörü olabileceği ile ilgili çalışmalar olmasına rağmen; ailenin problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü, genel işlevler ile ilgili becerilerini inceleyen çalışma bulunmamaktadır.^{78,81} Çalışmamızda her iki grupta bu 7 aile işlevi yönünden herhangi bir fark olmaması, çocuklarda AAB'nin değerlendirilmesinde, bu 7 işlevi değerlendirmekten ziyade; ilk etapta ebeveynlerin kaygılı ve aşırı koruyucu tutumları yönünden incelenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğinde çocukların anneleri ile yapılan ilk görüşmede AAB belirtileri değerlendirilirken özellikle AAB-YKG'nin ilk iki sorusu (Eviden ya da temel bağlanma figüründen ayrıldığında ya da ayrılma beklendiğinde ortaya çıkan yineleyici aşırı distres ve temel bağlanma figürünü kaybedeceği ya da onun olası bir zarar göreceği hakkında duyulan ısrarlı ya da aşırı endişe) üzerinde durulmalıdır. Çünkü çalışmamızda AAB-YKG'nin ilk iki sorusuna, çalışma grubundaki anneler kontrol grubundaki annelere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla "evet" yanıtını vermiştir. AAB-YKG eşliğinde yapılan klinik görüşmeler neticesinde çalışma grubundaki annelerin 9'unda (%30) yetişkin AAB tanısı olduğu bulunmasına rağmen 1. tanı kriterini 12 (%40), 2. tanı kriterini 16 (%53,3) katılımcının karşıladığı görülmektedir. Bu durum ebeveynlerin AAB tanısı almasa bile bu belirtileri sıkça yaşadığını ve mutlaka değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Örneklem grubunun sayıca az olmasına ek olarak 7 yaşın altındaki çocuklarda da AAB olabileceği düşünüldüğünde, yaş aralığının geniş tutulmamış olması çalışmamızın sınırlılıklarındandır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

“Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Olan Çocukların Annelerindeki Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Yaygınlığı” başlıklı çalışmamızda elde edilen bulgulardan aşağıdaki sonuçlar çıkarılmıştır:

1. AAB olan çocukların annelerinin 9’u (%30), AAB olmayan çocukların annelerinin 3’ü (%10) yetişkin AAB tanısı almış olmasına karşın iki grup arasında AAB yaygınlığı açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

2. AAB olan çocukların annelerinde çocukken AAB benzeri belirtiler kontrol grubuna göre daha fazla bulunmaktadır. Bu sonuca göre AAB olan çocukların klinik takiplerinden fayda görebilmeleri için, annelerinin de çocukluk dönemlerindeki AAB belirtileri değerlendirilmelidir.

3. AAB olan çocukların annelerinin AABE toplam puanları ile YAA toplam puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bu durum çocukluk döneminde AAB belirtilerini fazla miktarda yaşayan çocukların gerekli tedaviyi almadıkları zaman erişkinlikte de AAB belirtilerinin devam edeceğini gösterebilir. Bu sonuca göre; çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniklerine başvuran her çocukta AAB değerlendirilmeli; tanı alan çocukların annelerinin çocukluk dönemlerinde ve şimdiki zamanda AAB belirtileri sorgulanmalı, yetişkin AAB olan annelerin belirtilerinin çocukluk döneminden itibaren sürengenlik gösterebileceği göz önünde tutulmalı ve ruhsal bozukluk saptanırsa erişkin ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğinden destek almaları önerilmelidir.

4. Çalışmamızda AAB olan çocukların annelerinde kontrol grubundaki annelere göre daha fazla ruhsal bozukluk tanısı saptanmıştır. Annelerin 8’inde (%42,1) MDB, 5’inde (%26,3) PB, 2’sinde (%10,5) YAB, 1’inde (%5,3) uyku bozukluğu, 1’inde (%5,3) travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olduğu kendileri tarafından belirtilmiştir. Bu nedenle AAB olan çocukların anneleri yalnızca AAB yönünden değil, diğer ruhsal bozuklukların yaygınlığının da daha fazla olabileceği düşünülerek diğer ruhsal bozukluklar da sorgulanmalı ve şüphe halinde erişkin ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine yönlendirilmeleri önemlidir.

5. AAB-YKG’nin ilk iki sorusuna “Evden ya da temel bağlanma figüründen ayrıldığında ya da ayrılma beklendiğinde ortaya çıkan yineleyici aşırı distress” ve “Temel bağlanma figürünü kaybedeceği ya da onun olası bir zarar göreceği hakkında duyulan ısrarlı ya da

aşırı endişe” AAB grubundaki anneler, kontrol grubundaki annelere göre daha fazla “evet” yanıtını vermiştir. Bu nedenle AAB olan çocukların annelerine AAB-YKG verilerek annelerde AAB taramasının yapılması hızlandırılabilir.

Sonuç olarak çalışmamız; AAB olan çocukların annelerinin de çocukluk dönemlerinde AAB belirtilerini sıkça yaşadığını ve bu belirtilerin çocukluk döneminden yetişkinlik dönemine sürebileceğini göstermesi bakımından önemlidir. Bununla birlikte çocuklarda görülen AAB'nin tedavisinde, annenin de değerlendirilmesi ve tedavilerinin sağlanması çocuğun tedavisine katkı sağlayabilir.



