

# Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanılı hastalarda komorbidite ve işlevsellik ile ilişkili faktörler

*The related factors with functionality and the comorbidity in the patients with adult separation anxiety disorder*

Mahmut Onur Karaytuğ<sup>1</sup>, Lut Tamam<sup>2</sup>, Mehmet Emin Demirkol<sup>3</sup>, Zeynep Namlı<sup>1</sup>, Mahmut Gürbüz<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Öğr. Gör., <sup>2</sup>Prof. Dr., <sup>3</sup>Doç. Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana, Türkiye  
<https://orcid.org/0000-0002-6338-2195>-<https://orcid.org/0000-0002-9750-7531>-<https://orcid.org/0000-0003-3965-7360>  
<https://orcid.org/0000-0001-8954-5901>

<sup>4</sup>Uzm. Dr., St. Elisabeth Krankenhaus Klinik Für Psychiatrie Und Psychotherapie, Hattingen, Almanya  
<https://orcid.org/0000-0002-2686-2501>

## ÖZET

**Amaç:** Çalışmanın amacı, Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (YAAB) tanılı hastalarda psikiyatrik ek tanı sıklığını tespit etmek ve intihar düşüncesi ile işlevsellik üzerine etkisini araştırmaktır. **Yöntem:** Çalışmanın örneklemini YAAB tanısı konulan 107 kişi oluşturmuyordu. Hastalarla DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV) temelli görüşme yapıldı. Sosyodemografik veri formu, SCL-90-R Belirti Kontrol Listesi, Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA), Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (AAB-YKG), Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE), Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS-2) uygulandı. **Bulgular:** Hastalığın ortalama başlangıç yaşı  $20,1 \pm 6$ ' idi. Hastaların 87'sinde (%81.3) psikiyatrik ek tanı belirlendi (major depresyon %29, panik bozukluk %17.8, obsesif kompulsif bozukluk-OKB %16.8, agorafobi %11.2, bipolar bozukluk %6.5). Hastaların 54'nün (%50.4) yaşamın herhangi bir döneminde intihar düşüncesi olduğu belirlendi. Ek tanı belirlenen hastaların belirlenmeyenlere göre; yetişkin ayrılma anksiyetesi anketi puanı ve WHODAS-2 işlevsellik kaybı puan ortancaları yüksekti ( $p < 0,001$ ). Ek tanısı olan hastaların olmayanlara göre, intihar düşüncesi oranı daha yüksekti ( $p < 0,001$ ). **Sonuç:** Ek psikiyatrik hastalık varlığında YAAB tanılı hastaların yetişkin ayrılma anksiyetesi anketi puanı, yaşam boyunca intihar düşüncesi oranı ve işlevsellikte kayıp oranları artmaktadır. Çalışma sonuçlarımızı destekleyecek, daha geniş örnekleme ve birden fazla ek psikiyatrik hastalığın da değerlendirildiği gelecek çalışmalar yararlı olacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu, komorbidite, işlevsellik

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2021;24:481-490)

DOI: 10.5505/kpd.2021.82957

## SUMMARY

**Objective:** This study aims to determine the frequency of psychiatric comorbidity in patients with Adult Separation Anxiety Disorder (ASAD) and investigate its effect on suicidal ideation and functionality. **Method:** We included 107 participants diagnosed with ASAD. The patients were interviewed based on the Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinician Version (SCID-5-CV). We applied sociodemographic data form, SCL-90-R Symptom Checklist, Adult Separation Anxiety Questionnaire (ASAQ), Structured Clinical Interview for Separation Anxiety Symptoms (SCI-SAA), Separation Anxiety Symptom Inventory (SASI), World Health Organization Disability Assessment Scale (WHODAS) to all participants. **Results:** The mean age of onset of the disorder was  $20.1 \pm 6$ . Eighty-seven (81.3%) of the patients had psychiatric comorbidity (29% had major depression, 17.8% panic disorder, 16.8% obsessive-compulsive disorder, 11.2% agoraphobia, 6.5% bipolar disorder). Fifty-four (50.4%) of the patients had suicidal thoughts in any period of their lives. Patients with psychiatric comorbidity had a higher ASAQ score, WHODAS-2 loss of functionality score, and suicidal ideation rate than those who were not ( $p < 0.001$  for each). **Discussion:** Suicidal ideation, ASAQ score, and loss of functionality rates increase in patients with ASAD in the presence of comorbid psychiatric disorders. Future studies in larger samples and evaluating more than one additional psychiatric disorder will be helpful to support our study results.

**Key Words:** Adult separation anxiety disorder, comorbidity, functionality

## GİRİŞ

Ayrılma anksiyetesi; bireyin bağlanma figürlerinden ayrıldığında veya ayrılma beklentisi ortaya çıktığında hissedilen anksiyetenin aşırı olması durumudur (1). Bu anksiyetenin kısa sürede azalmaması, gelişim bakımından uygun olmaması ya da bireyin mesleki ve sosyal işlevselliğini önemli ölçüde olumsuz etkilemesi halinde ayrılma anksiyetesi bozukluğu teşhisi konulmaktadır (2). Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın (DSM) önceki baskılarında (3,4) çocukluk dönemi için tanımlanmış bir bozukluk iken yetişkinler için, psikiyatri literatüründe yakın zamanlarda yer bulmuştur (5).

Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu (YAAB), DSM-5'te "Anksiyete bozuklukları" bölümünde sınıflandırılmaktadır. YAAB'de ayrılma kaygısı aşırı ve gelişimsel açıdan uygun olmayan düzeydedir. Ayrılma beklentisi ya da ayrılma durumu ortaya çıktığında gerginlik hissedilmektedir. Bağlandığı nesnelere kaybetmeye, bulunduğu ortamlarda yalnız kalmaya veya bağlanmış olduğu şeylerle bir arada bulunamamaya yönelik sürekli ve yüksek seviyede kaygı duyulmaktadır. Kaygıdan dolayı evin dışına çıkmak istememe gibi belirtiler görülebilmektedir. Ayrıca ayrılma içerikli rüyalar görme ve bağlanmış olduğu şeylerden uzak kalacak gibi olma durumunda tekrarlayıcı somatik yakınmalar eşlik edebilmektedir. Belirtilerin 6 ay veya daha uzun sürmesi ile YAAB tanısı konulmaktadır (6). Küçük belirti farklılıklarıyla birlikte yetişkin modeli, çocukluk çağı ayrılma anksiyetesi bozukluğu (ÇÇAAB) kategorisine benzer görünmektedir. Başlangıcı yetişkinlikte olabilese de, çoğu vakada belirtiler çocuklukta ilk kez ortaya çıkar ve sonraki yıllarda da devam etmektedir (7,8).

