

# AYRILIK KAYGISI BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER

S. Ebru Çengel Kültür\*, Ahmet Tiryaki\*\*, Fatih Ünal\*\*\*

## ÖZET

**Amaç:** Ayrılık Kaygısı Bozukluğu'nun temel özelliği bireyin evden ya da evde bağlandığı kişiden ayrılmasına bağlı aşırı anksiyetenin olmasıdır. Bu çalışmada, sık görülen bu bozukluğa ilişkin sosyodemografik ve klinik değişkenlerin incelenmesi hedeflenmiştir. **Yöntem:** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı'na 10 yıl içinde başvurup Ayrılık Kaygısı Bozukluğu tanısı konan 166 çocuk geriye dönük olarak incelenmiştir. Çalışmada çocuklara ve ailelerine ilişkin sosyodemografik verilerin yanı sıra klinik değişkenler de ele alınmıştır. **Bulgular:** Yakınmaların başlama yaşı ortalama 7.7±2.9 yıl olarak saptanmıştır. En sık başvuru yakınmasının %53 (s:88) oranıyla okula gitmeme ya da okula gitmek istememe olduğu ve somatik yakınmaların çocukların %19'unda (s:33) ön planda olduğu görülmüştür. Somatik yakınmalar kız çocuklarda erkeklerle göre daha sık bulunmuştur (p:0.015). Tanı konulmasında gecikme oranı somatik belirtisi olanlarda, olmayanlara göre daha yüksektir (p:0.015). Okula gidemeyen çocuklar içinde, annesi ev kadını olanların okula gidemediği süre (10.0±15.7 gün) annesi çalışanlara (3.6±6.6 gün) göre daha yüksek bulunmuştur (p:0.01). **Tartışma:** Bu çalışmanın sonuçları, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu kliniğinin annenin çalışma durumu gibi çevresel etkenlerle görünüm değiştirebildiğini göstermektedir. Somatik belirtilerin öne çıktığı durumlarda ortaya çıkan tanıdaki gecikmelerin, hekimlerde bu bozukluk konusundaki farkındalığın artması ile önlenilebileceği ileri sürülmüştür. Gelecekteki çalışmaların Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu'nun risk etmenleri ve tedavisine odaklanması gerektiği düşünülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyodemografik özellikler, klinik özellikler.

## SUMMARY: DEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS IN CHILDREN WITH SEPARATION ANXIETY DISORDER

**Objective:** Primary feature of separation anxiety disorder is being overanxious due to separation from home or people to whom the child is attached. The goal of this article is to investigate the demographic and clinical characteristics of separation anxiety disorder. **Method:** Children who applied to Hacettepe University Medical Faculty Child Psychiatry Department between 1982 and 1992 have been evaluated retrospectively. Along with demographic features of these children several clinical variables were considered in this article. **Results:** The mean age of the children when the first complaints were appeared was 7.7±2.9 years. It was found that the most common referral symptom was school refusal (53%, n:88). Somatic complaints were seen in 19 % of children (n:33) as a chief complaint. Somatic complaints were more common in girls than in boys (p:0.015). The ratio of delayed diagnosis was higher in children with somatic complaints than others (p:0.015). Irregular attendance at school was more frequent in children whose mothers were housewives (p:0.01). **Discussion:** The results of the study indicates that the clinical expression of Separation Anxiety Disorder might be effected with environmental factors like the occupational status of mother. It was concluded that the delay in the diagnosis of children with somatic complaints could be prevented through increased awareness of the physicians about this disorder. It was suggested that future studies should focus on risk factors and treatment of separation anxiety disorder.

**Key Words:** Separation anxiety disorder, demographic features, clinical features.

## GİRİŞ

Ayrılık Kaygısı Bozukluğu'nun (AKB) temel özelliği çocuğun evden ya da evde bağlandığı kişiden ayrılmasına bağlı ortaya çıkan ve gelişimsel seviyesine göre beklenenden fazla düzeyde anksiyetenin olmasıdır. DSM-IV'e (APB 1994) göre bu anksiyete en az 4 hafta sürmeli, 18 yaşından önce başlamalı ve klinik açıdan önemli bir

sıkıntıya ya da toplumsal, okul (mesleki) ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olmalıdır. Bu bozukluğu olan bireylerde her evden ya da bağlandığı kişilerden ayrıldığında yineleyici bir biçimde aşırı sıkıntı ve kaygı yaşanması, kendilerinin ya da bağlandıkları kişilerin bir kaza geçirecekleri ya da hastalanacaklarına ilişkin endişeler, kaybolma korkuları, tek başına bir yere gitmekten kaçınma, anne ya da babaya yapışma, yalnız yatamama ve gece kabusları gibi ruhsal belirtilerin yanında ayrılık durumlarında ortaya çıkan çarpıntı, baş dönmesi,