7. ÖZET

Giriş ve Amaç: Ayrılma anksiyetesi bozukluğu (AAB); kişilerin hayatında birçok alanda bozukluğa neden olan, çocuk psikiyatrisi polikliniklerinde sık görülen bir anksiyete bozukluğudur. Ruhsal Bozuklukların Tanımlandırılması ve Sınıflandırılması El Kitabı-5'te (DSM-5), yapılan değişiklik ile erişkinlikte AAB tanısının çocuklukta olduğu gibi konabileceği belirtilmiştir. Bu araştırmada AAB olan 7-16 yaş arasındaki çocukların anneleri ile AAB olmayan çocukların annelerindeki AAB yaygınlığının karşılaştırılması, annelerin çocukluk dönemindeki AAB belirtilerinin erişkinlik dönemine sürebileceğinin ve bu durumun çocuklardaki AAB gelişimine olan etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem ve Gereç: Çalışma örneklemi Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvurarak AAB tanısı alan veya bu tanı ile takip edilmekte olan, 7-16 yaş grubundaki 30 çocuk ve ergen ile annelerinden; kontrol grubu ise 30 sağlıklı akran ve annelerinden oluşmaktadır. Araştırmada her iki grup anneleri ile yapılandırılmış klinik tanı görüşmesi yapılmış, AAB belirti şiddetini 18 yaş öncesi dönemde değerlendirmek için Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri Envanteri (AABE), 18 yaş sonrası dönemde değerlendirmek için Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAA), aile ilişkilerini değerlendirmek için Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ve sosyodemografik bilgi formu kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada cinsiyet açısından her iki grup arasında bir fark bulunmasa da AAB olan erkeklerin sayısı kızlara göre daha fazla bulunmuştur. AAB olan çocukların annelerinde çocukken AAB benzeri belirtiler daha fazla bulunmuştur. AAB grubundaki annelerin AABE toplam puanları ile YAA toplam puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. AAB olan çocukların annelerinde daha fazla ruhsal bozukluk tanısı saptanmıştır. Kontrol grubundaki çocukların annelerinin, çalışma grubundaki çocukların annelerine göre iş hayatına daha fazla katıldığı bulunmuştur. İki grup arasında annelerdeki AAB yaygınlığı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sonuç: Sonuç olarak çalışmamız; AAB olan çocukların annelerinin de çocukluk dönemlerinde AAB belirtilerini sıkça yaşadığını ve bu belirtilerin çocukluk döneminden yetişkinlik dönemine sürebileceğini göstermiştir. Çocuk ve ergenlerdeki AAB'nin, annenin ruhsal bozuklukları ve annedeki AAB tanısı ile ilişkisini değerlendirecek daha geniş katılımlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: Çocuk, ergen, ayrılma anksiyetesi, bağlanma



8. ABSTRACT

Introduction and Aim: Separation anxiety disorder (SAD) is a common anxiety disorder observed in pediatric psychiatric outpatient clinics, causing difficulties in many areas of people's lives. With the change in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Handbook-5 (DSM-5), it has been stated that SAD in adulthood can also be diagnosed as well as in childhood. In this study, it was aimed to compare the prevalence of SAD in mothers of children with or without SAD aged between 7-16 years. The second aim of this study is to investigate the continuity of childhood SAD symptoms of the mothers through adulthood and to explore its effect on SAD development in their children.

Method and Material: The study sample consisted of 30 children and adolescents aged between 7-16 years who presented the Children and Adolescent Mental Health and Diseases Clinic of Kocaeli University Faculty of Medicine and were diagnosed with SAD or followed in line with a previous diagnosis and their mothers, while the control group consisted of 30 healthy children in the same age range and their mothers. In the study, structured clinical diagnosis interviews were held with mothers of both groups. Separation Anxiety Symptoms Inventory (SASI) evaluating SAD symptom severity until 18 years of age, Adult Separation Anxiety Questionnaire (ASA) measuring it in the post-18 years period, Family Rating Scale (FRS) assessing relations within the family and sociodemographic information form were used to collect relational data.

Findings: Although no significant difference was identified between the two groups in terms of gender in the study, the number of males with SAD was found to be higher than the female participants. Symptoms similar to SAD in childhood were observed more in mothers of children with SAD. A positive and statistically significant relationship was found between the total scores of mothers in the SAD group they obtained from SASI and ASA. More mental disorders were diagnosed in the mothers of children with SAD. It was also found that the mothers of the children in the control group participated in business life more than the mothers of the children in the experimental group. There was no remarkable difference between the two groups in terms of the prevalence of SAD in mothers.

Result: As a result, in our study, it was shown that mothers of children with SAD also had symptoms of SAD frequently during their childhood and that these symptoms may extend over to adulthood. More extensive studies are needed to evaluate the relationship of

SAD in children and adolescents with the mental disorders of the mother and the diagnosis of SAD in the mother.

Key words: Child, adolescent, separation anxiety, attachment



9. EKLER

EK 1

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: İlişkide aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum).

