

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI
ANABİLİM DALI

**YETİŞKİNLİK AYRILMA ANKSİYETESİ
BOZUKLUĞU HASTALARINDA MİZAÇ VE
KARAKTER ÖZELLİKLERİ**

Dr. SEDA MERTOL

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2011

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI
ANABİLİM DALI

**YETİŞKİNLİK AYRILMA ANKSİYETESİ
BOZUKLUĞU HASTALARINDA KARAKTER VE
MİZAÇ ÖZELLİKLERİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. SEDA MERTOL

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. TUNÇ ALKIN

I. İÇİNDEKİLER

I. İÇİNDEKİLER	i
II. TABLO LİSTESİ.....	iii
III. KISALTMA	iv
IV. TEŞEKKÜR.....	v
V. ÖZET	vi
VI. ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Bağlanma Kuramı.....	3
2.2. Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi	4
2.2.1. Tanım ve Epidemiyoloji	4
2.2.2. Etiyoloji.....	4
2.2.3. Klinik Özellikler ve Gidiş	6
2.3. Yetişkinlik Ayrılma Anksiyetesi	9
2.3.1. Tanım ve Epidemiyoloji	9
2.3.2. Etiyoloji.....	11
2.3.3. Klinik Özellikler, Ek Tanı ve Gidiş.....	11
2.3.4. Kişilik Bozukluğu ve YAAB.....	14
2.4. Cloninger'in Kişilik Kuramı, Mizaç ve Karakter.....	15
2.4.1. Kişilik.....	15
2.4.2. Mizaç.....	15
2.4.3. Karakter	19
2.5. Anksiyete Bozukluklarında Karakter ve Mizaç özellikleri.....	23
2.6. Anksiyete Bozukluklarında Travma ve Disosiyasyon	25
2.7. Çalışmanın Amacı	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. Çalışma Örneklemi	29
3.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri	29
3.1.2. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri	30
3.2. Ölçüm Araçları.....	30
3.3. İstatistik	33
4. BULGULAR.....	34
4.1. Demografik ve Klinik Özellikler.....	34
4.1.1. YAAB, PB ve Kontrol Gruplarının Demografik ve Klinik Özellikleri	34
4.1.2. PB Ektanısı Olan ve Olmayan YAAB, PB ve Kontrol Gruplarının Demografik ve Klinik Özellikleri	42
4.1.3. ÇAAB tanısı olan ve olmayan YAAB Gruplarının Karşılaştırılması.....	49
5. TARTIŞMA	51
5.1. Demografik ve Klinik Veriler	51
5.2. Karakter ve Mizaç Özellikleri	53
5.2.1. Yüksek Zarardan Kaçınma	53
5.2.2. Diğer Mizaç Boyutları.....	54
5.2.3. Düşük Kendini Yönetme	56
5.2.4. Diğer Karakter Boyutları.....	56
5.2.5. Yüksek Zarardan Kaçınma ve Düşük Kendini Yönetme Profili	57

5.3 Travma ve Disosiyasyon	58
5.4 Çalışmanın Kısıtlılıkları	60
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	61
7. KAYNAKLAR	62
8. EKLER	72
8.1. Ek-1. Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları Etik Kurul Onayı	72
8.2. Ek-2. Gönüllü Olur Formu	73

II. TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu için DSM IV-TR tanı ölçütleri	8
Tablo 2. YAAB'nin en sık saptanan klinik belirtileri ve oranları	13
Tablo 3. Mizaç boyutlarındaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları	19
Tablo 4. Karakter boyutlarında yüksek ve düşük puanlı bireylerin tanımlayıcıları	23
Tablo 5. Hasta grupları ile kontrol grubunun demografik özellikleri.....	35
Tablo 6. Hasta ve kontrol gruplarının ölçek puanlarının karşılaştırılması.....	36
Tablo 7. YAA ölçeği ile ÇÇTÖ ve DDÖ arasında yapılan regresyon analizi	37
Tablo 8. YAAB ve PB gruplarında DDÖ'nün alt ölçekleri ile korelasyonu	37
Tablo 9. PB, YAAB ve kontrol gruplarında mizaç ve karakter alt boyutları	38
Tablo 10. PB, YAAB ve kontrol grupları; 'Mizaç' boyutunun alt ölçeklerinin karşılaştırılması.....	40
Tablo 11. PB, YAAB ve kontrol grupları; 'Karakter' boyutunun alt ölçeklerinin karşılaştırılması.....	41
Tablo 12. Hasta grupları ile kontrol grubunun demografik özellikleri.....	42
Tablo 13. YAAB+PB', 'YAAB, PB Hastaları ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 14. YAAB+PB', YAAB, PB ve Kontrol Gruplarında MKE Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 15. YAAB+PB', YAAB, PB ve kontrol grupları; 'Mizaç' boyutu alt ölçeklerinin karşılaştırılması.....	47
Tablo 16. 'YAAB+PB', YAAB, PB ve kontrol grupları; 'Karakter' boyutunun alt ölçeklerinin karşılaştırılması	48
Tablo 17. ÇAAB Olan ve Olmayan YAAB Gruplarının Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 18. ÇAAB Tanısı Olan ve Olmayan YAAB Gruplarının MKE Ölçeklerinin Karşılaştırılması.....	50

III. KISALTMALAR

AAB	Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu
AABE	Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri
AAB-YKG	Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
Ag	Agorafobi
BKB	Bağımlı Kişilik Bozukluğu
CT	Cinsel Taciz
ÇAAB	Çocukluk Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu
ÇÇTÖ	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
DDÖ	Disosiyatif Deneyimler Ölçeği
Dİ	Duygusal İstismar
Eİ	Emosyonel İhmal
Fİ	Fiziksel İhmal
FT	Fiziksel Taciz
İY	İş birliği Yapma
KA	Kendini Aşma
KY	Kendini Yönetme
MKE	Mizaç ve Karakter Envanteri
ÖB	Ödül Bağımlılığı
PBŞÖ	Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği
SE	Sebat Etme
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YA	Yenilik arayışı
YAA	Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi
YAAB	Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu
ZK	Zarardan Kaçınma

IV. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam süresince desteği, anlayışı ve büyük katkıları için tez danışmanım Prof. Dr. Tunç Alkın'a teşekkür ederim.

Tez çalışmamda istatistik bilgilerini benimle paylaşan, yardımını esirgemeyen Prof. Dr. Beyazıt Yemez'e teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim boyunca yalnız mesleğime değil, her konuya dair çok şey öğrendiğim, her zaman desteklerini hissettiğim, sorularımı yanıtsız bırakmayan psikiyatri hocalarım Prof. Dr. Zeliha Tunca, Prof. Dr. Hasan Can Cimilli, Prof. Dr. Köksal Alptekin, Prof. Dr. Ayşegül Özerdem, Prof. Dr. Ayşegül Yıldız, Doç. Dr. Berna Binnur Akdede, Doç. Dr. Behice Elif Onur ve Uzm. Dr. Halis Ulaş'a teşekkür ederim.

Nöroloji hocalarım Prof. Dr. Egemen İdiman, Prof. Dr. Fethi İdiman, Prof. Dr. M. Kürşat Kutluk, Prof. Dr. Ahmet Ali Genç, Prof. Dr. Barış Baklan, Prof. Dr. Raif Çakmur, Prof. Dr. Görsev Yener, Prof. Dr. Gülden Akdal, Prof. Dr. Vesile Öztürk, Prof. Dr. Serkan Özakbaşı, Doç. Dr. Beril Çolakoğlu, Doç. Dr. İ. Şükrü Şengün, Doç. Dr. İbrahim Öztura'ya teşekkür ederim.

Çocuk ve ergen psikiyatrisi rotasyonum süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım hocalarım Prof. Dr. Süha Miral, Doç. Dr. Aynur Akay, Doç. Dr. Şahbal Aras, Doç. Dr. Özlem Gencer, Doç. Dr. Neslihan Emiroğlu, Yard. Doç. Dr. Taner Güvenir, Yard. Doç. Dr. Aylin Özbek, Yard. Doç. Dr. Burak Baykara'ya teşekkür ederim.

Dahiliye rotasyonum sırasında eğitimime olan katkısından dolayı Prof. Dr. Mehmet Tunca'ya teşekkür ederim.

Tez çalışmama katkıları ve destekleri için Ege Üniversitesi Psikiyatri A.D'de Doç. Dr. Şebnem Pırıldar ve sevgili arkadaşım Dr. Burcu Yüçetürk'e teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitiminin her türlü güzelliği ve zorluğunu paylaştığım sevgili arkadaşlarım Neşe, Ahmet, Özgür, Mehmet, Ceyhan, Mehmet, Aslı, Deniz, Nefize, Levent, Sinem, Zeliha, Seçil, Enis, Gonca, Damla, Bilge, Ayşegül, Özlem, Ceren ve tüm dostlarıma teşekkür ederim.

Emeklerinden dolayı anneme, babama ve kardeşim Özgür'e teşekkür ederim.

V. ÖZET

YETİŞKİNLİK AYRILMA ANKSİYETESİ BOZUKLUĞU HASTALARINDA KARAKTER VE MİZAÇ ÖZELLİKLERİ

Dr. Seda Mertol
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Tunç ALKIN

Amaç: Bir çocukluk çağı bozukluğu olarak kabul edilen ayrılma anksiyetesi bozukluğunun yetişkinliğe uzanabileceği ya da ilk kez yetişkinlikte başlayabileceği gösterilmiştir. Bu çalışmada yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu (YAAB) hastalarında araştırılmamış olan karakter ve mizaç özelliklerinin panik bozukluğu (PB) hastaları ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırarak belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza DSM-IV tanı ölçütlerine göre anksiyete bozukluğu tanısıyla psikiyatri polikliniğine başvuran 121 hasta ile 35 sağlıklı gönüllü katılmıştır. YAAB tanısı Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (AAB-YKG) ile konmuştur. YAAB varlığını ve şiddetini değerlendirmek amacıyla AAB-YKG'nin yanısıra Yetişkinlik Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAA), Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE) kullanılmıştır. Katılımcılar Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE), Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği (PBŞÖ), Çocukluk Çağı Travmaları ölçeği (ÇÇTÖ) ve de Disosiyatif Deneyimler Ölçeği (DDÖ) ile değerlendirilmiştir. Hastalar önce YAAB (N=77) ve PB (N=44) gruplarına ayrılarak değerlendirilmiştir. PB ektanısının varlığına göre YAAB grubu YAAB ve YAAB+PB gruplarına ayrılarak da karşılaştırmalar yapılmıştır.

Bulgular: YAAB'de zarardan kaçınma (ZK) puan ortalaması hem PB hem de kontrol grubundan yüksek, kendini yönetme (KY) puanları ise hem PB hem de kontrol grubundan daha düşük olarak bulundu. ZK boyutunun tüm alt ölçek puanlarının kontrollerden anlamlı olarak daha yüksek, KY boyutunun tüm alt ölçek puanlarının ise kontrollerden düşük olduğu görüldü.

Sonuç: Çalışmamızda YAAB'de diğer anksiyete bozukluklarına benzer şekilde zarardan kaçınma (ZK) yüksek, kendini yönetme (KY) düşük bulundu. Mizaç ve karakter özelliklerinin

değerlendirilmesi, diğer anksiyete bozukluklarında olduğu kadar, YAAB için de en uygun tedavinin düzenlenebilmesi ve tedavi sonucunun kestirebilmesi açısından önemlidir.

Anahtar kelimeler: Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu, mizaç, karakter

VI. ABSTRACT

CHARACTER AND TEMPERAMENT DIMENSIONS IN PATIENTS WITH ADULT SEPARATION ANXIETY DISORDER

Dr. Seda Mertol
Dokuz Eylul University, Faculty of Medicine, Department of Psychiatry

Purpose: Separation anxiety disorder which was described as a childhood disorder, has recently been reported that might begin in adulthood or might extend to adulthood. In this study we aimed to determine temperament and character dimensions in patients with adult separation anxiety disorder (ASAD) compared to patients with panic disorder (PD) and healthy subjects.

Method: Thirty five healthy subjects and 121 outpatients who are diagnosed with an anxiety disorder have been recruited. ASAD diagnoses confirmed with Structured Clinical Interview For Separation Anxiety Symptoms (SCI-SAS). First patient group comprised ASAD outpatients (N=77) and second patient group included outpatients with panic disorder with or without agoraphobia (N=44). In addition, within group comparisons according to presence or absence of PD comorbidity in ASAD patient group were carried. In order to determine the presence and severity of ASAD, SCI-SAS, Adulthood Separation Anxiety Checklist (ASA), Separation Anxiety Symptom Inventory (SASI) were used. All participants were also assessed with Temperament and Character Inventory (TCI), Panic Disorder Severity Scale (PDSS), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), and Dissociative Experiences Scale (DES).

Findings: Patients with ASAD scored higher in harm avoidance (HA) temperament dimension and scored lower in self directedness (SD) character dimension compared to PD and control groups. When subscales of HA were evaluated it's been detected that all subscale scores were significantly higher than controls.

Conclusion: Similar to other anxiety disorders, HA dimension was higher and self directedness dimension was lower in patients with ASAD. It's important to evaluate the

personality features of the patients while planning most suitable treatment and predicting treatment outcome in ASAD as well as other anxiety disorders.

Key Words: Adult Separation Anxiety Disorder, Temperament, Character

1. GİRİŞ VE AMAC

Ayrılma anksiyetesi kişinin bağlanma figüründen ya da evden ayrılmaya yönelik aşırı bir endişe duyması durumudur. Hem normal ruhsal gelişim sürecinin bir parçası hem de çocukluk döneminde görülen bir anksiyete bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Çocukluk ayrılma anksiyetesi bozukluğunun (ÇAAB) yaşam boyu yaygınlığı %4.1 olarak bildirilmiştir (1). DSM-IV ve ICD-10 ayrılma anksiyetesi bozukluğunu 18 yaşından önce başlaması gereken bir çocukluk çağı bozukluğu olarak tanımlamıştır. DSM-IV ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan çocukların uzun süreli izlemlerinde bozukluğun olumsuz etkilerinin görülmediğini, ergenlik ve yetişkinlikte agorafobi (Ag) ile giden panik bozukluğu (PB) ile daha iyi açıklanıyorsa bu tanının konmaması gerektiğini belirtmektedir (2).

Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu (YAAB) yakınlarda tanımlanmış ve çocukluk çağı ayrılma anksiyetesinin yetişkinlikte devam edebileceği gibi ilk olarak yetişkinlikte de ortaya çıkabileceği belirtilmiştir (3). Yetişkin biçimi de çocukluk biçimine benzer belirti örüntüsüyle ortaya çıkmaktadır. Yetişkinler de bağlanma figürlerinden ayrılmayla ilgili yoğun korkular yaşarlar, yakın ilişkiyi sürdürebilmek için taktikler geliştirirler ve gerçek ya da olası ayrılıklarla yüz yüze geldiklerinde panik atakları yaşayabilirler (3,4).

Ulusal Ektanı Çalışması Replikasyonu YAAB'nin araştırıldığı ilk geniş kapsamlı epidemiyolojik çalışma olup, bu bozukluğun yaşam boyu yaygınlığını %6.6 olarak bildirmiştir. Bu çalışmada olguların %77.5'inde ayrılma anksiyetesi belirtilerinin yetişkinlik döneminde ortaya çıktığı saptanmıştır (1).

Bu çalışmanın birincil amacı YAAB hastalarında bugüne dek hiç araştırılmamış olan karakter ve mizaç özelliklerini PB olan hastalar ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırarak belirlemektir. Temel varsayımımız YAAB hastalarının PB hastaları ile benzer mizaç ve karakter özellikleri gösterecekleridir. Çalışmamızdaki ikincil amaçlar ÇAAB belirtilerinin YAAB ile ilişkisini, YAAB'nin PB seyrine ve şiddetine etkisini belirlemektir. Diğer taraftan, hasta gruplarında YAAB'nin oluşumunda rol oynayabilecek etkenlerden olan çocukluk çağı travmaları ile disosiyatif yaşantıların varlığını saptamaktır. YAAB varlığını ve şiddetini değerlendirmek amacıyla Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için yapılandırılmış klinik görüşme (AAB-YKG); Yetişkinlik Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAA), Ayrılma Anksiyetesi Belirti

Envanteri (AABE), tüm katılımcıların karakter ve mizaç özelliklerini değerlendirmek amacıyla Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE), PB şiddetini değerlendirme amacıyla Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği (PBŞÖ), çocukluk çağı travmalarını değerlendirme amacıyla Çocukluk Çağı Travmaları ölçeği (ÇÇTÖ) ve de disosiyatif yaşantıları değerlendirmek amacıyla Disosiyatif Deneyimler Ölçeği (DDÖ) kullanılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

Ayrılma anksiyetesi terimi bazen bağlanma davranışının olağan bir parçasını betimlemek, bazen anormal bağlanma yaşantılarına sahip çocuklarda gözlenen patolojik stresi tanımlamak için, bazen de çocukluk yıllarında gözlenen anksiyete belirtileri kümesini (sendrom) tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır (10) Ayrılma anksiyetesi bozukluğunun oluşumu daha çok ‘bağlanma kuramı’ ile açıklanmaya çalışılmaktadır.

2.1 Bağlanma Kuramı

Bağlanma terimi ilk olarak John Bowlby (1973) tarafından kullanılmış olup, bağlanma kuramı John Bowlby ve Mary Ainsworth’un çalışmaları sonucu geliştirilmiştir (5).

Ainsworth (1967), bağlanmanın özelliklerini duygusal bağın oluşumu, bağlanmanın sürekliliği, bağın devamlılığını sürdürme ihtiyacı içinde olma olarak tanımlamıştır (6). Temel bağlanma yaşamın ilk dokuz ayında gerçekleşir. Bu güvenliği ve hayatta kalmayı sağlayan bir özelliğe sahiptir. Bağlanma nesnesinin arzu edilen konumu ile gerçek konumu arasında bir çelişki doğduğunda bağlanma sistemi aktif hale gelir. Aktif hale gelmiş sistemde bebek belli davranışlarla bağlanma nesnesine ulaşmaya ve tekrar ilişki kurmaya çalışır. Bebek bakım verenle güvenli şekilde bağlandığında onları duyarlı ve ulaşılabilir olarak algılar. Çevresini merak etmeye, keşfetmeye başlayan bebek stres durumlarında bağlanma nesnesini “güvenli üs” olarak kullanmaya başlar (7). Eğer stres sinyallerine karşı bakım verenden duyarsız ya da düzensiz yanıtlar alırsa, o zaman, çocuk kendi stresini uygun olmayan baş etme yöntemleri ile uzaklaştırmaya çalışacak, bunun sonucu olarak da güvensiz bağlanma geliştirecektir. Ainsworth (1967), 3 çeşit güvensiz bağlanma biçimi tanımlamıştır; *ambivalan*, *kaçıngan* ve *dezorganize* tip. Anneler müdahaleci, reddedici ya da ürkütücü ve uygunsuz tutumlar sergilerse çocuklar ambivalan, çelişkili ve garip bağlanma davranışları geliştirebilir (8,9).

Bağlanma kuramcıları (Ainsworth Blehar Waters ve Wall 1978; Bowlby 1973, 1980) bakım verenlerle kurulan erken ilişkilerin önemli olduğunu, çünkü bakım verenlerin, çocuğun ileriki yıllarda kuracağı ilişkileri temsil ettiğini ve çocuğun gelecekteki psikolojik uyumunun biçimlenmesinde büyük rol oynadığını ileri sürmektedir. Erken bağlanma ilişkisinin niteliği zayıf olduğunda yaşamın ileriki yıllarında psikolojik uyum zedelenebilmekte, çeşitli psikopatolojiler (Cicchetti ve Toth 1995) ile kişiler arası ilişkilerde güçlükler (Weinfield, Ogawa ve Sroufe 1997) oluşabilmektedir (10).

2.2 Çocukluk ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu

2.2.1 Tanım ve Epidemiyoloji

Ayrılma anksiyetesi, kişinin annesinden ya da bağlanma figüründen ayrılma durumunda veya ayrılma beklentisinde endişe duyması halidir. Bağlanma kuramı ayrılma anksiyetesini erken gelişim dönemlerinde bağlanma ilişkilerinin oluşmuş olduğunu ve çocuğu tehlikeden koruyan uyumsal düzeneklerin ortaya çıktığını gösteren *normal bir fenomen* olarak tanımlamaktadır (7). Altı ay ile 3 yaş arasında normal bir gelişimsel tepkidir. Ancak uzun sürdüğünde, şiddetli ve gelişimsel olarak uygunsuz olduğunda ya da işlevselliği bozduğunda ruhsal bozukluk tanısı konur. İlk olarak DSM-III'te tanımlanmış ve 18 yaş öncesi başlayan bir çocukluk/ergenlik çağı bozukluğu olarak değerlendirilmiştir. DSM-IV-TR'de tanı için gereken süre iki haftadan dört haftaya çıkarılmıştır. ÇAAB'nin sıklığı DSM-IV'te çocuklar için %4, ergenler için %2-4 olarak belirtilmiştir (2).

2.2.2. Etyoloji

ÇAAB'nin ortaya çıkma nedenleri iyi bilinmemekle birlikte, birçok yazar bağlanma kuramına dayanan açıklamalar yapmaktadır. Bowlby (1973), çocuğun bağlanma nesnesinin ulaşabilirliğini öngöremediği durumlara kaygı ve korkuyla yanıt vereceğini, ancak yaşanacak anksiyetenin güvenli bağlanan çocuklarda güvensiz bağlanan çocuklara göre daha az olacağını öne sürmüştür (7). Manassis (2001), güvensiz bağlanmanın anksiyete gelişimine yatkınlık yaratacağını ve özgül bağlanma biçimlerinin özgül anksiyete bozuklukları ile bağlantılı olabileceğini bildirmiştir (8). Ambivalan bağlanan çocuklar bakım verenlerin ilgisiyle çok meşgul olurlar, çevreyi keşfetme davranışları azalır ve ayrılma anksiyetesi geliştirebilirler (8). Bağlanma biçimleri ve özgül anksiyete belirtileri arasındaki ilişkiyi araştıran az sayıda çalışma mevcuttur. Dallaire ve Weinraub (2005), 6 yaş çocuklarında yaptıkları bir çalışmada ambivalan bağlanma gösteren çocuklardaki ayrılma anksiyetesinin güvenli bağlanan çocuklardan anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Kaçınan bağlanma gösteren çocukların ayrılma anksiyetesi düzeyleri ambivalan bağlanma gösteren çocuklardan daha düşükse de bu farkın anlamlı değildir (11). Bar-Haim ve arkadaşları (2007), 11 yaş çocuklarında yaptıkları bir çalışmada, infantil dönemde ambivalan bağlanma gösteren çocuklarda güvenli bağlanma gösterenlere göre okul fobisinin daha yüksek olduğunu ancak diğer anksiyete bozuklukları arasında fark olmadığını saptamışlardır (12). Brumariu ve Kerns (2010) ise 10-12 yaş

çocuklarında ambivalan bağlanmanın ayrılma anksiyetesiyle ilişkili olduğunu, bu ilişkinin erkek çocuklarda daha güçlü olduğunu bildirmişlerdir (8).

ÇAAB etiolojisinde biyolojik ve genetik etkenler, mizaç ve bağlanma örüntüsü, ebeveynlerdeki anksiyete ve depresyon, marital çatışmalar ya da baba yokluğu gibi çeşitli stresörlerin rol oynadığı bildirilmiştir (13). Kalıtılabilirliğin kız çocuklarında erkek çocuklarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aile çalışmaları anksiyete bozukluğu ve/veya depresif bozukluk gösteren ebeveynlerin çocuklarında anksiyete bozukluğunun daha sık olduğu gösterilmiştir. Özellikle, PB ve depresif bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında ÇAAB gelişme riski artmaktadır (13).

Maternal ayrılma anksiyetesi, annenin çocuğundan ayrılma ile ilgili kaygı ve korkularını yansıtan nahoş bir duygudurumu olarak tanımlanmaktadır (14). Annenin ayrılma anksiyetesinin aşırı olması “*anne ve çocuk ilişkisinin disfonksiyonel olmasına; çocuğun ayrılma ve özerklik kazanma girişimlerini azaltan aşırı hoşgörülü olma ve koruyucu davranışların ortaya çıkmasına*” katkıda bulunmaktadır (15). Mc Bride ve Belsky (1988), ayrılma durumlarına uyum güçlüğü yaşayan 3 aylık infantların annelerinde ayrılma anksiyetesi düzeylerinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir (16). Peleg ve arkadaşları (2006), 38 okul öncesi çocuk ve anneleriyle yaptıkları çalışmada çocukluk ayrılma anksiyetesi ile maternal ayrılma anksiyetesi arasında pozitif bir bağıntı olduğunu saptamışlardır (15). Dallaire ve Weinraub (2005), maternal ayrılma anksiyetesinin ÇAAB’nin yordayıcısı olmadığını, annenin duyarlılığının dolaylı olarak ayrılma anksiyetesini etkilediğini öne sürmüşlerdir (11).

Manicavasagar ve arkadaşlarının (2001) ÇAAB’nin, ebeveynlerdeki YAAB, PB ve/veya Ag ile ilişkisini anlamak amacıyla yaptıkları çalışmada, ÇAAB tanısı olan çocukların %63’ünün ebeveynlerinden en az birinde YAAB tanısı bulunduğu, etkilenen ebeveynlerin çocukluklarında da ayrılma anksiyetelerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışma ayrılma anksiyetesinin “*ailesel kümelenme eğilimi gösterdiği*” görüşünü desteklemektedir (17).