Birleşik Devletlerde yapılan ulusal komorbidite anketi, yaşam boyu YAAB yaygınlık oranını % 6,6 oranında tespit etmiş olup, bu araştırma ilk büyük ölçekli epidemiyolojik çalışmadır. Aynı çalışmada erişkin başlangıçlı YAAB'ın yaşam boyu prevalansının %1.5 olduğu tespit edilmiştir (9). Başka bir çalışmada 18-44 yaş aralığında tahmini yaşam boyu YAAB görülme oranı %5.2, bir yıllık prevalans oranı %0.9 olarak bildirilmiştir (10). Bir çalışmada YAAB ile yaşam boyu ek tanı oranları;

major depresyon için %69, agorafobi ve panik bozukluk için %67 olarak belirlenmiştir (7). Ruhsal hastalıklarda ek tanı varlığı, ruhsal-toplumsal işlevselliğin yitimine, özkıyım riskinin artmasına, hastalığın gidiş ve tedavisinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (11). YAAB önemli ölçüde yetiyitimine sebep olmaktadır ve ek tanı varlığı yetiyitimi şiddetlendirmektedir (2). Bildiğimiz kadarıyla Türkiye'de yapılan, YAAB ve eşlik eden ruhsal hastalıkları inceleyen çalışma bulunmamaktadır.

Klinik pratiğimizde azımsanmayacak düzeyde karşımıza çıkan bu hastalığı daha ayrıntılı bir şekilde tanımlamak için yeni ve kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmada YAAB tanısı almış olan hastalarda psikiyatrik ek tanı sıklığının araştırılması ve intihar düşüncesi ile işlevsellik üzerine etkisini araştırmak amaçlanmıştır. Bu değerlendirme ile tanı ve tedavide gözden kaçan ayrıntılar tanımlanıp hastaların işlevselliğine katkı sunabilmek amaçlanmaktadır.

## YÖNTEM

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi (ÇÜTF) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı anksiyete bozukluğu polikliniğine; kaygı, çarpıntı, endişeli olma gibi yakınmalarla başvuran, ayaktan tedavi gören 486 hasta ile görüşme yapıldı. Hastalar arasından Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (AAB-YKG) ve DSM-5 tanı ölçütlerine göre YAAB tanısı saptanan, okur yazar olan kişiler çalışmaya dahil edildi. Mental retardasyon, nörobilişsel bozukluk bulunan ve ölçükleri uygulamaya engel oluşturacak düzeyde psikotik ve manik belirtileri olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Katılımcılara tarafımızca oluşturulan sosyodemografik veri formuna ek olarak, Ruhsal Belirti Tarama listesi (SCL-90-R), Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envarteri (AABE), Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA) ve Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi 12 soruluk formu (WHODAS-2) uygulandı. Her hastaya "Bugüne kadar hiç intihar düşünceniz oldu mu?" sorusu sorularak yaşamboyu intihar

düşüncesi değerlendirildi. Her hastaya klinik görüşme ve ölçekleri doldurmak için yaklaşık 60-90 dakika verildi. Görüşmeci, katılımcıların anlamadığı noktaları açıkladı. SCL-90-R ölçeği değerlendirildikten sonra, hastalar ile en yüksek anlamlı alt ölçek referans alınarak tekrar görüşme yapıldı. Bu görüşmede DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonu'na göre (SCID-5-CV) eşlik eden psikiyatrik hastalıklar belirlendi. Birden fazla psikiyatrik ek tanı belirlenen hastalar çalışmadan çıkartıldı.

YAAB tanılı hastalar eşlik eden psikiyatrik hastalığın bulunup bulunmamasına göre ikili gruplara ayrılıp, kendi aralarında ölçek skorları üzerinden karşılaştırmalar yapıldı. 116 YAAB tanılı hastanın 9'u gerekli psikometrik testleri veya görüşmeleri tamamlamadığı için çalışmadan çıkartıldı. Sonuçta elde edilen örneklem boyutu 107 (55 kadın, 52 erkek) hasta ile sınırlıydı.

Araştırmanın etik kurul onayı; ÇÜTF Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından verildi. (10.01.2020 tarihli, 95 no'lu toplantı, 31 sayılı karar) Tüm katılımcılar tarafından görüşme öncesinde bilgilendirilmiş onam formu imzalandı. Çalışma Helsinki Deklarasyonu'na uygun olarak yürütüldü.

## Ölçekler

*SCL-90-R Belirti Kontrol Listesi:* SCL-90-R, bireyin yaşadığı stres düzeyini tanımlayan psikiyatrik semptom tarama aracı olarak tanımlanır (12). Ölçek Türkçe'ye uyarlanmıştır (13). SCL-90-R 90 soru ve 9 farklı belirti grubundan oluşur. Ortalama semptom skoru; 9 alt semptom grubunun (somatizasyon, obsesif kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, hostilite, fobik kaygı, paranoyak düşünce ve psikotizm) skorları ve ek ölçek puanı ile elde edilir. Pozitif belirti indeksi (PSI), Pozitif belirti distress indeksi (PSDI) ve Genel belirti indeksi (GSI) puanı olmak üzere ölçekten üç genel puan hesaplanır. GSI puanlarına göre Cronbach alfa iç tutarlılığı 0,97 olarak hesaplanmıştır (13).

*Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA):* 27 maddelik, kendini değerlendirme aracıdır. 18 yaşından sonra yaşanan ayrılma anksiyetesi belirtilerini ölçmektedir (14). Yüksek puanlar (maksimum 81) daha yüksek ayrılma anksiyetesi olasılığını göstermektedir. Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği yapılmıştır. Türkçe versiyonda YAAB tanısı koymak için 25 veya daha fazla puan alma yeterli bulunmuştur. Cronbach alfa değeri 0,93 olarak hesaplanmıştır (15).

*Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (AAB-YKG):* Geliştirilme sebebi ayrılma anksiyetesi belirtilerini incelemek ve tespit etmektir. 8 madde içerir. İki bölümden oluşur. İlk olarak geçmiş yıllar ile ilgili çocukluk ayrılma anksiyetesi belirtileri sorgulanır, ikinci kısımda ise; mevcut yetişkinlik dönemi semptomları incelenir. 8 maddeden en az 3'ünün olması, çocukluk ya da yetişkinlik AAB tanısı konulması için yeterlidir. Birinci bölümü için; Cronbach Alfa değeri 0.56, ikinci bölümü için; Cronbach Alfa değeri 0.57'dir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması yapılmıştır (16).

*Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envarteri (AABE):* Ölçek 15 maddeden oluşur. Likert tipte, kişinin kendisini değerlendirdiği bir ankettir (17). Çocukluk dönemine ait olası ayrılma anksiyetesi belirtilerini sorgulamaktadır. Orijinal ve Türkçe versiyonlarında toplam puanların karekökü alınarak hesaplanmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (15). Cronbach alfa değeri 0,89 olarak hesaplanmıştır (15).

*Dünya Sağlık Örgütü Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHODAS-2):* WHODAS, etkinlik ve sosyal katılımı ilgili bireyin sınırlılıklarını tespit etmek için geliştirilmiştir. WHODAS 2.0, 6 alandan oluşur: kognisyon, mobilite, öz bakım, geçinme, yaşam aktiviteleri ve katılım. Her madde, son 30 gün içinde, bireyin bir işlevsellik alanında sorun yaşayıp yaşamamasına göre beşli Likert tipte puanlanır (18). Çalışmalarda farklı kesme noktaları tespit edilmiştir. Andrews ve ark.(2009) WHODAS 2.0, 12 maddelik kısa formunda 10 puan üzerinde bir skorun klinik olarak anlamlı olduğunu bildirmiştir(19). Cronbach alfa değeri 0,76-0,93 arasında bulunmuştur (20).

## İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için

**Tablo 1.** Sosyodemografik veriler

Yaş,Ort ± SS		31,1 ± 9,9
Cinsiyet n (%)	Kadın	55 (51,4)
	Erkek	52 (48,6)
Eğitim durumu n (%)	İlköğretim	57 (53,3)
	Ortaöğretim	30 (28)
	Yüksekokul	20 (18,7)
Medeni durum n (%)	Bekar	43 (40,2)
	Evli	64 (59,8)
Meslek n (%)	Çalışıyor	38 (35,5)
	Çalışmıyor	69 (64,5)
Yaşadığı yer n (%)	İl merkezinden küçük	60 (56,1)
	İl merkezinden büyük	47 (43,9)
Tıbbi hastalık öyküsü, var n (%)		28 (26,2)
	yok	79 (73,8)
Ailede ruhsal hastalık, var n (%)		33 (30,8)
	Yok	74 (69,2)
Sigara kullanımı, var n (%)		50 (46,7)
	yok	57 (53,3)
Alkol kullanımı, var n (%)		19 (17,8)
	yok	88 (82,2)
Madde kullanımı, var n (%)		9 (8,4)
	Yok	98 (91,6)
Sosyal destek, var n (%)		68 (63,6)
	yok	39 (36,4)
Çocukluk çağında ebeveyn kaybı, var n (%)		59 (55,1)
	Yok	48 (44,9)
Erişkin dönemde ebeveyn kaybı, var n (%)		49 (45,8)
Aile tipi,n (%)	Çekirdek aile	71 (66,4)
	Geniş aile	36 (33,6)
Anne ve babasının çalışma durumu,n (%)	Çalışıyor	56 (52,3)
	Çalışmıyor	51 (47,7)
AAB başlangıç yaşı,Ort ± SS		20,1 ± 6
İntihar düşüncesi, var n (%)		54 (50,5)
	yok	53 (49,5)

AAB: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı (%), sayısal değişkenler için ortalama ± standart sapma şeklinde (ort. ± ss) verildi.

dağılıma bağlı olarak ortalama ± standart sapma ve medyan ile çeyreklikler arası genişlik olarak tablo halinde verildi. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak özetlendi. Sayısal değişkenlerin normallik durumları; Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov ve Anderson-Darling testleri ile kontrol edildi.

Bağımsız iki grup karşılaştırılmalarında sayısal değişkenlerin normal dağılım göstermediği durumlarda ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırmalarında, sayısal değişkenlerin normal dağılım göstermediği durumlarda ise Kruskal Wallis H testi kullanıldı. Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılıklar Dwass-Steel-Critchlow-Fligner testi ile değerlendirildi.

Ölçeklerden elde edilen puanlar arasındaki ilişki Spearman Rho korelasyon katsayısı ile incelendi. Kategorik değişkenler arasındaki farklılık karşılaştırmalarında 2x2 tablolarda Pearson Chi-Square test kullanıldı.

İstatistiksel analizler “Jamovi project (2020), Jamovi (Version 1.6.9.0) [Computer Software] (Retrieved from <https://www.jamovi.org>) ve JASP (Version 0.14.1.0) (Retrieved from <https://jasp-stats.org>) programları ile yapılmış olup ve istatistik analizlerde anlamlılık düzeyi 0.05 (p-value) olarak dikkate alındı.

## BULGULAR

Çalışmamızda 486 anksiyete bozukluğu tanılı hasta

**Tablo 2.** SCID-5-CV 'ye göre ek tanılar

	n (%)
SCID-5-CV 'ye göre ek tanı	
Var	87 (81,3)
Yok	20 (18,7)
SCID-5-CV 'ye göre ek tanı	
Yok	20 (18,7)
Bipolar bozukluk	7 (6,5)
Major depresif bozukluk	31 (29)
Panik bozukluk	19 (17,8)
Agorafobi	12 (11,2)
OKB	18 (16,8)

Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı (%) şeklinde verildi. SCID-5-CV:DSM-5 bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonu OKB:Obsesif-Kompulsif Bozukluk ile görüşme yapılmış olup 107 hastada YAAB tanısı tespit edilmiştir. Yaş ortalaması  $31,1 \pm 9,9$  yıl olan ve 55'i kadın, 52'si erkek olduğu gözlenen YAAB tanılı hastaların sosyodemografik bilgileri Tablo 1' de yer almaktadır (Tablo-1).