Her cümle için 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	()	()	()	()
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	()	()	()	()
3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	()	()	()	()
4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	()	()	()	()
5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	()	()	()	()
6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	()	()	()	()
7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	()	()	()	()
8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	()	()	()	()
9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	()	()	()	()
11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	()	()	()	()
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.	()	()	()	()

13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	()	()	()	()
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	()	()	()	()
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	()	()	()	()
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	()	()	()	()
17.Evde herkes başına buyruktur.	()	()	()	()
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	()	()	()	()
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	()	()	()	()
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	()	()	()	()
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınılız.	()	()	()	()
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	()	()	()	()
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	()	()	()	()
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	()	()	()	()
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.	()	()	()	()
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	()	()	()	()
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	()	()	()	()
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	()	()	()	()
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	()	()	()	()
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	()	()	()	()
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	()	()	()	()
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışılız.	()	()	()	()
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	()	()	()	()
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	()	()	()	()
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranılız	()	()	()	()
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösterilir.	()	()	()	()
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	()	()	()	()
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	()	()	()	()
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırılız.	()	()	()	()

41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	()	()	()	()
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	()	()	()	()
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.	()	()	()	()
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	()	()	()	()
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	()	()	()	()
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	()	()	()	()
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	()	()	()	()
48.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	()	()	()	()
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	()	()	()	()
50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	()	()	()	()
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.	()	()	()	()
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	()	()	()	()
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	()	()	()	()
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	()	()	()	()
56.Aile içinde birbirimize güvenimiz.	()	()	()	()
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	()	()	()	()
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	()	()	()	()
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	()	()	()	()
60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	()	()	()	()

Değerlendirme:

Aynen katılıyorum: 1 (Bir) puan

Büyük ölçüde katılıyorum: 2 (İki) puan

Biraz katılıyorum: 3 (Üç) puan

Hiç katılmıyorum:4 (Dört) puan

Problem çözme	2-	12-	24-	38-	50-	60-							.../6=
İletişim	3-	14*-	18-	22*-	29-	35*-	43-	52*-	59-				.../9=
Roller	4*-	8*-	10-	15*-	23-	30-	34*-	40-	45*-	53*-	58*-		.../11=
Duygusal tepki verebilme	9*-	19*-	28*-	39*-	49-	57-							.../6=
Gereken ilgiyi gösterme	5*-	13*-	25-	33*-	37*-	42*-	54*-						.../7=
Davranış kontrolü	7*-	17-	20-	27*-	32-	44*-	47*-	48*-	55-				.../9=
Genel işlevler	1*-	6-	11*-	16-	21*-	26-	31*-	36-	41*-	46-	51*-	56-	.../12=

Yıldız (*) işaretli sorular ters olup puanlaması ters yani dört, üç, iki, bir, (4,3,2,1) şeklinde olmaktadır.

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

AB⁴⁻¹⁶

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamazsanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

Çocuğunuzun Adı:

Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
Diğer insanların duygularını önemser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huzursuz, aşırı hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakınır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyecek, oyuncak, kalem v.s.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşırı sinirlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır yada oturma yada kıpırdanıp durur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En az bir yakın arkadaşı vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder yada onlarla alay eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkati kolayca dağılır. Yoğunlaşmakta güçlük çeker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenimi kolayca kaybeder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendinden küçükler iyi davranır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça yalan söyler yada hile yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev, okul yada başka yerlerden çalar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erişkinlerle çocuklardan daha iyi geçinir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Genel olarak, çocuğunuzun aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlükleri olduğunu düşünüyor musunuz: Duygular, dikkati toplama, davranış yada başkaları ile geçinebilme?

Hayır	Evet-Biraz	Evet-Oldukça Ciddi	Evet-Çok Ciddi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eğer yanıtınız "evet" ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az	1 - 5 ay	6 - 12 ay	Bir yıldan fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler çocuğunuzu sıkıntıya sokuyor yada moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, çocuğunuzun günlük yaşamını etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
Ev yaşamı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arkadaş ilişkileri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sınıf içi öğrenme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boş zaman etkinlikleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Bu güçlükler size ya da ailenize zorluk yaşıyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

İmza:

Tarih:

Anne / Baba / Diğer (lütfen belirtiniz):

EK 3

AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİ ENVANTERİ

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 şekilde 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.				

EK 4

YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ANKETİ

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 taşıyor musunuz?				
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 oluy 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 yakınızdaki tutmak için çok fazla konuştüğünüzü fark ettiğiniz oldu mu?				
11- Size yakın kişilerden ayrıldığınızda (örneğin işe gitmek ya da evden dışarıya çıkmak için), özellikle onların nerede oldukları konusunda endişelendiniz mi?				
12- Gece tek başınıza uyumakta güçlük çeker misiniz? Örneğin bir yakınızdaki 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 kaldığınızı düşündüğünüzde çok sıkıntı yaşadınız mı?				
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 yapamadığınızda sıkıntı yaşadığınızı fark ettiniz mi?				
23- Önemsediğiniz birisi sizi terk ettiğinde, bu durumla başa çıkamayacağımızdan ya da onsuz yapamayacağımızdan 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 binlerinden 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?				

EK 5

AYRILMA ANKSİYETESİ BELİRTİLERİ İÇİN YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ

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

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 kaldığımızda, 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 tartışsaydınız, 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 çıktığımızda 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 yinelevici kâbuslarınız oldu mu (yangın, cinayet, ya da diğer felaketler gibi şeyleri de içeren)?

Ölçüt: Ayrılma temasını içeren yineleyici kabusların 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 iyihisseder miydiniz?

Ölçüt: Temel bağlanma figüründen ayrı kalındığında ya da ayrılık beklentisindeyken yineleyici biçimde fiziksel belirtilerden şikâyet etmek.

EK 6

Sosyodemografik Veri Formu

ÇOCUKLA İLGİLİ BİLGİLER:

Çocuğunuzun Adı Soyadı:

Sınıfı:

Doğum tarihi (gün. ay.yıl):

Cinsiyeti:

1. Kardeş sayısı

Kardeşi yok:

2 kardeşi var:

Kardeş sayısı (...)