\* Öğr. Gör. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

\*\* Uzm. Dr., Ankara.

\*\*\* Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

halsizlik, karın ağrıları, baş ağrıları, bulantı ve kusma gibi bedensel yakınmalar da sık görülür (Leung 1989, Sadock ve Sadock 2003).

AKB, çocukların ve genç ergenlerin ortalama % 4-5'inde görülür (Masi ve ark. 2001). Bu bozukluğun en sık görülen dışavurumlarından biri olan okul korkusunun ise ilkökul çocuklarında %5, ortaokul çocuklarında ise %2 oranlarında ortaya çıkabileceği bildirilmiştir (Livingston 1996). Diğer anksiyete bozukluklarının aksine AKB olan çocuklar %50-75 oranlarında düşük sosyoekonomik düzeyde olan ailelerden gelmektedir (Masi ve ark. 2001). Belirti şiddeti ayrılma beklentisi durumundaki huzursuzluktan aşırı anksiyeteye kadar değişebilmektedir. Öte yandan AKB olan çocukların psikiyatriste getirilmesi sıklıkla okul reddi ya da somatik belirtilerin varlığında olmaktadır. AKB olan çocukların %75'inde okul reddi, okul reddi olan çocukların ise % 80'inde AKB bildirilmiştir. Okul reddine somatik belirtiler de eşlik edebilmektedir (Goh 1989, Leung 1989, Masi ve ark. 2001, Türkbay ve Söhmen 2001).

Ayrılığa dayanabilme derecesi yönünden kültürler arasında farklılıklar vardır. AKB bazı doğu kültürlerindeki 'aile bağlarının kuvvetli olması gerektiğine' ilişkin inanış ve tutumlar ile karışabilir. Modern toplumlarda ise, okula başlama genellikle çocukların evden ve anneden ilk ayrılma deneyimleri olarak yaşanır. Gelişmiş ülkelerde bütün çocuklara örgün eğitim verilmektedir. Sunulan bu olanaklardan çocuğun sonuna kadar ve düzenli biçimde yararlanması beklenir. Çocuk okula geçerli bir neden olmaksızın gitmiyorsa bir takım cezalar öngörülür. Çocukların bir bölümü yeni okul yaşantısı karşısında anksiyete tepkileri göstermelerine karşın bunların çoğu, sorun süregenleşmeden duruma uyum sağlarlar. Bazı çocuklar ise uzamış ya da tekrarlayan ciddi anksiyete belirtileri yaşarlar ve yaşamları belirgin bir şekilde engellenebilir (Gittleman-Klein 1984).

Bu çalışmada AKB tanısı konan çocuk ve gençlerde sosyodemografik ve klinik özelliklerin tanımlanması; sosyodemografik özelliklerin kli-

nik değişkenlerle ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

### Örneklem

Bu çalışmada 1982-1992 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı bölümüne ilk kez başvuran ve AKB tanısı konan 166 çocuk geriye dönük olarak incelenmiştir. Değerlendirmede sosyodemografik verilerin yanında çocukların gelişim öyküsü AKB ile ilişkili klinik veriler değerlendirmeye alınmıştır.

### Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak tıbbi geçmiş ile ilgili veriler içeren hastane dosyası ve psikiyatrik verileri içeren bölüm dosyası kullanılmıştır. Bu dosyalardan çocukların sosyodemografik bilgileri, ailenin ve hastanın yakınmaları, sorunun başlama yaşı, hastaneye başvuru süresi, sorunun başlamasından hemen önce gerçekleşmiş tıbbi ve psikososyal değişiklikler, hastalığa eşlik eden fiziksel belirtilerin varlığı, hastaların tıbbi özgeçmişleri, ailede kronik fiziksel hastalık öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü gibi değişkenler kaydedilmiştir.