YAAB tanılı hastaların SCID-5-CV 'ye göre 87'sinde ek tanı var iken 20'sinde ek tanının olmadığı belirlendi. Ek tanısı olanların 7'sinin bipolar bozukluk, 31'inin major depresyon bozukluğu, 19'unun panik bozukluk, 12'sinin agorafobi ve 18'inin ise Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) tanılı olduğu tespit edildi (Tablo-2).

YAAB+Depresyon grubunda bulunan hastaların intihar düşüncesi oranı, sadece YAAB ve YAAB+Panik bozukluk grubundaki hastaların intihar düşüncesi oranına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (Tablo-3 ve  $p<0,001$ ); aynı zamanda YAAB+OKB ve YAAB+Agorafobi gruplarında bulunan hastaların intihar düşüncesi varlığı oranı, sadece YAAB

**Tablo 3.** Hastaların intihar düşüncesi, hastalık başlangıç yaşı ve ölçek puanlarının karşılaştırılması

	YAAB (n=20)	YAAB + OKB (n=18)	YAAB + Depresyon (n=31)	YAAB + Panik bozukluk (n=19)	YAAB + Agorafobi (n=12)	p*
Intihar düşüncesi						
Var	2 (10,0)	12 (66,7)	22 (71,0)	7 (36,8)	5 (41,7)	<0,001
Yok	18 (90,0)	6 (33,3)	9 (29,0)	12 (63,2)	7 (58,3)	
YAAB başlangıç yaşı	18,5 [14,8 – 25,0]	22,5 [18,0 – 25,0]	17,0 [14,5 – 20,0]	22,0 [18,0 – 26,0]	21,5 [16,8 – 23,5]	0,010
Yetişkin ayrılma anksiyetesi anketi puanı	26,5 [25,0 – 32,0]	51,5 [46,2 – 56,5]	36,0 [28,5 – 44,0]	32,0 [28,0 – 36,5]	32,5 [25,0 – 50,5]	<0,001
SCL-90 Somatizasyon	1,9 [0,8 – 2,7]	2,9 [1,6 – 3,1]	1,7 [1,0 – 2,3]	2,2 [1,2 – 2,5]	1,5 [0,7 – 2,8]	0,076
SCL-90 Anksiyete	1,6 [1,2 – 2,5]	2,2 [1,7 – 2,6]	1,5 [1,2 – 2,0]	1,8 [1,2 – 2,3]	1,4 [0,8 – 2,4]	0,128
SCL-90 Obsesif kompulsif belirtiler	1,8 [1,3 – 2,5]	2,1 [1,8 – 2,5]	2,0 [1,4 – 2,3]	1,9 [1,5 – 2,3]	1,5 [0,5 – 2,1]	0,419
SCL-90 Depresyon	2,2 [1,4 – 2,7]	1,8 [1,5 – 2,8]	2,3 [1,4 – 2,8]	2,2 [1,2 – 2,7]	1,7 [0,7 – 2,4]	0,677
SCL-90 Kişiler arası duyarlılık	1,8 [1,0 – 2,6]	2,1 [1,2 – 2,7]	1,9 [1,3 – 2,6]	2,1 [1,3 – 3,0]	1,2 [0,4 – 2,1]	0,228
SCL-90 Psikotizm	1,1 [0,4 – 1,6]	1,4 [1,0 – 1,5]	0,9 [0,7 – 1,6]	1,3 [0,7 – 1,8]	0,9 [0,2 – 1,3]	0,274
SCL-90 Paranooid düşünce	1,2 [0,8 – 2,0]	1,6 [1,2 – 2,3]	1,7 [1,2 – 2,5]	1,8 [0,8 – 2,4]	1,0 [0,2 – 1,9]	0,141
SCL-90 Hostilite	1,4 [0,8 – 2,4]	2,1 [1,3 – 2,9]	1,7 [1,0 – 2,0]	2,3 [1,4 – 2,8]	0,8 [0,3 – 1,3]	0,022
SCL-90 Fobik anksiyete	0,9 [0,3 – 2,1]	1,1 [0,7 – 1,6]	0,9 [0,6 – 1,4]	0,9 [0,5 – 1,6]	0,9 [0,5 – 2,4]	0,755
SCL-90 Ek skala	1,6 [1,0 – 2,6]	2,1 [1,7 – 2,4]	1,7 [1,4 – 2,3]	2,0 [1,2 – 2,3]	1,1 [0,7 – 1,8]	0,091
SCL-90R Genel semptom indeksi	1,9 [1,1 – 2,2]	1,9 [1,5 – 2,4]	1,6 [1,4 – 2,1]	2,0 [1,2 – 2,3]	1,3 [0,8 – 2,0]	0,332
SCL-90R Pozitif semptom indeksi	66,0 [50,0 – 74,2]	74,5 [67,8 – 82,8]	68,0 [56,5 – 71,5]	72,0 [55,0 – 74,0]	50,5 [32,8 – 71,5]	0,028
SCL-90R Pozitif semptom düzey indeksi	2,4 [1,9 – 2,9]	2,5 [1,9 – 2,9]	2,3 [2,0 – 2,7]	2,6 [2,2 – 2,8]	2,3 [1,9 – 2,8]	0,950
WHODAS 2.0 işlevsellik kaybı	9,0 [7,8 – 12,0]	28,0 [25,5 – 32,0]	26,0 [18,5 – 31,5]	13,0 [11,5 – 16,0]	17,0 [12,8 – 19,0]	<0,001

Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı (%), sayısal değişkenler için medyan [Q1 – Q3] şeklinde verildi. Kalın olarak belirtilen p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ( $p<0,05$ ). \*, Kruskal-Wallis H test kullanıldı. \*\*, Pearson Chi-Square test kullanıldı. AAB: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, YAAB: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk SCL-90R: Ruhsal Belirti Tarama Listesi 90 soruluk revize form WHODAS 2.0 Dünya Sağlık Örgütü Yetiştirme Değerlendirme Çizelgesi 12 soruluk formu