2. Kaçınıcı çocuk olduğu: (...)

3. Ailenin tipi

Çekirdek aile:

Boşanmış/parçalanmış aile:

Geniş aile:

4. Sosyo-ekonomik Durum (Annenin algısına göre)

Düşük:

Orta:

Yüksek:

ANNE İLE İLGİLİ BİLGİLER:

1. Annenin yaşı: (...)

2. Öğrenim durumu

İlköğretim:

Lise:

Üniversite:

3. Meslek

Ev hanımı:

Çalışıyor (mesleği):

4. Daha önce hiç psikiyatri polikliniği başvurunuz oldu mu?

() Hayır

() Evet, tanı: (.....) Tedavi Süresi: (.....)

5. Çocuğunuzun sağlığını nasıl algılıyorsunuz?
İyi:
Orta:
Kötü:
6. Çocuğunuzu poliklinik kontrolüne götürme sıklığınız nedir?
Kontrollere götürmüyorum:
Kontrollere düzenli götürmüyorum:
Kontrollere istenilen sıklıkta götürüyorum:
7. Çocuğunuz daha önce ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanısı nedeniyle tedavi gördü mü?
Evet: (...) → Tedavi süresi: (.....), Gördüğü tedavi şekli: (.....), Tedaviye ara verdi mi: (.....)
Tedaviye ne kadar süre ara verdi? (.....),
Hayır:
8. Çocuğunuz ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanısı nedeniyle ilaç kullandı mı?
Evet: (.....) → Hangi ilacı kullandı? (.....), İlacı hangi sıklıkta kullandı? (.....)
Birden fazla ilaç kullandı mı? (.....), İlaçtan fayda gördü mü? (.....)
İlaç kullandığınız süre nedir? (.....)
Hayır:
9. Çocuğunuzun bu tanıyı aldığı yaş nedir? (...)
10. Çocuğunuzun belirtilerinin başladığı yaş nedir? (.....)
11. Siz çocukken tedavi oldunuz mu?
12. Siz çocukluğunuzda tedavi almak ister miydiniz?
13. Çocukluğunuzdan itibaren belirtileriniz
a. Geçti (...) → Tedavi ile (.....) ya da kendiliğinden (.....)
b. Azaldı (.....)
c. Sürüyor (.....)
14. Çocukluğunuzda benzer belirtiler var mıydı?
a. Evet (.....) → Hangi belirtiler vardı? (.....)
b. Hayır (.....)

10. KAYNAKLAR

1. Diriöz M. Ayrılma Anksiyetesi İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Çocukluk ve Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçekleri'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği. Klinik Sinirbilimler Yüksek Lisans Tezi. 2010.
2. Marks Isaac. The Development of Normal Fear: A Review. *J Child Psychol Psychiatry*. 1987;28(5):667–697.
3. Warren SL, Sroufe LA. Developmental Issues. In: *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. Oxford University Press. 2004:92–115.
4. Angelosante AG, Ostrowski MA, Chizkov RR. Separation Anxiety Disorder. In: *Pediatric Anxiety Disorders*. New York: Springer New York. 2013:129–142.
5. Gürkan CK. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu ve Okul Reddi. İçinde: Pekcanlar Akay A, Ercan ES, ed. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. 1. baskı. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği. 2016:250–256.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington DC: APA Press. 2013.
7. Manicavasagar V, Silove D, Curtis J, Wagner R. Continuities of separation anxiety from early life onto adulthood. *J Anxiety Disord*. 2000;14(1):1–18.
8. Cyranowski JM, Shear MK, Rucci P ve ark. Adult separation anxiety: psychometric properties of a new structured clinical interview. *J Psychiatr Res*. 2002;36(2):77–86.
9. 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):1107–1114.
10. Wood JJ, McLeod BD, Sigman M, Hwang WC, Chu BC. Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2003;44(1):134–151.
11. Bayer JK, Sanson AV, Hemphill SA. Parent influences on early childhood

- internalizing difficulties. *J Appl Dev Psychol.* 2006;27(6):542–559.
12. Rosenbaum JF, Biederman J, Gersten M ve ark. Behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and agoraphobia. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry.* 1988;45(5):463–470.
 13. Rosenbaum JF, Biederman J, Hirshfeld-Becker DR ve ark. Article A Controlled Study of Behavioral Inhibition in Children of Parents With Panic Disorder and Depression. 2000;157:2002-2010.
 14. Weissman MM, Leckman JF, Merikangas KR, Gammon GD, Prusoff BA. Depression and Anxiety Disorders in Parents and Children: Results From the Yale Family Study. *Arch Gen Psychiatry.* 1984;41(9):845–852.
 15. Gerull FC, Rapee RM. Mother knows best: Effects of maternal modelling on the acquisition of fear and avoidance behaviour in toddlers. *Behav Res Ther.* 2002;40(3):279–287.
 16. Murray L, De Rosnay M, Pearson J ve ark. Intergenerational transmission of social anxiety: The role of social referencing processes in infancy. *Child Dev.* 2008;79(4):1049–1064.
 17. Warren SL, Dadson N. Assessment of anxiety in young children. *Curr Opin Pediatr.* 2001;13(6):580–585.
 18. Roweton WE. Kagan J. Galen's prophecy: Temperament in human nature, New York: Basic Books. 1995.
 19. Schwartz CE, Snidman N, Kagan J. Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38(8):1008–1015.
 20. Biederman J, Hirshfeld-Becker DR, Rosenbaum JF ve ark. Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. *Am J Psychiatry.* 2001;158(10):1673–1679.