### İşlem

Araştırma kapsamına alınan 166 çocuğa ilişkin bölüm dosyalarına ulaşmak amacı ile 1982 – 1992 yılları arasında HÜTF- Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümünde değerlendirilmiş tüm hastaların dosyaları taranmıştır. Dosyalarında AKB tanısı bulunan çocukların kayıtları iki ayrı hekim tarafından DSM IV tanı ölçütlerine göre yeniden değerlendirilmiştir. Yapılan ilk taramada ulaşılan 180 dosyanın 14'ünün DSM-IV AKB tanı ölçütlerini karşılamadığı düşünüldüğü için örnekleme dahil edilmemiştir. Değerlendirme sonucunda yalnızca dosyasında DSM IV tanı sistemine göre AKB tanısına ilişkin belirtilerin ayrıntılı tanımlandığı 166 çocuk çalışma kapsamına alınmıştır.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi bilgisayarda SPSS paket programı (Statistical Package for Social Sciences, For Windows Release 8.0.0, SPSS Inc., 1997) kullanılarak yapılmıştır. İşlemlerde, sayımla belirtilen verilerin değerlendirilmesinde ki-kare ( $\chi^2$ ) testi ve gerektiğinde Fisher'in kesin ki-kare testi yapılmıştır. Ölçümle belirtilen verilerin değerlendirmesinde parametrik test varsayımları karşılandığında t-testi (iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi) uygulanmıştır. Bütün istatistiksel testlerde en düşük anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

### BULGULAR

1982-1992 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı bölümüne AKB nedeniyle ilk kez başvurmuş 166 çocuğun ortalama başvuru yaşı  $8.0 \pm 3.0$  yıl (3-16 yıl) olarak hesaplanmış, cinsiyet dağılımları %39.2 kız (s:65) ve %60.8 (s:101) erkek olarak elde edilmiştir. Bu çocukların çoğunun orta sosyoekonomik düzeyde çekirdek ailelerden geldikleri belirlenmiştir. (Tablo 1).

Yakınmalarının başlama yaşı ortalama  $7.7 \pm 2.9$  yıl olarak saptanmıştır. Başvuru yakınmaları arasında en sık okula gitmeme ya da okula gitmek istememe olmasına karşın, somatik yakınmaların bu yakınmaya eşlik etmesine de oldukça sık rastlanmıştır (Tablo 2). Tüm çocukların %42.1'inde (s:69) en az bir somatik yakınma olduğu saptanmış, bu yakınmaların kızlarda (%54.0) erkeklerde (%34.7) göre anlamlı düzeyde ( $\chi^2:5.93$ ,  $p:0.015$ ) daha sık ortaya çıktığı gözlenmiştir. Okula gitmeme ya da okula gitmek istememe yakınması da, ev kadını annelerin çocuklarında (%60.0) çalışan annelerin çocuklarına (%39.0) göre anlamlı düzeyde ( $\chi^2:11.11$ ,  $p:0.025$ ) yüksek bulunmuştur. Tanı konulması için geçen süre çocukların %95.8'inde (s:159) bir haftadan daha kısa iken, bu süre örneklem %4.2'sinde (s:7) bir haftadan daha uzun olarak saptanmıştır. Somatik yakınması olmayan çocuklarda bir haftadan kısa süre içinde tanı konulma oranının (%60.4) somatik yakınması olanlara (%39.6) göre

istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ( $\chi^2:5.86$ ,  $p:0.015$ ) daha fazla olduğu bulunmuştur.

