

**T.C**  
**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Psikoloji Anabilim Dalı  
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**YETİŞKİNLERDE AYRILMA ANKSİYETESİ İLE**  
**DUYGUSAL YEME ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Yüksek Lisans Tezi

**Metehan CANKUR**

Danışman  
Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER

**İstanbul - 2021**



## TEZ TANITIM FORMU

**YAZAR ADI SOYADI** : Metehan CANKUR

**TEZİN DİLİ** : Türkçe

**TEZİN ADI** : Yetişkinlerde Ayrılma Anksiyetesi İle Duygusal Yeme Arasındaki İlişki

**ENSTİTÜ** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

**ANABİLİM DALI** : Psikoloji

**TEZİN TÜRÜ** : Yüksek Lisans

**TEZİN TARİHİ** : 13.07.2021

**SAYFA SAYISI** : 127

**TEZ DANIŞMANI** : Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER

**DİZİN TERİMLERİ** : Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi, Duygusal Yeme

**TÜRKÇE ÖZET** : Yetişkinlerde ayrılma anksiyetesi ile duygusal yeme arasındaki ilişki incelenmiştir.

**DAĞITIM LİSTESİ** : 1-İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne

2-YÖK Ulusal Tez Merkezine

Metehan Cankur

**T.C**  
**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Psikoloji Anabilim Dalı  
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**YETİŞKİNLERDE AYRILMA ANKSİYETESİ İLE**  
**DUYGUSAL YEME ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Yüksek Lisans Tezi

**Metehan CANKUR**

Danışman  
Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER

**İstanbul - 2021**

## **BEYAN**

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Metehan CANKUR



İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Metehan Cankur'un “Yetişkinlerde Ayrılma Anksiyetesi İle Duygusal Yeme Arasındaki İlişki” adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji anabilim, Klinik Psikoloji bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER  
(Danışman)

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Alişan Burak YAŞAR

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim elemanlarına ait olduğunu onaylıyorum.

...../...../2021

İmzası

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ

Enstitü Müdürü

## ÖZET

Bu araştırmanın temel amacı, yetişkinlerde ayrılma anksiyetesi ile duygusal yeme arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır. Araştırmanın diğer amacı, yetişkinlerde ayrılma anksiyetesi ile duygusal yeme değişkenlerinin katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılmasıdır.

Araştırma örneklemini, İstanbul ili sınırlarında yaşayan 18-60 yaş arasındaki 482 katılımcı oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan katılımcıların 346'sını (%71.8) kadınlar, 136'sını (%28.2) erkekler oluşturmaktadır. Katılımcıların örnekleme seçiminde basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Verilerin toplanmasında Hollanda Yeme Davranışı Anketi, Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği ve Sosyodemografik Veri Formu kullanılmıştır. İstatistiksel analizler IBM SPSS versiyon 21.0 paket programı ile gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel önemlilik için  $p < 0,05$  değeri kabul edilmiştir.

Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği kesme puanına göre, katılımcılardan 165'i (%34.2) yetişkin ayrılma anksiyetesi semptomları göstermektedir. Kadınlarda erkeklerden, 18-25 yaş grubunda olanlarda diğer yaş gruplarından, bekarlarda evlilerden yetişkin ayrılma anksiyetesi sıklığı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Katılımcıların Duygusal Yeme alt boyutundan aldığı puanlara bakıldığında ise; kadınlar erkeklerden, bekarlar evlilerden, intihar girişiminde bulunanlar diğer katılımcılardan, istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek puanlara sahiptir.

Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği ile Hollanda Yeme Davranışı Anketi alt boyutları (duygusal yeme, dışsal yeme ve kısıtlayıcı yeme) arasındaki korelasyon ilişkisine bakıldığında; Duygusal ve Dışsal Yeme alt boyut puanları ile Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde, zayıf-orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon ilişkisi tespit edilmiştir. Buna karşılık Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği toplam puanı ile Kısıtlayıcı Yeme alt boyut puanı arasında bulunan korelasyon istatistiksel olarak anlamlı değildir.

**Anahtar Kelimeler:** Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi, Duygusal Yeme

## SUMMARY

The main objective of this study was to examine the correlation between separation anxiety and emotional eating. Another objective of this study was to compare the variables of adult separation anxiety and emotional eating in terms of sociodemographic characteristics of the participants.

Sample group was comprised of 482 participants aged 18-60 years located in İstanbul. The participants taking part within the study consisted of 346 women (71.8%) and 136 men (28.2%). Simple random sampling method was used in the process of the sample election of the participants. Dutch Eating Behaviour Questionnaire, Adult Separation Anxiety Questionnaire and Sociodemographic Data Form were used during data collection process. The data were evaluated by using IBM SPSS program and  $p < 0,05$  value was taken for statistical significance.

According to the cut-off score of Adult Separation Anxiety Questionnaire, 165 (34.2 %) out of the participants showed symptoms of adult separation anxiety. The prevalence of adult separation anxiety was higher statistically among females compared to males, among the ones aged 18-25 years compared to the other age groups and among singles compared to married individuals.

As for the score of Emotional Eating subscales of the participants, females compared to males, singles compared to married individuals and the ones who attempted suicide compared to the other participants had significantly higher scores statistically.

When the correlation coefficients between Adult Separation Anxiety Questionnaire total score and subscale scores of Dutch Eating Behaviour Questionnaire (emotional eating, external eating and restrained eating) were examined, statistically significant positive correlations in low-medium level between the subscale scores of Emotional and External Eating and total scores of Adult Separation Anxiety Questionnaire were observed. Notwithstanding that, the correlation found between Adult Separation Anxiety Questionnaire total score and Restrained Eating subscale score was statistically insignificant.

**Keywords:** Adult Separation Anxiety, Emotional Eating



# İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
SUMMARY .....	ii
İÇİNDEKİLER .....	iii
KISALTMALAR .....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
EKLER LİSTESİ.....	ix
ÖNSÖZ.....	x
GİRİŞ .....	1

## BİRİNCİ BÖLÜM

### ARAŞTIRMANIN GENEL ESASLARI

1.1. Araştırmanın Problemi .....	4
1.2. Araştırmanın Amacı .....	5
1.3. Araştırmanın Önemi.....	7
1.4. Araştırmanın Varsayımları.....	8
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	8

## İKİNCİ BÖLÜM

### KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Anksiyete Kavramı.....	9
2.1.1. Anksiyete ve Korku .....	11
2.1.2. Patolojik Anksiyete .....	11
2.2. Anksiyetenin Kuramsal Açıklamaları .....	13
2.2.1. Psikanalitik Yaklaşım.....	13
2.2.2. Bilişsel Yaklaşım.....	15
2.2.3. Biyolojik Yaklaşım.....	17
2.3. Anksiyete Bozuklukları.....	18
2.3.1. Panik Bozukluk .....	20
2.3.2. Agorafobi.....	22
2.3.3. Özgül Fobi .....	24
2.3.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu .....	26
2.3.5. Sosyal Anksiyete Bozukluğu.....	28
2.4. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu .....	30
2.4.1. Ayrılma Anksiyetesi.....	30
2.4.2. Ayrılma Anksiyetesinin Gelişimi .....	31
2.4.3. Klinik Özellikler ve Tarihçe .....	32

2.4.4. Epidemiyoloji ve Sosyodemografik Özellikler .....	36
2.4.5. Eş Tanı.....	38
2.4.6. Ayırıcı Tanı .....	39
2.4.7. Etiyoloji .....	40
2.5. Yeme Bozuklukları .....	42
2.5.1. Anoreksiya Nervoza .....	43
2.5.2. Bulimia Nervoza.....	45
2.5.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu .....	46
2.6. Duygusal Yeme .....	47
2.6.1. Duygu Düzenleme Stratejisi Olarak Duygusal Yeme .....	49
2.6.2. Duygusal Yeme ve Duygulara İlişkin Bilişler .....	49
2.6.3. Epidemiyoloji ve Sosyodemografik Özellikler .....	50
2.6.4. Etiyoloji .....	52
2.7. Duygusal Yememin Emosyonlar İle Arasındaki İlişki .....	54
2.7.1. Duygusal Yeme ve Stres .....	54
2.7.2. Duygusal Yeme ve Depresyon .....	54
2.7.3. Duygusal Yeme ve Anksiyete .....	55
2.7.4. Duygusal Yeme ve Öfori.....	55
2.8. Diğer Yeme Tutum ve Davranışları .....	56
2.8.1. Kısıtlayıcı Yeme .....	56
2.8.2. Dışsal Yeme .....	56