21. Hirshfeld-Becker DR, Biederman J, Henin A ve ark. Behavioral inhibition in preschool children at risk is a specific predictor of middle childhood social anxiety: A five-year follow-up. *J Dev Behav Pediatr.* 2007;28(3):225–233.
22. Bolton D, Eley TC, O’Connor TG ve ark. Prevalence and genetic and environmental influences on anxiety disorders in 6-year-old twins. *Psychol Med.* 2006;36(3):335–344.
23. Bowlby J. *Attachment and Loss. Separation: Anxiety And Anger.* New York: Basic Books. 1973; Volume 2.
24. Ollendick TH, Mattis SG, King NJ. Panic in Children and Adolescents: a Review. *J Child Psychol Psychiatry.* 1994;35(1):113–134.
25. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines;* 1992.
26. Amerikan Psikiyatri Birliği. (Çev.) Koroğlu E. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. DSM-IV. 2. baskı.* Ankara: HYB Basın Yayın; 1994.
27. Bowlby J. *Attachment and Loss. Attachment.* 1969; Volume I.
28. Bowlby J. *The making & breaking of affectional bonds.* Tavistock Publications; 1979.
29. Bowlby J. The nature of the child’s tie to his mother. *Int J Psychoanal.* 1958;39(5):350–373.
30. Ainsworth MDS, Blehar M, Waters E ve ark. *Patterns of attachment : a psychological study of the strange situation.* Hillsdale, NJ: 1978.
31. Stifter CA, Coulehan CM, Fish M. Linking Employment to Attachment: The Mediating Effects of Maternal Separation Anxiety and Interactive Behavior. *Child Dev.* 1993;64(5):1451–1460.
32. Ainsworth MD, Bell SM. Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Dev.* 1970;41(1):49–67.

33. Cicchetti D, Toth SL. Child maltreatment and attachment organization. In: Goldberg S, Muir R, ed. Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives. London: Analytic Press; 1995:279–308.
34. Weinfield NS, Ogawa JR, Sroufe LA. Early attachment as a pathway to adolescent peer competence. *J Res Adolesc.* 1997;7(3):241–265.
35. Joseph R. *The Right Brain and the Unconscious.* Springer US; 1992.
36. Ainsworth MDS. Attachment: Retrospect and prospect. In: Parkes C, Stevenson-Hinde J, ed. *The place of attachment theory in human behavior.* New York: Basic Books; 1982:3–30.
37. Berman WH, Sperling MB. Parental attachment and emotional distress in the transition to college. *J Youth Adolesc.* 1991;20(4):427–440.
38. Berscheid E. Emotion. In: Berscheid E, Kelley HH, Berscheid A, ed. *Close relationships.* New York: Freeman; 1983:110–168.
39. Sroufe LA, Rutter M. The Domain of Developmental Psychopathology. *Child Dev.* 1984;55(1):17.
40. Lavalley K, Herren C, Blatter-Meunier J, Adornetto C, In-Albon T, Schneider S. Early predictors of separation anxiety disorder: Early stranger anxiety, parental pathology and prenatal factors. *Psychopathology.* 2011;44(6):354–361.
41. Amerikan Psikiyatri Birliği. (Çev.) Koroğlu E. *Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı. DSM-5.* Ankara: HYB Basın Yayın; 2014.
42. Earls F. Application of DSM-III in an epidemiological study of preschool children. *Am J Psychiatry.* 1982;139(2):242–243.
43. Lavigne J V, LeBailly SA, Hopkins J, Gouze KR, Binns HJ. The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-olds. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2009;38(3):315–328.
44. Keenan K, Shaw DS, Walsh B, Delliquadri E, Giovannelli J. DSM-III-R disorders in preschool children from low-income families. *J Am Acad Child Adolesc*

- Psychiatry. 1997;36(5):620–627.
45. Briggs-Gowan MJ, Horwitz SMC, Schwab-Stone ME, Leventhal JM, Leaf PJ. Mental health in pediatric settings: Distribution of disorders and factors related to service use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(7):841–849.
 46. Egger HL, Angold A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2006;47(3–4):313–337.
 47. Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva PA. DSM-III Disorders in Preadolescent Children: Prevalence in a Large Sample From the General Population. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44(1):69–76.
 48. Benjamin RS, Costello EJ, Warren M. Anxiety disorders in a pediatric sample. *J Anxiety Disord*. 1990;4(4):293–316.
 49. Schowalter JE, Costello EJ. Developments in Child Psychiatric Epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989;28(6):836–841.
 50. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593–602.
 51. Last CG, Perrin S, Hersen M, Kazdin AE. DSM-III-R Anxiety Disorders in Children: Sociodemographic and Clinical Characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992;31(6):1070–1076.
 52. Eisen AR, Schaefer CE. Separation anxiety in children and adolescents : an individualized approach to assessment and treatment. Guilford Press; 2005.
 53. Kagan J, Reznick JS, Snidman N. The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Dev*. 1987;58(6):1459–1473.
 54. Kagan J, Snidman N, Zentner M, Peterson E. Infant temperament and anxious symptoms in school age children. *Dev Psychopathol*. 1999;11(2):209–224.
 55. Fox NA, Henderson HA, Marshall PJ, Nichols KE, Ghera MM. Behavioral