Bowlby (1973), annenin aşırı korumacı tutumunun ayrılma anksiyetesinin gelişiminde anahtar etken olduğunu öne sürmüştür (18). Kontrol etme ve aşırı koruma çocukta baş etme becerilerinin gelişmesini engelleyerek anksiyete gelişimine katkıda bulunabilmektedir. Poulton ve arkadaşlarının (2001) ayrılık deneyimleri ile ÇAAB’nin gelişimi arasındaki ilişkiyi tanımlamak amacıyla yaptıkları bir izlem çalışmasında olgular 3, 11 ve 18 yaşlarında iken değerlendirilmiştir. On bir yaşındaki değerlendirmede, “annenin çocuğu tek başına dışarı çıkarma korkusu” ile “ayrılma anksiyetesi” arasında ilişki saptanmıştır. Ayrıca düşük

sosyoekonomik düzey ve 3-18 yaş arası ebeveyn kaybı da anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Buna karşılık gerçek ayrılma deneyimlerinin ayrılma anksiyetesi bozukluğu gelişimi için anlamlı yordayıcılar olmadığı belirtilmiştir. (19). Bandelow ve arkadaşları da (2001), gerçek ayrılma deneyimlerinin PB hastalarında sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha fazla olduğunu ancak ÇAAB ile ayrılma deneyimleri arasında anlamlı ilişki bulunmadığını bildirmiştir (20). Bu anne kaynaklı sorunlar erken dönemde anne ve çocuk ilişkisini bozarak çocukta anksiyete gelişimine neden olabilir ya da anksiyete bozuklukları için genetik bir geçişin göstergesi olabilir. Annedeki ayrılma anksiyetesi tepkileri gözlem aracılığıyla çocuk tarafından “öğrenilebilir” ve yaşam boyu süren koşullanmaları doğurabilir.

2.2.3. Klinik Özellikler ve Gidiş

ÇAAB'nin karakteristik özelliği, bağlanma figürünün zarar göreceğinden ve/veya kendisinin zarar göreceği bir durum sonucunda bağlanma figüründen ayrılacağına dair sürekli ve aşırı bir kaygı duyulmasıdır. Bağlandıkları kişilerin nerede olduklarını bilmeye ve onlarla ilişki içinde olmaya gereksinim duyarlar. Kendilerinin ya da bağlandıkları kişilerin bir kaza geçirecekleri, kaybolacakları ve kavuşamayacakları korkuları taşırlar. Uykuya dalıncaya dek ebeveynlerini yanlarından ayrılmalarını istemezler. Karanlıktan korkma, yaratıklar görme gibi belirtiler de siktir. Kaçırılmaları, öldürülmeleri veya ebeveynlerinin ölümlerini içeren kâbuslar görürler. Okul reddi önemli ve yaygın bir sorundur. Ayrılma olduğunda ya da beklentisinde mide bulantısı, kusma, karın ağrısı, grip benzeri bedensel belirtiler yaşarlar (21). Ergenler ayrılmayla ilgili kaygılarını açıkça gösteremeyebilirler. Daha çok evden ayrılırken huzursuzluk sergileme, tek başına yapılan etkinliklere katılmak istememe, toplumsal etkinliklerde annelerini yanlarında isteme gibi davranış örüntüleri ayrılma anksiyetesini yansıtabilir (22).

Geriye dönük tasarımı çalışmalarda ÇAAB'nin, erişkin dönemde PB, agorafobi ve agorafobili PB geliştirme riskiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (23-25). Bu ilişkinin özgül olduğu varsayılmıştır. Bu veriler temelinde Klein (1995), ÇAAB ile PB' de ortak bir '*ayrılmaya yanıtın kontrolünün düzenlenmesinde bozukluk*' olduğunu öne sürmüştür (26). Ancak, Lipsitz ve arkadaşları (1994), ÇAAB'nin PB'ye ek olarak diğer anksiyete bozukluklarına da yatkınlık oluşturduğunu öne sürmüştür (27). Anksiyete bozukluğu polikliniğine başvuran 252 hastada geriye dönük olarak ÇAAB'yi araştırdıkları çalışmanın sonuçlarına göre, yetişkinlik döneminde iki ya da daha fazla sayıda “yaşam boyu anksiyete

bozukluğu tanısı” almış olan hastalarda, tek bir anksiyete bozukluğu tanısı almış olanlara göre ÇAAB’nin anlamlı ölçüde daha fazla görüldüğü bulunmuştur. Bu çalışmada, ÇAAB ve PB arasında özgül bir ilişki bulunmamıştır. Yazarlar, ÇAAB ile PB ilişkisinin özgül olmayabileceği, fakat ÇAAB’nin yetişkinlikte “çoğul anksiyete bozuklukları gelişimi için bir risk etkeni” olabileceğini öne sürmüşlerdir (27).

Aschenbrand ve arkadaşları (2003), çocuklar ve ergenlerde yaptıkları 7 yıllık bir izleme çalışmasında, ÇAAB varlığının, PB geliştirme riski açısından diğer çocukluk çağı anksiyete bozukluklarına benzer etkili olduğunu; PB, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi ve major depresyon dışındaki anksiyete bozukluklarını (örneğin; özgül fobi, OKB, travma sonrası stres bozukluğu, akut stres bozukluğu) yordadığını bildirmişlerdir (28). Beş yıllık bir izlem çalışmasında da, çAAB’nin daha sonraki özgül fobi, agorafobi, PB ve major depresyon gelişimi için öncülük ettiği bulunmuştur (29). Lewinsohn ve arkadaşları (2008), ÇAAB olan bireyleri 16 yaşından 30 yaşına kadar izlediklerinde hem PB hem de depresif bozukluk gelişme riskinin arttığını gözlemlemişlerdir (30). Bu verilerle ÇAAB’nin yalnızca PB’nin öncülü olduğu ya da ikisi arasındaki ilişkinin özgül olduğunu söylemek mümkün değildir.

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

<p>A. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, kişinin evden ya da bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla ilgili, gelişimsel olarak uygunsuz ve aşırı anksiyetenin olması:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Evden ya da bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde yineleyici biçimde aşırı sıkıntı duyma2. Bağlandığı başlıca kişileri yitireceğine ya da onların başına bir iş geleceğine ilişkin sürekli ve aşırı bir kaygı duyma3. Kötü bir olayın, bağlandığı başlıca kişiden ayrılmasına yol açacağına ilişkin sürekli ve aşırı bir kaygı duyma4. Ayrılma korkusundan ötürü, sürekli olarak, okula ya da başka bir yere gitmek istememe ya da gitmeyi reddetme5. Tek başına kalma, evde bağlandığı kişiler olmaksızın kalma ya da kendi için önemli yetişkin insanlar olmadan diğer ortamlarda bulunma konusunda isteksizlik gösterme ya da bu konuda sürekli ve aşırı bir korku duyma6. Bağlandığı kişilerin yakınında olmadan ya da evin dışında uyuma konusunda sürekli bir isteksizlik gösterme ya da uyumayı reddetme7. Ayrılma konusunda sürekli kâbuslar görme8. Bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde yineleyici bir biçimde fiziksel belirti yakınmaları getirme (baş ağrıları, karın ağrıları, bulantı ya da kusma gibi) <p>B. Bu bozukluğun süresi en az dört haftadır</p> <p>C. Başlangıcı 18 yaşından önce olur</p> <p>D. Bu bozukluk klinik açıdan önemli bir sıkıntıya ya da toplumsal, okulda (mesleki) ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.</p> <p>E. Bu bozukluk sadece Yaygın gelişimsel bozukluk, şizofreni ya da diğer bir psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve agorafobi ile giden PB ile daha iyi açıklanamaz.</p> <p><i>Varsa belirtiniz:</i></p> <p>Erken başlangıçlı: Başlangıcı altı yaşından önce olursa</p>

2.3. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu

2.3.1. Tanım ve Epidemiyoloji

DSM-IV-TR, ÇAAB'nin bazen ergenlik dönemine sarkabileceğini, olası ayrılıklara karşı anksiyete ve ayrılığı içeren durumlardan kaçınma davranışlarıyla birlikte yıllarca sürebileceğini, çoğunluğunun uzun süreli izlemlerde olumsuz etkilerin gözlenmediğini belirtmektedir. Yetişkinlerde eğer ayrılma anksiyetesi belirtisi görülürse, bunların başka bir tanıya ikincil olduğu varsayılmıştır (31). Bu yaşla sınırlı formülasyon, diğer anksiyete alt tiplerinin sınıflandırma eğilimi ile karşıtlık oluşturmaktadır. Örneğin, DSM-III'te yer alan çocukluk döneminin aşırı anksiyete (overanxious) bozukluğu tanısı DSM-IV'te çıkarılmış ve yaygın anksiyete bozukluğu tüm yaşlar için kullanılabilir hale getirilmiştir (32).

DSM-IV ve ICD-10'un getirdiği yaş sınırlaması iki önemli sorun yaratmaktadır. Birincisi ÇAAB'si olan olgularda belirtilerin yetişkinlik dönemine sarkması, ikincisi ayrılma anksiyetesi belirtilerinin erişkin dönemde ilk kez ortaya çıkması durumunda ne yapılacağıdır (33). Bazı araştırmacılar yetişkinlerde ayrılma anksiyetesinin sanıldığından daha yaygın olduğunu ileri sürmüşlerdir (1, 33-35). İlk kez Manicavasagar ve Silove (1997) ayrılma anksiyetesi belirtileri olan üç yetişkin hasta tanımlayarak ayrılma anksiyetesi bozukluğunun çocukluk çağından başlayarak yetişkinlik dönemine dek uzayabileceğini, hatta ilk kez yetişkinlikte de ortaya çıkabileceğini öne sürmüşlerdir (3). Ortaya attıkları '*devamlılık varsayımına*' göre, ÇAAB olan hastalar erişkin yaşamlarında da aynı belirtilerden yakınmaktadır ve bunlar stres altında panik benzeri belirtiler yaşamaktadırlar. Bu belirtiler, hastaların yaşamış olabilecekleri olası ayrılık tehdidi ya da korkusu sorulmadan, hekimlerce spontan panik atakları olarak değerlendirilerek, yanlış biçimde "PB ve/veya Ag" olarak yorumlanabilir (3,33).

Önemli sorulardan biri YAAB'nin sosyal fobi ve PB gibi anksiyete bozukluklarının alt tiplerinden ayrı bir durum olarak "*yeni bir tanı kategorisi olup olmadığının*" saptanmasıdır. Bozuklukların sınıflandırma sistemlerine eklenmesini; tutarlı belirti kümesi, ayırt edici risk etkeni profili, ailesel kümelenme, belirgin başlangıç zamanı, öngörülebilir bir gidişat ve sonuçlar ve özgül müdahalelere yanıtın olması gibi çok sayıda belirleyici etken bulunmaktadır (36). Silove ve arkadaşlarının (2007), YAAB'nin boyutsal ya da kategorik bir tanı olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, YAAB'nin kategorik bir yapıdan çok, "*boyutsal bir yapı*" gösterdiği öne sürülmüştür. Bu bulgunun anksiyete bozukluklarının çoğunluğunun taksometrik analizlerinden çıkan sonuçlarla tutarlı olduğu, çeşitli anksiyete bozukluklarını birbirleriyle ilişkili boyutlar olarak kavramsallaştırmanın en iyisi olacağı

görüşünü desteklediği belirtilmiştir. Ayrılma anksiyetesi belirti kümesinin tek başına ayrı bir tanı kategorisi oluşturmaya yetmemesine karşın, başlangıç, gidişat, aile öyküsü, ayrılma anksiyetesinin diğer belirtilere göre daha belirgin olması, yarattığı işlev kaybı dikkate alınarak bir kanıya varılabileceği söylenmiştir (36). Ancak bu konuda yapılan çalışmaların sayısı kesin bir kanaat oluşturmaya yeterli değildir.

Shear ve arkadaşlarının (2006), 2001-2003 yıllarında Amerika Birleşik Devletleri'nde 9282 yetişkinle yüz yüze görüşerek yaptıkları Ulusal Eşitlik Çalışması Replikasyonu (NCS-R), YAAB tanısını da içeren geniş çaplı ilk epidemiyolojik çalışmadır ve YAAB'nin genel toplumdaki yaşam boyu görülme sıklığını %6.6 olarak vermektedir. Bu çalışmada genel toplumdaki ÇAAB'nin sıklığı %4.1 olarak belirlenmiş olup, bunlardan %36'sının yakınmalarının yetişkinlikte de devam ettiği ve YAAB tanısı alanların %77.5'inin ise yakınmalarının ilk kez yetişkinlik döneminde başlamış olduğu bulunmuştur (1).

YAAB'nin erişkinlik döneminde ortaya çıkabileceği görüşünü destekleyen çalışmalar sonrasında araştırmacılar evden ilk defa ayrılmaya hazırlanan genç erişkinlerle çalışmışlardır. Seligman ve arkadaşları (2007) ilk sömestr kolej öğrencilerinde yaptıkları çalışmada YAAB sıklığını %21 olarak saptamışlardır (37).

Aslında YAAB ile klinik örneklerde de sık olarak karşılaşılmaktadır. Ancak resmen tanımlanmamış olmasından dolayı hekimlerce sorgulanmamakta ve bu tanı atlanmaktadır. Silove ve arkadaşları (2010), bir anksiyete kliniğinde izlenen PB ve/veya Ag, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi ve major depresif bozukluk tanılı 520 hastada YAAB yaygınlığını ve risk etkenlerini değerlendirmişler. Bu örnekte YAAB yaygınlığını (%23), PB, agorafobili PB ve yaygın anksiyete bozukluğu ile benzer oranlarda saptamışlardır. YAAB olgularının $\frac{3}{4}$ 'ünde belirtilerin çocuklukta başladığı ve kadın cinsiyetin baskın olduğunu bildirmişlerdir (4). Pini ve arkadaşları (2010), 508 anksiyete ve duygudurum bozukluğu hastasında Ayrılma Anksiyetesi için Yapılandırılmış Klinik Görüşmeyle YAAB'yi taramış ve örnekteki 105 hastada (%20.7) "ÇAAB öyküsü olmaksızın YAAB", 110 hastada (%21.7) ise "hem ÇAAB, hem de YAAB"nin olduğunu göstermiştir. Sonuçlar klinik örneklerde YAAB'nin ne kadar sık olabileceği konusunda fikir vermektedir. Bu çalışmada hem ÇAAB hem de YAAB daha fazla kadınlarda saptanmıştır (38). Cyranowski ve arkadaşları da (2002), anksiyete ve/veya depresif bozukluk tanısı almış 91 hastadan oluşan serilerinde yer alan kadınların %30'unda, erkeklerin ise %24'ünde YAAB olduğunu bildirmişlerdir (33). Özetle,

YAAB kadınlarda daha sıktır. Alan çalışmalarında saptanan bozukluğun kadınlarda daha yaygın olduğu (OR: 1.4) bulgusu (1) kliniklere de aynen yansımaktadır (4,38).

2.3.2. Etiyoloji

Yanlış ebeveyn tutumları yalnızca çocukluk çağı psikiyatrik bozukluklarının değil, yetişkinlik dönemi anksiyete ve depresif bozukluklarının ortaya çıkışında da bir risk etkeni olabilmektedir. Manicavasagar ve arkadaşlarının(1999) YAAB ve agorafobili PB hastalarında yaptıkları çalışmada “aşırı korumacı anneler” YAAB grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (18). YAAB ektanısı olan ve olmayan PB hastalarında bağlanma biçimlerinin incelenmesi “*anksiyöz bağlanma biçiminin*” YAAB ektanısı olan PB olan hastalarda, YAAB ektanısı olmayan PB hastalarına göre daha fazla olduğunu göstermiştir (39).

Manicavasagar ve arkadaşları (1997), YAAB'nin fenomenolojisini, ortaya çıkışını ve gidişini tanımlamak amacıyla “ayrılma anksiyetesini için yarı yapılandırılmış bir görüşme (Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği)” ve AABE kullanarak geriye dönük olarak, çocukluk ayrılma anksiyetesi belirtilerini değerlendirilmiştir. YAAB hastalarının (n=36) 2/3'ünde belirtilerin çocukluk çağında başladığı, yetişkinlikte yaşanan ayrılık tehdidi ya da bir zorlanmayla birlikte tekrar ortaya çıktığını, diğerlerinde ise ilk defa yetişkinlik döneminde travmatik bir olay ya da bir kayıp (ölüm veya boşanma) ertesinde ortaya çıktığını, 5 olguda ise belirtilerin epizodik seyrettiğini saptamıştır. Bu çalışma, ayrılma anksiyetesi bozukluğunun yalnızca çocukluk çağında başlamadığını göstermesi açısından çok önemlidir (40). Dahası, YAAB “geriyatrik topluluklarda” da görülebilen bir anksiyete bozukluğudur. Wijeratne ve Manicavasagar (2003), 62-87 yaş aralığında olan 86 bireyde YAA toplam puanlarının cinsiyet, dul olmak veya yalnız yaşamak ile ilişkili olmadığını belirlemişlerdir. Bu bulgularla ayrılma anksiyetesinin kayıp ya da yalnızlık gibi stresörlerden bağımsız olarak ortaya çıkabileceğini öne sürmüşlerdir (41). Silove ve arkadaşları (2010), savaş mağduru Bosna'lı göçmenlerle yaptıkları çalışmada, travmatik kayıpla YAAB arasında bir ilişki saptanmadığını bildirmiştir (42).

2.3.3. Klinik Özellikler, Eş tanı ve Gidiş

YAAB'nin olgunlaşmayla ilişkili küçük farklılıklar dışında ÇAAB'ye benzer bir belirti örüntüsüyle kendini gösterdiği belirtilmektedir (4). Çocuklar okula gitmeyi reddederken, yetişkinler işe gitmek için evden ayrılmak istemeyebilirler (39). Çocuklarda görülen karın

ağrısı ve bulantı gibi bedensel belirtiler yetişkinlerde daha az görülebilir, bunların yerine bilişsel ve emosyonel yakınmalar ortaya çıkabilir.

Yetişkinlerde ayrılma anksiyetesinin odağı ebeveynlerden ayrılmayla olduğu kadar “eşten ve çocuklardan ayrılmaya ve başlarına bir zarar gelebileceğine ilişkin aşırı endişe duymaya” dönüşebilmektedir (3). Etkilenen yetişkinler bağlanma figürlerinin başlarına kötü bir şey geleceğiyle ilişkili yoğun korkular yaşarlar, yakın ilişkilerini sürdürüebilmek için taktikler geliştirirler. Örneğin sık telefon görüşmeleri, günlük rutinin dışına çıkmama ve bol konuşma aracılığıyla bağlanma figürleri ile geçirdikleri süreyi uzatmaya çalışırlar. Gerçek bir ayrılık ya da ayrılma korkusu yaşadıklarında ise panik atağı geçirme riski taşırlar (3).

Seligman ve arkadaşları (2007) ilk s0emestr kolej 0ğrencilerinde saptadıkları ayrılma anksiyetesi belirtilerinin 0ğrencilerin karar verme ve kolej deneyimleriyle ilgili olduğunu, 0rneğin ayrılma anksiyetesi belirtileri y0ksek olan 0ğrencilerin eve daha yakın bir yerde yaşamayı se0tikleri belirtilmiştir. Olguların %7’si sevdiklerinden ayrılmayı planladıklarında bir s0re panik yaşadıkları, %8’i ise bağlanma fig0rlerinden ayrıldıklarında panik atağı yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bu 0alışmada ayrılma anksiyetesi belirtilerinin akademik başarılarını s0rd0rmeye engel teşkil etmediği g0r0lm0řt0r (37). Manicavasagar ve arkadaşlarının (1997) YAAB fenomenolojisini tanımlamak amacıyla yaptıkları 0alışmada elde ettikleri verilerine g0re YAAB’nin en sık g0r0len belirtileri ve g0r0lme oranları Tablo-2’de sunulmuştur (4).

Ulusal Eştani 0alışması Replikasyonu 0alışmasında 0AAB ve YAAB olan olguların en az 2/3’0nde bir başka ruhsal bozukluk 0yk0s0n0n varlığı belirlenmiştir. Bu ruhsal bozukluklar anksiyete bozukluklarından madde kullanım bozukluklarına kadar geniş bir spektrum oluşturmaktadır. Ayrıca, anksiyete bozuklukları ektanısı duygudurum bozuklukları ektanısından y0ksek bulunmamıştır (1). Manicavasagar ve arkadaşları (1997), YAAB hastalarında major depresif bozukluk, PB, agorafobi ve bağımlı kişilik bozukluğu varlığını SCID-P ve SCID-II kullanılarak taramışlar ve sadece altı olguda (%17) bağımlı kişilik bozukluğu saptamıştır (40). Yaşam boyu PB, agorafobi ve major depresif bozukluk ektanıları olduk0a yaygın olup, yalnızca %11’inde ek eksen-I tanısı saptanmamıştır. Hastaların yaklaşık 1/3’0 yaşam boyu PB veya Ag tanısı almamıştır. Olguların 0oğu 0nce ayrılma anksiyetesi belirtilerinin, diğer Eksen I bozukluklarının ise daha sonra ortaya 0ıktığını bildirmişlerdir (40).

Tablo-2. YAAB'nin en sık saptanan klinik belirtileri ve oranları (40).

YAAB'nin en sık saptanan klinik belirtileri	Görülme Oranları (%)
Bağlandığı biri terk ederse bununla başa çıkamayacağını düşünme	81
Bağlandığı kişilere ciddi bir zarar geleceği endişesi	81
Gece tek başına uyumakta güçlük çekme	72
Evde, ancak yakınlarıyla beraberken kendini güvende hissetme	72
Bağlı olduğu kişilerin terk etmesiyle ilgili aşırı endişe	69
Yakınlarından ayrılmayla ya da onların kendisini bıraktığını düşünmekle panik atağı geçirme	67
Yakınlarının uzakta olduğunu düşünmenin zorlanmaya yol açması	64
Bağlanmalarıyla olan ilişkilerinin yoğunluğundan endişe duyma	64
Günlük işlerde yakınlarıyla görüşmesini bozacak aksamalar olduğunda aşırı sıkıntı yaşama	58
Yakınlarını kendisinden ayıracak olası olaylar hakkında endişelenme	58
Yakınlarıyla düzenli telefon görüşmesi yapmazsa sıkıntı yaşama	58
Yakınlarıyla olan ilişkisinin başka sorunlar yaratacağından endişelenme	53
Yakından bağlandığı kişileri çevresinde tutabilmek için çok konuşma	50

Kliniklerde saptanan YAAB hastalarında da ektanı oranları yüksektir. PB ektanısı, ÇAAB ile YAAB'si olan grupta, ayrılma anksiyetesi olmayan gruba göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (38). Aynı çalışmada YAAB'ye bağlı oluşan işlevsellikte bozulma da değerlendirilmiştir. YAAB'nin, bireylerin işlevsellikleri üzerine anlamlı olarak olumsuz etkili olduğu, karıştırıcı etkenlerin düzeltilmesiyle de işlevsellikteki bu bozulmanın devam ettiği belirtilmiştir (38). PB ve/veya Ag, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi ve major depresif bozukluk tanımlı hastalarda yapılan çalışmada, YAAB'nin yarattığı yeti yitiminin sosyal fobi dışındaki tanılardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (4). YAAB'nin hastaların işlevselliğini bozduğu ve ciddi boyutlarda yeti yitimi yarattığı açıktır.

Pini ve arkadaşları (2005), PB ektanısı olmayan bipolar hasta grubunda kontrollere göre ayrılma anksiyetesi puanlarını anlamlı olarak daha yüksek bulmuştur. İlginç olarak bipolar bozukluk olguları ile YAAB ve ÇAAB öyküsü arasında, PB ile olduğundan daha güçlü bir

bağıntı bulunduğu belirlenmiştir. Ek olarak, YAAB'nin varlığı erken başlangıçlı bipolar bozukluğunun yordayıcısı olduğu bulunmuştur (43).

Silove ve arkadaşları (2010), savaş mağduru Bosnalı göçmenlerle yaptıkları çalışmada, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile YAAB arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır (OR=4.8). Benzer bir ilişki major depresif bozukluk ve komplike olmuş yaşla yoktur. Hemen tüm YAAB olgularında TSSB ektanısının bulunurken, TSSB olgularının ancak yarısında YAAB olduğu saptanmıştır (42). Ayrıca, Ulusal Ektanı Çalışması Replikasyonu çalışmasında saptanan yüksek TSSB ektanısı, travmatik olayların hem TSSB'nin hem de YAAB'nin ortaya çıkışını tetiklediği görüşünü desteklemektedir (1,42).

2.3.4. Kişilik bozukluğu ve YAAB

YAAB, borderline ve bağımlı kişilik bozuklukları (BKB) gibi kişilik bozuklukları ile bazı yüzeysel özellikleri (ayrılma korkusu) paylaşmaktadır. Kuramsal olarak kişilik bozukluklarında bireyler ayrılmayla baş edememekle ilgili kaygı duyarlar. YAAB olan bireyler ise temel olarak bağlanma figürlerinin güvenliği ile ilgili endişe ederler (45).