**Tablo 1:** Sosyodemografik Özellikler

|                    | Sayı               | %    |
|--------------------|--------------------|------|
| Cinsiyet           |                    |      |
| Erkek              | 101                | 60.8 |
| Kız                | 65                 | 39.2 |
| Başvuru Yaşı       | $8.0 \pm 3.0$ yıl  |      |
| Aile Yapısı        |                    |      |
| Çekirdek           | 123                | 76.4 |
| Geniş              | 23                 | 14.3 |
| Parçalanmış + Ölüm | 15                 | 9.3  |
| Doğum Sırası       |                    |      |
| İlk Çocuk          | 84                 | 50.9 |
| İkinci             | 48                 | 29.1 |
| Üçüncü ve sonraki  | 33                 | 20.0 |
| Kardeş             |                    |      |
| Var                | 128                | 77.6 |
| Yok                | 37                 | 22.4 |
| Baba               |                    |      |
| Yaşı               | $38.5 \pm 6.7$ yıl |      |
| Eğitim Süresi      | $10.2 \pm 3.9$ yıl |      |
| Meslek             |                    |      |
| Memur              | 106                | 64.6 |
| Serbest            | 34                 | 20.7 |
| İşçi-Çiftçi        | 20                 | 14.7 |
| Anne               |                    |      |
| Yaşı               | $33.9 \pm 6.2$ yıl |      |
| Eğitim Süresi      | $8.3 \pm 4.1$ yıl  |      |
| Meslek             |                    |      |
| Ev Hanımı          | 105                | 64.0 |
| Çalışıyor          | 59                 | 36.0 |

Çocukların %50.6'sının (s:84) dosya kayıtlarında yakınmayı tetiklediği düşünülen 'ailede bir hastalık ya da kaza, bir akrabanın ölümü, annenin çalışmaya başlaması ya da hastaneye yatması' gibi bir neden bildirilmiş, %49.4'ünde (s:82) ise yakınmanın başlamasına yol açabilecek bir neden belirtilmemiştir.

Çocukların %65.7'sine (s:109) farmakolojik tedavi verilmiş olduğu, %34.3'üne (s:57) verilmediği belirlenmiştir. Başvuru sırasında, okul devam-

sızlığı olan çocukların okula gidemeği sürenin ortalama  $7.8 \pm 13.5$  gün olduğu görülmüştür (Tablo 2). Okula gidemeyen çocuklar içinde annesi ev kadını olan 95 çocuğun okula gidemediği süre ( $10.0 \pm 15.7$  gün) annesi çalışan 55 çocuğun okula gidemediği süreye göre ( $3.6 \pm 6.6$  gün) anlamlı düzeyde ( $t:3.50$ ,  $p:0.01$ ) daha uzun bulunmuştur.

**Tablo 2:** Klinik Özellikler

|                                   | Sayı               | %    |
|-----------------------------------|--------------------|------|
| Yakınmaların başlama yaşı         | $7.7 \pm 2.9$ yıl  |      |
| Önde Gelen Yakınma                |                    |      |
| Okula Gitmeme/<br>Gitmek İstememe | 88                 | 53.0 |
| Somatik Yakınmalar                | 33                 | 19.8 |
| Anneden Ayrılamama                | 32                 | 19.3 |
| Korkular                          | 13                 | 7.8  |
| Okula Gidememe Süresi             | $7.8 \pm 13.5$ gün |      |
| Eşlik Eden Hastalıklar            |                    |      |
| Yok                               | 120                | 72.3 |
| Var                               | 46                 | 27.7 |
| Diğer Anksiyete Boz.              | 19                 | 11.4 |
| Enürezis                          | 15                 | 9.0  |
| DEHB / Özel Öğrenme Boz.          | 7                  | 4.2  |
| Tik Bozuklukları                  | 3                  | 1.8  |
| Depresyon                         | 2                  | 1.2  |
| Ailede Psikiyatrik Boz. (s:118)   |                    |      |
| Yok                               | 90                 | 76.3 |
| Var                               | 28                 | 23.7 |
| Anksiyete Bozuklukları            | 7                  | 5.9  |
| Enürezis                          | 6                  | 5.1  |
| Madde Bağımlılığı                 | 4                  | 3.4  |
| Psikotik Bozukluklar              | 4                  | 3.4  |
| Duygulanım Bozukluğu              | 3                  | 2.5  |

Çocuk Ruh Sağlığı bölümüne başvurdıkları sırada okul başarısı sorulmuş olan 88 çocuktan (%53.0) %65.9'unun (s:58) okul başarısı iyi, %20.5'inin (s:18) orta, %13.6'sının (s:12) kötü olarak belirlenmiştir. Sene kaybı olup olmadığı bilinen 162 çocuktan %6.2'sinin (s:10) okulda sene kaybının olduğu, %93.8'inin (s:152) okulda sene kaybının olmadığı anlaşılmıştır.