- Inhibition: Linking Biology and Behavior within a Developmental Framework. *Annu Rev Psychol.* 2005;56(1):235–262.
56. Fox NA, Henderson HA, Rubin KH, Calkins SD, Schmidt LA. Continuity and discontinuity of behavioral inhibition and exuberance: Psychophysiological and behavioral influences across the first four years of life. *Child Dev.* 2001;72(1):1–21.
 57. Biederman J, Rosenbaum JF, Bolduc-Murphy EA ve ark. A 3-Year Follow-up of Children with and without Behavioral Inhibition. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1993;32(4):814–821.
 58. Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB, Wilhelm KA, Malhi GS. Relationship between self-reported childhood behavioral inhibition and lifetime anxiety disorders in a clinical sample. *Depress Anxiety.* 2005;22(3):103–113.
 59. Pine DS, Helfinstein SM, Bar-Haim Y, Nelson E, Fox NA. Challenges in developing novel treatments for childhood disorders: Lessons from research on anxiety. *Neuropsychopharmacology.* 2009;34(1):213–228.
 60. Fox NA, Nichols KE, Henderson HA ve ark. Evidence for a gene-environment interaction in predicting behavioral inhibition in middle childhood. *Psychol Sci.* 2005;16(12):921–926.
 61. Rapee RM, Kennedy S, Ingram M, Edwards S, Sweeney L. Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73(3):488–497.
 62. Prior M. Childhood Temperament. *J Child Psychol Psychiatry.* 1992;33(1):249–279.
 63. Prior M, Smart D, Sanson A, Oberklaid F. Does shy-inhibited temperament in childhood lead to anxiety problems in adolescence? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39(4):461–468.
 64. Semerci B, Tarakçioğlu MC. Oyun Döneminde Anksiyete Bozuklukları. İçinde: İşeri E, Güney E, Taş Torun Y, ed. *Oyun Dönemi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları.* Ankara; 2018:427–446.

65. Buss KA, Kiel EJ. Temperamental Risk Factors for Pediatric Anxiety Disorders. In: *Pediatric Anxiety Disorders*. Springer New York; 2013:47–68.
66. Buss KA. Which fearful toddlers should we worry about? Context, fear regulation, and anxiety risk. *Dev Psychol*. 2011;47(3):804–819.
67. Price RB, Siegle GJ, Silk JS et al. Looking under the hood of the dot-probe task: An fmri study in anxious youth. *Depress Anxiety*. 2014;31(3):178–187.
68. Killgore WDS, Yurgelun-Todd DA. Social anxiety predicts amygdala activation in adolescents viewing fearful faces. *Neuroreport*. 2005;16(15):1671–1675.
69. Strawn JR, Hamm L, Fitzgerald DA, Fitzgerald KD, Monk CS, Phan KL. Neurostructural abnormalities in pediatric anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2015;32:81–88.
70. O'Connor TG, Heron J, Glover V. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(12):1470–1477.
71. Jurbergs N, Ledley DR. Separation Anxiety Disorder. *Pediatr Ann*. 2005;34(2):108–115.
72. Manassis K, Bradley S, Goldberg S, Hood J, Swinson R. Attachment in mothers with anxiety disorders and their children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33:1106–1113.
73. Manassis K, Bradley S, Goldberg S, Hood J, Swinson RP. Behavioural inhibition, attachment and anxiety in children of mothers with anxiety disorders. *Can J Psychiatry*. 1995;40(2):87–92.
74. Warren SL, Huston L, Egeland B, Sroufe LA. Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(5):637–644.
75. Bohlin G, Hagekull B, Rydell AM. Attachment and Social Functioning: A Longitudinal Study from Infancy to Middle Childhood. *Soc Dev*. 2000;9(1):24–39.

76. Shamir-Essakow G, Ungerer JA, Rapee RM. Attachment, behavioral inhibition, and anxiety in preschool children. *J Abnorm Child Psychol.* 2005;33(2):131–143.
77. Brumariu LE, Kerns KA. Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Dev Psychopathol.* 2010;22(1):177–203.
78. Connolly SA, Suarez LM, Victor AM ve ark. Anxiety disorders. In: Dulcan MK, ed. *Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. Second Edition.* Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing. 2016:305–345.
79. Wijsbroek SAM, Hale WW, Raaijmakers QAW, Meeus WHJ. The direction of effects between perceived parental behavioral control and psychological control and adolescents' self-reported GAD and SAD symptoms. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2011;20(7):361–371.
80. Hudson JL, Dodd HF, Bovopoulos N. Temperament, family environment and anxiety in preschool children. *J Abnorm Child Psychol.* 2011;39(7):939–951.
81. Mian ND, Wainwright L, Briggs-Gowan MJ, Carter AS. An ecological risk model for early childhood anxiety: The importance of early child symptoms and temperament. *J Abnorm Child Psychol.* 2011;39(4):501–512.
82. Chen X, Hastings PD, Rubin KH, Chen H, Cen G, Stewart SL. Child-rearing attitudes and behavioral inhibition in Chinese and Canadian toddlers: a cross-cultural study. *Dev Psychol.* 1998;34(4):677–686.
83. Kaplan H, Sadock B, Grebb J. *Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences, Clinical psychiatry.* 1994.
84. Talge NM, Neal C, Glover V. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: How and why? *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2007;48(3–4):245–261.
85. Rapee RM. Nature and psychological management of anxiety disorders in youth. *J Paediatr Child Health.* 2015;51(3):280–284.