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM

3.1. Evren-Örneklem.....	57
3.2. Araştırma Modeli .....	57
3.3. Verilerin Toplanması .....	57
3.4. Verilerin Analizi.....	57
3.5. Verilerin Yorumlanması.....	58
3.6. Veri Toplama Araçları .....	58
3.6.1. Sosyodemografik Veri Formu .....	58
3.6.2. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği.....	58
3.6.3. Hollanda Yeme Davranışı Anketi .....	59

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Sağlık Özelliklerine İlişkin Dağılım.....	60
4.2. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği'nden Alınan Puanlar .....	62
4.3. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesinin Varlığı ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi.....	64

4.4. Hollanda Yeme Davranışı Anketi Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Tanımlayıcı İstatistikler.....	67
4.5. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kısıtlayıcı Yeme Alt Boyut Puanları .....	67
4.6. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Duygusal Yeme Alt Boyut Puanları .....	70
4.7. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dışsal Yeme Alt Boyut Puanları .....	72
4.8. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hollanda Yeme Davranışı Anketi Toplam Puanları .....	74
4.9. Katılımcıların Yaşı İle Ölçek Puanları Arasındaki İlişki .....	77
4.10. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği İle Hollanda Yeme Davranışı Anketi Arasındaki İlişki .....	77
<b>TARTIŞMA .....</b>	<b>79</b>
<b>SONUÇLAR .....</b>	<b>83</b>
<b>ÖNERİLER .....</b>	<b>86</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>87</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>105</b>

## KISALTMALAR

- AN:** : Anoreksiya Nervoza
- APA** : American Psychological Association
- BN** : Bulimia Nervoza
- DSM** : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- HYDA** : Hollanda Yeme Davranışı Anketi
- ICD** : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
- SAB** : Sosyal Anksiyete Bozukluğu
- TSSB** : Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- YAAB** : Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu
- YAAÖ** : Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği
- YAB** : Yaygın Anksiyete Bozukluğu

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Birincil değerlendirme sürecinde kullanılan tehlike şemaları.....	16
<b>Tablo 2.</b> Özgül fobinin alt tipleri ve karakteristik özellikleri.....	25
<b>Tablo 3.</b> Yetişkinlerde ayrılma anksiyetesinin bilişsel ve davranışsal özellikleri.....	35
<b>Tablo 4.</b> Duygusal yeme davranışında duygulara ilişkin inançlar.....	50
<b>Tablo 5.</b> Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.....	60
<b>Tablo 6.</b> Katılımcıların sağlık durumuna ilişkin dağılımı.....	61
<b>Tablo 7.</b> Katılımcıların Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği 'ne ilişkin tanımlayıcı istatistikler.....	62
<b>Tablo 8.</b> Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği'nden alınan puanların karşılaştırılması.....	62
<b>Tablo 9.</b> Katılımcıların sağlık özelliklerine göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği'nden alınan puanların karşılaştırılması.....	64
<b>Tablo 10.</b> Katılımcılarda yetişkin ayrılma anksiyetesi sıklığı.....	64
<b>Tablo 11.</b> Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre yetişkin ayrılma anksiyetesi varlığının karşılaştırılması.....	65
<b>Tablo 12.</b> Katılımcıların sağlık özelliklerine göre yetişkin ayrılma anksiyetesi varlığının karşılaştırılması.....	66
<b>Tablo 13.</b> Hollanda Yeme Davranışı Anketi'nin toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler.....	67
<b>Tablo 14.</b> Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Kısıtlayıcı Yeme alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	68
<b>Tablo 15.</b> Katılımcıların sağlık özelliklerine göre Kısıtlayıcı Yeme alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	69
<b>Tablo 16.</b> Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Duygusal Yeme alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	70
<b>Tablo 17.</b> Katılımcıların sağlık özelliklerine göre Duygusal Yeme alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	71

<b>Tablo 18.</b> Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Dışsal Yeme alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	72
<b>Tablo 19.</b> Katılımcıların sağlık özelliklerine göre Dışsal Yeme alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	74
<b>Tablo 20.</b> Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre HYDA toplam puan karşılaştırmaları.....	75
<b>Tablo 21.</b> Katılımcıların sağlık özelliklerine göre HYDA toplum puan karşılaştırmaları.....	76
<b>Tablo 22.</b> Katılımcıların yaşı ile ölçek puanları arasındaki ilişki.....	77
<b>Tablo 23.</b> Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği İle Hollanda Yeme Davranışı Anketi toplam ve alt boyut puanları arasındaki korelasyon ilişkisi.....	78

## EKLER LİSTESİ

- EK-A** Hollanda Yeme Davranışı Anketi  
**EK-B** Sosyodemografik Veri Formu  
**EK-C** Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği



## ÖNSÖZ

Eğitim hayatım süresince, her zaman destek veren annem Sema Koç, babam Cemal Cankur ve kardeşim Oğuzhan Cankur' a teşekkür ederim.

Tez hazırlama sürecinde yardımcı olan danışmanım Doç. Dr. Güzin Mukaddes Sevinçer' e teşekkür ederim.

Metehan Cankur





# GİRİŞ

İçinde yaşadığımız yüzyıl pek çok psikolog, psikiyatrist, yazar ve toplum bilimci tarafından anksiyete çağı olarak tanımlanmıştır. (Endler ve Kocovski, 2001) 21. Yüzyıl'ın anksiyete çağı olarak isimlendirilmesinde, sanayi devrimiyle birlikte ortaya çıkan sosyokültürel değişimler ile bireyler arasındaki rekabetçi eğilim ve tutumların artması etkili olmuştur. Anksiyete, evrimsel açıdan bakıldığında insan doğasının ve günlük yaşamının olağan bir parçasıdır. Anksiyete bir süreklilik üzerinde düşünüldüğünde, optimal düzeyde yaşanan anksiyete bireyleri davranışta bulunmaya yönelik motive eder, karşılaştıkları görevlerde performanslarını arttırarak olası tehdit veya tehlikelere karşı uyarıcı bir sinyal işlevi görür. Yoğun, aşırı, içinde bulunulan durumla orantısız ve kronik olarak deneyimlenen anksiyete ise pek çok anksiyete bozukluğunun ortak özelliğidir. (American Psychiatric Association, [APA], 2015) 8098 kişiyi kapsayan geniş çaplı bir araştırmada, katılımcıların yüzde 29'unun hayatlarının herhangi bir döneminde en az bir kaygı bozukluğunun tanı kriterlerini karşıladığı bulunmuştur. (Kessler, Davis ve Kendler, 1997)

Kişilerin anksiyete, öfke, sıkıntı veya üzüntü gibi duygularla başa çıkmada kullandığı stratejiler bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi veya önceki yaşantıları gibi pek çok faktör tarafından etkilenmektedir. Bazı bireyler, bu tarz duygularla başa çıkmak için bastırmayı kullanırken, bazıları daha aktif veya kaçınmacı bilişsel ve davranışsal stratejiler kullanabilirler. (Burger, 2016) Duygusal yeme ise kişilerin deneyimledikleri hem olumsuz hem de olumlu emosyonlara karşı kullanılan bir başa çıkma stratejisi veya yeme tutumu olarak tanımlanabilir.