Çocukların %27.7'sinde (s:46) komorbid bir psi-

kiyatrik hastalık bulunduğu, bunların arasında diğer anksiyete bozukluklarının önemli bir yer tuttuğu anlaşılmıştır (Tablo 2).

Ailesinde psikiyatrik hastalık dışında bir organik hastalık bulunanlar %19.7 (s:23), bulunmayanlar %80.3 (s:94) olarak bulunmuştur, 49 çocukta (%29.5) bu bilgi dosyasına kaydedilmemiştir. Aile hikayesinde psikiyatrik hastalık sorulanmış 118 çocuğun (%71.1) %23.7'sinde (s:28) ailede psikiyatrik hastalık varken, %76.3'ünde (s:90) herhangi bir psikiyatrik hastalık saptanmamıştır (Tablo 2).

## TARTIŞMA

1982-1992 yılları arasında AKB tanısıyla görülen 166 çocuğun cinsiyet dağılımları incelendiğinde erkek çocukların daha fazla oranda bölümümüze getirdikleri anlaşılmıştır. Ancak yazında bu bozukluğunun kızlar ve erkeklerde eşit oranlarda görüldüğü bildirilmiştir (Livingston 1996). Bu çalışmada erkek oranının daha yüksek olmasında sosyo-kültürel değişkenler rol oynamış olabilir. Ülkemizde kız çocukları erkek çocuklara göre daha fazla ev ortamı içinde tutulma eğilimindedir. Dolayısıyla erkek çocuklarda ayrılığa bağlı olarak ortaya çıkan belirtiler toplumsal açıdan daha az hoşgörülle karşılanıp hastaneye başvuruyu kolaylaştırırken; aynı belirtiler kızlar için daha doğal karşılanıp ailenin kendi olanaklarıyla çözümlenmeye çalışılıyor olabilir.

Ailelerinin sosyo-ekonomik düzeyleri açısından bakıldığında yazında bu çocukların düşük sosyo-ekonomik düzeydeki ailelerden geldiği bildirilmektedir (Livingston 1996, Masi 2001). Bu çalışmada ortaya konan orta sosyo-ekonomik düzey, çalışan annelerin varlığı ve boşanma oranının ihmal edilebilecek kadar düşük düzeyde olması ile açıklanabilir. Yazında AKB tanısı konan çocukların düşük sosyo-ekonomik düzey ailelerden geldiği bulgusu bu çocukların tek ebeveynli parçalanmış ailelerden gelen bireyler olmaları ile desteklenmektedir.

AKB olan çocuklar çoğunlukla okula gitmeme ve okula gitmek istememe yakınmalarıyla ya da

somatik yakınmalarla doktora başvurmaktadır (Last ve ark. 1987, Livingston 1996, Türkbay ve Söhmen 2001). Bu çalışmada da yazınla uyumlu olarak çocukların çoğu okula gitmeme ya da gitmek istememe yakınmalarıyla hastaneye getirilmişlerdir. Somatik yakınmalar da % 42.1 (s:69) gibi yüksek bir oranda bulunmuştur. Ayrıca somatik yakınmaların kız çocuklarda daha yaygın olduğu saptanmıştır. Kız çocuklarında karın ağrısı, baş ağrısı, kas iskelet sistemi ağrıları gibi somatik belirtilerin anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğu yazında da belirtilmektedir (Egger ve ark. 1999). Yine bu çalışmada somatik belirtileri olan çocuklarda tanı konulması için geçen sürenin daha uzun olduğu saptanmıştır. Bu farkın somatik belirtinin ayırıcı tanısının yapılması için geçen süreden kaynaklanmış olduğu sonucuna varılabilir. Somatik belirtiler özelinde AKB tanısının konmasındaki gecikmeler dikkate değer bulunmuştur. Bu noktada hekimlerin, belirtilerin ortaya çıktığı durumlara, evden veya bağlanılan kişiden ayrılma ile zamansal ilişkisine (örneğin karın ağrısının hafta sonu olmayıp hafta içi olması) gösterecekleri dikkat önem kazanmaktadır.