YAAB hastalarına eşlik eden kişilik bozuklukları sistematik olarak araştırılmamıştır. Ancak ayrılma anksiyetesinin BKB ile ilişkisi olduğu düşünülmüştür. BKB genç yetişkinlik döneminde ortaya çıkar. Çocuklukta veya ergenlikte ayrılma anksiyetesi bozukluğunun olması bireyde BKB'nin gelişmesine zemin hazırlayabilir. BKB ve ektanlarıyla ilgili çalışmalarda tutarlı bulgular elde edilmiş olup, tipik olarak, anksiyete bozukluklarının daha fazla görüldüğü saptanmıştır (44). BKB'de yaygın ve fark gözetmeden diğerlerine bağımlılık görülürken borderline KB'de duygudurumda, kişilerarası ilişkilerde, kendilik algısında ve davranışlarda tutarsızlıklar mevcuttur. Gerçek ya da hayali bir terk edilmeden kaçınmak için çılgınca çabalar gösterirler. Bu yanlış olarak ayrılma anksiyetesi gibi düşünülebilir. Terk edilmeye duygusal olarak boşlukta kalma, öfke ve karşı isteklerle tepki verirler. İlişkilerinin gergin ve tutarsız olmasıyla bağımlı kişilik bozukluğundan ayırt edilirler.

Loas ve arkadaşlarının (2002), alkol bağımlılığı, madde bağımlılığı, anoreksiya ve bulimiya nevroza tanımlı hastalarda şimdiki ve yaşamboyu ayrılma anksiyetesi bozukluğu ve BKB'yi inceledikleri çalışmada kontrol grupları da dahil tüm gruplarda BKB'yi şimdiki ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan grupta daha yüksek bulmuşlardır (45). Osone ve Takahashi (2006), anksiyete bozukluğu hastalarında yaptıkları çalışmada, en sık C küme kişilik bozuklukları tanısı konduğunu ve herhangi bir kişilik bozukluğu tanısı alan olgularda

ÇAAB'nin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (46). Silove ve arkadaşları (2010), benzer şekilde ÇAAB'nin tanısının daha fazla olduğu olgularda C küme kişilik bozukluklarını, daha az olduğu olgularda ise B küme kişilik bozukluklarını daha sık bulmuşlardır (44).

Silove ve arkadaşları (2010), YAAB'si olan olgularda “Gözden Geçirilmiş NEO Kişilik Envanteri” ile kişiliği boyutsal olarak değerlendirmişler ve “*nevrotiklik puanlarının*” diğer anksiyete bozukluğu olan olgulardan -sosyal anksiyete bozukluğu olanlar dışında- daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Bu durumun “kalıtsal bir incinebilirliği (vulnerability)” gösterebileceği ya da erken başlangıçlı olan anksiyete bozukluğunun karakter gelişimini etkilediği şeklinde yorumlanabileceğini öne sürmüşlerdir (4).

Literatürde kişilik ve mizaç özellikleri ile ilgili verilerin bulunmaması yetişkinlik ayrılma anksiyetesinin sürekli (trait) ya da durumsal (state) olup olmadığını belirlemeye engel teşkil etmektedir (38).

2.4. Cloninger'in Kişilik Kuramı, Mizaç ve Karakter

2.4.1. Kişilik

Kişilik; bireye özgün olan, onu başkalarından ayırt ettiren, çevresine uyumunu sağlayan sistem olarak tanımlanabilir (47). Kalıtsal yapı ve çevresel etkilerin etkileşimi ile kişiliğin geliştiği görüşü yaygın olarak kabul edilmektedir. ‘Genetik geçiş’ ya da ‘epigenetik’ düzen görüşü davranışların gelişiminde, genetik yapı ile çevresel uyarıların etkileşimini içine alacak şekilde yeniden düzenlenmiştir. Genellikle normal dağılım gösteren mizaç özelliklerinin yarısını genetik farklılıklar, geriye kalan %50'nin %30-35'ini bireye özgü deneyimler, kalanını ölçüm hataları ve kişilikteki dalgalanmalardan oluşturmaktadır. (48).

Cloninger (1993), kişiliğin 2 temel bileşeni olarak mizaç ve karakterdeki normal ve patolojik durumları açıklayan boyutsal bir psikobiyojik kişilik modeli tanımlamıştır (49). Bu model aile ve ikiz çalışmaları, uzun süreli gelişim izlem çalışmaları, nörofarmakolojik ve nörodavranışsal öğrenme çalışmaları ve psikometrik kişilik çalışmalarına dayandırılarak oluşturulmuştur (50). Psikobiyojik kişilik kuramı 4 mizaç, 3 karakter boyutu tanımlamaktadır ve bu boyutları tanımlamak amacıyla Cloninger ve arkadaşları tarafından “Mizaç ve Karakter Envanteri” geliştirilmiştir (51).

2.4.2. Mizaç

Mizaç, temel duygusal uyarılara otomatik olarak eşlik eden, biyolojik ve genetik yanı baskın, yaşam boyunca orta düzeyde durağan, sosyokültürel etkiler karşısında değişmez

olan ve algısal bellekte kavram öncesi yanlılıkları içerdikleri varsayılan ‘*kişiliğin duygusal özü’dür*’ (47,48). Mizaç ise emosyonlardaki kalıtsal yatkınlıklar ve emosyonlardan köken alan dürtülerin otomatikleşmiş davranış özelliklerinin ve erken yaşamda gözlenebilen ve yaşam boyu devam eden alışkanlıkların altında yatan öğrenme olarak tanımlanmaktadır. Farklı kültürler, etnik gruplar, farklı kıtalar ve politik sistemlere karşın evrensel olduğu gösterilmiştir (48).

Mizacın dört boyutu vardır; *yenilik arayışı* (YA), *zarardan kaçınma* (ZK), *ödül bağımlılığı* (ÖB), *sebat etme* (SE). Bu dört boyut, dört temel duyguyla ilişkilendirilebilir; Öfke (YA), korku (ZK), bağlanma (ÖB), hırs (SE) (48,49).

a) *Yenilik Arayışı (Novelty Seeking, YA);*

Yeniliğe yanıt olarak “sık araştırmacı aktivite, dürtüsel karar verme, ödül alma olasılığı belirlediğinde aşırılık ve taşkınlık, çabuk kolay sinirlenme ve engellenmeden aktif kaçınma gibi davranışların” etkinleşmesindeki veya başlamasındaki kalıtsal bir yanlılık, eğilim olarak görülebilir (52). Yüksek YA’lı bireyler çabuk kızan, meraklı, kolayca sıkılan, dürtüsel, abartılı ve düzensizlerdir. Özgünlük, keşif ve ödül potansiyeli taşıyan alışılmadık ve yeni olanı araştırma şevki yenilik arayışının uyuma dönük faydalarıdır. Dürtüsellik, öfke patlamaları, ilişkilerde potansiyel olarak maymun iştahlı ve çalışmalarda izleyici olma özellikleri ise olumsuz yanlarını oluşturmaktadır. Düşük YA’ya sahip olan insanlar yavaş mizaçlı, meraksız, soğukkanlı, tutumlu, çekingen, tekdüzeliğe karşı sabırlı ve düzenli kimselerdir. Düşüncelilik, esneklik, sistemli çalışma ve titiz yaklaşım gibi özellikleri bunların gerekli olduğu durumlarda bir avantajdır. Düşük dopaminerjik etkinlikle bağlantılıdır (48).

Alt ölçekleri:

Keşfetmekten heyecan duyma (YA1); Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler yeni yerler araştırmaktan heyecan duyarlar. Yeni fikirler ve aktiviteler ile kolay heyecanlanırlar, heyecan ve macera ararlar. Düşük skor alanların yeni uyarıya ihtiyaçları çok azdır ya da hiç yoktur. Yeni fikirlere ve etkinliklere yavaş katılırlar ya da direnç gösterirler (50).

Dürtüsellik (YA2); Yüksek puan alanlar, çabuk karar veren, dürtülerini kontrol edemeyen, heyecanlı, dramatik kişilerdir. Tipik olarak içgüdülerine ve önsezilerine göre hareket ederler. Bu nedenle kararlarını ve fikirlerini sıkça değiştirirler. Düşük puan alanlar düşünceli olarak tanımlanırlar ve karar verirken ya da bir fikir geliştirirken ayrıntılı bilgiye gerek duyarlar (50).

Savurganlık (YA3): Bu alt ölçek puanları yüksek olanlar para, enerji ve duyguları ile aşırı davranan bireylerdir. Biriktirmekten çok para harcamayı tercih ederler. Düşük puan alan bireyler tedbirli, kontrollü ya da sınırlı olarak tanımlanırlar. Bu bireyler tipik olarak paralarını, enerjilerini ve duygularını boşuna harcamazlar (50).

Düzensizlik (YA4): Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler çabuk sinirlenme ve düzensiz olma eğilimindedirler, istediklerini elde edemediklerinde sıklıkla öfkelerini dışa vururlar. Katı kurallar ve düzenlemeler olmayan aktiviteleri tercih ederler. Düşük skor alanlar organize ve düzenlidirler (50).

b) ***Zarardan Kaçınma (Harm Avoidance, ZK)***

Gelecekte olabilecek sorunlar için kötümserlik, belirsizlik korkusu ve yabancılardan utanma gibi pasif-kaçıngan davranışlar ve kolayca yorulma gibi davranışların ketlenmesinde veya durdurulmasındaki bir kalıtsal eğilim olarak görülebilir (52). Belirsiz bir korku, utangaçlık ve sosyal engellenmişlik, sorunlardan ve engellerden pasif kaçınma, çabuk yorulma ve hatta başka insanları endişelendirmeyen durumlarda sorun beklentisi içindeki karamsarlık kaygısı olarak gözlemlenmektedir. Birçok insanı endişelendirecek bir duruma karşın, zarardan düşük oranda kaçınan insanlar kaygısız, enerjik, cesur, sempatik ve iyimserdirler. Yüksek serotonerjik aktiviteyle bağlantılı olduğu düşünülmektedir (47).

Alt ölçekleri:

Beklenti Endişesi (ZK1): Bu alt ölçekteki yüksek skorlar iki farklı davranış eğilimi gösterir. Birincisi, bu kişiler zarar ve başarısızlık beklentisi olan kötümser, endişelidirler. Bu durum özellikle riskli, tanıdık olmayan ya da gerçekten zor durumlarda baskındır (48). İkincisi, bu kişilerin aşağılayıcı ve utandırıcı yaşantılarla bas etmekte zorlukları vardır, uzun süre bu yaşantılar hakkında çok düşünürler. Düşük skorları olanlar iyimser olarak tanımlanırlar. Bu kişiler tipik olarak zorluklarla karşılaşmaktan endişelenmezler (50).

Belirsizlik Korkusu (ZK2): Bu alt ölçekte yüksek puan alan bireyler potansiyel tehlikesi olan belirsizliğe ya da alışılmadık şartlara katlanamazlar. Sıklıkla tanıdık olmayan, belirsiz durumlarda anksiyöz ve gergin hissederler. Nadiren risk alırlar, rutindeki değişikliklere zor uyum sağlarlar. Düşük skor alanlar ise güvenli, sakin ve soğukkanlı olma eğilimindedirler. Bu kişiler rutindeki değişikliklere kolay uyum sağlarlar (50).

Yabancılardan Çekinme (ZK3): Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler sosyal durumların kendine güvensiz, utangaç olarak tanımlanırlar. Kabul göreceklere konusunda garanti verilmedikçe tanımadıkları insanlarla ilişkiye girmekte isteksizdirler. Bu alt ölçekte düşük skor alanlar cesur, radikal ve dost tavırlı olarak tanımlanırlar. Rahatsız olmadan konuşurlar ve sosyal aktivitelere kolay katılırlar (50).

Çabuk Yorulma (ZK4); Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler çoğu kişiye göre asteniktir ve daha az enerjileri vardır. Sıklıkla ek dinlenme zamanlarına ihtiyaç duyarlar. Bu alt ölçekte düşük skor alan bireyler daha enerjik ve dinamiktirler (50).

c) ***Ödül Bağımlılığı (reward dependence, ÖB)***

Kendini aşırı duygusallık, sosyal bağıllık ve diğerlerinin onayına bağımlılık gibi gösteren davranışların devamlılığı ve sürekliliğindeki bir kalıtsal yanlılık, eğilim olarak görülebilir. Ödül bağımlılığı yüksek olan bireyler merhametli, adanmış, bağımlı ve girgin kişilerdir. Düşük ödül bağımlılığı olan bireyler pratik, inatçı, soğuk, topluma karşı duyarsız, tereddütlü ve yalnızlarsa bu duruma kayıtsız kişilerdir. Düşük noradrenerjik etkinlikle bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

Alt ölçekleri:

Duygusallık (ÖB1): Duygusallık alt ölçğinde yüksek skor alanlar duygusal, sempatik, anlayışlı kişilerdir. Duygularını kolayca gösterirler. Tersine bu alt ölçekte düşük skor alanlar pratik olarak tanımlanırlar. Sert ve soğuk görünürler. Diğer insanların duygularına duyarlı değildirler, bu nedenle sosyal ilişki kurmak zordur(50).

Bağlanma (ÖB2): Bağlanmada yüksek skor alanlar duygu ve deneyimlerini kendilerine saklamak yerine arkadaşlarıyla açıkça tartışmayı tercih ederler. Bu kişiler sıcak ve uzun süren sosyal bağları tercih ederler. Reddedilmeye ve hor görülmeye karşı duyarlıdırlar. Bu alt ölçüğü düşük olanlar daha az bağıllık gösterirler ve sosyal ilişkilere ilgisizdirler. Diğerlerine uzak, soğuk olarak görünürler. Reddedilmeye karşı genellikle duyarsızdırlar (50) .

Bağımlılık (ÖB3): Bağımlılık alt ölçüğünde yüksek skor alanlar duygusal desteğe ve diğerlerinin onayına bağımlıdırlar. Diğerlerinin kendileri hakkında ne düşündüğüne çok önem verirler ve aşırı koruma arayabilirler ya da uyarabilirler. Eleştirilirler ve onaylanmazlarsa kolay kırılırlar. Terk edilme korkuları vardır. Bu alt ölçekte düşük alanlar ise bağımlı değildirler, duygusal destek ve onay da aramazlar. Korunma ya da duygusal destek için diğerlerini

memnun etmeye çalışmazlar. Bağımsız, kendine yeten ve toplumsal baskıya aldırılmaz görünürler (50)

d) Sebat Etme (Persistence, SE)

Engellenme, yorgunluk ve aralıklı pekiştirilmeye rağmen davranışın sürekliliğindeki bir kalıtsal yanlılık, eğilim olarak görülebilir. Çalışkanlık, azimlilik, hırslılık ve mükemmelmilik olarak gözlenebilir (53).

Tablo 3: Mizaç Boyutlarındaki düşük ve yüksek puanlı bireylerin tanımlayıcıları (48).

Mizaç Boyutu	Yüksek Puan	Düşük Puan
Zarardan Kaçınma	<i>Kötümser Korkak Utangaç</i>	<i>İyimser Cesur Dışa dönük Enerjik</i>
Yenilik Arayışı	<i>Araştırmacı Dürtüsel Savurgan Çabuk sinirlenen</i>	<i>Çekingen Tedbirli Tutumlu Sabırlı</i>
Ödül Bağımlılığı	<i>Duygusal Samimi Candan Sevecen</i>	<i>Ayrık Uzak İtici Aykırı</i>
Sebat Etme	<i>Çalışkan Azimli Hevesli Mükemmeliyetçi</i>	<i>Tembel Boş vermiş Meraksız Pratik</i>

2.4.3. Karakter

Karakter, içgörü elde edilmesi, diğer insanlar ve diğer nesnelere hakkındaki kavramlarımıza dayalı olarak, gönüllü hedefler ve değerlerdeki bireysel farklılıklara karşılık gelmektedir. İç görü öğrenmesi, deneyimin yeniden kavramsal olarak organizasyonu ve uyumsal yanıtın gelişimi şeklinde tanımlanabilir. Kişisel değer ve amaçların yansıdığı nesne ilişkilerini ve bireysel farklılıkları içermektedir. Diğer bir deyişle karakter bir bireyin isteyerek kendi kendine ne yaptığıdır. Karakter akılcı ve iradelidir. Mizaç korku, kızgınlık gibi basit duyguları içerirken karakter bir amaca yönelik karar, empati, sabır ve hatta olgun bireylerde

daha fazla bulunan ask, ümit ve inanç gibi ikincil emosyonları içermektedir. Sonuç olarak karakter yürütücü kurallar koyucu ve yargısal işlevleri içeren ruhsal olarak kendini yönetebilme olarak tanımlanabilir. Karakter doğumdan itibaren geç erişkinlik dönemine doğru giderek olgunlaşmaktadır. Üç boyutu vardır (53).

a) Kendini Yönetme (Self-Directedness, KY)

Kişinin kendi seçimleri konusunda sorumluluğu kabul etmesi, ne istediğini bilmesi, sorunlarını çözmeye beceri ve güvenin gelişmesi ve kendini kabullenme gibi özelliklerden oluşur. Kendini yöneten bireylerin en büyük avantajları gerçekçi ve etkili olmalarıdır. Kendini yönetme puanları düşük olan bireyler suçlayıcı, yardım arayıcı, sorumsuz, güvensiz, tepkiseldir ve anlamlı içsel hedefler tanımlayamamakta, kuramamakta ve bunları takip edememektedir. Kişilik bozukluğunun varlığının ya da yokluğunun temel belirleyicisidir (53).

Alt ölçekleri:

Sorumluluk Alma / Kınama (KY1): Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler tipik olarak ne yapacaklarını seçmede kendilerini özgür hissederler. Bu bireyler diğerlerine güvenilir ve dürüst olarak görünürler. Tersine sorumluluk alt ölçeğinde düşük skor alan bireyler diğer kişileri ve dışsal olayları suçlarlar. Davranışlarının sorumluluğunu kabul etmezler. Güvenilmez ve sorumsuz kişiler olarak görülürler (48).

Amaçlılık / Amaçsızlık (KY2): Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler genellikle hedefe yönelik ya da amacı olan kişiler olarak tanımlanır. Yaşamlarının net bir anlamı ve yönü vardır. Tipik olarak hedeflerine ulaşmak için hazzı geciktirebilirler. Aktiviteleri uzun süreli hedefleri doğrultusunda. Bu alt ölçekte düşük skor alanlar yaşamlarının yönlerini, amaçlarını ve anlamını bulmak için mücadele ederler. Uzun süreli hedefleri konusunda emin değildirler. Anlık reaktif impulslar dışında yaşamlarının boş olduğunu ve çok az anlamı olduğunu hissederler (50).

Beceriklilik (KY3): Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler becerikli ve etkin olarak tanımlanırlar. Zor bir durumu, meydan okuma ya da fırsat olarak görürler. Bu ölçekte düşük skor alanları diğer insanlar ümitsiz, aciz ve etkili olmayan bireyler olarak görürler. Bu bireylerde problem çözmeye beceri gelişmemiştir. Sorunla karşılaştıklarında kendilerini yetersiz ve beceriksiz hisseder, diğerlerinin liderlik yapmasını beklerler (50).

Kendini Kabullenme (KY4): Bu alt ölçekte yüksek skor alan kişiler güçlerini ve sınırlarını bilen kendine güvenen kişiler olarak tanımlanırlar. Yapıcı eğitim ve çabayla

eksikliklerini geliştirmeye çalışsalar da akıl ve fiziksel kapasiteleriyle kendilerini rahat hissederler. Bu alt ölçekten dşşk skor alanlar kendini arayan olarak tanımlarlar. Bu bireylerin dşşk benlik algıları vardır. Zihinsel ve fiziksel kapasitelerinden memnun değildirler. Daha çok oldukları gibi değil, olmak istedikleri gibi davranırlar (50).

Uyumlu İkincil Huylar (KY5): Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireylerin hedefleriyle uyumlu, iyi alışkanlıkları vardır, böylece otomatik olarak uzun süreli değer ve hedeflerine uygun davranırlar. Buna kendi kendine disiplin ile ulaşılır ancak genellikle otomatik hale gelir (ikinci mizaç). Bu alt ölçekte dşşk skor alanlar değerli hedeflerine ulaşmayı zorlaştıracak şekilde uygunsuz davranırlar. Bu kişiler bazen kendine zarar veren ve isteksiz olarak tanımlanır (50).

b) İşbirliği Yapma (Cooperativeness, İY)

Kabullenme, kabul gösterme ya da bencilce saldırganlık ve düşmanlık boyutlarını tanımlamaktadır. İş birliğine yatkın kişiler empatik, hoş grl, merhametli ve yardımseverdir. Bu boyutun dşşk olması kişilik bozukluğuyla bağlantılıdır (53).

Alt lekleri

Sosyal Kabullenme (İY1): Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler hoşgl ve arkadaş canlısı olarak tanımlanırlar. Farklı davranışları, etik değerler, düşünceleri ya da görüşleri olsa da insanları olduğu gibi kabul ederler. Bu ölçekte dşşk skor alan bireyler toleranslı olmayan ve dostça olmayan olarak tanımlanırlar. Özellikle farklı hedefleri ve değerleri olan insanları eleştirirler ve sabırsızdırlar (50).

Empati Duyma (İY2): Empati alt leği yüksek olan bireyler kendilerini diğer insanların yerinde hissetmeye çalışırlar. Bu bireyler diğerlerinin duygularına karşı uyum sağlar, saygılı davranırlar ve kendi yargılarını bir kenara koyarak insanların neler yasadıklarını daha iyi anlarlar. Dşşk skor alanlar duyarsız olarak tanımlanırlar. Bunlar diğerlerinin duygularını dikkate almıyor görünürler, hedeflerine ve değerlerine karşı saygılı olmakta isteksizdirler.

Yardımseverlik (İY3): Bunda yüksek skor alan bireyler, yardımsever, destekleyici, güven verici ve mit verici olarak tanımlanırlar. Becerilerini ve bilgilerini diğerleri ile paylaşırlar. Bir takımın parçası olarak çalışmayı severler. Bu alt ölçekte dşşk skor alanlar ben-merkezci, egoist ya da bencil olarak tanımlanırlar. Bu insanlar diğerlerine karşı saygısızdır ve tipik olarak bir ekiple çalışsalar bile kendilerini dşşnrler (50)

Acıma (İY4): Bu alt ölçekten yüksek skor alan bireyler, acıyan, affedici, hayırsever, cömert olarak tanımlanırlar. İntikam almaktan hoşlanmazlar ve genellikle kendilerine çok kötü davranılsa da kin tutmamaya çalışırlar. Bu alt ölçekten düşük skor alanlar kendilerini inciten kişilerden intikam almayı severler (50).

Erdemlilik Vicdanlılık (İY5): Bu alt ölçekten yüksek skor alan bireyler, dürüst, vicdanlı ve diğerlerine sürekli adil davranan samimi olarak tanımlanırlar. Bunlar hem profesyonel hem de sosyal ilişkilerinde etik ilkelere sadıktır. Düşük skor alanlar fırsatçı olarak tanımlanırlar. Hedeflerine zorluk yaşamadan ulaşmak için ne gerekiyorsa yapabilirler. Manipulatif ve hilekâr olarak tanımlanırlar (50).

c) Kendini Aşma (Self-Transcendence, KA)

Genel olarak bir bütünün temel ve önemli parçalarını oluşturan her şeyle özdeşim anlamına gelmektedir. Kişide inançlara, ülkülere, aydınlanmaya yatkınlık gibi özellikler bulunur. Klinikte sadece şizoid kişilik bozukluğu hastalarında düşük bulunmuştur. Şizotipal kişilik bozukluğu ile şizoid kişilik bozukluğu ayırımında kullanılabilir. Kendini aşan bireyler adaletli, anlayışlı, dindar, sade ve alçak gönüllüdürler. Kendini aşma puanları düşük olan bireyler pratik, tarafsız, materyalist, kontrolcü ve gösterişli olma eğilimindedirler. Bununla birlikte sıkıntıları, başarısızlıkları, kişisel ve maddesel kayıpları ve ölümü sürekli olarak kabullenme zorluğu çekerler (53).

Alt ölçekleri:

Kendilik Kaybı (KA1): Yüksek skor alanlar, bir ilişkiye girdiklerinde ya da bir işe konsantre olduklarında kendi sınırlarını aşma eğilimindedirler. Nerede olduklarını ya da zamanı unuturlar. Başka bir dünyada gibi görünürler. Kendinden geçme gibi yaşantıları olan bireyler genellikle yaratıcı ve orijinal olarak tanımlanırlar. Kendilik kaybı alt ölçeğinde düşük skorları olan bireyler, bir ilişkide ya da bir işe yoğunlaştıklarında bireyselliklerinin farkındadırlar. Bu bireyler nadiren sanat ya da bir güzellikle harekete geçerler (53).

Kişiler Ötesi Özdeşim (KA2): Bu alt ölçekte yüksek skor alanlar doğa ve tüm evrenle sıra dışı güçlü bir bağ yaşarlar. Her şeyin canlı bir organizmanın bir parçası gibi görüldüğü duygusu bildirirler. Bu bireyler genellikle dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için gerçek kişisel özveriler yapmaya isteklidirler. İdealist olarak nitelendirilirler. Bu alt ölçekte düşük skor alanlar nadiren insanlar ya da doğayla güçlü bir bağ yaşarlar. Diğer insanlarla ya da dünyanın geri kalanıyla doğrudan ya da doğrudan olmayan bir sorumluluk hissetmezler (50).