Ayrılma kaygısı bozukluğu; bireylerin temel bağlanma figürlerinden ayrılacağı zaman veya ayrılma ihtimali ortaya çıktığında yaşadıkları yoğun, orantısız ve süregelen kaygı ve korku ile karakterize bir anksiyete bozukluğudur. (APA, 2015) Gerçekten fiziksel olarak ayrılmanın dışında, seperasyon teması içeren düşünceler veya imgeler de bu kişilerde yoğun olumsuz duyguların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. (Carmassi, Gesi, Massimetti, Shear ve Dell'Osso, 2015) Bireylerin yaşadıkları bu tarz olumsuz duyguların altında yatan temel etken; önem verdikleri kişilerden ayrılacakları zaman bu kişilerin başlarına istenmeyen, kötü bir şey gelebileceğine yönelik olan düşünceleridir.

Ayrılma kaygısı, yıllarca yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkan ruhsal bir durum olarak görülmüştür. Ancak son zamanlarda yapılan araştırmalar ve klinik gözlemlerle bu durumun ayrıca yetişkinleri de etkileyebileceği tespit edilmiştir. (Morrison, 2017) Olgunlaşmanın etkisiyle yetişkin ayrılma kaygısı bozukluğu, çocukluk ayrılma kaygısından daha fazla bilişsel belirtiler göstermesi ve temel bağlanma figürlerinin değişmesi açısından farklılık göstermektedir. (Manicavasagar ve Silove, 2020)

Klinik görüşmeler ve psikiyatrik değerlendirmeler, kaygı bozukluğu yaşayan kişilerin yeme bozuklukları veya olumsuz yeme tutumları sergileyebileceğini göstermektedir. Yapılan bir araştırmada, anoreksiya nervoza tanısı alanların yüzde 75'inde, bulimiya nervoza tanısı alanların yüzde 88'inde, duygusal yeme eğilimi gösterenlerin anlamlı bir çoğunluğunda, anksiyete bozukluklarının eş tanı olarak ortaya çıktığı tespit edilmiştir. (Godart, Jeammet, Flament ve Lecrubier, 2000)

Yemek yeme davranışı altında farklı motivasyonlar yatabilir. Bireyleri yemek yeme davranışına güdüleyen en temel mekanizmalardan birisi, fizyolojik ağlık hissidir. Bu temel güdüleyici mekanizma dışında, kişiler fizyolojik olarak ağlık hissetmese de deneyimledikleri duygular nedeniyle yemek yiyebilir. Bu tarz yeme davranışı, duygusal yeme olarak isimlendirilmiştir. Duygusal yeme; kişilerin stres, sıkıntı, engellenme, kızgınlık, endişe veya yalnızlık gibi olumsuz duygularla bařa çıkabilmek iđin yemek yemeleri olarak tanımlanmıştır. (Vingerhoets, Zeelenberg ve Nyklıček, 2010) Son zamanlarda yapılan araştırmaların sonuçlarına göre, birçok yeme bozukluğu ve obezite vakasında duygusal yeme eğilimlerine rastlanmaktadır. (Lindeman ve Stark, 2001) Klinik popülasyonun yanı sıra genel popülasyon arasında da kadınlarda daha fazla olmak üzere sıklıkla karşılaşılan bir yeme davranışıdır. (Vingerhoets vd., 2010)

Literatürdeki araştırmalara bakıldığında, yetişkin ayrılma anksiyetesi ile duygusal yeme değişkenlerinin pek çok farklı değişkenle ilişkisi araştırılmıştır ancak sadece bu iki değişken arasında herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma, literatürdeki mevcut eksikliği doldurması, literatüre yeni bilgiler sunarak daha sonra yapılacak çalışmalara kaynak oluşturması açısından önem taşımaktadır.

Araştırmanın temel amacı 18-60 yaş arasındaki yetişkinlerde, ayrılma anksiyetesi ile duygusal yeme davranışı arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır. Araştırmanın alt amacı ise Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği ile Hollanda Yeme Davranışı Anketi'nin toplam ve alt boyutlarından alınan puanların sosyodemografik değişkenlere göre değişip değişmediğinin tespit edilmesidir.

Araştırma beş bölümden oluşmaktadır. Araştırmanın birinci bölümünde araştırmanın problemi, önemi, amacı, varsayımları ve sınırlılıkları gibi araştırmanın temel özellikleri hakkında bilgi verilmiştir.

Araştırmanın ikinci bölümünü kuramsal ve kavramsal çerçeve oluşturmaktadır. Kuramsal ve kavramsal çerçevenin ilk kısmında anksiyetenin doğası, anksiyetenin kuramsal açıklamaları ve anksiyete bozuklukları hakkında bilgi verilmiştir. Daha sonra yetişkin ayrılma kaygısının genel klinik özellikleri, eş tanısı, ayırıcı tanısı, epidemiyolojisi ve etiyolojisi konularına değinilmiştir. Kuramsal ve kavramsal çerçevenin ikinci kısmında, duygusal yeme davranışı ve diğer yeme bozuklukları kapsamlı olarak açıklanmıştır.

Araştırmanın üçüncü bölümünde, araştırma yöntemi hakkında bilgilere yer verilmiştir. Dördüncü bölümde, toplanan verilerin istatistiksel analizi ile ilgili bulgular yer almaktadır. Araştırmanın son kısmı ise sonuç, tartışma ve öneriler bölümlerinden oluşmaktadır.

# BİRİNCİ BÖLÜM

## ARAŞTIRMANIN GENEL ESASLARI

### 1.1. Araştırmanın Problemi

Duygusal yeme, son zamanlarda bireylerin yaşadıkları duyguların yemek yeme davranışları üzerindeki etkilerini belirtmek üzere kullanılan bir terimdir. Duygusal yeme davranışı yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri veya herhangi bir psikiyatrik bozukluğun varlığı gibi pek çok farklı değişken tarafından etkilenebilmektedir. Duygusal yeme davranışının cinsiyetlere göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesine yönelik olarak yapılan bir çalışmada; kadınların yüzde 30'u, erkeklerin ise yüzde 25'i yaşadıkları duyguların yemek yeme davranışlarını etkilediğini belirtmiştir. (Laitinen, Ek ve Sovio, 2002) Ayrıca, yaşadıkları duyguları ifade ve tarif etmekte zorluk yaşayan bireyler daha fazla duygusal yeme eğilimi göstermektedir. (Van Strien, 2018) Özellikle herhangi bir kaygı veya yeme bozukluğunun varlığı duygusal yeme üzerinde önemli etkilere sahiptir. Bulimiya nervoza veya tıknırcasına yeme bozukluğu olan kişilerin, kontrol grubundaki sağlıklı kişilere kıyasla, daha fazla duygusal yeme eğilimi gösterdiği saptanmıştır. (Vingerhoets vd., 2010)

Araştırma problemi çerçevesinde, yetişkin ayrılma kaygısı ile duygusal yeme arasında anlamlı bir ilişki olacağı düşünülmektedir. Ayrılma anksiyetesi, normal gelişim sürecinin bir parçası olarak yeni doğan tüm bebeklerde ortaya çıkmaktadır. Erken çocuklukta bireyleşme süreciyle beraber okul öncesi döneme doğru azalan bir anksiyete türüdür. (March ve Ollendick, 2004) Yıllarca bebeklik veya çocukluk dönemine ait bir durum olarak görülmesine rağmen ayrılma anksiyetesinin yetişkinleri de ciddi düzeyde etkilediği görülmektedir. Yapılan kapsamlı bir epidemiyolojik çalışmada, yetişkin ayrılma anksiyetesinin yaşam boyu görülme oranı %6.6 olarak bulunmuştur. (Kessler, Shear, Jin, Ruscio ve Walters, 2006) Bu oran, çocukluk ayrılma anksiyetesinin prevalansından (4.1) daha fazladır. (Kessler vd., 2006) Yetişkin ayrılma anksiyetesi iki alt türe ayrılabilir. Birincisinde, ayrılma kaygısı belirtileri çocukluk döneminde ortaya çıkar ve yetişkinlik dönemi boyunca devam eder. İkinci türünde ise, ayrılma anksiyetesi belirtileri yetişkinlik döneminde ortaya çıkmıştır ve on sekiz yaşından önceye ait herhangi bir ayrılma anksiyetesi öyküsü mevcut değildir. (Manicavasagar ve Silove, 2020)

Yukarıda verilen bilgiler çerçevesinde, yetişkin ayrılma anksiyetesi ile duygusal yeme arasında ilişki olabileceği düşünülmektedir. Bu düşünce doğrultusunda, problem cümlesi "Yetişkinlerde Ayrılma Anksiyetesi İle Duygusal Yeme Arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki var mıdır?" şeklinde ifade edilebilir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Araştırmanın temel amacı, yetişkinlerde ayrılma anksiyetesi ile duygusal yeme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olup olmadığının tespit edilmesidir. Araştırmanın diğer amacı, Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği ve Hollanda Yeme Davranışı Anketi'nin toplam ve alt boyutlarından alınan puanların (duygusal, dışsal ve kısıtlayıcı yeme) sosyodemografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığının tespit edilmesidir. Bu amaçlar doğrultusunda, aşağıdaki araştırma sorularının cevaplandırılması planlanmaktadır.