Bu çalışmada çocukların ailelerinde yaygınlık sırasıyla anksiyete bozukluğu, duygulanım bozukluğu, alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımı, psikotik bozukluk saptanmıştır. Yazında da ailede panik bozukluk, agorafobi, depresyon, somatizasyon bozukluğu ve alkolizm öyküsü bulunabildiği ve bu sorunların çocuklar için önemli birer risk etkeni oldukları belirtilmiştir (Livingston 1996). Ayrıca okul reddi olan çocukların ailelerinde psikiyatrik hastalık varlığı sık olarak bildirilmiştir (McShane ve ark. 2001). Ayrılık anksiyetesi, gelişimsel açıdan anksiyete ve depresif bozuklukların ortaya çıkmasında ortak bir risk etmeni olarak kabul edilmektedir. Erken başlangıçlı panik bozukluk ve agorafobi ek tanısı konan hastalarının öykülerinde ayrılık anksiyetesi sık olarak gözlenmiştir (Battaglia ve ark. 1995, Segui ve ark. 1998). Çocukluk dönemi ayrılık anksiyetesi, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğunun, özellikle panik bozukluğu olan erişkin hastaların çocukluk öykülerinde yaygın olduğu gösterilmiştir (Aronson ve Logue 1987,

Lipsitz ve ark. 1994). Bu çalışmada değerlendirilen örneklemde ailedeki psikiyatrik hastalıkların sıklığı, AKB'nin çok etmenli genetik bir yükülük taşıyabileceğini de düşündürmektedir. Genetik bağlantıların ve AKB'nin gelişimsel süreçte klinik görünümünün nasıl değişimler gösterdiğinin daha iyi anlaşılması için yapılacak çalışmalar bu olasılığın değerlendirilmesi açısından yararlı olacaktır.

AKB'de ek tanının sık gözlemlendiği, sık konulan ek tanıların özgül fobiler, enürezis, duygulanım bozuklukları ve dışavurum bozuklukları olduğu bildirilmiştir (Verduin ve Kendall 2003, Kendall ve ark. 2001). Bu çalışmada da benzer şekilde anksiyete bozukluğu, enürezis, özel öğrenme güçlüğü, tik bozukluğu, davranım bozukluğu ve duygulanım bozukluğu ek tanıları saptanmıştır. Ek tanıların araştırılması bu bozuklukta gelişimsel psikopatoloji bakımından yaşla ortaya çıkabilecek diğer psikiyatrik bozuklukları değerlendirmek bakımından önemli görülebilir. Böylece olguların erken başlangıçlı Panik Bozukluğu, Agorafobi gibi klinik durumlara evrilip evrilmeyeceği açıklık kazanmış olacaktır.

Ailede boşanma, anne ya da baba ölümü AKB açısından risk etkenleri ya da tetikleyici etkenler arasında değerlendirilmiştir (Waldron ve ark. 1975, Sadock ve Sadock 2003). Bu çalışmada da hastalarda yakınmayı tetiklediği düşünülen hastalık ya da kaza, bir akrabanın ölümü, annenin çalışmaya başlaması, hastaneye yatış gibi etmenlerin sık olduğu saptanmıştır. AKB'de yakınmayı tetiklediği düşünülen bu stresörlerin özgüllüğünü araştırmak, koruyucu ruh sağlığı açısından önemli bir ilk adım gibi görünmektedir.

Annesi ev kadını olan çocuklarda okula gitmeme ya da okula gitmek istememe yakınması çalışan annelerin çocuklarına göre daha sık ve paralel olarak okula gidemedikleri süre daha uzun bulunmuştur. Evde olan ve çalışan annelerin bu sorun karşısında çocuklara yaklaşımında farklar olabileceği, çalışan annelerin çocuklarında zorunluluk nedeniyle okuldan uzak kalma süresinin kısalabileceği ileri sürülebilir. Bir başka deyişle, annesi evde olan çocuklar belirtilerini sürdürebilmek için daha uygun bir ortam bulabilir-

ler. Bu bulgu AKB ile başvuran çocukların tedavisindeki yaklaşımlar açısından önemli olabilir. AKB'nin çevresel etmenlerce belirlenebildiği göz önünde bulundurulduğunda annenin evde bulunup bulunmaması çocukların belirti dağılımını etkileyen bir unsur olarak görülebilir. Annesi ev kadını olan çocukların ailesine, hastalığın nedenleri ve annenin yaklaşımının prognozu nasıl etkileyeceği ayrıntılı olarak açıklanmalıdır.