86. Bergman K, Sarkar P, O'Connor TG, Modi N, Glover V. Maternal stress during pregnancy predicts cognitive ability and fearfulness in infancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(11):1454–1463.
87. Simon E, Bögels S, Stoel R, De Schutter S. Risk factors occurring during pregnancy and birth in relation to brain functioning and child's anxiety. *J Anxiety Disord.* 2009;23(8):1024–1030.
88. Francis G, Last CG, Strauss CC. Expression of separation anxiety disorder: The roles of age and gender. *Child Psychiatry Hum Dev.* 1987;18(2):82–89.
89. Connolly SD, Bernstein GA. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(2):267–283.
90. Rey Y, Marin C, Silverman W ve ark. Assessment of anxiety disorder: categorical and dimensional perspectives. *Pediatric Anxiety Disorders: In: Vasa A, Roy A, ed. A Clinical Guide.* New York: Springer. 2013:231–269.
91. Barios B, Hartman D. Fears and anxieties. In: Mash E, Terdal L, ed. *Behavioral Assessment of Childhood Disorders.* New York: Guilford. 1998.
92. Bauer AM, Quas JA, Boyce WT. Associations between physiological reactivity and children's behavior: Advantages of a multisystem approach. *J Dev Behav Pediatr.* 2002;23(2):102–113.
93. Last CG, Strauss CC, Francis G. Comorbidity among childhood anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis.* 1987;175(12):726–730.
94. Doerfler LA, Toscano PF, Connor DF. Separation anxiety and panic disorder in clinically referred youth. *J Anxiety Disord.* 2008;22(4):602–611.
95. Kearney CA, Albano AM. The functional profiles of school refusal behavior. Diagnostic aspects. *Behav Modif.* 2004;28(1):147–161.
96. Black B. Separation anxiety disorder and panic disorder. In: March J, ed. *Anxiety Disorders in Children and Adolescents.* New York: Guilford Press. 1995:212–234.

97. Battaglia M, Bertella S, Politi E ve ark. Age at onset of panic disorder: Influence of familial liability to the disease and of childhood separation anxiety disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152(9):1362–1364.
98. Gittelman-Klein R, Klein D. Controlled imipramine treatment of school phobia. *Arch Gen Psychiatry*. 1971;25:204–207.
99. Moreau D, Follett C. Panic Disorder in Children and Adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 1993;2(4):581–602.
100. Biederman J, Petty C, Faraone SV ve ark. Childhood Antecedents to Panic Disorder in Referred and Nonreferred Adults. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2005;15(4):549–561.
101. Lipsitz JD, Martin LY, Mannuzza S ve ark. Childhood separation anxiety disorder in patients with adult anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 1994;151(6):927–929.
102. Aschenbrand SG, Kendall PC, Webb A, Safford SM, Flannery-Schroeder E. Is childhood separation anxiety disorder a predictor of adult panic disorder and agoraphobia? A seven-year longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(12):1478–1485.
103. Kılıç B, Gürkan K, Kerimoğlu E. Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Görülen Ruhsal Bozukluklar. İçinde: Öztürk O, Uluşahin A, ed. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Bayt Ltd. Şti. 2015:572–626.
104. Mohatt J, Bennett SM, Walkup JT. Treatment of separation, generalized, and social anxiety disorders in youths. *Am J Psychiatry*. 2014;171(7):741–748.
105. Walkup JT, Albano AM, Piacentini J ve ark. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *N Engl J Med*. 2008;359(26):2753–2766.
106. Ollendick T, Cowart M, Milliner E. Specific phobias. In: Vasa A, Roy A, ed. *Pediatric Anxiety Disorders: A Clinical Guide*. New York: Springer. 2013:113–129.
107. Choate ML, Pincus DB, Eyberg SM, Barlow DH. Parent-Child Interaction therapy

- for treatment of separation anxiety disorder in young children: A pilot study. *Cogn Behav Pract.* 2005;12(1):126–135.
108. Pincus DB, Eyberg SM, Choate ML. Adapting Parent-Child Interaction Therapy for Young Children with Separation Anxiety Disorder. 2005;163-181.
 109. Pincus DB, Santucci LC, Ehrenreich JT, Eyberg SM. The Implementation of Modified Parent-Child Interaction Therapy for Youth with Separation Anxiety Disorder. *Cogn Behav Pract.* 2008;15(2):118–125.
 110. Pine D, Klein R. Anxiety Disorder. In: Thapar A, Pine D, Leckman J, ed. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry.* West Sussex, UK: Wiley Blackwell; 2015:822–840.
 111. Ginsburg GS, Kendall PC, Sakolsky D ve ark. Remission after acute treatment in children and adolescents with anxiety disorders: Findings from the CAMS. *J Consult Clin Psychol.* 2011;79(6):806–813.
 112. Piacentini J, Bennett S, Compton SN ve ark. 24- and 36-week outcomes for the child/adolescent anxiety multimodal study (CAMS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014;53(3):297–310.
 113. Pine DS, Walkup JT, Labellarte MJ ve ark. Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *N Engl J Med.* 2001;344(17):1279–1285.
 114. Birmaher B, Axelson D, Monk K ve ark. Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42:415–423.
 115. Hirshfeld-Becker D, Biederman J. Rationale and principles for early interventions with young children at risk for anxiety disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2002;5:161–172.
 116. Rapee RM, Kennedy SJ, Ingram M, Edwards SL, Sweeney L. Altering the trajectory of anxiety in at-risk young children. *Am J Psychiatry.* 2010;167(12):1518–1525.
 117. Rapee RM. The preventative effects of a brief, early intervention for preschool-aged