1-Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği'nden alınan toplam puan ile Hollanda Yeme Davranışı Anketi toplam ve alt boyutlarından alınan puanlar arasında herhangi bir ilişki var mıdır ?

2-Yaş ile Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği'nden alınan puanlar arasında doğrusal bir ilişki var mıdır?

3-Yaş ile Hollanda Yeme Davranışı Anketi'nin toplam ve alt boyutlarından alınan puanlar arasında doğrusal bir ilişki var mıdır?

4-Katılımcıların yaş gruplarına göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği'nden alınan puanlar farklılık göstermekte midir?

5-Katılımcıların cinsiyetine göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği'nden alınan puanlar farklılık göstermekte midir?

6-Katılımcıların medeni durumuna göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği'nden alınan puanlar farklılık göstermekte midir?

7-Katılımcıların eğitim durumuna göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği'nden alınan puanlar farklılık göstermekte midir?

8-Katılımcıların gelir düzeyine göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği'nden alınan puanlar farklılık göstermekte midir?

9-Katılımcıların aile yapısına göre (geniş ve çekirdek aile) Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği'nden alınan puanlar farklılık göstermekte midir?

10-Katılımcıların tanısı konulmuş psikiyatrik hastalığı olma durumuna göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği'nden alınan puanlar farklılık göstermekte midir?

11-Katılımcıların psikiyatrik ilaç kullanma durumuna göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği'nden alınan puanlar farklılık göstermekte midir?

12-Katılımcıların anne-babalarının psikiyatrik hastalık öyküsü olma durumuna göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği'nden alınan puanlar farklılık göstermekte midir?

13-Katılımcıların tıbbi hastalığı olma durumuna göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği'nden alınan puanlar farklılık göstermekte midir?

14-İntihar girişiminde bulunan katılımcıların diğer katılımcılara göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği'nden aldığı puanlar farklılık göstermekte midir?

15-Katılımcıların yaş gruplarına göre Hollanda Yeme Davranışı Anketi'nin toplam ve alt boyutlarından alınan puanlar farklılık göstermekte midir?

16-Katılımcıların cinsiyetine göre HYDA toplam ve alt boyutlarından alınan puanlar farklılık göstermekte midir?

17-Katılımcıların medeni durumuna göre HYDA toplam ve alt boyutlarından alınan puanlar farklılık göstermekte midir?

18-Katılımcıların eğitim durumuna göre HYDA toplam ve alt boyutlarından alınan puanlar farklılık göstermekte midir?

19-Katılımcıların gelir düzeyine göre HYDA toplam ve alt boyutlarından alınan puanlar farklılık göstermekte midir?

20-Katılımcıların aile yapısına göre HYDA toplam ve alt boyutlarından alınan puanlar farklılık göstermekte midir?

21-Katılımcıların tanısı konulmuş psikiyatrik hastalığı olma durumuna göre HYDA toplam ve alt boyutlarından alınan puanlar farklılık göstermekte midir?

22-Katılımcıların psikiyatrik ilaç kullanma durumuna göre HYDA toplam ve alt boyutlarından alınan puanlar farklılık göstermekte midir?

23-Katılımcıların anne-babalarında psikiyatrik hastalık öyküsüne göre HYDA toplam ve alt boyutlarından alınan puanlar farklılık göstermekte midir?

24-Katılımcıların tıbbi hastalık öyküsüne göre HYDA toplam ve alt boyutlarından alınan puanlar farklılık göstermekte midir?

25-İntihar girişiminde bulunan katılımcıların diğer katılımcılara göre HYDA toplam ve alt boyutlarından aldığı puanlar farklılık göstermekte midir?

### **1.3. Araştırmanın Önemi**

Biyolojik, psikolojik ve sosyal bir varlık olarak insanın, yetişkinlik dönemi boyunca diğer kişilerle kurduğu ilişkiler psikolojik sağlığı açısından önemli bir yer tutmaktadır. Bireylerin içinde yaşadığı toplumsal yapının bir parçası olarak diğer insanlarla kurduğu bu ilişkiler, en önemli mutluluk kaynaklarından birisidir. (Burger, 2016) Diğer kişilerle kurulan ilişkilerin bireylerin psikolojik sağlığı üzerindeki olumlu katkılarının yanı sıra bu süreç bazı yetişkinlerde klinik bir görünüm kazanabilir. Yetişkin ayrılma anksiyetesi, diğer kişilerle kurulan ilişkilerin patolojik bir durum haline geldiği psikiyatrik bir bozukluktur.

Bireyler, deneyimledikleri anksiyeteye bir cevap olarak duygusal yeme eğilimi gösterebilirler. Yapılan deneysel çalışmalar, anksiyete deneyimleyen kişilerin yemek yeme davranışlarında artış olduğunu göstermektedir. (Braet, Mels, Goossens ve Vlierberghe, 2008) Bu bilgiler ışığında, araştırma sonucunda elde edilen bulguların özellikle kaygı ve yeme bozuklukları alanlarında çalışan uzmanlara önemli bilgiler sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın konusu doğrultusunda ele alınan değişkenlere mevcut alan yazında nasıl yaklaşıldığının bilinmesi, bu araştırmanın literatüre sağlayacağı katkı açısından önem taşımaktadır. Mevcut literatürde, yetişkin ayrılma anksiyetesinin ebeveynlik tutumları, bağlanma biçimleri, depresyon belirtileri, bilişsel esneklik ve çocukluk çağı travmaları gibi farklı değişkenlerle ilişkisi araştırılmıştır. (Çiftçi, 2019; Çakmak, Sayar, Ünübol, Bulut ve Özten, 2018; İlhan, 2018; Savaşlı ve Şahin-Sak, 2019; Yıldırım, 2019) Duygusal yeme değişkeninin ise suçluluk ve utanç duygusu, sosyal görünüş kaygısı, sosyal medya bağımlılığı, kişilik özellikleri ve çocukluk çağı travmaları gibi farklı değişkenlerle ilişkisi araştırılmıştır. (Arslan, 2017; Cansız, 2019; Özkan, 2017; Tetik, 2019; Tınmazoğlu ve Güvender, 2020)

Literatürde, yetişkin ayrılma anksiyetesi ile duygusal yemenin pek çok farklı kavramla ilişkisi araştırılmıştır fakat sadece bu iki değişken arasındaki bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan bu çalışma, literatürdeki mevcut eksikliği doldurması ve yeni bilgiler sağlaması açısından önem taşımaktadır.

#### **1.4. Araştırmanın Varsayımları**

1-Katılımcıların Sosyodemografik Bilgi Formu, Hollanda Yeme Davranışı Anketi ve Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği'ndeki maddeleri dürüst bir şekilde yanıtladığı varsayılmaktadır.