Bu çalışmada 166 hastadan oluşan oldukça geniş bir grupta AKB tanısı konan çocuk ve gençlere ait sosyodemografik ve klinik veriler geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. Çalışma, geriye dönük çalışmaların genelde içerdiği tüm kısıtlılıkları paylaşmaktadır. Örneğin; hastane kayıtlarında klinik değişkenlere, psikososyal stresörlere her hasta için sistematik olarak ulaşılammıştır. Bu kısıtlılıklara karşın çalışmada ulaşılan örneklem büyüklüğü bu çalışmanın güçlü yanı olarak değerlendirilmiş, özellikle belirtiler açısından daha sonra bu konuda yapılacak araştırmalara ışık tutabilecek veriler elde edildiği düşünülmüştür. Bu çalışmada elde edilen niteliksel ve niceliksel veriler ileriye dönük araştırma desenleri ile ele alınarak kontrol edilmelidir. Ayrılık anksiyetesi bozukluğunun etiyoloji ve seyri- nin aydınlatılması hastalığın tedavisi ve prognozu açısından önemlidir. Bu bozukluğun kliniğini daha iyi değerlendirmek için risk etkenleri ve tedavi olasılıkları üzerinde odaklanan çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

## KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) DSM IV Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, Çeviren: Köroğlu E, Medikomat Basım Yayın San ve Tic Ltd Şt., Ankara.

Aronson T ve Logue C (1987) On the longitudinal course of panic disorder: developmental history and predictors of phobic complications. *Comp Psychiatry* 28: 344-355.

Battaglia M, Bertella S, Politi E ve ark. (1995) Age at onset of panic disorder: influence of familial liability to the disease and of childhood separation anxiety disorder. *Am J Psychiatry* Sep;152(9):1362-4.

Egger HL, Costello EJ, Erkanli A ve ark. (1999) Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38(7): 852-860.

Gittelman R, Klein DF (1984) Relationship between separation anxiety and panic and agoraphobic disorders. *Psychopathology* 17 (suppl. 1): 56-65.

Goh CW (1989) School refusal: clinical features and treatment outcome. *J Singapore Med* 30: 550-552.

Kendall PC, Brady EU, Verduin TL (2001) Comorbidity in childhood anxiety disorders and treatment outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* Jul; 40(7): 787-94.

Last CG, Francis G, Hersen M (1987) Separation anxiety and school phobia: a comparison using DSM III criteria. *Am J Psychiatry* 144: 653-657.

Leung AK (1989) School phobia: Sometimes a child or teenager has a good reason. *Postgrad Med Jan;85(1): 281-2, 287-9.*

Lipsitz J, Martin L, Mannutza S ve ark. (1994) Childhood separation anxiety disorder in patients with adult anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 151: 927-929.

Livingston R (1996) Anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook içinde, M Lewis (Ed). Williams and Wilkins, Baltimore-Maryland, s: 676-678.*

McShane G, Walter G, Rey JM (2001) Characteristics of adolescents with school refusal. *Aust N Z J Psychiatry* 35(6): 822-826.

Masi G, Mucci M, Millepiedi S (2001) Separation anxiety disorder in children and adolescents: Epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs*; 15(2): 93-104.

Sadock BJ, Sadock VA (2003) *Synopsis of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, s: 1259-1265.

Segui J, Salvador L, Canet J ve ark. (1998) Separation anxiety and panic disorder. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines Nov-Dec;26(6): 345-350.*

Türkbay T ve Söhmen T (2001) Ayrılık kaygısı bozukluğunda bireysel ve ailesel etmenler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 8(2): 77-84.

Verduin TL, Kendall PC (2003) Differential occurrence of comorbidity within childhood anxiety disorders. *J Clin Child Adolesc Psychol* Jun; 32(2): 290-295.

Waldron S, Sherier DK, Stone B ve ark. (1975) School phobia and other childhood neurosis: a systematic study of the children and their families. *Am J Psychiatry* 144: 653-657.