Manevi Kabullenme (KA3); Bu alt ölçekte yüksek skor alanlar, mucizelere, hissedilemeyen yaşantılara ve telepati, altıncı his gibi diğer manevi fenomenlere inanırlar. Büyüsel düşünce sahibi olarak tanımlanırlar. Hastalık ve ölümle, ilahi kudrete olan inançları nedeniyle daha kolay baş edebilirler. Bu alt ölçekte düşük skor alan bireyler sadece materyalizmi ve objektif deneyciliği kabul ederler. Bu bireyler genellikle bilimsel olarak açıklanamayan şeyleri kabul etmezler (50).

Düşük KY ve İY, kişilik bozukluklarının tüm alt tiplerinde ortak bir özelliktir. Karakter özellikleri kişilik bozukluklarının öngörücüsü olabilir. KA, şizotipal, paranoid özellikleri, disosiyasyon ve duygudurum dalgalanmaları olan kişilik bozukluklarıyla (histriyonik, borderline KB vb) korelasyon gösterir. Karakter özellikleri ile kişilik bozukluğu değerlendirildikten sonra, mizaç özellikleri ile alttiplerin ayrımı yapılabilir. A küme kişilik bozuklukları düşük ÖB, B küme kişilik bozuklukları yüksek YA, C küme kişilik bozuklukları yüksek ZK mizaçlarıyla belirlenebilmektedir (54).

Tablo 4: Karakter boyutlarında yüksek ve düşük puanlı bireylerin tanımlayıcıları (48)

Karakter Boyutu	Yüksek puan	Düşük puan
Kendini yönetme	<i>Sorumluluk Amaçlılık Beceriklilik Kendini kabullenme Disiplinli</i>	<i>Suçlama Amaçsızlık Pasiflik Talepkar Disiplinsiz</i>
İşbirliği Yapma	<i>Tolerans Empatik Yardımsaver İlkel Merhametli</i>	<i>Toleranssızlık k Duyarsız Bencil Fırsatçı Kinci</i>
Kendini Aşma	<i>Öngörülü Anlayışlı İtiraz etmeyen Maneviyatçı İdealist</i>	<i>Faydacı Yansız Kuşkucu Maddeci Göreceli</i>

2.5. Anksiyete bozuklarında karakter ve mizaç özellikleri

Kişilik ve anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkiyi görebilmek gidişi anlamada, tedaviyi yönlendirmede önemlidir. Kişilik, anksiyete bozukluğu geliştirmeye yatkınlık yaratabilir;

anksiyete bozukluğunun görünümünü ve gidişini değiştirebilir; ya da anksiyete bozukluğu ve kişilik aynı davranış spektrumunun farklı klinik tabloları olabilir. Bazen de ortak etyolojiye sahip olabilirler (55). Uzunlamasına çalışmalar kişilik özelliklerinin anksiyete bozukluklarının gelişiminden önce subklinik olarak ortaya çıktığı, izlemde semptomatik evrede kişilik bozukluğu haline geldiği göstermiştir. Bu nedenle boyutsal değerlendirmenin, mizaç ve karakterin psikobiyolojik temelleri ile I. eksen ve II. eksen bozukluklarının gelişimi arasındaki ilişkinin anlaşılabilmesi için önemli olabileceği öne sürülmüştür (56).

“ZK’dan yüksek puan ve KY’den düşük puan almak”, çeşitli psikiyatrik bozuklukların genel bir karakteristiği olarak kabul edilmektedir (52). Cloninger (1986), mizaç modeline dayanarak anksiyete bozukluklarında ZK boyutunun daha yüksek, ÖB ve YA’nın daha düşük olabileceğini öne sürmüştür (57). Anksiyete bozukluğu hastalarında mizaç özelliklerini araştıran birçok çalışma hem tedavi öncesi hem de tedavi sonrası ZK’nın kontrollere göre daha yüksek olduğunu belirlemiştir (56, 58-65).

Wachleski ve arkadaşları (2008), PB hastalarında ZK, KY ve İY’nin düşük olduğunu bildirmişlerdir (56). Ampollini ve arkadaşları (1999), major depresyon ektanısı olan PB hastalarında ektanısı olmayan PB hastalarına göre ZK’nın daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Bu yüksekliğin kişilik bozukluğunun etkisi düzeltildikten sonra da görüldüğünü belirtmişlerdir, ayrıca farklı bir bulgu olarak ÖB’yi yüksek olarak saptamışlardır (59).

Chatterjee ve ark. (1997), 20 sosyal fobi hastasında yaptıkları çalışmada ZK’nın yüksek, YA, KY ve İY’nin kontrollerden daha düşük olduğunu bildirmişlerdir (65). Ball ve arkadaşları (2002) çeşitli anksiyete bozukluğu olan hastalarda (PB, yaygın anksiyete bozukluğu, OKB, sosyal fobi ve özgül fobi) ZK’nın kontrollere göre daha yüksek olduğunu, ancak diğer mizaç özelliklerinde hasta ve kontrol grupları arasında bir farklılık olmadığını, İY ve KY karakterlerinin ise düşük olduğunu saptamışlardır (66). Lochner ve arkadaşları (2007) sosyal fobi hastalarında ZK’yi daha yüksek, YA ve KY’yi ise daha düşük olarak saptamışlardır (60).

Bejerot ve ark (1998) OKB hastalarında ZK’yi yüksek, KY ve İY’yi düşük saptamışlardır (63). Lyoo ve ark. (2001) OKB hastalarında diğer anksiyete bozukluğu hasta gruplarına benzer biçimde ZK mizacını yüksek, YA mizacı ile KY karakterini düşük saptamışlardır (67). Alonso ve arkadaşları (2008) OKB hastalarında yukarıda saptanan aynı örüntüye ek olarak İY’nin de düşük olduğunu belirtmişlerdir (69). OKB’de mizaç boyutlarından ZK yüksek, YA düşük iken, İY ve KY karakter boyutları düşük bulunmuştur.

Yoon ve arkadaşları (2009) TSSB hastalarında da anksiyete hastalarında görülen aynı mizaç ve karakter örüntüsü olduğunu (ZK yüksek, KY ve İY düşük) bildirmiştir (61).

Marchesi ve arkadaşları (2006), PB bozukluğu hastalarında mizaç ve karakter boyutlarının tedavi sonuçlarına etkilerini araştırdıkları çalışmada, tedavi alan ancak remisyona girmeyen hastalarda kontrollere göre tedavi öncesi ZK'nın yüksek, SE, KY ve İY'nin düşük olduğunu saptamışlardır. Remisyona giren hastalarda ise tedavi öncesi yalnızca ZK'nın yüksek olduğunu bildirmişlerdir. KY'nin de tedaviye yanıtın yordayıcısı olduğunu öne sürmüşlerdir (68). Mörtberg ve arkadaşlarının (2007) psikoterapi ve ilaç tedavisi alan sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında yaptıkları çalışmada tüm tedavi yöntemlerinin ZK puanlarını azalttığı, ancak KY karakter boyutuna sadece psikoterapinin etkin olduğunu öne sürmüşlerdir (70). Lyoo ve arkadaşları (2003), OKB hastalarında medikal tedavi sonrası ZK'nın azaldığını, tedavi öncesinde belirgin şekilde düşük olan ödül bağımlılığı (ÖB) puanlarının tedavi sonrasında arttığını bildirmiştir. Bu bulgularla mizaç boyutlarının, tedaviye karakter boyutlarından daha fazla yanıt verebilir olduğu iddia edilmiştir (64).

2.6 Anksiyete Bozuklukları, Travma ve Disosiyasyon

Travma kavramı bireyin ruhsal ve bedensel varlığını çok değişik biçimlerde sarsan, inciten, yaralayan her türlü olay için kullanılmaktadır (71). Ruhsal travma ise, kişinin veya yakınlarının fiziksel bütünlüğünü tehdit eden, insan deneyiminin sınırları dışında kalan olaylara verdiği “yoğun korku, dehşet ve çaresizlik” tepkileri olarak tanımlanır (72). Terr (1990), ruhsal travmanın ani, beklenmedik ve karşı konulamaz şiddette olduğunu vurgulamaktadır (73). Van der Kolk (1989), bireyin hem iç hem de dış kaynakları tehditle başa çıkmakta yetersiz kalırsa travmatize olacağını belirtmektedir (74).

Çocukluk çağı ruhsal travmaları kişinin 18 yaşından önce yaşadığı kazalar, doğal felaketler, ayrılık, ebeveyn kaybı gibi yaşantılar ile cinsel, fiziksel, duygusal kötüye kullanım ve/veya ihmal şeklinde olabilir.

Fiziksel kötüye kullanım; Brown ve Anderson (1992), bir kişinin 18 yaşından önce kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi ya da kendisinden 2 yaş büyük bir aile bireyi tarafından saldırıya uğramış olması olarak tanımlar. Bu saldırı kardeş rekabeti ya da aile içi çatışma olarak algılanmamıştır ve fiziksel temasın olmadığı arkadaş kavgaları bu tanıma dahil edilmez (75).

Cinsel kötüye kullanılma; Brown ve Anderson “bir kişinin, 18 yaşından önce, kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi ya da kendisinden en az 2 yaş büyük bir aile bireyiyle okşamadan cinsel ilişkiye kadar değişen, herhangi bir derecede cinsel yakınlığa girmesi” olarak tanımlamaktadır (75).

Duygusal kötüye kullanılma; Walker ve arkadaşlarına (1988) göre duygusal kötüye kullanılma, “genç bir kişiye, duygusal ya da ruhsal sağlığını tehlikeye atacak derecede sözlü tehdit, alay ya da küçük düşürücü yorumlarda bulunulmasıdır (75)”.

İhmal ise, “bir çocuğun beslenme, güvenlik, eğitim, tıbbi bakım gibi *fiziksel* bakımının ya da sevgi, destek, ilgi, duygusallık, terbiye, bağlanma gibi *duygusal* bakımının yapılmamasıdır”(75)

Çocukluk çağı kötüye kullanımı ve travmatik yaşantıları özellikle depresif bozukluklar ile anksiyete bozukluklarının gelişimi ile ilişkilendirilmektedir. Travmatik yaşantılar çocuğun inanç sistemlerinde değişikliğe yol açarak, psikopatoloji gelişimi için bir “incinebilirliğe” neden olabilirler (76). Anksiyete bozuklukları üzerine yapılan bazı çalışmalarda çocukluk çağı cinsel ya da fiziksel kötüye kullanılmanın her hangi bir anksiyete bozukluğuna özgül olmadığı bildirilmektedir (77). Ancak anksiyete bozukluğunun şiddetini ve depresif belirtileri arttırdığı gösterilmiştir (78). Friedman ve arkadaşları (2002), PB ve diğer anksiyete bozukluğu olan hastalarda erken travmatik yaşantıların tüm tanılarda yüksek olduğu ve PB’ye özgül olmadığını saptamışlardır (77). Buna karşın Brown ve Harris (1993), PB hastalarında çocukluk çağı zorlanma yaşantılarının (ilgisiz ebeveyn, cinsel ve fiziksel kötüye kullanım) sağlıklı kontrollerden 8.7 kat, agorafobi, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğunda ise 3.7 kat daha fazla bulunduğunu bildirmişlerdir (79). Frieman ve arkadaşları (1993) ise TSSB gelişiminin daha olası olabileceğini ileri sürmüşlerdir (80).

Duygusal kötüye kullanılma ve ihmal ile psikopatoloji arasındaki ilişkiye, cinsel ve fiziksel kötüye kullanılma kadar yoğun ilgi gösterilmemiştir. Duygusal kötüye kullanım major depresyon, sosyal fobi ve PB ile ilişkilendirilmiştir (81). OKB ve Trikotillomani (TM) hastaları ile sağlıklı kişilerde çocukluk çağı travmatik olaylarının karşılaştırıldığı bir çalışmada OKB ve TM hastalarının çocuklukta yaşanan travmatik olayları daha fazla bildirdiği ortaya çıkmıştır. Özellikle, “duygusal ihmal” puanlarının OKB ve TM hasta grubunda kontrol grubuna oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur (82). Lochner ve arkadaşları (2010), “duygusal kötüye kullanılmanın” sosyal fobi hastalarında PB hastalarından daha fazla olduğunu, ayrıca hem sosyal fobi hem de PB gelişimi için yordayıcı olduğunu saptamışlardır

(83). Mathews ve arkadaşları (2008) ise özellikle duygusal travmayı obsesif kompulsif semptomların gelişimi ile ilişkilendirmişlerdir (84) .

Bernstein ve Putnam (1986) disosiyasyonu duygu, düşünce ve deneyimlerin bilinç ve bellek düzeyinde bütünleştirilmesinde bir eksiklik olarak tanımlamaktadır (85). Tekrarlayan çalışmalarda geçmiş ya da yakın dönemli travmatik deneyimlerin disosiyatif belirtilere neden olduğu gösterilmiştir (85). Travmanın disosiyasyona yol açtığı hipotezine göre, disosiyasyon travmaya karşı kullanılan bir savunma düzeneğidir. Travmanın yeterince büyükse disosiyatif yanıt bir savunma düzeneğine dönüşmekte, bireyin mental süreçlerinde zaman zaman ayrışma ortaya çıkmaktadır (86). Literatürde cinsel kötüye kullanılma ve fiziksel kötüye kullanılmanın yetişkinlikte disosiyatif belirtilere neden olduğu bildirilmektedir. Ancak bu görüşe karşı çıkan araştırmacılar bu ilişkiyi gösteren çalışmalarını örneklem küçüklüğü, kadın hastalardan oluşma ve standardize edilmemiş ölçüm araçların kullanılması açısından eleştirmektedirler. Bu görüşle paralel olarak Mulder ve arkadaşları (1998), fiziksel kötüye kullanılmayı disosiyatif belirtilerle doğrudan ilişkili olduğunu saptamış ancak bu ilişkiyi cinsel kötüye kullanılma ile ilişkili bulmamışlardır (87).

Disosiyatif belirtilerle çeşitli anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. DSM-IV'e göre PB tanı ölçütleri arasında panik atağı sırasında disosiyasyon belirtileri (depersonalizasyon/derealizasyon) mevcuttur. PB'de depersonalizasyon görülme sıklığı %7.8 ile %82.6 arasında belirtilmektedir (88). Cassano ve arkadaşları derealizasyon ve depersonalizasyon sıklığını %34.7 olarak bildirmişlerdir ve depersonalizasyon ile derealizasyon varlığının fobik kaçınma davranışlarını ve hastalık şiddetini arttırdığını göstermişlerdir (89). Benzer şekilde, Marquez ve arkadaşları (2001), derealizasyon ve depersonalizasyon belirtilerini yalnızca atak sırasında yaşayan hastalarda yaptıkları çalışmada bu disosiyasyon belirtilerinin hastalığın şiddetinin ve kötü prognozunun belirleyicisi olduğunu öne sürmüşlerdir (90). Bu çalışmalara karşın Marshall ve arkadaşları (2000), disosiyatif belirtilerin hastalık şiddeti ile çok daha az ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (91).

TSSB ile disosiyasyon ilişkisi de iyi bilinmektedir. Travmatik olay sırasında yaşanan disosiyasyonun (peritravmatik) TSSB gelişimi için bir risk etkeni olduğu saptanmıştır (92). Disosiyasyon ile ilişkilendirilen bir başka anksiyete bozukluğu da OKB'dir. Lochner ve arkadaşları (2004) OKB hastalarının %15.8'inde yüksek disosiyasyon belirtileri olduğunu saptamışlardır (93). OKB'nin alt tipleri ve disosiyasyon arasındaki ilişkiyi araştıran

çalışmalarda kontrol ediciler ve sırayıcılarda daha yüksek disosiyasyon puanları olduğu belirlenmiştir (94-96).

2.6. Çalışmanın amacı

Bu çalışmanın temel amacı AAB saptanan yetişkin hastalarda bildiğimiz kadarıyla henüz araştırılmamış olan mizaç ve karakter özelliklerinin belirlenmesidir. YAAB hastalarının daha çok PB hastalarına benzer mizaç ve karakter özellikleri göstereceklerini bekliyoruz. Birincil hipotezimiz, YAAB’de diğer anksiyete bozukluklarına benzer şekilde mizaç boyutlarından ZK’nın kontrollerden daha yüksek, buna karşılık YA’nın ise daha düşük saptanacağıdır. Hastalığın kronik doğası göz önünde tutularak, YAAB hastalarının KY ve/veya İY karakter boyutu puanlarının düşük olması beklenebilir.

Aynı zamanda PB ile YAAB birlikteliği olan hastaların ZK boyutu ortalama puanlarının, tek başına PB’si veya tek başına YAAB’si olan hastaların puan ortalamalarından yüksek saptanması YAAB’nin aynı zamanda “boyutsal bir yapı” olduğunu da destekleyecektir.

Çalışmamızdaki ikincil amaçlar, AAB belirtilerinin YAAB belirtileri ile ilişkisini, ayrılma anksiyetesinin PB’nin seyrine ve şiddetine etkisini araştırmak ve hastalardaki disosiyatif yaşantılar ile çocukluk ağı travmalarının ayrılma anksiyesiyle olası ilişkisini saptamaktır. İkinicil hipotezlerimize göre YAAB ek tanısı PB hastalarında “daha şiddetli bir psikiyatrik bozukluğun varlığını” yansıtacak biçimde PBş, DD ve T puanlarını yükseltebilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Örnekleme

Çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği ile Ege Üniversitesi Anksiyete Bozuklukları Polikliniği'ne başvuran hastalarda yapılmıştır. DSM-IV tanı ölçütlerine göre ek tanısı olmayan agorafobili ya da agorafobisiz PB, yaygın anksiyete bozukluğu, OKB, özgül fobi, sosyal anksiyete bozukluğu, TSSB, akut stres bozukluğu ile başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu olan hastalar araştırmacıya yönlendirildi.

Araştırmacı tarafından yapılan DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme'ye (SCID-I) göre, agorafobili ya da agorafobisiz PB tanısı doğrulanan ve başka eksen I ek tanısı olmayan hastalar (N=44) ile Ayrılma Anksiyesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşmeye (AAB-YKG) göre YAAB tanısı alan hastalar (N=77) çalışmaya dahil edildi. PBŞÖ yalnızca PB hastalarına çalışmacı tarafından uygulandı. Diğer öz bildirim ölçekleri hastaların tümüne verildi. Klinik görüşmeler ortalama 1-1,5 saat, ölçeklerin doldurulması ise ortalama 2 saat sürdü. Ölçeklerin uzunluğu nedeniyle bazı hastaların öz bildirim ölçeklerini evde doldurmasına izin verildi. Ölçekler kontrol edilerek işaretlenmeyen itemler ya teslim sırasında ya da daha sonra telefonla ulaşılarak işaretlendi. Çalışmaya 138 kişi alınmıştır. Ancak 12 hasta öz bildirim ölçeklerini, 5 hasta ise tanısız görüşmeyi tamamlayamadığı için çalışmadan çıkarıldı. Araştırmacıya yönlendirilen 3 erkek hasta ise çalışmaya katılmayı kabul etmedi. Böylece tüm hasta grubu 13'ü Ege Üniversitesi Anksiyete Polikliniğine başvuran hastalardan olmak üzere toplam 121 kişiden oluşmuştur.

Sağlıklı kontrol grubu DSM-IV ölçütlerine göre herhangi bir Eksen I tanısı olmayan, AAB-YKG ile YAAB tanısı dışlanan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerden oluşturuldu. Kontrol grubu 35 kişiden oluştu. Tüm denekler aşağıdaki çalışmaya dâhil edilme ölçütleri gözden geçirilerek gruplara alınmıştır.

3.1.1. Çalışmaya dâhil edilme ölçütleri

1. SCID-I ile birincil tanısı PB, agorafobisiz PB, agorafobili PB, agorafobi, özgül fobi, sosyal anksiyete bozukluğu, OKB, TSSB, akut stres bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, BTA anksiyete bozukluğu tanısı almış olmak
2. AAB-YKG ile YAAB tanısı almış olmak

3. Sağlıklı gönüller için herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almamış olmak, hiç psikiyatrik tedavi görmemiş olmak
4. 18 yaşından büyük 65 yaşından küçük olmak
5. Çalışma için yazılı onam vermek
6. Okur-yazar olmak

3.1.2. Çalışmadan Dışlama ölçütleri:

1. Şimdiki major depresyon ve yaşam boyu mental retardasyon, şizofreni, bipolar bozukluk, psikotik bozukluk BTA ve diğer psikotik bozuklukların varlığı, bilişsel işlevleri etkileyen durumlar (deliryum, demans, epilepsi vb), alkol ve madde kullanım bozuklukları, genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu ve madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu tanısı almış olmak.
2. Ağır fiziksel bir hastalığının olması ve klinik laboratuvar bulgularının ciddi bir hastalığı gösteriyor olması, ciddi bir nörolojik hastalığının bulunması (Serebrovasküler hastalık vb).
3. PB hastalarında herhangi bir anksiyete bozukluğu ektanısının olması
4. 18 yaşından küçük ve 65 yaşından büyük olmak.

Çalışmaya katılan tüm katılımcılara çalışmayla ilgili ayrıntılı sözlü bilgi verilerek, yazılı bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır.

3.2 Ölçüm Araçları

1. **DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I Disorders; SCID):** First ve arkadaşları tarafından 1997’de DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmedir (97). SCID I tanisal değerlendirmenin standart biçimde uygulanmasını sağlayarak tanının güvenilirliğinin ve DSM-IV tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırarak tanılarının geçerliğinin artırılması, belirtilerin sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir. SCID-I’in geçerlik, güvenilirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve arkadaşlarınca (1999) yapılmıştır (98).
2. **Ayrılma Anksiyesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (AAB-YKG), (Structured Clinical Interview for Separation Anxiety Symptoms; SCI-SAS):** Cyranowski ve arkadaşları (2001) AAB-YKG’yi geliştirmişlerdir. Sekiz aylık anksiyetesi bozukluğu ölçütünü içeren görüşme hem çocukluk hem de yetişkinlik

dönemini sorgulamaktadır. Yetişkinler için geliştirilen AAB-YKG 8 soruluk iki ayrı kısımdan oluşmaktadır. İlk kısmında geriye doğru çocukluk çağı ayrılma anksiyetesi belirtilerini sorgularken 2. kısmı şu andaki yetişkinlik belirtilerini saptamaktadır (34). Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (99).

3. Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE), (Seperation Anxiety Symptom Inventory; SASI): Silove ve arkadaşları (1993) tarafından çocukluk ayrılma anksiyetesi belirtilerini yetişkinlikte geriye dönük olarak sorgulayan bu ölçeği geliştirmişlerdir. On beş soruluk öz bildirim ölçeği biçimindedir (100). Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik, güvenirlik çalışmaları Diriöz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (101).

4. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAA), (Adult Seperation Anxiety Checklist; ASA): Manicavasagar ve ark. (2003) tarafından geliştirilmiş, erişkinlikte ayrılma anksiyetesi belirtilerini araştıran ve 27 maddeden oluşan öz bildirim ölçeğidir. DSM-IV'de yer alan çocukluk dönemi belirtilerini yetişkinlik dönemine uyarladıkları ve araştırmacıların bu grup hastalarda gözledikleri başka belirtileri de kapsayan bir ölçektir (102). Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Diriöz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (101).

5. Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE), (Temperament and Character Inventory; TCI): Cloninger ve ark. (1994) tarafından geliştirilen envanter, doğru/yanlış olarak doldurulan toplam 240 maddeden oluşan, öz bildirim ölçeğidir (51). On ikisi mizaç (Keşfetmekten heyecan duyma (YA1, 11 madde), Dürtüsellik (YA2, 10 madde), Savurganlık (YA3, 9madde), Düzensizlik (YA4, 10 madde), Beklenti Endişesi (ZK1, madde), Belirsizlik korkusu (ZK2, 7 madde), Yabancılardan çekinme (ZK3, 8 madde), Çabuk yorulma (ZK4, 9 madde), Duygusallık (ÖB1, 10 madde), Bağlanma (ÖB3, 8 madde), Bağımlılık (ÖB4, 6 madde), Sebat etme (SE, 8 madde) ve 13'ü karakter (Sorumluluk alma (KY1, 8 madde), Amaçlılık (KY2, 8 madde), Beceriklilik (KY3, 5 madde), Kendini kabullenme (KY4, 11 madde), Uyumlu ikincil huylar (KY5, 12 madde), Sosyal onaylama (İY1, 8 madde), Empati duyma (İY2, 7 madde), Yardımseverlik (İY3, 8 madde), Acıma (İY4, 10 madde), Erdemlilik (İY5, 9 madde), Kendilik kaybı (KA1, 11 madde), Kişiler ötesi özdeşim (KA2, 9 madde) ve Manevi

kabullenme (KA3, 13 madde) olmak üzere, 25 alt ölçekten (lower-order) ve 7 (higher-order) ölçekten oluşmaktadır. Ölçekler alt ölçeklerin toplamından oluşmaktadır (örneğin, YA=YA1+YA2+YA3+YA4) Türkçede geçerlik ve güvenirlik ve standardizasyon çalışması yapılmıştır (50,52).

6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇTÖ), (Childhood Trauma Questionnaire; CTQ-28): 1995 yılında Bernstein tarafından geliştirilen ölçek beşli Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Çocukluktaki duygusal, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ile fiziksel ve duygusal ihmali değerlendiren sorular içerir. Ayrıca aldatıcı özellikte olan 3 minimizasyon sorusunu da kapsamaktadır. Yanıt seçenekleri (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) zaman zaman, (4) sıklıkla, (5) çok sık olup, her soru 1-5 arasında puanlanır. Travmatik yaşantı alt ölçeklerinin ve toplam puanın hesaplanmasına olanak tanır (103). Türkçe geçerlik, güvenirlik ve standardizasyon çalışması yapılmıştır (104).