2-Yetişkin ayrılma anksiyetesi ile duygusal yeme kavramları bilimsel olarak ölçülebilen değişkenlerdir.

3-Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği ve Hollanda Yeme Davranışı Anketi yeterli düzeyde güvenilirliğe ve geçerliğe sahip ölçme araçlarıdır.

4-Tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilen katılımcıların, araştırma bulgularının genellenmek istendiği evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.

#### **1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları**

1-Araştırma sonuçları Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği, Sosyodemografik Bilgi Formu ve Hollanda Yeme Davranışı Anketi'nin ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.

2-Araştırma 18-60 yaş arasında tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilen 482 katılımcı ile sınırlıdır.



## İKİNCİ BÖLÜM

### KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

#### 2.1. Anksiyete Kavramı

Genel popülasyondaki birçok insanın anksiyete ile ilgili sorunlarının olması, anksiyetenin rahatsız edici ve yaşamın pek çok alanına nüfuz eden yapısı, son yıllarda anksiyete kavramı üzerine bilimsel alanda yaşanan ilgi artışının nedenleri arasında gösterilebilir. (Rachman ve Rachman, 2019) Anksiyetenin tanımı, süresi, yoğunluğu ve işlevi yapılan bilimsel çalışmaların başlangıç noktasını oluşturmaktadır. (Zeidner ve Matthews, 2010)

Anksiyete, evrimsel sürecin bir parçası olarak tüm kültürlerin ve insanların deneyimlediği evrensel bir duygu olmasına rağmen herkes tarafından kabul gören genelgeçer bir tanıma sahip değildir. (Rachman ve Rachman, 2019) Bunun en önemli sebebi, anksiyetenin subjektif bir şekilde deneyimlenmesidir. Anksiyete, bu nedenden dolayı pek çok farklı teorisyen ve bilim adamı tarafından farklı şekillerde tanımlanmaktadır.

\*Kuşkulu düşünceler, fiziksel, bilişsel, davranışsal değişimler ve gerginlik, korku gibi olumsuz emosyonlarla ifade edilen duygusal bir deneyim. (APA, 2017)

\*Bireylerin tehdit edici olarak algıladığı içsel veya dışsal uyaranlara cevap olarak ortaya çıkan psikolojik, fizyolojik ve davranışsal tepkileri birleştiren, ajitasyon ve huzursuzluk hissi. (Bradley, 2016)

\*Gelecekteki belirsiz bir uyarının neden olduğu endişeli düşünceler, otonomik sinir sisteminin yükselmiş aktivitesi ve davranışsal kaçınma ile karakterize geçici duygusal durum. (Spielberger, 1972)

\*Tehdit edici olayların olası sonuçlarına ilişkin tekrarlayan düşünceleri içeren, ileriye dönük bilişsel süreç. (Carter, Vasey ve Crnic, 1994)

Bireysel ve durumsal farklılıklar göz önüne alındığında, anksiyete geçici veya uzun süreli olabilir. Spielberger bu noktadan hareket ederek anksiyeteyi ikiye ayırmıştır: Durumsal ve Sürekli Anksiyete. Durumsal anksiyete, stresli veya tehlikeli koşullar sonucunda ortaya çıkan gerilim duyguları ve fizyolojik uyarılma ile karakterize duygusal durumdur. (Huberty, 2012)

Durumsal anksiyeteye topluluk önünde konuşma, sosyal ortamlarda bulunma, herhangi bir otorite figürüne soru sorma veya sınava girme gibi spesifik olaylar neden olmaktadır. (Huberty, 2012) Deneyimlenen durumsal anksiyetenin yoğunluğu, içinde bulunulan durumların kişi tarafından ne kadar tehlikeli veya stresli olarak algılandığına göre değişse dahi kişilerin günlük yaşamdaki işlevsellikleri üzerinde ciddi sorunlara yol açmaz.

Sürekli anksiyete; genel ve uzun süreli olarak, karşılaşılan birçok durum veya uyarana karşı anksiyöz bir şekilde cevap verme eğilimi olarak tanımlanabilir. (Endler ve Kocovski, 2001) Kişilik özelliği olarak sürekli anksiyete eğilimi gösteren kişiler, mağazadan alışveriş yapmak, kalabalık bir ortamda bulunmak veya sokakta yürümek gibi sıradan durumları tehlikeli olarak algılayabilirler. (Reiss, 1997) Bu kişilerdeki tehlikeye açık olma algısı, herhangi bir anksiyete bozukluğunun gelişimi için bir risk faktörüdür. Yapılan çalışmalarda, sürekli anksiyete özelliği gösteren kişilerin mesleki-akademik performans, arkadaş-aile ilişkileri ile günlük yaşamın çeşitli alanlarında ciddi sıkıntılar yaşadıkları tespit edilmiştir. (Huberty, 2012; Spielberger, 2013)

Anksiyetenin işlevi üzerindeki en önemli belirleyiciler; hangi yoğunlukta ne kadar süre boyunca deneyimlendiğidir. Bir spektrum üzerinde ele alındığında kaygı, farklı boyutlarda ortaya çıkar ve işlev gösterir. Tam bir anksiyete eksikliği organizmayı direkt olarak tehlikeli veya yaşamı tehdit eden bir duruma sokarak varlığını devam ettirme ihtimalini azaltabilir. (Zeidner ve Matthews, 2010) Optimal düzeyde yaşanan kaygı, kişinin içinde bulunduğu ortamla ilişkisini güçlendirerek olası tehlikeli durumlara karşı organizmayı harekete geçirir. Normal anksiyete, sadece olası tehdit veya zorluklar ile karşı karşıya kalındığını bildirmekle kalmaz aynı zamanda bireylerin bilişsel süreçleri ile görev ve entelektüel performansları üzerinde olumlu etkilere sahiptir. (Barlow, 2001) Yapılan deneysel bir çalışmada, optimal düzeyde deneyimlenen kaygının, öğrencilerin akademik performansını pozitif yönde etkilediği tespit edilmiştir. (Karadağ, 2017; Majali, 2020)

Yaşanılan kaygı düzeyinin bireylerin performansları üzerindeki etkilerinin araştırılmak istendiği diğer bir çalışmada; artan kaygının aritmetik beceri, akademik sınavlar, hafıza görevleri, okuduğunu anlama, kişilerarası ilişkiler, müzikal veya sportif performans gibi pek çok alandaki işlevselliği olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. (Barlow, 2001; Santos, Calvo, Derekshan ve Eysenck, 2007)

### **2.1.1. Anksiyete ve Korku**

Yakın bir zamana kadar hem kuramsal hem de pratik alanda korku ve kaygı arasındaki ayrım göz ardı edilen bir konuydu. (May, 2020) Bu ayrımın göz ardı edilmesinin altında yatan en temel etken, her iki duygusal deneyiminde benzer karakteristik özelliklere sahip olmasıdır. (Rachman ve Rachman, 2019) Her iki duygusal yaşantı sırasında da benzer fizyolojik ve psikolojik semptomlar ortaya çıkmaktadır.