- children at risk for internalising: follow-up into middle adolescence. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54(7):780–788.
118. Silove D, Manicavasagar V, Curtis J, Blaszczyński A. Is early separation anxiety a risk factor for adult panic disorder?: a critical review. *Compr Psychiatry*. 1996;37(3):167–179.
 119. Manicavasagar V, Silove D, Curtis J. Separation anxiety in adulthood: A phenomenological investigation. *Compr Psychiatry*. 1997;38(5):274–282.
 120. Manicavasagar V, Silove D, Hadzi-Pavlovic D. Subpopulations of early separation anxiety: Relevance to risk of adult anxiety disorders. *J Affect Disord*. 1998;48(2–3):181–190.
 121. Klein DF. *Anxiety Reconceptualized*. 1981.
 122. Belsky J, Nezworski TM. *Clinical Implications of Attachment*. 1987.
 123. Flakierska N, Lindström M, Gillberg C. School Refusal: a 15–20-year Follow-up Study of 35 Swedish Urban Children. *Br J Psychiatry*. 1988;152(6):834–837.
 124. Grossmann KE, Grossmann K. Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective. 2006:101–122.
 125. Manicavasagar V, Silove D. Is there an adult form of separation anxiety disorder? A brief clinical report. *Aust N Z J Psychiatry*. 1997;31(2):299–303.
 126. Manicavasagar V, Silove D, Rapee R, Waters F, Momartin S. Parent-child concordance for separation anxiety: A clinical study. *J Affect Disord*. 2001;65(1):81–84.
 127. Klein D. Anxiety reconceptualized. In: Klein D, Rabkin J, ed. *Anxiety: new research and changing concepts*. New York: Raven Press. 1981:235–263.
 128. Klein DF. False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions. An integrative hypothesis. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(4):306–317.
 129. Moreau D, Weissman MM. Panic disorder in children and adolescents: A review.

- Am J Psychiatry. 1992;149(10):1306–1314.
130. Weissman MM. The epidemiology of anxiety disorders: Rates, risks and familial patterns. *J Psychiatr Res.* 1988;22:99–114.
 131. Berg I. School phobia in the children of agoraphobic women. *Br J Psychiatry.* 1976;128(1):86–89.
 132. Berg I, Butler A, Hall G. The outcome of adolescent school phobia. *Br J Psychiatry.* 1976;128(1):80–85.
 133. Klein DF. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia.* 1964;5(6):397–408.
 134. Yeragani VK, Meiri PC, Balon R, Patel H, Pohl R. History of separation anxiety in patients with panic disorder and depression and normal controls. *Acta Psychiatr Scand.* 1989;79(6):550–556.
 135. Silove D, Manicavasagar V, O’Connell D, Blaszczyński A. Reported early separation anxiety symptoms in patients with panic and generalised anxiety disorders. *Aust N Z J Psychiatry.* 1993;27(3):489–494.
 136. Raskin M, Peeke HVS, Dickman W, Pinsker H. Panic and Generalized Anxiety Disorders: Developmental Antecedents and Precipitants. *Arch Gen Psychiatry.* 1982;39(6):687–689.
 137. Thyer BA, Nesse RM, Curtis GC, Cameron OG. Panic disorder: a test of the separation anxiety hypothesis. *Behav Res Ther.* 1986;24(2):209–211.
 138. Thyer BA, Nesse RM, Cameron OG, Curtis GC. Agoraphobia: a test of the separation anxiety hypothesis. *Behav Res Ther.* 1985;23(1):75–78.
 139. Guy W. Clinical global impressions. In: ECDEU assessment manual for psychopharmacology, revised National Institute of Mental Health. Rockville: 1976:218–221.
 140. Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40(11):1337–1345.

141. Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *Int Rev Psychiatry*. 2003;15(1–2):173–177.
142. Goodman R, Scott S. Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? *J Abnorm Child Psychol*. 1999;27(1):17–24.
143. Goodman R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999;40(5):791–799.
144. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B, İncekaş S. Güçler Ve Güçlükler Anketinin (Gga) Türkçe Uyarlamasının Psikometrik Özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2008;15(2):65–74.
145. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster Family Assessment Device. *J Marital Fam Ther*. 1983;9(2):171–180.
146. Bulut I. Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı. Ankara: Özgüneliş Matbaası. 1990.
147. Silove D, Manicavasagar V, O’Connell D, Blaszczyński A, Wagner R, Henry J. The development of the Separation Anxiety Symptom Inventory (SASI). *Aust N Z J Psychiatry*. 1993;27(3):477–488.
148. Diriöz M, Alkın T, Yemez B ve ark. Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri ile Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketinin Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliliği. *Türk Psikiyat Derg*. 2012;23(2):108–116.
149. Manicavasagar V, Silove D, Wagner R, Drobny J. A self-report questionnaire for measuring separation anxiety in adulthood. *Compr Psychiatry*. 44(2):146–153.
150. Ebru S, Kültür Ç, Tiryaki A, Ünal F. Ayrılık Kaygısı Bozukluğu Olan Çocuklarda Sosyodemografik ve Klinik Özellikler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. Ankara: 2003;1:3-8
151. Battaglia M. Separation anxiety: at the neurobiological crossroads of adaptation and

illness. 2015.

152. Eremiş S, Bellibaş E, Özbaran B ve ark. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Olan Okul Öncesi Yaş Grubu Çocukların Annelerinin Mizaç Özellikleri. Türk Psikiyatr Derg. 2009;20(1):14–21.
153. Teze S. Annesi Çalışan 6 Yaş Çocukların Ayrılık Kaygısının Bağlanma Stilleri Açısından İncelenmesi. J Acad Soc Sci Stud. 2016;11:417–417.