**Tablo 3.1** Bazı klinik parametreler açısından eşlik eden psikiyatrik hastalıkların karşılaştırılması

		<i>p</i>
AAB başlangıç yaşı		
YAAB + OKB	YAAB + Depresyon	0,021
YAAB + Depresyon	YAAB + Panik bozukluk	0,034
Yetişkin ayrılma anksiyetesi anketi puanı		
YAAB	YAAB + OKB	<0,001
YAAB	YAAB + Depresyon	0,028
YAAB + OKB	YAAB + Depresyon	<0,001
YAAB + OKB	YAAB + Panik bozukluk	<0,001
YAAB + OKB	YAAB + Agorafobi	0,028
Hostilite		
YAAB + Panik bozukluk	YAAB + Agorafobi	0,023
SCL-90R pozitif semptom indeksi		
YAAB + OKB	YAAB + Agorafobi	0,017
WHODAS 2.0 işlevsellik kaybı		
YAAB	YAAB + OKB	<0,001
YAAB	YAAB + Depresyon	<0,001
YAAB	YAAB + Panik bozukluk	0,005
YAAB	YAAB + Agorafobi	<0,001
YAAB + OKB	YAAB + Panik bozukluk	<0,001
YAAB + OKB	YAAB + Agorafobi	<0,001
YAAB + Depresyon	YAAB + Panik bozukluk	<0,001
YAAB + Depresyon	YAAB + Agorafobi	0,014

Dwass-Steel-Critchlow-Ligner test kullanıldı. AAB: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, YAAB: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, OKB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk SCL-90R: Ruhsal Belirti Tarama Listesi 90 soruluk revize form WHODAS 2 Dünya Sağlık Örgünü Yetiştirme Değerlendirme Çizelgesi 12 soruluk formu

grubundaki hastaların intihar düşüncesi oranına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (Tablo-3 ve  $p<0,001$ ).

YAAB+OKB ve YAAB+Depresyon grubunda bulunan hastaların yetişkin ayrılma anksiyete anketi puanı ortancaları, YAAB grubundaki hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı; aynı zamanda YAAB+OKB grubunda bulunan hastaların yetişkin ayrılma anksiyete anketi puanı ortancaları, YAAB+Depresyon, YAAB+Panik bozukluk ve YAAB+Agorafobi grubundaki hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ( $p<0,001$  ve çoklu karşılaştırmalar için bkz. Tablo 3.1).

Gruplara göre hostilite ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edildi (tablo 1 ve  $p=0,022$ ). Bu farkın ise; YAAB+Panik bozukluk-YAAB+Agorafobi ikililerinden kaynaklandığı görüldü; YAAB+Panik bozukluk grubundaki olguların "Hostilite" puan ortancası, YAAB+Agorafobi grubunda bulunan olgulara göre anlamlı düzeyde daha yüksekti (Tablo 3.1 ve  $p=0,023$ ).

Diğer yandan gruplara göre WHODAS 2.0 işlevsellik kaybı puan ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (Tablo-3.1 ve  $p<0,001$ ). Buna göre YAAB+OKB, YAAB+Depresyon, YAAB+Panik bozukluk ve YAAB+Agorafobi grubunda bulunan hastaların

WHODAS 2.0 işlevsellik kaybı puan ortancaları, YAAB grubundaki hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (Tablo 3.1 ve  $p<0,001$ ).

Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde ise istatistiksel olarak herhangi bir anlamlı farklılık bulunamadı (Tablo 3, her biri için  $p>0,05$ ).

SCID-5-CV 'ye göre ek tanısı olan hastaların intihar düşüncesi oranı, ek tanısı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (Tablo-4 ve  $p<0,001$ ).

SCID-5-CV 'ye göre ek tanısı olan hastaların yetişkin ayrılma anksiyete anketi puanı ve WHODAS 2.0 işlevsellik kaybı puan ortancaları, ek tanısı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (Tablo-4 ve sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ).

Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı (Tablo 4, her biri için  $p>0,05$ ).

## TARTIŞMA

Son zamanlarda bu alanda birçok çalışma yapılmasına rağmen, bildiğimiz kadarıyla YAAB tanılı hastalara eşlik eden psikiyatrik hastalıkların yaygınlığını ve ek tanının işlevsellik ile intihar düşüncesi üzerine etkisini inceleyen ilk çalışmadır.

**Tablo 4.** Ek tanı varlığının bazı değişkenler ile karşılaştırılması

	SCID-5-CV 'ye göre ek tanı		P
	Var (n=87)	Yok (n=20)	
İntihar düşüncesi			
Var	52 (59,8)	2 (10,0)	<0,001**
Yok	35 (40,2)	18 (90,0)	
AAB başlangıç yaşı	18,0 [16,0 – 23,0]	18,5 [14,8 – 25,0]	0,686*
Yetişkin ayrılma anksiyetesi anketi puanı	38,0 [29,0 – 49,0]	26,5 [25,0 – 32,0]	<0,001*
SCL-90 Somatizasyon	1,9 [1,1 – 2,8]	1,9 [0,8 – 2,7]	0,538*
SCL-90 Anksiyete	1,8 [1,3 – 2,4]	1,6 [1,2 – 2,5]	0,740*
SCL-90 Obsesif kompulsif belirtiler	2,0 [1,4 – 2,4]	1,8 [1,3 – 2,5]	0,660*
SCL-90 Depresyon	2,1 [1,4 – 2,8]	2,2 [1,4 – 2,7]	0,873*
SCL-90 Kişiler arası duyarlılık	2,0 [1,2 – 2,6]	1,8 [1,0 – 2,6]	0,740*
SCL-90 Psikotizm	1,2 [0,7 – 1,7]	1,1 [0,4 – 1,6]	0,707*
SCL-90 Paranoid düşünce	1,8 [1,0 – 2,3]	1,2 [0,8 – 2,0]	0,160*
SCL-90 Hostilite	1,8 [1,0 – 2,7]	1,4 [0,8 – 2,4]	0,517*
SCL-90 Fobik anksiyete	1,0 [0,6 – 1,7]	0,9 [0,3 – 2,1]	0,494*
SCL-90 Ek skala	1,9 [1,3 – 2,3]	1,6 [1,0 – 2,6]	0,901*
SCL-90R Genel semptom indeksi	1,8 [1,4 – 2,3]	1,9 [1,1 – 2,2]	0,675*
SCL-90R Pozitif semptom indeksi	70,0 [54,5 – 77,5]	66,0 [50,0 – 74,2]	0,422*
SCL-90R Pozitif semptom düzey indeksi	2,4 [2,1 – 2,8]	2,4 [1,9 – 2,9]	0,870*
WHODAS 2.0 işlevsellik kaybı	21,0 [15,0 – 30,0]	9,0 [7,8 – 12,0]	<0,001*

Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı (%), sayısal değişkenler için medyan [Q1 – Q3] şeklinde verildi.