Korku; gözlemlenebilir, açık, nesnel ve gerçeğe dayalı tehdit veya tehlikeler sonucunda deneyimlenen savunma tepkisi biçiminde işlev gösteren duygusal bir deneyimdir. (Levitt, 2015) Diğer bir ifadeyle, korku tepkisine neden olan tehdit net bir şekilde tespit edilebilir. Korkudan farklı olarak kaygının kaynağı daha belirsiz, karmaşık ve anlaşılamazdır. Herhangi bir tehdit veya tehlike olmaksızın gelecekte kötü bir şey olabileceğine yönelik tehlike beklentileri ile karakterize edilen duygusal bir deneyimdir. (Lewis, Barrett ve Haviland-Jones, 2016)

Kaygı ve korku arasındaki önemli farklılıklardan bir diğeri ise her iki duygusal deneyimin ne zaman ortaya çıktığı ve sonlandığıdır. Korku, kişinin dikkatini belirli bir uyarana odaklaması sonucunda ortaya çıkar ve epizodiktir dolayısıyla tehdit edici olarak algılanan ve korku tepkisine neden olan uyarandan kalktığında veya kişi bu uyarandan kaçındığında yaşanan korku seviyesi de zamanla azalır. (Kurt, 2011) Buna karşılık, kaygının ne zaman ortaya çıktığını veya sona erdiğini belirlemek daha güçtür. Genellikle korkuyu takip eder ve korkuya göre daha uzun süreli ve kalıcı bir şekilde deneyimlenir. (Clark ve Beck, 2009)

Korku durumunda, mevcut tehlikeye veya tehlikeli olarak algılanan uyarana karşı gösterilen duygusal ve davranışsal tepkinin yoğunluğu tehlikeyle orantılı iken, kaygı durumunda verilen tepki tehditle orantılı değildir. (May, 2020) Korku anında kişi savaş veya kaç biçiminde tepki gösterirken, kaygı esnasında tehdit edici uyarana karşı nasıl bir tepki vermesi gerektiği konusunda kararsızlık yaşar. (Riskind ve Rector, 2018)

### **2.1.2. Patolojik Anksiyete**

Anksiyete, içinde bulunulan durumla karşılaştırıldığında abartılı, orantısız, uzun süreli ve tekrarlayan bir biçimde deneyimlenir, davranışta uzun süreli değişikliklere neden olarak bireylerin mesleki, kişisel veya sosyal işlevselliklerinde ciddi

bozulmalara yol açarsa patolojik veya klinik olarak adlandırılabilir. (Starcevic, 2004) Patolojik anksiyetenin temel özellikleri beş alt başlık altında incelenebilir. (APA, 2015)

1-Çok yoğun bir şekilde deneyimlenmesi: Patolojik anksiyetenin en temel özelliği, bireylerin normal şartlar altında diğer kişiler için kaygı yaratmayan veya çok az kaygıya neden olan durumlar veya uyaranlar karşısında aşırı, abartılı ve anormal seviyelerde kaygı deneyimlemesidir. (APA, 2015) Örneğin, agorafobik kişiler sırada beklerken veya toplu taşıma aracı kullanırken diğer kişilere oranla çok yoğun seviyelerde kaygı yaşayabilir. (Morrison, 2017)

2-Süreklilik: Patolojik anksiyete, normal anksiyeteye göre daha uzun süreli ve kronik bir şekilde deneyimlenir. Hayatın pek çok alanıyla ilgili yoğun ve aşırı kaygıları olan, kaygılı düşüncelerini kontrol etmekte zorluk yaşayarak bilişsel ve fiziksel semptomlar gösteren bir kişinin, yaygın kaygı bozukluğu tanısı alabilmesi için bu semptomların en az altı ay boyunca devam etmesi gerekir. (APA, 2015)

3-Kaçınma: Klinik anksiyetenin davranış üzerindeki en gözlemlenebilir etkisi kaçınmaya neden olmasıdır. (APA,2015) Bireyler, yoğun bir şekilde kaygı yaşamalarına neden olan uyaranlar, durumlar veya insanlardan kaçınarak kaygılarıyla başa çıkmaya çalışırlar. Kaçınma mümkün olmadığında ise yanlarında güvendikleri birinin varlığına ihtiyaç duyabilirler veya tek başlarına yoğun kaygı yaşayarak bu durumlara katlanabilirler. (Morrison, 2017)

4-İşlevsellik üzerine etkisi: Yoğun seviyelerde deneyimlenen anksiyete, günlük yaşamın pek çok noktasına nüfuz ederek bireylerin işlevsellikleri üzerinde ciddi bozulmalara yol açabilir. (APA,2015) Örneğin, ayrılma kaygısı yaşayan bir çocuk okula gitmeyi reddedebilir veya sosyal kaygı bozukluğu yaşayan bir kişi başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceği, eleştirileceği veya reddedileceği korkusu nedeniyle iş yaşamında daha pasif bir rol alabilir.

5-Maladaptif bilişler: Klinik açıdan yüksek düzeylerde kaygı yaşayan pek çok kişi, kendilerini kaygılandıran uyaranlarla karşı karşıya kalmaları durumunda ortaya çıkabilecek olası sonuçları katastrofik bir şekilde değerlendirme eğilimi gösterirler. (Abramowitz ve Blakey, 2020) Panik bozukluk yaşayan bir kişi, artan fizyolojik uyarılması sonucunda ortaya çıkan kalp ritmindeki artışı, kalp krizi geçireceği veya nefessiz kalacağı şeklinde değerlendirebilir. (Clark, 1986)

Klinik anksiyete deneyiminde katastrofik bilişler dışında, kişinin kendi başa çıkma kapasitesiyle ilgili inançları da merkezi bir öneme sahiptir. (Beck ve Emery, 2019) Anksiyeteyi patolojik seviyelerde deneyimleyen kişiler, genellikle tehdit edici olarak algılanan durumlarla başa çıkmada kullanacakları kişisel yetenek ve mekanizmalarını olduğundan daha düşük şekilde görme eğilimindedirler. (Abramowitz, Deacon ve Whiteside, 2019) Aynı zamanda, klinik anksiyete durumu ruminatif veya takıntılı düşüncelerle de karakterize edilebilir. (Eysenck, 1992;Vasa ve Roy, 2013)

## **2.2. Anksiyetenin Kuramsal Açıklamaları**

### **2.2.1. Psikanalitik Yaklaşım**

Freud'un anksiyete üzerine yapmış olduğu erken dönem çalışmalar, anksiyeteye yönelik psikanalitik açıklamanın temellerini oluşturmaktadır. Freud'un anksiyete üzerine çalışmaları üç başlık etrafında yoğunlaşmaktadır: Anksiyetenin kaynağı, işleyişi ve türleri. Freud, anksiyete problemiyle ilk kez klinik popülasyonda güncel nevrozları araştırırken karşılaşmıştır. (Tükel, 2015) Bu araştırmalarının sonucunda, anksiyete durumunu mevcut etiyolojisi ve işleyişindeki farklılıklar nedeniyle güncel nevrozlardan ayırarak anksiyete nevrozu şeklinde tanımlamıştır. (Tükel, 2015)

Freud, anksiyeteyi kendini koruma içgüdüsünün bir parçası olarak evrimle gelen kalıtsal bir özellik olarak görmektedir. (May, 2020) Ona göre, anksiyete sevilen nesneye ayrılığı simgeleyen bir model olmakla beraber temelleri doğum yaşantısı ile kastrasyon korkusunda yatmaktadır. (May, 2020)

Freud'un anksiyetenin işleyişi üzerine yapmış olduğu açıklamaları, tarihsel süreç içerisinde pek çok kez değişikliğe uğramıştır. İlk teorisinde, nörofizyolojik bir süreç olarak ele aldığı anksiyeteyi biyolojik kavramlarla açıklayarak, anksiyete ile fizyolojik gereksinimler arasında ilişki olabileceğini öne sürmüştür. (Levitt, 2015)

Özellikle cinsellik gibi libidinal dürtüler doyum sağlayamazsa veya bastırılırsa anksiyeteye neden olabilmektedir. (Tükel, 2015) Freud, ilk kuramında kaygının bastırılan cinsel arzudan kaynaklandığını ileri sürmüştür. (Özakkaş, 2016) Daha sonra yapmış olduğu klinik gözlemler ve Küçük Hans vakası, anksiyetenin işleyişi üzerine yapmış olduğu açıklamalarında değişikliklerde bulunmasına neden olmuştur. (Rycroft, 1988; Tükel, 2015)