7. Panik Bozukluğu Şiddet Ölçeği (PBŞÖ), (Panic Disorder Severity Scale; PDSS):

Yedi maddeli, yarı yapılandırılmış ve hekim tarafından puanlanan bir ölçek olarak PBŞÖ panik sıklığı, beklenti anksiyetesi, fiziksel duyumlardan kaçınma, iş ve sosyal işlevsellikte bozulmanın derecelendirilmesini sağlamaktadır (105). Bu belirtilerin her biri görüşmeci tarafından 0-4 arasında derecelendirilir. Toplam puan aralığı 0-28'dir. Türkçede geçerlik ve güvenirlik ve standardizasyon çalışması yapılmıştır (106). Yalnızca PB tanısı alan hastalara uygulanmıştır.

8. Disosiyatif Deneyimler Ölçeği (DDÖ), (Dissociative Experiences Scale; DES):

1986 yılında Bernstein ve Putnam (1986) tarafından geliştirilen, 28 maddeden oluşan öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin her maddesi için 0-100 arasında puanlama yapılmakta, alınan toplam puanların ortalaması hesaplanarak sonuç elde edilmektedir. Ölçekten alınan 30'un üstündeki puanlar disosiyatif bozukluğun varlığına işaret etmektedir. Disosiyatif Deneyimler Ölçeği "absorbsiyon", "amnezi", "depersonalizasyon ve derealizasyon" başlıklı üç alt ölçeğe ayrılabilir (107). Türkçede geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır (108).

3.3 İstatistikler

Çalışma verilerinin istatistiksel analizi ‘SPSS for Windows (Release 15.0)’ kullanılarak yapıldı. Bağımsız gruplarda, kategorik/ikili değişkenler için χ^2 testi, sayısal/sürekli değişkenler için grup sayısı ikiden daha fazla olduğunda tek yönlü ANOVA, grup sayısı iki olduğunda Student t testi uygulandı. Anlamlı bir farklılık saptandığında, bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını değerlendirmek için post-hoc Bonferroni ve Tukey yöntemi kullanıldı. Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) boyutlarını, olası bir cinsiyet etkisini de kontrol ederek değerlendirmek amacıyla çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) uygulandı. Değişkenler arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyinin belirlenebilmesi amacı ile Pearson korelasyon analizi ile çoklu regresyon analizi kullanıldı. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık değeri $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1 Demografik ve Klinik Özellikler

Bu çalışmaya YAAB, agorafobili ve agorafobisiz PB hastaları ile sağlıklı gönüller dahil edildi. Hastalar öncelikle PB ve YAAB tanılarına göre ayrılarak analizlere değerlendirildi. YAAB grubunda PB eş tanısı olanlar da mevcuttu. Sonrasında PB eş tanısı olan YAAB, PB eş tanısı olmayan YAAB, PB olarak üç gruba ayrılarak analiz edildi.

4.1.1 YAAB, PB ve Kontrol Gruplarının Demografik ve Klinik Özellikleri

PB grubu 18'i erkek (%40.9), 26'sı kadın (%59.1) 44 hastadan, YAAB grubu 13'ü erkek (%16.8), 64'ü kadın (%83.2) 77 hastadan, kontrol grubu ise 16'sı erkek (%45.8) 19'u kadın (%54.2) olan 35 sağlıklı gönüllüden oluştu. Hasta grupları ile kontroller arasında yaş, eğitim yılı ve medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. YAAB grubunda erkeklerin oranı anlamlı olarak düşük saptandı ($p=0.002$). Grupların demografik özellikleri Tablo 5'te sunulmuştur.

YAAB tanısı alan ($N=77$) hastalardan 36'sında (%46.7) PB ektanısı, 14'ünde (%18.1) diğer anksiyete bozuklukları ektanısının (OKB, yaygın anksiyete bozukluğu, anksiyete bozukluğu BTA, TSSB) bulunduğu saptandı. Diğer 27 hastada (%35.2) YAAB'ye eşlik eden herhangi bir I. eksen tanısı mevcut değildi. PB grubundaki hastalarda agorafobi dışında başka bir ektanı yoktu ve bu grupta ortalama PB başlangıç yaşı 31.4 ± 11.2 olarak saptandı (bkz tablo 5).

YAAB grubundaki 44 (%57.1) hastada bozukluğun yetişkinlik döneminde başladığı ve ortalama başlangıç yaşının 25.4 ± 7.8 olduğu saptandı. Geri kalan 33 hastada (%42.9) başlangıç çocukluk dönemindeydi

Tablo 5: Hasta Grupları ile Kontrol Grubunun Demografik Özellikleri

	PB (N=44)	YAAB (N=77)	Kontrol (N=35)	İstatistik ‡
Yaş (yıl)	38. 8±13.2	34.3±11.5	36.9±10.7	F=2.143, df=2, p=0.12
Eğitim Yılı	12.7±8.5	12.3±4.4	13.3±3.9	F=0.194, df=2, p=0.82
Medeni Durum (N, evli/bekar)	26/18	51/26	24/11	$\chi^2=0.91$, df=2, p=0.63
Cinsiyet (N, kadın/erkek)	26/18	64/13	19/16	$\chi^2=12.88$, df=2, p=0.002

PB: Panik Bozukluğu, YAAB: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu.

* Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

‡ Bağımsız gruplarda, kategorik/ikili değişkenler için χ^2 testi, sayısal/sürekli değişkenler için bağımsız gruplarda tek yönlü ANOVA testi uygulanmıştır.

YAAB grubunda AABE ortalama ölçek puanlarının hem PB hem de kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu; PB grubunda ise kontrol grubuna göre daha yüksek olsa da, bu yüksekliğin anlamlı olmadığı saptandı (YAAB > PB = Kontrol, $p<0.0001$). YAA ölçek puanlarının ise 3 grup arasında anlamlı olarak farklı idi. YAAB grubunun, PB ve kontrol grubuna göre, PB grubunun ise kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu saptandı (YAAB > PB > Kontrol, $p<0.0001$) (Tablo 6)..

Üç grup arasında DDÖ puanları da anlamlı farklılık göstermiştir. (YAAB > PB > Kontrol, $p<0.0001$). Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin (ÇÇTÖ) alt ölçekleri açısından üç grup arasında istatistiksel farklılıklar saptandı. ‘Duygusal istismar’ (D.İst) alt ölçeğinin ortalama puanları YAAB ve PB grubunda kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek saptandı (YAAB = PB > Kontrol, $p=0.004$). Buna karşılık fiziksel ihmal (Fİ), fiziksel taciz (FT), duygusal ihmal (D.İhm.) ve cinsel taciz (CT) alt ölçek ortalama puanlarında gruplar arasında bir farklılık görülmedi (Tablo 6).

AABE, YAA ve diğer ölçek puanları açısından 3 grup arasındaki farklılıklar Tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6: Hasta ve Kontrol Gruplarının Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.*

	YAAB	PB	KONTROL	İstatistik ‡
AABE Puanı §	4.0±1.0	2.6±1.3	2.1±1.1	F=38.09 df= 2 p<0.0001 YAAB > PB = Kontrol
YAA Puanı	42.7±13.3	23.6±9.6	11.06±6.2	F=109.11 df=2 p<0.0001 YAAB > PB > Kontrol
DDÖ Toplam Puan	16.0±11.5	11.2±10.5	5.8±8.2	F=11.505 df=2 p<0.0001 YAAB > PB > Kontrol
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	8.4±3.4	8.2±3.4	6.3±1.6	F=5.84 df=2 p=0.004 YAAB = PB > Kontrol
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	11.9±4.9	11.5±5.4	10.4±4.1	F=1.05 df=2 p=0.3
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	7.0±2.5	6.7±1.9	6.0±1.4	F=2.54 df=2 p=0.08
ÇÇTÖ Fiziksel Taciz	5.7±2.0	5.4±1.8	5.0±0.2	F=2.18 df=2 p=0.1
ÇÇTÖ Cinsel Taciz	5.4±1,2	5.6±2.6	5.0±0.1	F=1.59 df=2 p=0.2

PB: Panik Bozukluğu, YAAB: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, AABE: Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri Envanteri, YAA: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği, DDÖ: Disosiyatif Deneyimler Ölçeği, ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği.

* Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

‡ Tek yönlü ANOVA testi uygulanmıştır. Bağımsız gruplarda ANOVA'ya göre üç grup arasında fark anlamlı olduğunda farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc Bonferroni ve Tukey HSD testleri uygulanmıştır.

§ AABE değerlerine karekök transformasyonu uygulanmıştır.

ÇÇTÖ alt ölçekleri ile YAA ölçeği arasındaki ilişki stepwise çoklu regresyon analizi ile incelendi. ÇÇTÖ alt ölçeklerinden D.İst. ve CT ile YAA ölçeği arasında anlamlı pozitif bağıntı saptandı (p=0.01, p=0.04). Analizlere DDÖ puanları da dahil edildi. YAA puanları ile bu ölçeğin de anlamlı bağıntısı vardı (p=0.04) (Tablo 7).

Tablo 7: YAA ölçeği ile ÇÇTÖ ve DDÖ Arasında Yapılan Regresyon Analizi

Bağımlı değişken	Bağımsız değişkenler	B	β	t	p
YAA	D.İst.	1.006	0.259	2.397	p=0.01
	CT	2.325	0,218	2.031	p=0.04
	DDÖ	0.251	0.217	1.998	p=0.04

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, DDÖ: Disosiyatif Deneyimler Ölçeği YAA: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği. Stepwise Çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. $R=0,500$ $R^2=0,250$.

DDÖ puanları ile ÇÇTÖ alt ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde. YAAB grubunda DDÖ ile D.İst. ve CT alt ölçekleri arasında, PB grubunda ise DDÖ ile D.İst., D.İhm ve Fİ alt ölçekleri arasında anlamlı pozitif bağıntılar olduğu saptandı (Tablo 8).

Tablo 8: YAAB ve PB gruplarında DDÖ'nün ÇÇTÖ Alt Ölçekleri ile Korelasyonu

	Duygusal İstismar	Duygusal İhmal	Cinsel Taciz	Fiziksel İhmal	Fiziksel Taciz
YAAB <i>r</i>	0.296	0.133	0.268	0.155	-0.083
<i>p</i>	0.009	0.248	0.019	0.177	0.475
PB <i>r</i>	0.330	0.384	0.144	0.401	-0.520
<i>p</i>	0.029	0.010	0.352	0.007	0.738

Pearson Korelasyon Analizi uygulanmıştır, *r*: bağıntı katsayısı, *p* anlamlılık düzeyi.

PB: Panik Bozukluğu, YAAB: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, DDÖ: Disosiyatif Deneyimler Ölçeği

Üç grup arasında karakter ve mizaç özellikleri cinsiyet etkisi kontrol edilerek ‘Çok Değişkenli Varyans Analizi’ (MANOVA) ile incelendi. Alt ölçeklerin hiçbirinde “grup-cinsiyet etkileşimi” görülmedi (Tablo 9).

Mizaç ve Karakter Envanteri'nin (MKE) mizaç alt boyutlarından ZK mizacı alt ölçeği ortalama puanları YAAB grubunda PB ve kontrol grubuna, PB grubunda ise kontrol grubuna

göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı (YAAB > PB > Kontrol, $p<0.0001$). ÖB mizacı alt ölçeği ortalama puanları YAAB ile PB grubu arasında bir farklılık göstermezken, kontrol grubundan daha yüksek olarak saptanmıştır (YAAB = PB > Kontrol, $p=0.001$) (Tablo 9).

Karakter boyutlarından KY alt ölçeği ortalama puanları YAAB grubunda PB ve kontrol grubuna göre, PB grubunda da kontrol grubuna göre düşük olarak saptandı (YAAB < PB < Kontrol, $p<0.0001$). Karakter boyutlarından KA alt ölçeğinin ortalama puanları YAAB ve PB grupları arasında farklılık göstermezken, kontrol grubuna göre daha yüksekti (YAAB = PB > Kontrol, $p=0.005$). Mizaç boyutlarından YA ve SE ile karakter boyutlarından İY toplam ölçek puanları açısından gruplar arasında farklılık yoktur (Tablo 9).

Tablo 9: PB, YAAB ve Kontrol gruplarında mizaç ve karakter alt boyutları

MKE ALT BOYUTLARI	PB	YAAB	Kontrol	İstatistik*
ZK (Zarardan Kaçınma)	18.0±0.8	22.6±0.8	13.3±0.9	F=24.494, df=2, $p<0.0001$ YAAB > PB > Kontrol
ÖB (Ödül Bağımlılığı)	14.8±0.4	15.5±0.4	12.8±0.5	F=7.693, df=2, $p=0.001$ YAAB = PB > Kontrol
YA (Yenilik Arayışı)	17.9±0.7	18.1±0.7	16.9±0.8	F=0.628, df=2, $p=0.5$
SE (Sebat etme)	5.4±0.2	4.6±0.2	4.9±0.3	F=1.872, df=2, $p=0.1$
KY (Kendini Yönetme)	28.6±0.9	23.6±0.9	32.09±1.0	F=20.518, df=2, $p<0.0001$ YAAB < PB < Kontrol
KA (Kendini Aşma)	17.2±0.9	17.0±0.9	13.1±1.0	F=5.446, df=2, $p=0.005$ (YAAB=PB>Kontrol)
İY (İşbirliği Yapma)	31.3±0.8	28.7±0.8	29.9±0.9	F=2.275, df=2, $p=0.1$

Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

*Çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) ile gruplar arasında fark anlamlı olduğunda farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc Bonferroni ve Tukey HSD testleri uygulanmıştır

ZK alt ölçekleri incelendiğinde ZK1 (beklenti endişesi) ile ZK4 (çabuk yorulma) alt ölçek puanlarının ortalaması YAAB grubunda PB ve kontrol grubundan yüksek, PB grubunda kontrol grubundan yüksek olduğu saptandı (YAAB > PB > Kontrol, $p<0.0001$). ZK2 (belirsizlik korkusu) ile ZK3 (yabancılardan çekinme) alt ölçek puanları ortamlarının ise YAAB ve PB grubunda eşit, her iki grubun puanlarının kontrol grubundan yüksek olduğu saptandı (YAAB = PB > Kontrol, $p<0.0001$). Yenilik arayışı (YA), toplam ölçek puanında gruplar arasında fark saptanmazken, YA4 (düzensizlik) alt ölçeğinin puanları YAAB grubunda kontrollerden yüksek bulundu ($p=0.02$). ÖB alt ölçeklerinden ÖB1 (duygusallık) puanları YAAB ve PB grupları arasında fark göstermedi, ancak her iki grubun puanları kontrol grubundan yüksek saptandı (YAAB = PB > Kontrol, $p<0.0001$) (Bkz tablo 10).

Karakter boyutlarından KY alt ölçekleri incelendiğinde KY1 (sorumluluk alma) alt ölçeğinin ortalama puanları YAAB ve PB grubunda eşit ancak kontrol grubundan düşük saptandı (YAAB = PB < Kontrol, $p<0.0001$). KY2 (amaçlılık) ve KY3 (beceriklilik) alt ölçek puanlarının ortalamaları YAAB grubunda kontrollerden düşük bulundu (YAAB < Kontrol, $p=0.03$, $p=0.01$). KY4 (kendini kabullenme) alt ölçeğinin ortalama puanları YAAB grubunda PB ve kontrol grubundan düşük, PB grubunda kontrollerden düşük saptandı. (YAAB < PB < Kontrol, $p<0.0001$). KY5 (uyumlu ikincil huylar) alt ölçeği ortalama puanları ise YAAB grubunda PB ve kontrol grubundan daha düşük olduğu görüldü, PB grubu ve kontrol grubu arasında ise farklılık göstermedi (YAAB < PB = Kontrol, $p=0.001$). KA alt ölçeklerinden KA2 (kişiler ötesi özdeşim) puanları PB grubunda kontrol grubundan yüksek bulundu (PB > Kontrol, $p=0.01$). KA3 (manevi kabullenme) puanları YAAB ve PB grubunda farklılık göstermedi, ancak bu iki grubun puanları kontrol grubundan yüksek saptandı (YAAB = PB > Kontrol, $p=0.001$). PB, YAAB ve kontrol gruplarındaki 'Karakter' boyutunun alt ölçeklerinin puan ortalamaları ve karşılaştırılması Tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 10: PB, YAAB ve Kontrol grupları; ‘Mizaç’ boyutunun alt ölçeklerinin karşılaştırılması.

MKE MİZAÇ ALT BOYUTU	PB	YAAB	Kontrol	İstatistik
YA1 (Keşfetmekten heyecan duyma)	5.7±0.3	5.2±0.3	6.0±0.3	F=1.283, df=2, p=0.2
YA2 (Dürtüsellik)	3.5±0.2	3.9±0.2	3.3±0.3	F=1.317, df=2, p=0.2
YA3 (Savurganlık)	4.8±0.2	4.6±0.2	4.4±0.2	F=0.655, df=2, p=0.5
YA 4 (Düzensizlik)	3.7±0.2	4.2±0.2	3.1±0.2	F=3.890, df=2, p=0.02 YAAB > Kontrol
ZK 1 (Beklenti Endişesi)	4.8±0.3	6.0±0.2	3.4±0.3	F=15.950, df=2, p<0.0001 YAAB > PB > Kontrol
ZK 2 (Belirsizlik korkusu)	5.1±0.2	5.9±0.2	4.3±0.2	F=9.326 df=2 p<0.0001 YAAB = PB > Kontrol
ZK 3 (Yabancılardan Çekinme)	3.3±0.3	4.7±0.3	2.8±0.4	F=7.542, df=2, p<0.0001 YAAB = PB > Kontrol
ZK 4(Çabuk Yorulma)	4.7±0.3	5.8±0.3	2.6±0.3	F=18.785, df=2, p<0.0001 YAAB > PB > Kontrol
ÖB 1 (Duygusallık)	7.4±0.2	7.7±0.2	5.7±0.2	F=15.382, df=2, p<0.0001 YAAB = PB > Kontrol
ÖB 2 (Bağlanma)	4.7±0.2	4.7±0.2	4.4±0.3	F=0.345, df=2, p=0.7
ÖB 3 (Bağımlılık)	2.6±0.2	2.9±0.2	2.6±0.2	F=0.908, df=2, p=0.4

Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir.

*Çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) ile gruplar arasında fark anlamlı olduğunda farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc Bonferroni ve Tukey HSD testleri uygulanmıştır

Tablo 11: PB, YAAB ve kontrol grupları; ‘Karakter’ boyutunun alt ölçeklerinin karşılaştırılması

TCI KARAKTER ALT BOYUTU	PB	YAAB	Kontrol	İstatistik*
KY 1 (Sorumluluk Alma)	4.7±0.3	3.8±0.3	6.3±0.3	F=13.307, df=2, p<0.0001 YAAB = PB < Kontrol
KY 2 (Amaçlılık)	5.3±0.2	4.7±0.2	5.9±0.2	F=6.089, df=2, p=0.03 YAAB < Kontrol
KY 3 (Beceriklilik)	2.7±0.1	2.3±0.1	3.2±0.1	F=7.406, df=2, p=0.01 YAAB < Kontrol
KY 4 (Kendini Kabullenme)	6.2±0.3	4.7±0.3	7.7±0.3	F=15.85, df=2, p<0.0001 YAAB < PB < Kontrol
KY 5 (Uyumlu İkincil Huylar)	9.4±0.3	7.9±0.3	9.6±0.3	F=7.855, df=2, p=0.001 YAAB < PB = Kontrol
KA 1 (Kendilik Kaybı)	4.9±0.3	5.3±0.3	4.5±0.4	F=1.322, df=2, p=0.2
KA 2 (Kişiler Ötesi Özdeşim)	5.1±0.3	4.4±0.3	3.7±0.3	F=4.354, df=2, p=0.01 PB > Kontrol
KA 3 (Manevi kabullenme)	7.1±0.4	7.5±0.4	4.9±0.5	F=7.528, df=2, p=0.001 YAAB = PB > Kontrol
İY 1 (Sosyal Onaylama)	6.2±0.2	5.3±0.2	6.3±0.2	F=3.964, df=2, p=0.02**
İY 2 (Empati duyma)	4.6±0.2	4.3±0.2	4.4±0.2	F=0.611, df=2, p=0.5
İY 3 (Yardımseverlik)	5.0±0.1	5.0±0.1	4.9±0.2	F=0.034, df=2, p=0.9
İY 4 (Acıma)	7.9±0.4	6.8±0.3	7.1±0.4	F=1.980, df=2, p=0.1
İY 5 (Erdemlilik)	7.4±0.1	7.1±0.1	6.9±0.2	F=1.899, df=2, p=0.1

Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir. *Çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) ile gruplar arasında fark anlamlı olduğunda farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc Bonferroni ve Tukey HSD testleri uygulanmıştır. ** post hoc analizlerden sonra anlamlılık ortadan kalkmıştır

4.1.2. PB Eş Tanısı Olan ve Olmayan YAAB, PB ve Kontrol Gruplarının Demografik ve Klinik Özellikleri

PB eş tanısı olan ve olmayan YAAB, PB ve Kontrol gruplarının demografik ve klinik verileri YAAB hastaları PB tanısı olup olmamasına göre iki gruba ayrılarak analizlere dahil edildi.

PB eş tanısı olmayan YAAB grubu (saf YAAB) 36 kadın (%87.8), 5 erkek (%12.2) olmak üzere toplam 41 (%53.3) hastadan, 'PB eş tanısı olan YAAB grubu' ise 28 kadın (%77.7), 8 erkek (%22.3) olmak üzere toplam 36 (%46.7) hastadan oluştu. PB grubu 26 kadın (%59.1), 18 erkek (%40.9) olmak üzere 44 hastadan, kontrol grubu ise 19 kadın (%54.2) ve 16 erkek (%45.8) olmak üzere toplam 35 hastadan oluştu. Gruplar arasında yaş, eğitim yılı, medeni durum açısından istatistiksel farklılık saptanmadı. Ancak gruplar arasında cinsiyet açısından fark bulundu. Demografik ve klinik veriler Tablo12'da verilmiştir

Tablo 12: Hasta Grupları ile Kontrol Grubunun Demografik Özellikleri

	PB	'YAAB+PB'	YAAB	Kontrol	İstatistik*
Yaş (yıl)	38.8±13.2	35.2±11.3	33.5±11.7	36.9±10.7	F=1.551, df=3, P=0.2
Eğitim Yılı	12.7±8.5	12.0±4.9	12.5±4.0	13.3±3.9	F=0.176, df=3, p=0.9
Medeni Durum (N, evli/bekar)	26/18	25/11	26/15	24/11	$\chi^2=1.221$, df=3, p=0.74
Cinsiyet (N,kadın/erkek)	26/18	28/8	36/5	19/16	$\chi^2=13.801$, df=3, p=0.003

Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir. N: Kişi sayısı, PB: Panik Bozukluğu, YAB: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu. *Bağımsız gruplarda, kategorik/ikili değişkenler için χ^2 testi, sayısal/sürekli değişkenler için bağımsız gruplarda tek yönlü ANOVA testi uygulanmıştır.

Gruplar arasında AABE ve YAA ölçeklerinin toplam puanları açısından farklılıklar saptandı. YAAB+PB ve YAAB grupları arasında AABE açısından farklılık bulunmazken, bu iki grubun PB ve kontrol gruplarından daha yüksek AABE toplam puanlarına sahip olduğu saptandı ('YAAB+PB' = YAAB > PB = Kontrol, p<0.0001).

YAA ölçeği toplam puanları ise ‘YAAB+PB’ ve YAAB grubu arasında farklılık göstermezken, PB grubundan ve sağlıklı kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca PB grubunun YAA toplam puanı da kontrol grubundan yüksek saptanmıştır (‘YAAB+PB’ = YAAB > PB > Kontrol, $p<0.0001$) (Tablo 13).

PBŞÖ puanları açısından ‘YAAB+PB’ (ort.puan=10.06) ve PB (ort. puan=7.5) grupları incelendiğinde ektanlı grubun toplam PBŞÖ puan ortalaması daha yüksek olmakla birlikte iki grup arasında istatistiksel farklılık saptanmamıştır ($p=0.056$).

Tablo 13: ‘YAAB+PB’, ‘YAAB, PB Hastaları ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması

	‘YAAB+PB’	YAAB	PB	Kontrol	İstatistik*
AABE**	4.0±0.9	3.9±1.1	2.6±1,3	2.1±1.1	F=25.26, df=3, $p<0.0001$
YAA	45.6±12.4	40.2±13.7	23.6±9.6	11.0±6.2	F=76.05, df=3, $p<0.0001$
DDÖ Toplam Puan	16.3±11.2	15.7±11.8	11.26±10.5	5.8±8.2	F=7.64, df=3, $p<0.0001$
ÇÇTÖ Duygusal İstismar	8.6±3.9	8.3±3.0	8.2±3.4	6.3±1.6	F=3.942, df=3, $p=0.01$ ‘YAAB+PB’ = YAAB = PB>K
ÇÇTÖ Duygusal İhmal	11.1±4.5	12.6±5.3	11.5±5.4	10.4±4.1	F=1.272, df=3, $p=0.2$
ÇÇTÖ Fiziksel ihmal	7.0±2.2	7.0±2.7	6.7±1.9	6.0±1.4	F=1.688, df=3, $p=0.1$
ÇÇTÖ Fiziksel Taciz	5.5±1.2	5.3±1.2	5.6±2.6	5.0±0.1	F=1.145, df=3, $p=0.3$
ÇÇTÖ Cinsel Taciz	5.3±0.9	6.1±2.6	5.4±1.8	5.0±0.2	F=2.705, df=3, $p=0.047$ YAAB > K

Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir. PB: Panik Bozukluğu, YAB: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, AABE: Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri Envanteri, YAA: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği, DDÖ: Disosiyatif Deneyimler Ölçeği. *Tek yönlü ANOVA testi uygulanmıştır. Bağımsız gruplarda ANOVA’ya göre üç grup arasında fark anlamlı olduğunda farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc Bonferroni ve Tukey HSD testleri uygulanmıştır. **AABE değerlerine karekök transformasyonu uygulanmıştır.