Kalın olarak belirtilen p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi (p<0.05). \*: Mann-Whitney U test kullanıldı.

\*\* Pearson Chi-Square test kullanıldı. AAB: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, SCID-5-CV:DSM-5 Bozuklukları için

Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonu WHODAS 2:Dünya Sağlık Örgütü Yetiştirimi Değerlendirme

Çizelgesi 12 soruluk formu SCL-90R:Semptom Tarama listesi 90 soruluk revize form

Çalışmamızda ek tanı oranları; major depresif bozukluk için % 29, panik bozukluk %17,8, OKB %16,8, agorafobi %11,2, bipolar bozukluk %6,5 olarak tespit edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, yapmış olduğu araştırmada; YAAB'nin kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görüldüğünü saptanmış; kadın cinsiyet, eğitim düzeyinin düşük olması, çocukluk çağında ailede uyumsuzluk ve travmatik yaşantı YAAB'nin öngörücüleri olarak raporlanmıştır (21). Araştırmamız cinsiyet, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özellikler açısından literatür ile uyumlu görünmektedir. Ayrılma anksiyetesi bozukluğunun kadınlarda daha çok görülmesi güvenli bağlanma stiline kadınlarda daha az görülmesiyle ilişkili olabilir (22). Ayrılma anksiyetesi bozukluğu hem yetişkinlik hem de çocukluk dönemlerinde kadınlarda daha fazla görülmekle birlikte, yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğunun erkeklerde görülme oranı çocukluk dönemine göre daha yüksektir (9). Bu artış ayrılma anksiyetesinin çocukluktan yetişkinliğe devam etmesinin erkekler için kadınlardan daha yüksek olduğu anlamına gelebileceği gibi, yetişkinlik döneminde erkeklerde kadınlara göre başlama olasılığının daha yüksek olduğu anlamına da gelebilir (9).

Pini ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada;

yetişkin dönemde tespit edilen ayrılma anksiyetesi bozukluğunun % 51,2'sinin çocukluktan bu yana devam ettiği, % 48,8'inin ise yetişkin dönemde başladığı tespit edilmiştir (23). Bizim çalışmamızda ise; YAAB, hastaların % 60,74'ünde çocukluk döneminden yetişkinliğe devam ederken, % 39,26'sında ise yetişkinlik döneminde başlamıştır. Her iki çalışmada da çocukluk başlangıçlı yetişkin ayrılma anksiyetesi oranının yetişkin dönem başlangıcına göre yüksek olduğu görülmektedir.

Anksiyete polikliniğimize başvuran hastalar arasında YAAB tanısı geçmiş çalışmalarla uyumlu olarak yaklaşık % 20 oranında tespit edilmiştir (24). Geçmiş çalışmalarda ayrılma anksiyetesi bozukluğunun süreç içerisinde ek tanı olarak ruhsal hastalıkların gelişimini kolaylaştırdığı belirtilmektedir (25). Bu nedenle çalışmamızda YAAB tanısına eşlik eden ruhsal hastalıkların belirlenmesi ve ek tanı varlığında işlevselliğin ve bazı klinik özelliklerin nasıl değişkenlik gösterdiğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmamızda görülme sıklıklarına göre tespit edilen ek tanıları; major depresif bozukluk, panik bozukluk, OKB, agorafobi ve bipolar bozukluk olarak sıralanmaktadır. Ek ruhsal hastalık varlığı, araştırmamızda işlevsellik düzeylerini şaşırtıcı olmayacak şekilde olumsuz etkilemiştir.

Çalışmamızda tespit edilen tüm ek tanıların işlevsellik kaybını belirgin olarak arttırdığı görülmüştür. Araştırmamızla benzer olarak geçmiş çalışmalar da YAAB'nin işlevselliğin önemli ölçüde azalmasına sebep olduğunu ve ek tanı varlığının işlevsellik kaybını şiddetlendirdiğini göstermektedir (2,5,24). Bu veriler, yetişkin ayrılma anksiyetesinin, iş ve sosyal aktivitelerde bireyin yetersizliğinden önemli oranda sorumlu olabileceğini düşündürmektedir (23).

Türkiye'de bipolar bozukluk (BB) tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada; YAAB oranı %54 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada; BB hastalarında YAAB ek tanısının intihar girişimlerinin sayısını arttırdığı ve işlevsellik üzerinde olumsuz etkilere sahip olduğu tespit edilmiştir (26). Başka bir çalışmada; YAAB hastalarının herhangi bir duygudurum bozukluğu için ek tanı oranı %62 olarak bulunmuştur (7). Çalışmamızda ise; YAAB hastalarına BB eşlik etme oranı %6,5 olarak tespit edilmiştir. Taşdemir ve ark.'nın yapmış olduğu araştırmadan (26) farklı olarak intihar düşüncesi ve işlevsellik ile ilgili iki grup arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Bu durum çalışmaya dahil edilen BB tanılı hastaların ötimik dönemde olması ve örneklem sayısının yetersiz olması ile açıklanabilir. BB ve YAAB birlikteliğiyle ilgili araştırmalar BB tanılı hastalarda YAAB ek tanısına odaklanmıştır. Literatür taramasında tespit edebildiğimiz kadarıyla araştırmamız YAAB tanılı hastalarda BB yaygınlığını ölçen ilk çalışmadır. Bu alanda yapılan ilk çalışma olmasının araştırmanın önemini arttırdığını düşünmekteyiz.