Bastırılmış libidinal dürtülerin anksiyeteye neden olmasının yerini, anksiyetenin uyarıcı bir sinyal işlevi görerek benliğin savunma mekanizmalarını harekete geçirmesi düşüncesi almıştır. (Zeidner ve Matthews, 2010) Yapısal teori çerçevesinde id,ego ve süperego gibi kişiliğin bölümleri arasındaki çatışmalar, kaygının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Anksiyetenin sinyal teorisine göre, bilinçdışında bulunan düşünce, istek, arzu, fantezi veya duygular bilinçli farkındalığa gelmeye başlarsa anksiyete bir sinyal işlevi görerek kişiliğin bir bölümü olan egoyu uyarır. (McWilliams, 2017) Ego harekete geçerek bilinçdışı materyal bilinç alanına geldiğinde kişinin deneyimleyeceği yoğun korku, kaygı veya panikten kişiyi korumak için bastırma, bedenselleştirme, inkar veya yer değiştirme gibi savunma mekanizmalarını kullanır. (Mawson, 2019) Bu teoriye göre, kaygının temel işlevi biyolojik ve psikolojik dengenin sağlanmasıdır. (Obaid, 2012)

Freud, kaygıyı üçe ayırmıştır: Nesnel, nevrotik ve ahlaki kaygı. Bu üç temel anksiyete kişiliğin altbenlik, benlik ve üstbenlik gibi bölümleri arasındaki çatışmaları sonucunda ortaya çıkmaktadır. Freud'un özellikle üzerinde durduğu önemli konu ise nevrotik anksiyete ile nesnel ve ahlaki anksiyete arasındaki farklılıklardır. Nesnel kaygının temelleri dış dünyaya dayanmaktadır. Bireyin çevresinde nesnel olarak tehdit edici bir durumun varlığı bu tarz bir anksiyetenin deneyimlenmesine neden olmaktadır. (Burger,2016) Nesnel kaygıda kişi, duygusal uyarılmalara veya değişikliklere neden olan dış dünyadaki tehlikeli uyarının bilincindedir. (Burger, 2016) Tehdit edici olarak algılanan uyarın egoyu harekete geçirir. Ego, içinde bulunulan çevreyle uyumlu bir şekilde var olan tehdit ile başa çıkmaya çalışır. (Zeidner ve Matthews, 2010)

Nevrotik kaygı, cinsellik veya saldırganlık gibi alt benliğin ilkel dürtülerinin bilinçli farkındalık düzeyine çıkmak üzere olduğu zamanlarda deneyimlenir. (Horwitz, 2013) Ego bu noktada bilinçdışı dürtüleri bilinç alanından uzaklaştırmak için savunma mekanizmalarını kullanır.

Ahlaki kaygı, alt benliğin fizyolojik gereksinimleri ile üstbenlik tarafından temsil edilen toplumsal yapının ideal ve etik değerleri arasındaki çatışmadan kaynaklanmaktadır. (Burger, 2016) Birey, toplumun ahlaki standartlarına ters düşen bir davranışta bulunursa süper egonun cezasıyla karşılaşabilir. Bu ceza,ahlaki kaygının temellerini oluşturarak suçluluk ve utanç gibi olumsuz duyguların deneyimlenmesine neden olur. (Zeidner ve Matthews, 2010)

### 2.2.2. Bilişsel Yaklaşım

Bilişsel yaklaşıma göre, bireylerin karşılaştıkları uyarınları yorumlama ve değerlendirme biçimleri kaygı, korku veya panik gibi olumsuz duyguların ortaya çıkmasında kilit bir rol oynamaktadır. Bireylerin karşı karşıya kaldıkları durumlara kıyasla bu durumları değerlendirme biçimleri anksiyetenin ortaya çıkmasında daha etkili olabilmektedir. (Clark ve Beck, 2009) Diğer bir ifadeyle, bilişsel yaklaşımı benimseyen kuramcılar anksiyetenin ortaya çıkmasında ve devam etmesinde birincil etkenin düşünme süreci olduğunu öne sürerler. (Champion ve Power, 2000)

Anksiyetenin ortaya çıkmasında önemli bir rolü olan değerlendirme süreci, kendi arasında üçe ayrılabilir: Birincil değerlendirme, ikincil değerlendirme ve yeniden değerlendirme. (Eysenck, 1997) Birincil değerlendirme süreci, tehdidin doğasına yöneliktir. Birey, olası tehlike durumunu değerlendirerek bu tehlike durumunun yaşamsal olanaklarını ne ölçüde etkileyebileceğini değerlendirilir. (Eysenck, 1997) İkincil değerlendirme esnasında birey, olası tehdit edici durumla karşı karşıya kalırsa bu durumla baş etmek için kullanacağı başa çıkma kaynaklarını ve stratejilerini değerlendirir. (Riskind ve Hector, 2018) İkincil tehdit değerlendirmesi, birincil değerlendirmeden hemen sonra gerçekleşerek anksiyeteye yol açan tehlike algılamasını daha da kuvvetlendirebilir. (Eysenck, 1992) Yeniden değerlendirme aşamasında ise kişi eğer kaygı veya korku yaratan durumla karşılaşırsa savaş veya kaç gibi hangi başa çıkma mekanizmasını kullanacağını belirler. (Champion ve Power, 2000)

Maladaptif bilişler ile işlevsel olmayan tehlike şemaları bilişsel değerlendirme sürecine etki ederek anksiyetenin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Birey, tehdit edici bir durumla karşılaştığında, bu tehdit ile bağlantılı olan şemalar aktif hale gelmektedir. Şema aktif hale geldiğinde, bu şemayla bağlantılı duygu, beklenti, davranış kalıpları ve işlevsel olmayan bilişler ortaya çıkmaktadır. (Beck ve Clark, 2010; Beck ve Emery, 2019) Tehlike şemaları olarak adlandırılan bu bilişsel yapılar, tehdit edici olarak algılanan uyarıyı değerlendirerek bu uyarı ile ilgili bilgileri düzenler. (Beck ve Emery, 2019; Quimet, Gawronski ve Dozois, 2009)

**Tablo 1.** Birincil değerlendirme sürecinde kullanılan tehlike şemaları

Şema Türü	İşlevi
<b>*Bilişsel-Kavramsal Şema</b>	Tehdit edici durumla ilgili çıkarım veya değerlendirme yapmak için birincil değerlendirme esnasında kullanılan inanç, varsayım veya kuralları içerir. Bireyin kendisine ait bilgilerin yanı sıra içinde bulunduğu çevredeki içsel veya dışsal uyaran veya durumların tehlikeli olma durumuna yönelik bilgileri de içerir.
<b>*Davranışsal Şema</b>	Tehdit edici olarak algılanan uyarana karşı kullanılacak kaçma, kaçınma veya donma gibi erken dönem savunma tepkilerini içermektedir. Bireylerin tehdit edici olarak algıladığı durumlarda nasıl davranması gerektiği konusundaki bilgileri içeren bilişsel yapılardır.
<b>*Fizyolojik Şema</b>	Otonomik uyarılma ve fiziksel duyumlar ile ilgili bilgileri içermektedir. Bireylerin karşılaştıkları uyaranlar ile fizyolojik yanıtların değerlendirilmesini sağlarlar.
<b>*Duygusal Şema</b>	Gerginlik, ajitasyon veya sinirlilik gibi öznel emosyonları temsil etmektedir. Bu şemalar, dikkatin tehlikeli durumlara yöneltilmesini sağlayarak, organizmanın yaşamsal faaliyetlerinde kilit bir rol oynar.
<b>*Motivasyonel Şema</b>	Bu şemalar, bireyin tehdit edici olarak algıladığı uyarandan kaçınmanın veya bu uyaranın tahmin edilemezliğini azaltmanın önemi hakkındaki bilgileri içerir. Davranışsal şemalarla birlikte işleyiş gösterir.

**Kaynak:** Clark, D. A., & Beck, A. T. 2009. Cognitive therapy of anxiety disorders : Science and practice. <https://ebookcentral.proquest.com/> adresinden alındı.