ÇÇTÖ alt ölçekleri açısından incelendiğinde ‘YAAB+PB’, YAAB ve PB gruplarının D.İst. alt ölçeği puanlarının kontrol grubunun puanlarından daha yüksek olduğu saptandı. (‘YAAB+PB’= YAAB = PB > Kontrol, p=0.01). D.İhm, Fİ, CT alt ölçekleri açısından gruplar arası farklılıklar bulunmazken, FT alt ölçeği puanları YAAB grubunda kontrol grubuna göre yüksek saptanmıştır (p=0.047).

DDÖ puanları açısından ‘YAAB+PB’, YAAB, PB grubu arasında anlamlı farklılık bulunmazken, ‘YAAB+PB’ ve YAAB grubunun DDÖ puanları kontrol grubundan daha yüksek olarak saptandı (‘YAAB+PB’= YAAB > Kontrol, p=0.0001) (Tablo 13).

4 grup arasında karakter ve mizaç özelliklerini değerlendirme amacıyla ‘Çok Değişkenli Varyans Analizi’(MANOVA) uygulanmış olup, cinsiyet etkisi de incelendi. Grup cinsiyet etkileşimi ve cinsiyet etkisi saptanmadı. (Tablo 14).

MKE’nin mizaç alt boyutlarından ZK alt ölçeği ortalama puanları YAAB ile ‘YAAB+PB’ grupları arasında anlamlı bir farklılık göstermedi, ancak her iki grubun ölçek puanları PB ve kontrol grubuna göre ve PB grubunda da kontrol grubuna göre yüksek saptandı (YAAB = ‘YAAB+PB’ > PB > Kontrol, p<0.0001). ÖB alt ölçeği ortalama puanları YAAB, ‘YAAB+ PB’ ve PB grupları arasında farklılık göstermezken, kontrol grubundan daha yüksek olarak saptanmıştır (YAAB = ‘YAAB+PB’ = PB > K, p=0.001). SE alt ölçeği puanları ise PB grubunda ‘YAAB+PB’ grubuna göre yüksek saptandı (PB > ‘YAAB+PB’, p=0.004) (Tablo 14)

Karakter boyutlarından KY alt ölçeği ortalama puanları YAAB grubunda PB ve kontrol grubuna göre, PB grubunda kontrol grubuna göre düşük (YAAB < PB < Kontrol, p<0.0001), ‘YAAB+PB’ grubunda ise kontrollerden daha düşük bulundu (p<0,0001). Karakter boyutlarından KA alt ölçeğinin ortalama puanları YAAB, ‘YAAB+PB’ ve PB grupları arasında bir farklılık göstermezken, kontrol grubuna göre yüksek olarak saptandı (YAAB = ‘YAAB+PB’ = PB > Kontrol, p=0.01) (Bkz Tablo 14).

Tablo 15’de sunulduğu üzere ZK alt ölçekleri incelendiğinde ZK1 (beklenti endişesi) alt ölçek puanlarının ‘YAAB+PB’ grubunda PB ve kontrol grubundan yüksek, PB grubu kontrol grubundan yüksek ‘YAAB+PB’ > PB > Kontrol, p<0.0001) saf YAAB grubunda kontrollerden yüksek olduğu saptandı. ZK2 (belirsizlik korkusu) ölçek puanları ‘YAAB+PB’ grubunda PB grubundan ve kontrol grubundan yüksek, PB grubunda kontrol grubu ile eşit (‘YAAB+PB’ > PB = Kontrol, p<0.0001), YAAB grubunda kontrol grubundan yüksek olduğu bulundu. ZK3

(yabancılardan çekinme) alt ölçek puanları YAAB grubunda PB ve kontrol grubundan yüksek, PB grubunda kontrol grubu ile eşit olduğu görülürken ($YAAB > PB = \text{Kontrol}$, $p=0.002$), ‘YAAB+PB’ grubu alt ölçek puanları ile diğer gruplar arasında farklılık saptanmadı. ZK4 (çabuk yorulma) alt ölçek puanları hasta gruplarında farklılık göstermedi ancak tüm hasta gruplarında kontrol grubundan yüksek bulundu (‘YAAB+PB’ = YAAB = PB > Kontrol, $p<0.0001$).

Tablo 14: ‘YAAB+PB’, YAAB, PB ve Kontrol Gruplarında MKE Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

MKE ALT BOYUTLARI	YAAB+PB	YAAB	PB	Kontrol	İstatistik*
YA (Yenilik Arayışı)	19.3±0.9	16.5±1.1	17.9±0.7	16.9±0.8	F=1.551, df=3, p=0.2
ZK (Zarardan Kaçınma)	22.7±1.1	22.6±1.3	18.0±0.8	13.3±0.9	F=16.340, df=3, p<0.0001 YAAB = ‘YAAB+PB’ > PB
ÖB (Ödül Bağımlılığı)	16.0±0.6	14.9±0.7	14.8±0.4	12.9±0.5	F=5.713, df=3, p=0.001 YAAB = ‘YAAB+PB’ = PB > K
SE (Sebat Etme)	5.2±0.4	4.1±0.3	5.4±0.2	4.9±0.3	F=2.688, df=3, p=0.04 PB>YAAB+PB
KY (Kendini Yönetme)	23.5±1.2	24.4±1.5	28.6±0.9	32.9±1.0	F=12.847, df=3, p<0.0001 YAAB < PB < K ‘YAAB+PB’ < K
KA (Kendini Aşma)	18.0±1.2	16.0±1.4	17.2±0.9	13.1±1.0	F=3.866, df=3, p=0.01 YAAB = ‘YAAB+PB’ = PB > K
İY (İşbirliği Yapma)	28.8±1.1	29.0±1.3	31.3±0.8	29.9±0.9	F= 1.303, df=3, p=0.2

Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir. *Çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) ile gruplar arasında fark anlamlı olduğunda farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc Bonferroni ve Tukey HSD testleri uygulanmıştır

YA puanında gruplar arasında fark saptanmazken, YA4 (düzensizlik) alt ölçeğinin puanları 'YAAB+PB' grubunda kontrollerden yüksek bulunmuştur. ÖB alt ölçeklerinden ÖB1 (duygusallık) puanları hasta grupları arasında farklı değildi, ancak tüm hasta gruplarında kontrol grubundan daha yüksek saptandı ('YAAB+PB' = YAAB = PB > Kontrol, $p < 0.0001$) (Bkz. tablo 15).

KY karakteri alt ölçekleri incelendiğinde KY1 (sorumluluk alma), KY2 (amaçlılık) ve KY4 (kendini kabullenme) alt ölçek ortalama puanları tüm hasta gruplarında farksız, ancak kontrol grubundan düşük saptandı ('YAAB+PB' = YAAB = PB < Kontrol, $p < 0.0001$, $p = 0.01$ ve $p = 0.0001$). KY3 (beceriklilik) alt ölçek ortalama puanları 'YAAB+PB' ve YAAB grubunda farksız ancak her iki grupta da kontrollerden düşük saptandı ('YAAB+PB' = YAAB < Kontrol, $p = 0.002$). KA alt ölçeklerinden KA2 (kişiler ötesi özdeşim) puanı PB'de kontrollerden yüksek bulundu ($p = 0.01$). KA3 (manevi kabullenme) puanı hasta grupları arasında farklılık göstermedi, ancak kontrol grubundan yüksek bulundu ('YAAB+PB' = YAAB = PB > Kontrol, $p = 0.003$) (Bkz. tablo 16).

Tablo 15: ‘YAAB+PB’, YAAB, PB ve kontrol grupları; ‘Mizaç’ boyutu alt ölçeklerinin karşılaştırılması

MKE MİZAÇ ALT BOYUTU	YAAB	‘YAAB+ PB’	PB	Kontrol	İSTATİSTİK
YA 1 (Keşfetmekten heyecan duyma)	4.7±0,5	5.5±0,4	5.7±0.3	6.0±0.3	F=1.348, df=3, p=0.2
YA 2 (Dürtüsellik)	3.8±0.4	4.1±0.3	3.5±0.2	3.3±0.3	F=1.147, df=3, p=0.3
YA 3 (Savurganlık)	4.4±0.4	4.7±0.3	4.8±0.2	4.4±0.2	F=0.587, df=3, p=0.6
YA 4 (Düzensizlik)	3.4±0.4	4.8±0.3	3.7±0.2	3.1±0.2	F=4.573, df=3, p=0.004 , ‘YAAB+PB’ > K
ZK 1 (Beklenti Endişesi)	5.4±0.4	6.4±0.3	4.8±0.2	3.4±0.2	F=12.034, df=3, P<0.0001 ‘YAAB+PB’ > PB > K Saf YAAB>K
ZK 2 (Belirsizlik korkusu)	6.0±0.3	6.0±0.3	5.1±0.2	4.3±0.2	F=6.728, df=3, p<0.0001 ‘YAAB+PB’ > PB = K
ZK 3 (YabancılardanÇekinme)	5.1±0.5	4.4±0.4	3.3±0.3	2.8±0.4	F=5.082, df=3, p=0.002 YAAB > PB = K
ZK 4 (Çabuk Yorulma)	5.9±0.5	5.8±0,4	4.7±0.3	2.6±0.3	F=1.437, df=3, p<0.0001 ‘YAAB+PB’ = YAAB = PB > K
ÖB 1 (Duygusalılık)	7.5±0.4	7.9±0.3	7.4±0.2	5.7±0.2	F=10.536 df=3 p<0.0001 ‘YAAB+PB’ = YAAB = PB > K
ÖB2 (Bağlılık)	4.3±0.4	5.2±0.3	4.7±0.2	4.4±0.2	F=1.037, df=3, p=0.3
ÖB 3 (Bağımlılık)	3.0±0.3	2.8±0.2	2.6±0.2	2.6±0.2	F=0.615, df=3, p=0.6

Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir. *Çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) ile gruplar arasında fark anlamlı olduğunda farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc Bonferroni ve Tukey HSD testleri uygulanmıştır.

Tablo 16: ‘YAAB+PB’, YAAB, PB ve kontrol grupları; ‘Karakter’ boyutunun alt ölçeklerinin karşılaştırılması

MKE KARAKTER ALT BOYUTU	YAAB	‘YAAB+PB ,	PB	Kontrol	İstatistik
KY 1 (Sorumluluk Alma	3.9±0.4	3.9±0.4	4.7±0.3	6.3±0.3	F=8.339, df=3, p<0.0001 ‘YAAB+PB’ = YAAB = PB < Kontrol
KY 2 (Amaçlılık)	4.9±0,3	4.6±0.3	5.3±0.2	5.9±0.2	F=3.840, df=3, p=0.01 ‘YAAB+PB’ = YAAB = PB < Kontrol
KY 3 (Beceriklilik)	2.3±0.2	2.3±0.2	2.7±0.1	3.2±0.1	F=5.050, df=3, p=0.002 ‘YAAB+PB’ = YAAB < Kontrol
KY 4 (Kendini Kabullenme)	5.1±0.5	4.5±0.4	6.2±0.3	7.7±0.4	F=10.223, df=3, p<0.0001 ‘YAAB+PB’ = YAAB = PB < Kontrol
KY 5 (Uyumlu ikincil huylar)	7.9±0.5	8.0±0.4	9.4±0.3	9.6±0.3	F=4.969, df=3, p=0.003**
KA 1 (Kendilik Kaybı)	4.9±0.5	5.6±0.4	4.9±0.3	4.5±0.4	F=1.048, df=3, p=0.3
KA 2 (Kişiler ötesi özdeşim)	3.8±0.2	4.7±0.4	5.1±0.3	3.7±0.3	F=3.493, df=3, p=0.01 PB > K
KA3 (Manevi kabullenme)	7.2±0.7	7.6±0.6	7.1±0.4	4.9±0.5	F=4.889, df=3, p=0.003 ‘YAAB+PB’ = YAAB = PB < Kontrol
İY 1 (Sosyal Onaylama)	5.9±0.4	5.0±0.3	6.2±0.2	6.3±0.3	F=3.247, df=3, p=0.02**
İY 2 (Empati Duyma)	4.0±0.3	4.6±0.2	4.6±0.2	4.4±0.2	F=0.789, df=3, p=0.5
İY3 (Yardımseverlik)	5.2±0.3	5.0±0.2	5.0±0.1	4.9±0.2	F=0.138, df=3, p=0.9
İY4 (Acıma)	6.8±0.6	7.0±0.5	7.9±0.4	7.1±0.4	F=1.197, df=3, p=0.3
İY5 (Erdemlilik)	7.0±0.2	7.1±0.2	7.4±0,1	6.9±0.2	F=1.133, df=3, p=0.3

Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir. *Çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) ile gruplar arasında fark anlamlı olduğunda farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc Bonferroni ve Tukey HSD testleri uygulanmıştır.**Post Hoc analizler sonrasında anlamlılık bulunamamıştır.

4.1.3. ÇAAB tanısı olan ve olmayan YAAB Gruplarının Karşılaştırılması

Son olarak YAAB hasta grubu geçmişlerinde ÇAAB'nin olup olmamasına göre iki gruba ayrılarak incelendi. ÇAAB tanısı olan YAAB grubu (YAAB+ÇAAB [+]) 4 erkek (%20.5), 29 kadın (%79.5) olmak üzere toplam 33 (%42.9) hastadan, ÇAAB tanısı olmayan YAAB grubu (YAAB+ÇAAB[-]) ise 9'u erkek %(12.1) ve 35'i kadın (%87.9) olmak üzere toplam 44 (%57.1) kişiden oluştu. YAAB+ÇAAB[+] grubunun yaş ortalaması 31.7±10.7 yıl, YAAB+ÇAAB[-] grubunun yaş ortalaması 36,2±11,7 yıl olarak saptandı. Gruplar arasında yaş ortalamaları farklı değildi. YAAB+ÇAAB[-] grubunun ortalama hastalık başlangıç yaşı 25.4±7.8 olarak saptandı. Bağımsız gruplarda t testi ile iki grup arasında olası ölçek puanları farklılıkları incelendi. YAA toplam puan ortalaması YAAB+ÇAAB[+] grubunda, YAAB+ÇAAB[-] grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı. ÇÇTÖ'nün alt ölçeklerinden D.İhm. puanları ise YAAB+ÇAAB[-] grubunda daha yüksekti. (Tablo 17).

Tablo 17: ÇAAB Olan ve Olmayan YAAB Gruplarının Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	YAAB+ÇAAB[+]	YAA+ÇAAB[-]	İstatistik*
YAA	47.8±14.5	38.9±11.0	F=3.861, df=75, p=0.003
DDÖ	17.0±12.3	15.3±10.9	F=0.209, df=75, p=0.52
ÇÇTÖ Duyusal İstismar	8.7±3.5	8.2±3.3	F=0.002, df=75, p=0.5
ÇÇTÖ Duyusal İhmal	10.2±4.3	13.1±5.1	F=0.757, df=75, p=0.01
ÇÇTÖ Fiziksel İhmal	6.6±2.3	7.3±2.6	F=0.410, df=75, p=0.2
ÇÇTÖ Fiziksel Taciz	5.6±1.1	6.0±2.8	F=2.401, df=75, p=0.4
ÇÇTÖ Cinsel Taciz	5.6±1.3	5.3±1.1	F=1.705 df=75p=0.4

Değerler, ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir. *Bağımsız gruplarda t testi

MKE mizaç alt boyutlarından YA ve ÖB'nin toplam puanları YAAB+ÇAAB[+] grubunda YAAB+ÇAAB[-] grubuna göre daha yüksek bulundu ($p=0.007$, $p=0.02$). Alt ölçekler incelendiğinde YA1 (keşfetmekten heyecan duyma) anlamlı olarak yükseldi ($p=0.04$). YA4 yüksekliğinin ise anlamlı düzeye yaklaştığı görüldü ($p=0.050$) Karakter boyutu alt ölçeklerinde iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 18)

Tablo 18: ÇAAB Tanısı Olan ve Olmayan YAAB Gruplarının MKE Ölçeklerinin Karşılaştırılması

MKE Alt Ölçekleri	YAAB+ÇAAB[+]	YAAB+ÇAAB[-]	İSTATİSTİK*
YA	20.3±4.7	17.4±4.6	F=0.008, df=75, p=0.01
YA1 (Keşfetmekten heyecan duyma)	5.9±2.3	4.8±2.2	F=0.256, df=75, p=0.04
YA4 (Düzensizlik)	4.8±1.7	4.0±1.7	F=0.236, df=75, p=0.05
ZK (Zarardan Kaçınma)	22.1±5.6	22.2±5.7	F=0.060, df=75, p=0.9
ÖB (Ödül Bağımlılığı)	16.7±3.0	15.2±2.7	F=0.074, df=75, p=0.002
ÖB3 (Bağımlılık)	3.4±1.3	2.7±1.2	F=0,004, df=75, p=0.002
SE (Sebat Etme)	4.6±2.0	4.9±1.7	F=3.112, df=75, p=0.4
KY (Kendini Yönetme)	25.8±7.4	24.5±6.7	F=0.779, df=75, p=0.4
İY (İş birliği Yapma)	30.8±6.0	28.5±6.2	F=0,528, df=75, p=0.1
KA (Kendini Aşma)	16.7±6.3	17.3±5.8	F=0.745, df=75, p=0.6

Değerler, ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir. *Bağımsız gruplarda t testi

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın en önemli özelliği YAAB’de mizaç ve karakter özelliklerini araştıran ve başka bir anksiyete bozukluğu ile karşılaştıran bildiğimiz ilk çalışma olmasıdır. En temel bulgusu ise diğer anksiyete bozukluklarının ortak özelliğini gösterecek şekilde sağlıklı kontroller göre mizaç boyutlarından zarardan kaçınma (ZK) puanlarının yüksek ve karakter boyutlarından kendini yönetme (KY) puanlarının düşük bulunmasıdır.

5.1 Demografik ve Klinik veriler

Çalışmamızda YAAB hastalarının yarısından fazlasının (%57.1) yakınmalarının ilk kez yetişkinlik döneminde ortaya çıktığı saptandı. Bu bulgu epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen verilerle uyumlu olarak YAAB’nin yalnızca ÇAAB’nin bir uzantısı olmadığını göstermesi açısından önemlidir. Shear ve arkadaşları (2006), Ulusal Eş Tanı Replikasyonu çalışmasında YAAB’nin başlangıç yaşını “ergenlik döneminin sonu ile 20’li yaşların başı” olarak bildirmişlerdir (1). Pini ve arkadaşları (2010), klinik örneklerde de benzer örüntünün görüldüğünü yani YAAB’nin 20’li yaşlarda başladığını bildirmişlerdir (38). Çalışmamızda YAAB’nin ortalama başlangıç yaşı $25,4 \pm 7,8$ olarak saptanmıştır. YAAB hastalarının ortalama başlangıç yaşı PB hasta grubunun ortalama başlangıç yaşından ($31,4 \pm 11,2$) daha erkendir.

Ayrılma anksiyetesi belirtilerinin yaşla sınırlı olmadığı açıktır. Bu ve diğer araştırmaların sonuçlarına göre ayrılma anksiyetesi belirtileri:

- (a) Çocuklukta başlayıp geç ergenlik-yetişkinlikte sona erebilir,
- (b) Çocuklukta başlayıp yetişkinliğe sarkabilir, yani “süreklilik gösterebilir”,
- (c) Çocuklukta hiçbir yakınması olmayan bireylerde bile ilk kez yetişkinlik döneminde görülebilir,
- (d) Çocuklarda görülen anksiyetesi belirtilerinin yetişkinlikte PB, yaygın anksiyete bozukluğu, depresif bozukluk vb. gibi başka psikiyatrik bozukluklara yol açabilir ya da dönüşebilir (3,23,24,27,40). Yani farklı başlangıç ve gidiş örüntülerinin olabileceğini görülmektedir.

Bu bozukluğun yaşamın herhangi bir döneminde başlayabileceği göz önünde tutularak YAAB için resmi sınıflandırmalarda en azından “metin düzeltmeleri” yapılması gerektiğini söyleyebiliriz.

YAAB'de kadınların oranı belirgin olarak daha baskın (%83,1) bulunmuştur. Bu klinik örneklerde yapılan çalışmalarla uyumludur (1,4,38) ve genelde OKB dışında kalan diğer anksiyete bozukluklarında da görülen demografik bir eğilimi yansıtmaktadır. Aile ve ikiz çalışmaları da kadın hastalardaki kalıtılabilirliğin erkeklerden daha yüksek olduğunu desteklemektedir (13). Bunun yanı sıra toplumumuzda erkeklerin yardım arama davranışının kadınlardan daha az olması, erkek rolü nedeniyle ayrılma ile ilgili yakınmalarını saklamaları bu farkı olduğundan fazla gösteriyor olabilir. Ancak YAAB hasta grubunda erkeklerin az oluşu istatistiksel karşılaştırmalarda çalışmanın gücünü düşürmektedir. Bu son düşüncelerimizin yapılacak başka çalışmalarca doğrulanması gereklidir.

YAAB'nin işlevsellikte bozulmaya ve ciddi yeti kaybına neden olduğu gösterilmiştir (4, 38). YAAB'nin ektanı olarak bulunduğu psikiyatrik bozukluklarda tedaviyi olumsuz olarak etkilediği bildirilmektedir (109,110). Çalışmamızda PB grubu ile 'YAAB+PB' gruplarının PBŞÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulamasak da 'YAAB+PB' grubunun PBŞÖ puanlarını (10.06±5.9) PB grubunun puanlarından (7.5±5.8) yüksek olmaya eğilimliydi (p=0,056). Bu durum örneklem sayısının küçüklüğüyle ilişkili olabilir. İstatistiksel açıdan bir farklılık çıkmasa da PBŞÖ'deki 2.5 puanlık bir farkın -hele panik atakları ya da agorafobik kaçınma sorularıyla ilintiliyse- klinik önemi büyük olabilir.

YAA ölçeği ortalama puanları incelendiğine YAAB grubunun, PB ve kontrol grubuna göre, PB grubunun ise kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu saptandı. 'YAAB+PB' ve YAAB grupları arasında YAA ortalama puanlarının iki grup arasında farklı olmadığı, ancak PB ve kontrol grubundan yüksek olduğu görüldü. Bu bulgular hele YAAB ve PB arasındaki yakın ilişki göz önüne alındığında beklenmedik değildir. Bu bulgu YAA alt ölçeğinin itemleri incelendiğinde PB ile YAAB'nin çakışan klinik belirtileri olsa bile YAA'nın YAAB'nin ayırt ediciliğini göstermektedir. Geçmişteki ayrılık anksiyetesi belirtilerini sorgulayan AABE de YAAB hastaları çocukluklarında daha fazla ayrılık anksiyetesi sorunu yaşadıklarını gösterecek biçimde PB ve kontrollerden daha yüksek puan almışlardır. Çalışma desenimiz dolaylı bir destek verse de, bu bulguya dayanarak ÇAAB'nin ya da çocukluktaki eşik altı ayrılma anksiyetesi belirtilerinin yetişkinlik döneminde PB'den daha çok YAAB'ye yol açtıkları söylenebilir.

5.2 Mizaç ve Karakter Özellikleri

YAAB'de de diğer anksiyete bozukluklarına uyacak biçimde mizaç boyutlarından ZK puanları yüksek, karakter boyutlarından KY puanları düşük olarak saptandı (56, 58-65). Ek olarak mizaç boyutlarından ÖB, karakter boyutlarından KA yüksek saptanmıştır.

5.2.1. Yüksek Zarardan Kaçınma

YAAB grubunun ZK puanları hem PB grubundan hem de kontrol grubundan daha yüksek bulundu. ZK, davranışların ketlenmesinde veya durdurulmasındaki bir kalıtsal eğilim olarak görülebilir. Mizaç-karakter modeli dayanılarak anksiyete bozukluklarında ZK boyutu puanlarının daha yüksek, buna karşılık ÖB ve YA'nın daha düşük olabileceğini öne sürülmüştür (60, 58). Yüksek ZK, "anksiyeteye yatkınlık" olarak görülmektedir. Araştırmalar yüksek ZK ile "trait anksiyete" arasında korelasyon olduğunu göstermiştir (111). Ancak yalnızca anksiyete bozukluklarına özgü değildir. Örneğin unipolar depresyonda da ZK yüksektir (112). Ayrıca ZK yüksekliği anksiyete bozuklukları tanısı için bir önkoşul da değildir. Örneğin ZK'nın yüksek olmadığı yaygın anksiyete bozukluğu hastaları da vardır (113). Klinik çalışmalar da, PB ve sosyal fobi başta olmak üzere, tüm anksiyete bozukluklarında ZK'yı yüksek bulmuştur (56,59,60,61,65,66). Bulgumuz literatürle uyumludur. YAAB hastalarının kendini ZK yüksekliğiyle gösteren, doğuştan gelen ve kötümser, utangaç, korkulu ve enerjik ruh halini yaşatan bir mizaca sahip olduklarını göstermektedir (48,50,52).