Yakın dönemde yapılan bir çalışmada; YAAB ve major depresyon birlikteliği %41 oranında tespit edilmiştir (27). Çalışmamızda ise bu oran %29 olarak saptanmıştır. Bu birliktelik bağlanma kaygısı ve depresyon arasındaki ilişki ile açıklanabilir. Bağlanma kaygısı olan kişilerde düşük benlik saygısı ve olumsuz benlik modellerinin olması depresyona yatkınlığı açıklayabilir (28,29). Bu durum YAAB tanılı bireylerde depresyonun ortaya çıkmasında rol oynayan mekanizma olabilir. Çalışmamızda YAAB tanılı hastalarda depresyon birlikteliği, sadece YAAB tanılı hastalara göre intihar düşüncesi ve işlevsellikteki kayıp oranını arttırmaktadır. Bu durum major depresyonun klinik özellikleriyle ilişkili olabilir. Ayrıca

çalışmamızda depresif bozukluk ek tanısı varlığında, sadece YAAB tanılı hastalara göre YAAA puanı belirgin olarak yüksek saptanmıştır. Bu sonuç, depresif bozukluk varlığında yalnız kalmaktan korkma ve kaçınma davranışında belirgin bir artışın olduğunu ifade eden çalışmalarla uyumlu görünmektedir (2). Önceki araştırma major depresif bozukluk tanılı hastalarda YAAB ek tanısını incelemiş olup, çalışmamız ise YAAB tanılı hastalarda major depresif bozukluk varlığını incelemiştir. Bu yönüyle diğer çalışmadan ayrılmaktadır. Ayrıca, bildiğimiz kadarıyla bu özellikteki ilk çalışmadır.

Ayrılma anksiyetesi bozukluğu, OKB'ye eşlik eden en yaygın psikiyatrik hastalıklardan biridir (30). Kesitsel bir çalışmada OKB'li hastalarda YAAB ek tanısı %4,4 oranında bulunmuştur (31). Çalışmamızda ise; YAAB tanılı hastalarda OKB ek tanısı %16,8 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca araştırmamıza göre YAAB tanılı hastalarda OKB birlikteliği sadece YAAB tanılı hastalara göre intihar düşüncesini ve işlevsellikteki kayıp oranını arttırmaktadır. Geçmişte yapılan iki çalışma; OKB hastalarında YAAB birlikteliğini incelemiş olup, ek tanı ile intihar düşüncesi ilişkisinde; intihar düşüncesini arttırdığı ve değişiklik olmadığı gibi farklı sonuçlar bulmuştur (31,32). YAAB-OKB birlikteliğinin intihar düşünceleri ile ilişkisini açıklayacak yeni araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

YAAB, bağlanma kuramı ile açıklanmaktadır. Saplantılı, korkulu ve kayıtsız bağlanma stiline sahip olan kişilerde intihar düşüncesi oranının güvenli bağlanma stili olan kişilere göre daha fazla olduğu gösterilmiştir (33). Çalışmamıza dahil edilen hastaların yaklaşık olarak yarısında yaşam boyunca herhangi bir dönem intihar düşüncesinin mevcut olduğu görülmektedir. Bu yüksek intihar düşüncesi oranının bağlanma stilleri ile ilgili olabileceği düşünülebilir. Bu açıdan sonraki çalışmalarda YAAB, bağlanma stilleri ve intihar arasındaki ilişkiyi incelemek yararlı olacaktır. Ayrıca çalışmamızda depresif bozukluk, OKB, agorafobi ek tanıları varlığında intihar düşüncesi oranında belirgin bir yükseklik tespit edilmiştir ve ruhsal hastalıklarda ek tanının intihar düşüncesini arttırdığı bilinmektedir (11).



Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Kısıtlılıklardan ilki, örneklemin küçük olmasıdır. İkincisi; SCL-90R değerlendirmesi sonucu en belirgin belirtiye yönelik psikiyatrik muayene yapılması ve bu yüzden her bir hasta için en fazla bir ek ruhsal hastalık tespit edilmesidir. Bu yöntemin ek tanı oranlarında karıştırıcı etkisi göz ardı edilmemelidir. Üçüncüsü; eşlik eden intihar düşüncesinin ve işlevselliğin değerlendirilmesinde bağlanma stilleri, kişilik özellikleri gibi verilerin eksik olmasıdır. Bu durum bulguların daha kapsamlı açıklanmasını engellemektedir. Çalışmamızın güçlü yönü, her YAAB tanılı hasta ile 2 ayrı psikiyatrik görüşme yapılmış olması ve konulan tüm kesin tanıların sadece ölçeklere bağlı kalmaksızın SCID-5-CV gibi güncel psikiyatrik görüşme algoritmalarına dayalı olmasıdır.

## SONUÇ

Çalışma sonuçlarına göre, ek psikiyatrik hastalık varlığında YAAB tanılı hastaların yetişkin ayrılma

anksiyetesi anketi puanı, yaşam boyunca intihar düşüncesi oranı ve işlevsellikte bozulma düzeyi artmaktadır. İşlevsellikteki kaybın ek psikiyatrik tanı ile artması rahatsızlıkla baş etmedeki sorunlara bağlı olarak beklenen bir sonuçtur. Literatür taramasında gördüğümüz kadarıyla özellikle ülkemizde, birincil olarak YAAB tanılı hastalarda ek tanı çalışması bulunmamaktadır. Bu nedenle çalışma sonuçlarımızı destekleyecek, daha geniş örnekleme ve birden fazla ek psikiyatrik hastalığın değerlendirildiği gelecek çalışmalar yararlı olacaktır.

Yazışma Adresi: Öğr. Gör. Dr. Mahmut Onur Karaytuğ,  
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı,  
Adana, Türkiye mokaraytuğ@gmail.com

## KAYNAKLAR

1. Manicavasagar V, Marnane C, Pini S, Abelli M, Rees S, Eapen V, Silove D. Adult separation anxiety disorder: A disorder comes of age. *Curr psychiatry rep* 2010; 12(4):290-297.
2. Bögels SM, Knappe S, Clark LA. Adult separation anxiety disorder in DSM-5. *Clin Psychol Rev* 2013; 33(5):663-674.
3. American Psychiatric Association. DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. revised. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
5. Manicavasagar V, Silove D, Curtis J, Wagner R. Continuities of separation anxiety from early life onto adulthood. *J Anxiety Disord* 2000; 14(1):1-18.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
7. Manicavasagar V, Silove D, Curtis J. Separation anxiety in adulthood: A phenomenological investigation. *Compr Psychiatry* 1997; 38(5):274-282.
8. Silove D, Slade T, Marnane C, Wagner R, Brooks R, Manicavasagar V. Separation anxiety in adulthood: dimensional or categorical? *Compr Psychiatry* 2007; 48(6):546-553.
9. Shear K, Jin R, Ruscio AM, Walters EE, Kessler RC. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006; 163(6):1074-1083.
10. Kessler RC, Wang PS. The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. In: *Annual Review of Public Health* 2008; 29:115-129.
11. Thibodeau MA, Welch PG, Sareen J, Asmundson GJG. Anxiety disorders are independently associated with suicide ideation and attempts: Propensity score matching in two epidemiological samples. *Depress Anxiety* 2013; 30(10):947-954.
12. Derogatis L. The SCL-90-R Symptom Checklist 90-R Administration, Scoring, and Procedures Manual. National Computer Systems. Inc.Minneapolis, 1994 .
13. Dağ I. Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatr Derg* 1991; 2(1):5-12.
14. Manicavasagar V, Silove D, Wagner R, Drobný J. A self-report questionnaire for measuring separation anxiety in adulthood. *Compr Psychiatry* 2003; 44(2):146-153.
15. Diriöz M, Alkin T, Yemez B, Onur E, Eminağaoğlu N. The validity and reliability of Turkish version of separation anxiety symptom inventory and adult separation anxiety questionnaire. *Türk Psikiyatr Derg* 2012; 23(2):108-116.
16. Diriöz M, Alkin T, Yemez B, Eminağaoğlu N, Onur E. Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonunun Psikometrik Özellikleri. *Noropsikiatri Ars* 2012; 49(1):6-13.
17. Silove D, Manicavasagar V, O'connell D, Blaszczyński A, Wagner R, Henry J. The development of the separation anxiety symptom inventory (SASI). *Australas Psychiatry* 1993; 27(3):477-488
18. Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J. Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment

- Schedule WHODAS 2.0. World Heal Organ 2010; 88:815-823.
19. Andrews G, Kemp A, Sunderland M, von Korff M, Ustun TB. Normative data for the 12 item WHO disability assessment schedule 2.0. PLoS One 2009; 4(12):e8343.
20. Aslan Kunt D, Dereboy F. Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi'nin (WHODAS 2.0) Türkçe Çevirisinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Psikiyatri Hastaları ve Sağlıklı Kontrollerde İncelenmesi. *Türk Psikiyatri Derg* 2018; 29(4):248-257.
21. Silove D, Alonso J, Bromet E, Gruber M, Sampson N, Scott K, Andrade L, Benjet C, Almeida JMC, De Girolamo G, De Jonge P, Demyttenaere K, Fiestas F, Florescu S, Gureje O, He Y, Karam E, Lepine JP, Murphy S, Posada JV, Zarkov Z, Kessler RC. Pediatric-onset and adult-onset separation anxiety disorder across countries in the World Mental Health Survey. *Am J Psychiatry* 2015;172(7): 647-656.
22. Özden Yıldırım MS, Yaşa C. Ebeveynleri boşanmış yetişkin bireylerin kişilerarası ilişkilerinde bağlanma modelleri ile ayrılma kaygısının ilişkisi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sos Bilim Derg* 2019; 7(4):267-278.
23. Pini S, Abelli M, Shear KM, Cardini A, Lari L, Gesi C, Muti M, Calugi S, Galderisi S, Troisi A, Bertolino A, Cassano GB. Frequency and clinical correlates of adult separation anxiety in a sample of 508 outpatients with mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 122(1):40-46.
24. Silove DM, Marnane CL, Wagner R, Manicavasagar VL, Rees S. The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic. *BMC Psychiatry* 2010; 10(1):1-7.
25. Coldur EO, Cokmus FP, Dikici DS, Aydemir O. The validity and reliability of DSM-5 separation anxiety disorder severity scale-adult form. *Neurol Sci* 2020; 33:237-243.
26. Tasdemir A, Tamam L, Keskin N, Evlice YE. Assessment of co-morbidity of adult separation anxiety in patients with bipolar disorder. *Nord J Psychiatry* 2016; 70(2):93-102.
27. Elbay RY, Görmez A, Kılıç A, Avcı SH. Separation anxiety disorder among outpatients with major depressive disorder: Prevalence and clinical correlates. *Compr Psychiatry* 2021; 105:152219.
28. Baldwin DS, Gordon R, Abelli M, Pini S. The separation of adult separation anxiety disorder. *CNS Spectr* 2016; 21(4):289-294.
29. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model childhood attachment and internal models. *J Pers Soc Psychol* 1991; 61(2):226-244.
30. de Mathis MA, Diniz JB, Hounie AG, Shavitt RG, Fossaluza V, Ferrao Y, Leckman JF, de Bragança Pereira C, do Rosario MC, Miguel EC. Trajectory in obsessive-compulsive disorder comorbidities. *Eur Neuropsychopharmacol* 2013; 23(7):594-601.
31. Franz AP, Rateke L, Hartmann T, McLaughlin N, Torres AR, do Rosario MC, Filho ECM, Ferrao YA. Separation anxiety disorder in adult patients with obsessive-compulsive disorder: Prevalence and clinical correlates. *Eur Psychiatry* 2015; 30(1):145-151.
32. Torres AR, Cerqueira ATA, Ferrao YA, Fontenelle LF, do Rosario MC, Euripedes CM. Suicidality in obsessive-compulsive disorder: Prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. *J Clin Psychiatry* 2011; 72(1):17-26.
33. Lessard JC, Moretti MM. Suicidal ideation in an adolescent clinical sample: Attachment patterns and clinical implications. *J Adolesc* 1998; 21(4):383-395.