Bu durum YAAB gelişiminde kalıtsal bir incinebilirlikle ilişkilendirilebilir. Bu yapıdaki "beklentsel endişeler", "belirsizlikten korkma" ve "yabancılardan kaçınma" alt ölçeklerinde tanımlanan özellikler, bilhassa çocuklarda ayrılma anksiyetesi belirtilerinin gelişmesi için verimli bir zemin oluşturabilir. Diğer taraftan ZK yüksekliği bulgumuz YAAB'nin semptomatolojisiyle de ilgili olabilir. YAAB hastaları yakınlarının başlarına bir şey geleceği ile ilgili yoğun korkular yaşarlar, bağlanma figüründen uzaklaşmalarına neden olacak aktivitelerden uzak dururlar, rutin dışına çıkmak istemezler (3,4).

Arkar ve arkadaşları (2005), psikiyatri hastası olma ve sağlıklı olma ayrımının en önemli yordayıcısının ZK4 (çabuk yorulma) olduğunu, diğer önemli yordayıcıların ZK1 (beklenti endişesi), KY5 (uyumlu ikincil huylar) ve İY2 (empati) olduğunu bildirmiştir (52). Bizim çalışmamızda da ZK alt ölçekleri incelendiğinde tüm alt ölçek puanlarının kontrollerden yüksektir. Özellikle ZK1 (beklenti endişesi) ve ZK4 (çabuk yorulma) ortalama puanlarının en

yüksek YAAB hasta grubunda olduğu görülmektedir. YAAB grubu PB ektanısının varlığına bakılarak incelendiğinde YAAB ve 'YAAB+PB' grubu arasında ZK puanları açısından bir farklılık bulunmazken, her iki grubun ZK puanları PB ve kontrol grubundan yüksek saptandı. ZK boyutunun YAAB hastalarında PB grubuna göre daha şiddetli olmasının klinik görüngenye de yansması olasıdır. Alt ölçekler açısından YAAB grubunun tüm alt ölçeklerde kontrol grubundan daha yüksek idi, ama 'YAAB+PB' grubundan bir farklılığı olmadığı görüldü. Ampollini ve arkadaşları (1999) PB hastalarında major depresyon ektanısının bulunması halinde ZK'nın daha yüksek olduğunu saptamışlardır (59). Biz hastalarımızda major depresyon tanısını dışladık. Dolayısıyla saptadığımız ZK yüksekliği sendromal boyuttaki bir depresyonun yansması olamaz. Yine de eşik altı depresif belirtilerin taranması için bir depresif belirtiler ölçeğinin eklenmesinin faydası olabilirdi. Buna karşın, Ball ve arkadaşları (2002), anksiyete bozukluğu ektanısı varlığının ZK puanlarını değıştirmedeğini bildirmişlerdir (66). Yazarlar bu bulgunun anksiyete bozukluklarının temelindeki anksiyetenin aslında ortak olmasından kaynaklandığını düşünmüşlerdir. DSM IV'e göre anksiyete bozukluğu tanısı konulurken kişinin korkularının içeriğinin de göz önünde bulundurulduğu, birden fazla tanı konmuş olsa bile ZK puanının temeldeki anksiyetenin ortak olması nedeniyle değışmediğini öne sürmüşlerdir. Hem PB'nin hem de YAAB'nin yalnız kalmaktan korkmak gibi örtüşen belirtilerinin olması, YAAB'de ve 'YAAB+PB'de ZK puanlarının neden farksız bulunduğunu açıklayabilir. Bu bulgu YAAB'nin boyutsal bir yapı olmadığını da düşündürmektedir.

5.2.2 Diğer Mizaç Boyutları

YA mizaç boyutu hem üçlü hem dörütlü grup karşılaştırmalarında anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Yalnızca YA4 (düzensizlik) alt ölçeğinde YAAB grubu kontrollerden yüksek çıkmasının yorumu güçtür ve tek başına bir anlamı olmadığı inancındayız. YA4 puanları yüksek olan bireyler çabuk öfkelenen, öfkelerini kolay dışa vuran, düzensiz bireylerdir (50). YA boyutunun düşük çıkması daha tutarlı bir bulgu olabilirdi ama birçok anksiyete bozukluğu çalışmasında da farklı bulunmamakta olup, YA düşüklüğü daha çok sosyal fobi ve OKB hastalarında bildirilmiştir (60,65,67.).

YAAB grubu ÇAAB öyküsü varlığına göre incelendi. İlginç olarak YA ölçek puanları YAAB+ÇAAB[+] grubunda YAAB+ÇAAB[-] grubuna göre daha yüksekti. Alt ölçeklerden YA1 (keşfetmekten heyecan duyma) anlamlı olarak, YA4 (düzensizlik) ise anlamlılığa yakın düzeyde daha yüksek bulundu. Bu ölçekten yüksek puan alan bireyler çabuk sıkılan, meraklı, kolay sinirlenen ve düzensiz, yeni fikirler ve aktivitelerle kolay heyecanlanan, heyecan ve

macera arayan kişilerdir. Bu bulgu ÇAAB varlığının erken dönemlerde kişilik gelişimine etkisi olarak açıklanabilir. Dikkat edilmesi gereken nokta YAAB+ÇAAB[+] hastalarında, ÇAAB olmayan YAAB hastalarından daha yüksek bulunduğudur. YA ölçek skorları 10 yılda bir 1 puan gerilemektedir (52). Her ne kadar iki grubun yaş ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermese de, YAAB+ÇAAB[+] grubunun YAAB+ÇAAB[-] grubundan biraz daha genç olmasıyla ilişkili olabilir. Özellikle YA1 alt ölçek puanının yüksekliği şaşırtıcıdır ve bu bulgunun başka araştırmalarla tekrarlanması gerekmektedir.

YAAB ve PB grupları toplam ÖB ölçek puanları da kontrol grubundan yüksek idi. ÖB puanı yüksek olan kişiler sempatik, anlayışlı olup, duygularını kolayca gösterirler (50). Alt ölçekler incelendiğinde ÖB1 (duygusallık) alt ölçek puanının bundan sorumlu olduğu görüldü. İlginç olarak beklenenin tam tersine ÖB2 (bağlanma) ve ÖB3 (bağımlılık) alt ölçeklerinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktu. AAB ve PB ektanlarına göre ayrılan hasta grupları arasında ÖB ortalama puanları aynı örüntüyü sergilemiştir. Bu bulgularımız ilgi çekicidir. Hastalarımızda ÖB2 ve ÖB3 alt ölçek puanlarının düşük saptanması YAAB hastalarının yalnızca bağlanma figürlerine olan bağımlılığı ile ilgili olabilir. Yani ayrılma anksiyetesi çok kişiye değil yalnızca bakım veren bir ya da iki kişiye yöneliktir. Ayrıca YAAB'nin bağımlı kişilik bozukluğundan ayrı bir bozukluk olduğu görüşünü de desteklemektedir.

Cloninger mizaç modeline dayanarak anksiyete bozukluğu hastalarında ÖB'nin düşük saptanacağını varsayılmıştır (58). Ancak, anksiyete bozukluklarında ÖB'yi yüksek ya da kontrollerden farksız olarak bildiren çalışmalar da mevcuttur. Ampollini ve arkadaşları (1999) PB hastalarında ZK ile birlikte ÖB'yi de yüksek saptamışlardır (59). Bu bulgu bizimkilerle tam uyumludur. Bizim çalışmamızda ÖB'nin PB grubunda yüksek oluşuna, bu grupta YAAB ektanlı hastaların da bulunmasının katkısı olabilir. ÖB yüksekliğinin anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluk hastalarında değişmez ve sürekli bir mizaç özelliği olduğu, hastalığa bağlı durumsal özellik taşımadığını bildirmişlerdir (59). Eğer durum böyleyse, bulgumuz PB ve YAAB hastalarında “benzer şekilde kalıtılabilirliği” olan “ortak bir incinebilirlik etkenini” gösteriyor olabilir. Nitekim, YAAB+ÇAAB[+] grubunda ÖB ölçek puanı yüksek bulunmuştur. ÖB3 (bağımlılık) alt ölçeği yüksektir. ÖB'si yüksek olan bireyler duygusal, onay bağımlılığı ve terk edilme korkuları olan bireylerdir. Bu bulgu ÇAAB varlığının kişilik gelişimine yansması olarak değerlendirilebilir. ÖB'nin hastalık durumundan bağımsız ve değişmez olduğu düşünülecek olursa ÇAAB gelişimi için incinebilirliği gösteriyor da olabilir.

SE alt ölçeğine bakıldığında sadece PB grubunda ‘YAAB+PB’ grubuna göre puanların yüksek olduğu, kontrollerle hastalar arasında farklılık olmadığı görüldü. SE engellenmeye rağmen davranışın sürdürülmesindeki kalıtsal bir yanlılık olarak görülür ve çalışkanlık, azimlilik gibi özelliklerle ilişkilidir. Ankiyete ile bağlantılı olmadığı belirtilmiştir (114). Çalışmamızın deseni bu bulguya açıklık getirmeye uygun değildir.

5.2.3 Düşük Kendini Yönetme

YAAB grubunun KY puanları hem PB ve hem de kontrol grubundan düşük saptandı. Tüm KY alt ölçeği puanları sağlıklı kontrollerden daha düşük saptandı. Yani YAAB olan hastalar bu karakter boyutu açısından aynı ZK’da olduğu gibi global bir defisit göstermektedir. Bu ölçekten düşük alan bireyler suçlayıcı, yardım arayıcı, sorumsuz, güvensiz, tepkiseldir ve anlamlı içsel hedefler tanımlayamamakta, kuramamakta ve bunları takip edememektedir. MKE kullanarak kişilerdeki mizaç ve karakterin değerlendirildiği birçok çalışma diğer anksiyete bozukluklarında da KY karakteri puanlarının düşük olduğunu açığa çıkarmıştır (67,115,116) . Psikiyatrik hastalık yordayıcısı olduğu ileri sürülen KY5 (uyumlu ikincil huylar) alt ölçek puanları PB grubu ile kontrol grubu arasında farksız iken, YAAB’de bu iki gruptan düşük saptandı. Dörtlü grup karşılaştırmalarında (Tablo 15 ve 16) YAAB grubu ile ‘YAAB+PB’ hasta grubu arasında anlamlı farklılık yok iken, YAAB grubu KY puanları PB grubundan daha düşüktü. Alt ölçekler incelendiğinde YAAB grubu ile diğer hasta grupları arasında -KY5 alt ölçeği dışında- fark bulunmazken kontrol grubundan daha düşük puanlar aldığı görüldü. KY5 alt ölçeğinden düşük alan bireyler hedeflerine ulaşmayı zorlaştıracak şekilde uygunsuz davranırlar. KY’nin düşük olması psikiyatrik hastalıkların genel bir özelliğidir (52). Bu açıdan bulgularımız literatür ile uyumludur. Öte yandan KY düşüklüğü diğer karakter boyutlarında olduğu gibi kişilik bozukluklarının göstergesi kabul edilmektedir (52,117). Çalışmamızda kişilik bozukluklarının değerlendirilmemiş olmasından ötürü kesin bir yargıya varmamız mümkün değilse de, KY’nin düşük olarak saptanmasında YAAB’ye eşlik eden kişilik bozukluklarının olası rolünü dışlayamayacağımızı belirtmek gerekir.

5.2.4 Diğer karakter boyutları

Üçlü ve dörtlü grup karşılaştırmalarına göre hasta gruplarının hepsi KA boyutu puanları kontrol grubundan yüksektir. Alt ölçekler incelendiğinde KA3 (manevi kabullenme) puanlarının YAAB hasta grubunda kontrollerden daha yüksek olduğu görüldü. KA3 puanları

yüksek olan bireyler “manevi fenomenlere” inanırlar ve büyüsel düşünce sahibi olarak tanımlanırlar. Önceki çalışmalarda da PB grubunda KA ölçek puanlarının yüksek olduğu bildirilmektedir. Waschleski ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında PB hastalarında KA yüksek saptanmış olup, bu durum düşük KY ile birlikte değerlendirildiğinde panik atağının yarattığı ölüm korkusu, kendini kaybetme korkusu gibi büyüsel ve katastrofik düşüncelerle açıklanmıştır (56). YAAB grubunda bu ölçekten alınan yüksek puanlar yakınlarının başlarına kötü bir şey gelmesinden, ölebileceklerinden korkma gibi aşırı ya da fantastik kaygılarından kaynaklanabilir. Yahut ayrılık durumları ya da ayrılık tehditleriyle karşılaştıklarında yaşadıkları panik atakları bu duruma yol açıyor olabilir.

5.2.5 Yüksek Zarardan Kaçınma ve Düşük Kendini Yönetme Profili

Isometsä ve Jylhä (2006), genel toplumdaki depresyon ve anksiyete belirtileri ile yüksek ZK'nın olumlu yönde, buna karşılık düşük KY'nin olumsuz yönde bağıntılı olduklarını göstermişlerdir (114). Bu ilişkinin yaş, cinsiyet ve eğitim gibi değişkenler kontrol edilse bile devam ettiği bildirilmiştir. Bu profil (↑ZK ve ↓KY), çeşitli anksiyete bozuklukları olan klinik gruplarda ve klinik olmayan birçok örnekte tutarlı bir biçimde tekrar tekrar gösterilmiştir (56,60,61,63,65-68,70,111,116). Anksiyete bozukluklarında en sık gösterilmiş ortak mizaç-karakter patolojisi gibi görünmektedir. Elbette anksiyete bozukluklarının heterojenitesi, ektanı oranları ve şiddet farklılıkları vb gibi klinik değişkenlerin mizaç-karakter profillerine etkisi ile bu profile küçük farklılıklar eklenebilmektedir. Biz de bulgularımıza dayanarak, bir anksiyete bozukluğu olarak YAAB'de yüksek ZK ve düşük KY boyutları birlikteliğinin çekirdek kişilik patolojisi olduğunu öne sürüyoruz.

Diğer taraftan “yüksek ZK ve düşük KY boyutları birlikteliğinin”, C küme kişilik bozuklukları ile yakından ilişkili olduğu da gösterilmiştir (117,118). C küme kişilik bozuklukları da sıklıkla anksiyete bozukluklarına ve YAAB'ye eşlik eder. Bu profil eğer biz çalışmamızda kişilik bozukluklarını değerlendirseydik C küme kişilik bozukluklarının daha sık görebileceğimize işaret etmektedir.

Yukarıdaki tartışmada çalıştığımız hasta grubunda ZK yüksekliğinin depresyondan kaynaklanmadığını öne sürdük. Fakat “ZK yüksekliği ile KY düşüklüğü” biçimindeki mizaç-karakter profilinin ayrı bir klinik önemi olabilir. Cloninger ve arkadaşlarının (2006) 631 hastada yaptıkları araştırma sonuçlarına göre söz konusu profil gelecekteki duygudurum değişikliklerini, özellikle depresyon gelişimini yordamaktadır. Başka deyişle ortalama yaşı 34

olan görece genç YAAB hasta grubumuzun gelecekte depresyon geliştirme riski altında oldukları söylenebilir (119).

Literatürde bildiğimiz kadarıyla YAAB’de kişiliği araştıran biricik çalışmada NEO PI-R ölçeği kullanılmış ve YAAB hastalarında “nevrotiklik” puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (4). Nevrotiklik kavramı dışında literatürde karakter ve mizaç özelliklerini araştıran başka bir çalışmanın bulunmaması doğrudan karşılaştırmalar yapmamızı engellemektedir. İleriki çalışmalarda bulgularımızın tekrarlanması gerekmektedir.

5.3. Travma ve Disosiyasyon

Çalışmamızdaki PB ve YAAB hastalarında ÇÇTÖ’nün duygusal istismar ölçeği puanları hasta gruplarında kontrollere göre yüksektir. YAAB olan hasta grubu PB ektanısı olup olmamasına göre gruplandırıldığında PB eş tanısı olmayan YAAB grubunda duygusal istismara ek olarak ÇÇTÖ’nün fiziksel taciz alt ölçeği ortalama puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur. YAAB grubu öyküde ÇAAB olup olmamasına göre değerlendirildiğinde ise Eİ (emosyonel ihmal) alt ölçeği ortalama puanları YAAB+ÇAAB[-] grubunda yüksektir. YAAB grubunda YAA ölçeği toplam puanları ile ÇÇTÖ’nün alt ölçek puanları arasındaki ilişkiyi regresyon analiziyle incelediğimizde “*duygusal istismar*” ve “*cinsel taciz*” alt ölçekleri ve YAA puanları arasında anlamlı bağıntı olduğunu saptadık. Bulgularımız, diğer anksiyete bozukluklarına benzer şekilde çocukluk çağı travmatik yaşantılarının YAAB gelişimi için yordayıcı olduğunu düşündürmektedir (83,84). Çocukluk çağı travmalarının daha sonraki yaşamda YAAB gelişimi için bir incinebilirliğe yol açabileceğini göstermektedir. Çocukluk çağında yaşanan istismar ya da ihmal olaylarının yetişkinlik dönemindeki depresyon ve anksiyete bozukluklarının (örneğin; TTSB, sosyal fobi, PB vb) gelişimiyle ilişkilendirilmiştir. Kessler ve arkadaşları (1997), aile içi çatışma ve ebeveyn psikopatolojilerinin batı toplumunda en yaygın olarak karşılaşılan olumsuz çocukluk çağı yaşantıları olduğunu bildirmişlerdir (120). Ancak çoğu çalışma çocukluk çağı cinsel istismarına odaklanmıştır. Duygusal ihmal ya da duygusal istismar ile depresyon ve anksiyete bozuklukları gelişimine yönelik incinebilirlik arasındaki ilişkiye daha az ilgi gösterilmiştir. Rose ve Abramson (1992), duygusal istismarın depresyon gelişimi için özgül olarak incinebilirliğe katkıda bulunabileceğini öne sürmüşlerdir (121). Gibb ve arkadaşları (2007), duygusal istismarın major depresyon ve sosyal fobi ile ilişkisinin, cinsel ve fiziksel istismarın olduğundan daha güçlü olduğunu bildirmişlerdir (76). Hovens ve arkadaşları (2010), depresyon ve anksiyete bozuklukları hastalarında yaptıkları

çalışmada duygusal ihmal ve istismarın en yaygın çocukluk çağı travması olduğunu bildirmişlerdir (122). Yakın zamanlı yayınlarda sosyal fobi ve panik bozukluğunda duygusal istismar ve duygusal ihmalin rolüne ve yordayıcı gücüne vurgu yapılmıştır (83,123). Son olarak Ulusal Ektanı Replikasyon Çalışmasında da çocukluk çağı cinsel istismarının yetişkinlikteki anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğu kanıtlanmıştır (124). Dolayısıyla bulgularımız literatür ile uyumludur. “*Duygusal istismar*” ve “*cinsel taciz*” etkenlerinin etyolojik önemi belirsizdir. Bulgularımıza dayanarak, bu travma türlerinin doğrudan YAAB’ye yol açtıkları ya da rollerinin YAAB için özgül olduğu iddia edilemez. Fakat YAAB belirtilerinin şiddetiyle ilişkili oldukları söylenebilir. Ancak şu ana kadar literatürde YAAB hasta grubunda yapılmış benzer bir çalışma olmaması kesin bir yargıya varılmasını güçleştirmektedir.

Çalışmamızda YAAB grubunda DDÖ puanlarıyla ÇÇTÖ’nün Dİ ve CT alt ölçek puanlarının arasındaki bağıntı önemlidir. Ayrıca YAAB grubunda saptanan disosiyasyon belirtileri regresyon analiziyle incelendiğinde YAA ölçek puanlarıyla DDÖ puanları arasında bağıntılar saptanmıştır.. Analizlere, ÇÇTÖ alt ölçekleri eklendiğinde YAA ortalama ölçek puanlarıyla Dİ, CT ve DDÖ puanları arasında anlamlı bağıntılar olduğunu gördük. Bulgularımız YAAB ile disosiyasyon arasındaki ilişkinin -başka deyişle YAAB hastalarında görülen disosiyatif belirtilerin- hastaların deneyimlediği çocukluk çağı travmatik yaşantılarından kaynaklanıyor olabileceğini akla getirmektedir.

Yukarıda vurguladığımız “çocukluk travmaları YAAB belirtilerinin şiddetiyle ilişkili oldukları” yargımız, basitçe YAAB klinik tablosuna disosiyatif belirtilerin eklenmesiyle gerçekleşiyor olabilir. Tekrarlayan çalışmalarda travmatik deneyimlerin disosiyatif belirtilere neden olduğu gösterilmiştir. Travmanın disosiyasyona yol açtığı hipotezine göre, disosiyasyon travmaya karşı kullanılan bir savunma düzeneğidir. Travmanın büyüklüğü yeterliyse disosiyatif yanıt savunma düzeneğine dönüşmekte, bireyin zihinsel süreçlerinde zaman zaman ayrışmalar ortaya çıkmaktadır (85). Mulder ve arkadaşları (1998), genel toplumda DDÖ’ye göre yüksek seviyede disosiyatif belirti gösteren bireylerde, diğer bireylere göre çocukluk çağı cinsel istismarının 2.5 kat ve fiziksel istismarın ise 5 kat daha fazla olduğunu bildirmiş ancak yalnızca fiziksel istismarın yüksek disosiyatif belirti oranıyla doğrudan ilişkili olduğunu saptamışlardır (87). Putnam ve arkadaşları (1996), çok sayıda çalışmada geçmiş travma öyküsünün disosiyatif belirti düzeyiyle anlamlı olarak ilişkili olduğunu bildirmektedir (125). Chu ve arkadaşları (1990), yatarak tedavi gören hastalarda DDÖ kullanarak yaptıkları

çalışmada olguların %23'ünde yüksek disosiyasyon (30 puan ve üzeri) saptanmış olup, yüksek puanların çocukluk çağı travma öyküsüyle korelasyon gösterdiğini bildirmişlerdir (126).

Akyüz ve arkadaşları (1999) ülkemizde genel populasyonda saptana DDÖ ortalama puanlarının 6.7 ± 6.1 olduğunu bildirmişlerdir (127). Tutkun ve arkadaşları ise (1998), bir psikiyatri servisinde yatan hastalarda ortalama DDÖ puanını 17.8 ± 14.9 olarak saptamıştır (128). Çalışmamızda ortalama DDÖ puanları kontrol grubunda 5.8 ± 8.2 , PB hastaları grubunda 11.2 ± 10.5 , YAAB hastaları grubunda ise 16.0 ± 11.5 olarak saptanmıştır. Disosiyatif belirti düzeyinin hafif olduğu söylenemez. Çünkü YAAB grubu yatarak tedavisi gereken psikiyatri hastalarındaki kadar disosiyatif belirti sergilemektedir.

Bulgularımız yukarıda sıraladığımız birçok literatürle uyumludur ve “çocukluk çağı travmaları, yetişkinlikteki disosiyatif belirtiler ve YAAB” ilişkisi üzerine yeni bilgiler sağlamaktadır.

5.4 Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın en büyük kısıtlılığı gruplar arasında belirgin cinsiyet farkının bulunmasıdır. Karakter ve mizaç boyutları ve alt ölçekler incelenirken cinsiyet etkisi kontrol edilmiştir. Çalışmamızda erkek hasta sayısının daha iyi ayarlanması gerekmektedir. Süre kısıtlılığı erkek hasta sayısını arttırmamızı engellemiştir. Ancak YAAB ile yapılan diğer çalışmalarda da erkek hasta sayısının azlığından istatistiksel gücün azaldığı vurgulanmıştır (4).

Diğer bir kısıtlılığımız kullandığımız değerlendirme ölçeklerin uygulanma süresinin görece uzun olmasıdır. Harcanacak zamanın uzunluğu nedeniyle hasta sayımız düşmüştür. Ayrıca hastalarımız uzunluğu nedeniyle ölçekleri sağlıklı bir biçimde dolduramamış olabilirler. Bu etkiyi en aza indirebilmek için ölçekleri teslim sırasında kontrol ederek alsak da, belirleyemediğimiz bazı hataların olması mümkündür.

Her ne kadar hasta sayımız parametrik testleri kullanmamız için yeterli olsa da daha fazla sayıda hasta alınması özellikle sağlıklı kontrol grubunun sayısının artırılması çalışmamızın bulgularını güçlendirebilirdi.

Literatürde YAAB ve kişilik konusunda çok az sayıda çalışma olması, YAAB'de MKE kullanarak hastaların mizaç ve karakter özelliklerini değerlendiren başka bir çalışmanın olmaması doğrudan karşılaştırmalar yapmakta güçlük yaratmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

YAAB’de diğer anksiyete bozukluklarına benzer şekilde mizaç boyutlarından ZK’nın yüksek ve karakter boyutlarından KY’nin düşük bulunması önemlidir. Ayrıca mizaç özelliklerinden ÖB ve karakter özelliklerinden KA’da yüksektir. Bu son iki özelliğin etyolojik ve klinik önemi tartışmalı olsa bile, biz, “↑ ZK ve ↓ KY profilinin” YAAB hastaları için tipik olduğunu düşünüyoruz.

Anksiyete bozukluklarında karakter ve mizaç özelliklerinin bilinmesi hastalığın gidişatı, bireysel tedavi yönteminin belirlenmesi ve tedavi sonuçlarının öngörülebilmesi açısından çok önemlidir. Hastalardaki karakter özelliklerinin psikoterapötik, mizaç boyutlarının ise hem farmakolojik hem de psikoterapötik açıdan ele alınması gerektiğinden özellikle tedavi formülasyonlarında mizaç-karakter bilgilerine ihtiyaç vardır. Çalışmamız YAAB hastalarında mizaç-karakter konusunda öncül bilgiler sağlamış ve bunların çocukluk travmaları ve disosiyatif deneyimlerle bir biçimde ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu verilerin doğrulanması açısından, daha büyük örneklerle yapılan, uzun süreli izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır. Bulgularımız YAAB’nin etyolojisinin aydınlatılması için yapılacak ileri çalışmalar için öncül yol göstericilerdir.

YAAB çalışmalarda sık bildirilmesine rağmen henüz bir tanı kategorisi olarak tanımlanmamıştır. Diğer anksiyete bozukluklarıyla ektanısının sık olması ve resmi sınıflandırma sistemlerinde yer almaması günlük pratikte ve performans sistemi içinde YAAB’yi tanımamızı ve terapötik girişimlerde bulunmamızı güçleştirmektedir. Sınıflandırma sistemlerinde yer alabilmesi için daha net tanısal ölçütlere, klinik ve epidemiyolojik verilere ihtiyaç vardır. Özellikle nörobiyolojik çalışmalar açısından YAAB bakir bir alandır.

Elde ettiğimiz bulgular YAAB’nin ayrı bir anksiyete bozukluğu olduğu ancak özellikle I. – II. Eksen bozuklukların ilişkisi açısından boyutsal olarak da değerlendirilmesi gerektiği görüşünü desteklemektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Shear K, Jin R, Ruscio AM, Walters E ve ark. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163:1074-1083
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th Ed. (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association. 1994.
3. Manicavasagar V, Silove D. Is there an adult form of separation anxiety disorder? A brief clinical report. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1997; 31:299-303
4. Silove DM, Marnane CL, Wagner R, Manicavasagar V ve ark. The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic. *BMC Psychiatry* 2010; 10:21
5. Bretherton I: The origins of Attachment Theory- Bowlby, John and Ainsworth, Mary. *Developmental Psychology* 1992; 28:759-775
6. Ainsworth MDS: *Infancy in Uganda: Infant Care and The Growth of Attachment*, The John Hopkins Pres, Baltimore, 1967
7. Bowlby J. *Attachment and Loss. Separation: Anxiety and anger*, New York, Basic Books, 1973
8. Brumariu LE, Kerns KA. Mother-Child Attachment Patterns and Different Types of Anxiety Symptoms: Is There Specificity of Relations? *Child Psychiatry & Human Development* 2010; 41:663-674
9. Kerimoğlu E, Kılıç BG, Gürkan CK, Öztürk M. *Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar içinde: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Ankara 2008
10. Diriöz M. *Ayrılma Anksiyetesi için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Çocukluk ve Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçekleri'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Klinik Sinirbilimleri AD, İzmir. 2010
11. Dallaire DH, Weinraub M. Predicting children's separation anxiety at age 6: The contributions of infant-mother attachment security, maternal sensitivity, and maternal separation anxiety. *Attachment & Human Development* 2005; 7:393-408
12. Bar-Haim Y, Dan O, Eshel Y, Schwartz AS ve ark. Predicting children's anxiety from early attachment relationships. *Journal of Anxiety Disorders* 2007; 21:1061-1068
13. Niederhauser A, Silverman WK. Separation anxiety disorder. In: Fisher JE, O'Donohue WT, editors. *Practitioner's Guide to Evidence-Based Psychotherapy*. New York: Springer; 2006. p. 627-33.

14. Hock E, Schirtzinger MB. Maternal Separation Anxiety- Its developmental course and relation to maternal mental-health . *Child Development* 1992; 63:93-102
15. Peleg O, Halaby E, Whaby E. The relationship of maternal separation anxiety and differentiation of self to children's separation anxiety and adjustment to kindergarten: A study in Druze families. *Journal of Anxiety Disorders* 2006; 20:973-995
16. McBride S, Belsky J. Characteristics, determinants and consequences of maternal separation anxiety. *Developmental Psychology* 1988; 24:407-414
17. Manicavasagar V, Silove D, Rapee R, Waters F. ve ark. Parent-child concordance for separation anxiety: a clinical study. *Journal of Affective Disorders* 2001; 65:81-84
18. Manicavasagar V, Silove D, Wagner R, Pavlovic DH. Parental representations associated with adult separation anxiety and panic disorder-agoraphobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1999; 33:422-428
19. Poulton R, Milne BJ, Craske MG, Menzies RG. A longitudinal study of the etiology of separation anxiety. *Behaviour Research and Therapy* 2001; 39:1395-1410
20. Bandelow B, Tichauer GA, Spath C, Broocks A ve ark. Separation anxiety and actual separation experiences during childhood in patients with panic disorder. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie* 2001; 46:948-952
21. Jurbergs N, Ledley DR. Separation anxiety disorder. *Psychiatric Annals* 2005; 35:728-735
22. Bernstein GA, Layne AE. Ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve diğer anksiyete bozuklukları. İçinde: Sadock BJ, Sadock VA, editörler. Aydın H, Bozkurt A, çeviri editörleri. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Sekizinci baskı, Ankara: Güneş Kitabevi; 2007. sf. 3292-301.
23. Silove D, Manicavasagar V, Oconnell D, Blaszczyński A. Reported early separation anxiety symptoms in patients with panic and generalized anxiety disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1993; 27:489-494
24. Silove D, Harris M, Morgan A, Boyee P ve ark. Is early separation Anxiety a spesific precursor of panic agorafobia - A community study. *Psychological Medicine* 1995; 25:405-411
25. Battaglia M, Bertella S, Politi E, Bernardeschi L ve ark. Age at onset of panic disorder - Influence of familial liability to the disease and of childhood separation anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152:1362-1364
26. Bruckl TM, Wittchen HU, Hofler M, Pfister H ve ark. Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: Results from a community study. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2007; 76:47-56

27. Lipsitz JD, Martin LY, Mannuzza S, Chapman TF ve ark. Childhood separation anxiety disorder patients with adult anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry* 1994; 151:927-929
28. Aschenbrand SG, Kendall PC, Webb A, Safford SM ve ark. Is childhood separation anxiety disorder a predictor of adult panic disorder and agoraphobia? - A seven-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003; 42:1478-1485
29. Biederman J, Petty CR, Hirshfeld-Becker DR, Henin A ve ark. Developmental trajectories of anxiety disorders in offspring at high risk for panic disorder and major depression. *Psychiatry Research* 2007; 153:245-252
30. Lewinsohn PM, Holm-Denoma JM, Small JW, seeley JR ve ark. Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2008; 47:548-555
31. Manicavasagar V, Silove D, Curtis J, Wagner R. Continuities of separation anxiety from early life into adulthood. *Journal of Anxiety Disorders* 2000; 14:1-18
32. Manicavasagar V, Marnane C, Pini S, Abelli M ve ark. Adult Separation Anxiety Disorder: A Disorder Comes of Age. *Current Psychiatry Reports* 2010; 12:290-297
33. Cyranowski JM, Shear MK, Rucci P, Fagiolini A ve ark. Adult separation anxiety: Psychometric properties of a new structured clinical interview. *Journal of Psychiatric Research* 2002; 36:77-86
34. Ollendick TH, Lease CA, Cooper C. Separation anxiety in young adults- A preliminary examination. *Journal of Anxiety Disorders* 1993; 7:293-305
35. Maysless O, Scher A. Mother's attachment concerns regarding spouse and infant's temperament as modulators of maternal separation anxiety. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2000; 41:917-925
36. Silove D, Slade T, Marnane C, Wagner R ve ark. Separation anxiety in adulthood: dimensional or categorical? *Comprehensive Psychiatry* 2007; 48:546-553
37. Seligman LD, Wuyek LA. Correlates of separation anxiety symptoms among first-semester college students: An exploratory study. *Journal of Psychology* 2007; 141:135-145
38. Pini S, Abelli M, Shear KM, Cardini A ve ark. Frequency and clinical correlates of adult separation anxiety in a sample of 508 outpatients with mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2010; 122:40-46
39. Manicavasagar V, Silove D, Marnane C, Wagner R. Adult attachment styles in panic disorder with and without comorbid adult separation anxiety disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2009; 43:167-172

40. Manicavasagar V, Silove D, Curtis J. Separation anxiety in adulthood: A phenomenological investigation. *Comprehensive Psychiatry* 1997; 38:274-282
41. Wijeratne C, Manicavasagar V. Separation anxiety in the elderly. *Journal of Anxiety Disorders* 2003; 17:695-702
42. Silove D, Momartin S, Marnane C, Steel Z ve ark. Adult Separation Anxiety Disorder Among War-Affected Bosnian Refugees: Comorbidity With PTSD and Associations With Dimensions of Trauma. *Journal of Traumatic Stress* 2010; 23:169-172
43. Pini S, Abelli M, Mauri M, Muti M ve ark. Clinical correlates and significance of separation anxiety in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 2005; 7:370-376
44. Silove D, Marnane C, Wagner R, Manicavasagar V. Associations of Personality Disorder With Early Separation Anxiety In Patients With Adult Separation Anxiety Disorder. *Journal Of Personality Disorders* 2010; 25:128-133
45. Loas G, Atger F, Perdereau F, Verrier A ve ark. Comorbidity of dependent personality disorder and separation anxiety disorder in addictive disorders and in healthy subjects. *Psychopathology* 2002; 35:249-253
46. Osone A, Takahashi S. Possible link between childhood separation anxiety and adulthood personality disorder in patients with anxiety disorders in Japan. *Journal of Clinical Psychiatry* 2006; 67:1451-1457
47. Öztürk O, Uluşahin A. Kişilik Bozuklukları içinde: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara, 2008
48. Svrakic D, Cloninger C: Kişilik Bozuklukları içinde: Sadock BJ, Sadock VA, editörler. Aydın H, Bozkurt A, çeviri editörleri. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Sekizinci baskı, Ankara: Güneş Kitabevi; 2007 Güneş Kitabevi, 2007, sayfa: 2021-2064
49. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A Psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry* 1993; 50:975-990
50. Köse S. A Psychobiological Model of Temperament and Character: TCI. *Yeni Symposium* 2003; 41:86-97
51. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD (1994) *The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use*. St Louis, Missouri, USA: Center for Psychobiology of Personality
52. Arkar H, Sorias O, Tunca Z, Şafak C. ve ark. Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Türkçe Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16:190-204
53. Arkar H: Cloninger'in Psikobiyolojik Kişilik Kuramının Türk Örneğinde Sınanması, Doktora Tezi İzmir, Ege Üniversitesi, 2004

54. Arkar H: Cloninger'in Karakter ve Mizaç Boyutları ile Kişilik Bozuklukları Arasındaki İlişki. *Klinik Psikiyatri* 2008; 11:115-124
55. Kristensen AS, Mortensen EL, Mors O. The association between bodily anxiety symptom dimensions and the scales of the Revised NEO Personality Inventory and the Temperament and Character Inventory. *Comprehensive Psychiatry* 2009; 50:38-47
56. Wachleski C, Salum GA, Blaya C, Kipper L ve ark. Harm avoidance and self-directedness as essential features of panic disorder patients. *Comprehensive Psychiatry* 2008; 49:476-481
57. Cloninger CR. A Unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety-states. *Psychiatric Developments* 1986; 4:167-226
58. Kim SJ, Kang JI, Kim CH. Temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2009; 50:567-572
59. Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R, Maggini C. Temperament and personality features in patients with major depression, panic disorder and mixed conditions. *Journal of Affective Disorders* 1999; 52:203-207
60. Lochner C, Hemmings S, Seedat S, Kinnear C ve ark. Genetics and personality traits in patients with social anxiety disorder: A case-control study in South Africa. *European Neuropsychopharmacology* 2007; 17:321-327
61. Yoon SJ, Jun CS, An HY, Kang HR ve ark. Patterns of temperament and character in patients with posttraumatic stress disorder and their association with symptom severity. *Comprehensive Psychiatry* 2009; 50:226-231
62. Kennedy BL, Schwab JJ, Hyde JA. Defense styles and personality dimensions of research subjects with anxiety and depressive disorders. *Psychiatric Quarterly* 2001; 72:251-262
63. Bejerot S, Schlette P, Ekselius L, Adolfsson R, ve ark. Personality disorders and relationship to personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory in patients with obsessive-compulsive disorder *Acta Psychiatrica Scand* 1998; 98: 243-249
64. Lyoo IK, Yoon T, Kang DH, Kwon JS. Patterns of changes in temperament and character inventory scales in subjects with obsessive-compulsive disorder following a 4-month treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003; 107:298-304
65. Chatterjee S, Sunitha TA, Velayudhan A, Khanna S. An investigation into the psychobiology of social phobia: Personality domains and serotonergic function. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997; 95:544-550
66. Ball S, Smolin J, Shekhar A. A psychobiological approach to personality: examination within anxious outpatients. *Journal of Psychiatric Research* 2002; 36:97-103

67. Lyoo IK, Lee DW, Kim YS, Kwon JS. Patterns of temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2001; 62:637-641
68. Marchesi C, De Panfilis C, Cantoni A, Giannelli MR ve ark. Effect of pharmacological treatment on temperament and character in panic disorder. *Psychiatry Research* 2008; 158:147-154
69. Alonso P, Menchón J.M, Jiménez S, Segalàs J ve ark. Personality dimensions in obsessive-compulsive disorder: Relation to clinical variables *Psychiatry Research* 157 (2008) 159–168
70. Mortberg E, Bejerot S, Wistedt AA. Temperament and character dimensions in patients with social phobia: Patterns of change following treatments? *Psychiatry Research* 2007; 152:81-90
71. Öztürk O, Uluşahin A (2008) Nevrotik, stresle ilgili bozukluklar içinde *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* 2008 Ankara, s: 448–511
72. Aker T, Önen P Travma sonrası stres bozukluğu fenomenolojisi içinde: *Anksiyete Bozuklukları Türk Psikiyatri derneği Yayınları* 2006 Ankara
73. Terr L (1990) *Too Scared to Cry: Psychic Trauma in Childhood*. New York: Harper and Row
74. Van der Kolk BA. (1989) The compulsion to repeat the trauma: Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatr Clin North Am* 12 (2): 384-411.
75. Zoroğlu S, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M ve ark. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2(2):69-78
76. Gibb BE, Chelminski I, Zimmerman M, Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients *depression and anxiety* 2007 24:256–263
77. Friedman S, Simith L, Fogel D, Paradis C ve ark The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: A comparison with other psychiatric outpatients
78. Mancini C, Van Ameringen M, MacMillan H. Relationship of childhood sexual and physical abuse to anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis* 1995;183(5):309-314
79. Brown GW, Harris TO. Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. 1. Early adversity.
80. Fierman EJ, Hunt MF, Pratt LA, Warshaw MG ve ark. Trauma and post traumatic stress disorder in subjects with anxiety disorders *Am J Psychiatry*. 1993 Dec;150(12):1872-4.

81. Bandelow B, Torrente A, Wedekind D · Broocks A ve ark. Early traumatic life events, parental rearing styles, family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (2004) 254 : 397–405
82. Lochner C, du Toit PL, Zungu-Dirwayi N, Marais A ve ark.. Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depression and Anxiety*, 2002;15, 66-68.
83. C Lochner, S Seedat1, C Allgulander, M Kidd ve ark Childhood trauma in adults with social anxiety disorder and panic disorder: a cross-national study *Afr J Psychiatry* 2010;13:376-381
84. Mathews CA, Kaur N, Stein M. Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms *Depression and Anxiety* 2008; 25:742–751
85. H. Merckelbach, P. Muris / The causal link between self-reported trauma and dissociation: a critical review *Behaviour Research and Therapy* 2001; 39: 245–254
86. Irwin HJ: Proneness to dissociation and traumatic childhood events. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182:456–460
87. Mulder RT, Beautrais AI, Joyce PR, Fergusson DM. Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *The American Journal of Psychiatry*, 1998; 155, 6: 806-811.
88. Mula M, Pinin S, Cassano GB The neurobiology and clinical significance of depersonalization in mood and anxiety disorders: A critical reappraisal *Journal of Affective Disorders* 2007; 99: 91–99
89. Cassano G.B, Petracca A, Perugi G, Toni C ve ark. Derealization and panic attacks: a clinical evaluation on 150 patients with panic disorder/agoraphobia. 1989 *Compr. Psychiatry* 30, 5–12.
90. Marquez, M, Segui J, Garcia L, Canet J ve ark. Is panic disorder with psychosensorial symptoms (depersonalization derealization) a more severe clinical subtype? *J. Nerv. Ment. Dis.* 2001; 189, 332–335.
91. Marshall R, Schneier FR, Lin S, Simpson B Childhood Trauma and Dissociative Symptoms in Panic Disorder *Am J Psychiatry* 2000; 157:451–453)

92. Briere J and Spinazzola J. Phenomenology and Psychological Assessment of Complex Posttraumatic States *Journal of Traumatic Stress* 2005 Vol. 18, No. 5, October, 401–412
93. Lochner C, Seedat S, Hemmings SMJ, Kinnear CJ ve ark. Dissociative Experiences in Obsessive-Compulsive Disorder and Trichotillomania: Clinical and Genetic Findings *Comprehensive Psychiatry*, 2004 Vol. 45, No. 5 (September/October), 384-391
94. Rufer M, Fricke S, Held D, Cremer J ve ark. Dissociation and symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder A replication study *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.*2006 256 : 146–150
95. Goff DC, Olin JA, Jenike MA, Baer L, Buttolph ML. Dissociative symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1992, 180, 5, 332-337
96. Grabe HJ, Goldschmidt F, Lehmkuhl L, Gansicke M, ve ark. Dissociative symptoms in obsessive-compulsive dimensions. *Psychopathology*, 1999; 32, 6, 319-324.
97. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams GB. *Structured Clinical Interview for DSM–IV Clinical Version (SCID/CV)*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1997
98. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM IV Eksen 1 bozuklukları (SCID-1) için yapılandırılmış klinik görüşme, Klinik versiyon. Ankara: Hekimler Yayın Birliği
99. Diriöz M, Alkın T, Yemez B, Eminağaoğlu N, Onur E Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme'nin psikometrik özellikleri *Nöropsikiyatri Arşivi* 2011, baskıda
100. Silove D, Manicavasagar V, Oconnell D, Blaszczyński A ve ark. The development of the Separation Anxiety Symptom Inventory (SASI). *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1993; 27:477-488
101. Diriöz M, Alkın T, Yemez B, Eminağaoğlu N, Onur E Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri ve Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011, baskıda
102. Manicavasagar V, Silove D, Wagner R, Drobny J. A self-report questionnaire for measuring separation anxiety in adulthood. *Comprehensive Psychiatry* 2003; 44:146-153
103. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J ve ark. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry* 1994; 151:1132-1136

104. *Aslan H, Alparslan ZN (2000) Initial validity and reliability of the Turkish version of the Childhood Trauma Questionnaire. Ann Med Sciences 9: 113-119.*
105. Shear MK, Rucci P, Williams J, Frank E ve ark. Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: Replication and extension. *Journal of Psychiatric Research* 2001; 35:293-296
106. Monkul ES, Tural O, Onur E, Fidaner H. ve ark. Panic disorder severity scale: Reliability and validity of the Turkish version. *Depression and Anxiety* 2004; 20:8-16
107. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability and validity of a Dissociation Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1986; 174:727-73
108. Yargıç LI, Tutkun H, Şar V. The reliability and validity of the Turkish version of the dissociative experiences scale. *Dissociation* 1995; 8:10-13.
109. Aaronson CJ, Shear MK, Goetz RR, Allen LB. Predictors and time course of response among panic disorder patients treated with cognitive-behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychiatry* 2008; 69:418-424
110. Kirsten L, Grenyer BFS, Wagner R, Manicavasagar V. Impact of separation anxiety on psychotherapy outcomes for adult separation anxiety disorders. *Counselling and Psychotherapy Research* 2008; 8:36-42
111. Jiang N, Sato T, Hara T, Takedomi Y ve ark. Correlations between trait anxiety, personality and fatigue Study based on the Temperament and Character Inventory. *Journal of Psychosomatic Research* 2003; 55: 493– 500
112. Richter J, Eisemann M, Richter G. Temperament and character during the course of unipolar depression among inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 250 :40–47.
113. Rettew DC, Doyle AC, Kwan M, Stanger C ve ark. Exploring the boundary between temperament and generalized anxiety disorder: A receiver operating characteristic analysis. *Anxiety Disorders* 2006; 20: 931–945
114. Jylhä P, Isometsä E. Temperament, character and symptoms of anxiety and depression in the general population. *European Psychiatry* 2006; 21: 389–395
115. Pelissolo A, Andre C, Pujol H, Yao SN ve ark.. Personality dimensions in social phobics with or without depression. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105:94–103.
116. Matsudaira T, Kitamura T. Personality Traits as Risk Factors of Depression and Anxiety Among Japanese Students. *J Clin Psychol.* 2006 Jan;62(1):97-109.
117. Svrakic DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger CR. Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 189-195

118. Mulder RT, Joyce PR, Sullivan PF, Bulik CM ve ark. The relationship among three models of personality psychopathology: DSM-III-R personality disorder, TCI scores and DSQ defences. *Psychological Medicine*, 1999, 29, 943±951
119. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. *Journal of Affective Disorders* 2006; 92: 35–44.
120. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 1997;27:1101–1119
121. Rose DT, Abramson LY. 1992. Developmental predictors of depressive cognitive style: Research and theory. içinde: Cicchetti D, Toth S, editors. *Rochester Symposium of Developmental Psychopathology*, Vol. IV. Rochester, NY: University of Rochester Press. p 323–349
122. Hovens JGFM, Wiersma JE, Giltay EJ, van Oppen P ve ark. Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 122: 66–74
123. Kuo JR, Goldin PR, Werner K, Heimberg RG, Gross JJ. Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 2011 May; 25(4):467-73
124. Cogle JR, Timpano KR, Sachs-Ericsson N, Keough ME, Riccardi CJ. Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychiatry Res*. 2010 May 15;177 (1-2):150-5.
125. Putnam FW, Carlson EB, Ross CA, Anderson G ve ark. Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184:673–679
126. Chu JA, Frey LM, Ganzel B, Julia A. Memories of Childhood Abuse: Dissociation, Amnesia, and Corroboration *Am J Psychiatry* 1999; 156:749–755
127. Akyüz G, Doğan O, Şar V, Yargıç Lİ, Tutkun H: Frequency of dissociative identity disorder in the general population: an epidemiologic study on a representative sample from a city in central Turkey. *Compr Psychiatry* 1999; 40:151-159
128. Tutkun H, Sar V, Yargıç I, Özpulat T ve ark. Frequency of Dissociative Disorders Among Psychiatric Inpatients in a Turkish University Clinic *Am J Psychiatry* 1998; 155:800–805

Ek-1. Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları Etik Kurul Onayı

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2011/02- 19	Tarih:20.01.2011
	Prof.Dr.Tunç ALKIN'ın sorumlusu Dr.Seda MERTOL'un proje yürütücüsü olduğu "Yetişkinlik ayrılma anksiyetesi bozukluğunda mizaç ve karakter özellikleri" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurullar Yönetmeliği , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Ph.D.Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Ph.D.Z.Candan ALGUN	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Ph.D.Zuhal BAHAR	Ph.D. Yüksek Hemşire, Halk Sağlığında doktora	DEU Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ömer Selahattin TOPALAK	İç Hastalıkları (Gastroenteroloji)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Derya ERÇAL	Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Servet AKAR	İç Hastalıkları (Romatoloji)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Işıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.PhD.Meltem Kutlu GÜRSEL	Hukuk	D.E.Ü Hukuk Fakültesi İdare Hukuku Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

Ek-2. Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR

Çalışma başlığı: Yetişkinlik ayrılma anksiyetesi bozukluğunda mizaç ve karakter özellikleri

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

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

Bu çalışmanın birincil amacı yetişkinlik ayrılma anksiyetesi bozukluğu olanlarda bu güne dek hiç araştırılmamış olan mizaç ve karakter özelliklerini belirlemektir, çocukluk ayrılma anksiyetesi bozukluğu belirtilerinin yetişkinlik ayrılma anksiyetesi ile ilişkisini ve çocukluk çağı travmalarının ayrılma anksiyetesi ile ilişkisini saptamak amaçlanmıştır. Çalışmaya polikliniğe başvuran hastalardan 50 panik bozukluğu hastası, 50 yetişkinlik ayrılma anksiyetesi hastası ve gönüllü psikiyatrik hastalığı olmayan 50 kişi alınacaktır. Tanıyı doğrulamak, hastalık şiddetini saptamak, mizaç ve karakter özelliklerini belirlemek amacıyla Dr. Seda Mertol tarafından klinik görüşme yapıp ölçekler uygulanacaktır. Tüm işlemler sizin 1.5 saatinizi alacaktır.

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

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

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

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

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

Hastanın Sağlıklı gönüllünün

Adı : Soyadı :

Telefon Numarası

Tarih :

İmza :

Olur Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı : Soyadı :

Telefon Numarası :

Tarih :

İmza :

Araştırma Yapan Araştırmacının

Adı : Soyadı :

Telefon Numarası :

Tarih :

İmza :