Agorafobili panik bozukluk tanısı almış bir bireyin, alışveriş merkezi gibi kapalı bir ortamda bulunduğu zaman tehlike şeması aktif hale gelebilmektedir. Ardından, bu şemayla bağlantılı işlevsel olmayan bilişler ortaya çıkmaktadır. Bu bilişler, kişinin içinde bulunduğu durumu tehlikeli olarak algılamasına neden olarak, anksiyetenin emosyonel ve fizyolojik bölümlerini harekete geçirir. Tehlike şemalarının uzun bir süre boyunca aktif olması, anksiyete bozukluklarında görülen semptomların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. (Beck ve Emery, 2019; Eysenck, 1997)

Bilişsel yaklaşıma göre anksiyete bozukluklarındaki asıl etken kişinin karşılaştığı durum veya uyarınları sürekli olarak tehlikeli olarak yorumlamasıdır. Birey çevresi, kendisi veya geleceği hakkındaki bilgileri tehlikeli olarak yorumlama biçiminde bir bilgi işleme hatası yapmaktadır. (Champion ve Power, 2000)

### **2.2.3. Biyolojik Yaklaşım**

Kompleks bir yapı olarak anksiyete, birçok farklı biyolojik yapı ve nörokimyasal ile yakından ilişkilidir. Organizma, içinde yaşadığı çevrede tehdit edici bir uyarınlara karşılaştığında, duyu organları aracılığıyla çevreden toplanan bilgi hipotalamusa iletilir. (Spielberger, 1972)

Hipotalamus, otonom sinir sistemi ile çeşitli nörokimyasalların salınımından sorumlu endokrin sistemi kontrol ederek çevredeki uyarınlara karşı gösterilen duygusal tepkilerin düzenlenmesinde kilit bir role sahiptir. (McClean ve Woody, 2001) Reseptörlerden gelen duyu bilgileri aracılığıyla harekete geçen hipotalamus, adrenalin bezini epinefrin ve norepinefrin gibi kimyasalları salgılaması için uyarır. (Grillon, Charney ve Bremner, 1998) Kimyasallar, bütün kan dolaşımı boyunca ilerleyerek organizmayı tehlikeli duruma karşı harekete geçmesi için hazır hale getirir. Bu süreçte bazı fizyolojik değişimler ortaya çıkmaktadır. (McClean ve Woody, 2001)

1-Organlara daha fazla kan iletilmesi için kalp atışları hızlanır.

2-Kana daha fazla oksijen alınması için nefes alışveriş hızı artar.

3-Vücut içindeki enerji baştan ve gövdeden uzağa, uzuvlara doğru yeniden dağıtılır.

4-Terleme meydana gelir.

Birçok anksiyete semptomu sempatik ve parasempatik sinir sistemlerinin harekete geçmesiyle ortaya çıkar ve doğası gereği fizyolojik temellere sahiptir. (Beck ve Emery, 2019) Son yıllarda anksiyetenin nörofizyolojik kökenlerine dair yapılan çalışmalarda, kronik kaygı seviyesi yüksek olan kişilerin, kaygı yaratıcı herhangi bir uyaran ile karşılaşmalar dahi yüksek otonomik uyarılma düzeyine sahip oldukları bulunmuştur. (Zeidner ve Matthews, 2010) Organizmayı, savaş veya kaç gibi savunma tepkilerine hazırlayan anksiyete semptomları, organizmanın vücut bütünlüğünü korumasına olanak sağlamak gibi önemli bir işleve hizmet eder.

Kaygının sinirsel temelleri üzerine yapılan çalışmalarda, hipotalamus dışında amigdalanın anksiyöz tepkilerle yakından ilişkili olabileceği bulunmuştur. Yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında, “Duygulara açılan duyuşal geçit” olarak tanımlanan amigdalanın, kaygı verici uyaranlarla karşılaşıldığında aktif hale geldiği saptanmıştır. (Aggleton ve Miskhin, 1984; Le Daux, 1998) Bir grup araştırmacı tarafından yapılan bir deneyde, kaygı veya korku yaratan insan yüzlerine ait resimlere maruz kalmanın amigdala tepkisini uyandırdığı tespit edilmiştir. (Kubota, Sato, Murai, Toichi, İkedo ve Semgoku, 2000; Zeidner ve Matthews, 2010)

### **2.3. Anksiyete Bozuklukları**

Anksiyete, organizmayı potansiyel tehlikelere karşı uyarmak ve harekete geçirmek gibi kritik bir role sahiptir. Optimal seviyeyi geçtiğinde insanların yaşamlarında ciddi sorunlara yol açan anksiyete, yirminci yüzyılla beraber çağın en dikkat çekici başlıklarından birisi olmuştur. Hem teorisyenlerin hem de bilim insanlarının anksiyete üzerine olan ilgilerinin artmasındaki en önemli etkenlerden bir tanesi, anksiyetenin genel popülasyon içinde pek çok insanı etkilemesidir. Anksiyetenin insanlar üzerindeki etkilerinin araştırıldığı bir meta analizde, 1950 ile 2000 yılları arasında yapılan araştırmalardaki kaygı ortalamaları incelenmiştir. (Twenge, 2000) Anksiyete ortalamalarının bu zaman dilimi içerisinde artış gösterdiği saptanmıştır. (Twenge, 2000) 2000 yılındaki bir çocuğun anksiyete düzeyinin 1950’lerdeki çocuk psikiyatri hastalarının anksiyete düzeylerinden daha yüksek çıktığı saptanmıştır. (Twenge, 2000) Anksiyetenin giderek daha fazla insanı etkilediğini ortaya çıkaran diğer bir araştırma, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmıştır. Hollanda, ABD, Türkiye ve Meksika gibi farklı ülkelerde yapılan çalışmalar

sonucunda, anksiyete ve stresle bağlantılı sorunların giderek yaygınlaştığı sonucuna varılmıştır. (Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky ve Wittchen, 2012)

Anksiyete bozukluklarında görülen kaygı, bütün insanların hayatın hemen hemen her bölümünde deneyimlediği günlük anksiyeteden farklıdır. Anksiyete bozukluklarının temel karakteristik özelliği patolojik kaygıdır. Patolojik kaygı; kronik, aşırı, mantıksız ve yayılmacıdır. Patolojik anksiyete, tüm anksiyete bozukluklarının ortak özelliğidir. Bununla beraber bu bozukluklar kaygıya ve kaçınmaya neden olan durum veya nesne, bunlarla bağlantılı bilişler ve görülme süresi bakımından farklılıklar göstermektedir. (APA, 2015)

Anksiyete bozuklukları ilk kez DSM'nin üçüncü versiyonunda anksiyete bozuklukları başlığı altında sınıflandırılırken daha önceki versiyonlarında nevroz başlığı altında kategorize edilmiştir. (Barlow, 2001) DSM'nin en güncel versiyonunda anksiyete bozuklukları on başlık altında ele alınmaktadır: Panik bozukluk, agorafobi, özgül fobi, sosyal anksiyete bozukluğu, seçici konuşmazlık, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılma kaygısı bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan kaygı bozukluğu. (Morrison, 2017)

Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, anksiyete bozukluklarının hem normal hem de klinik popülasyonda en çok karşılaşılan psikiyatrik bozukluklar içerisinde yer aldığını göstermektedir. (Bandelow ve Michaelis, 2015) Kullanılan ölçme ve değerlendirme tekniklerindeki farklılıklar nedeniyle anksiyete bozukluklarının prevalansına dair oranlar çalışmalar arasında farklılık göstermektedir. ABD'de yapılan kapsamlı bir çalışmada, yetişkinlerin yüzde 28'inin yaşamlarının belli bir noktasında en az bir anksiyete bozukluğunun tanı kriterlerini karşıladığı bulgusuna ulaşılmıştır. (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Walters ve Merikangas, 2005) Kanada'da on ile on sekiz yaş aralığındaki 1200 çocuğun yer aldığı bir araştırmada, anksiyete bozukluğu oranı yüzde on sekiz olarak bulunmuştur. (Romano, Tremblay, Zoccolillo ve Pagani, 2001) Anksiyetenin yaş gruplarıyla arasındaki ilişkisinin incelendiği bir araştırmada; anksiyete bozukluklarının genel olarak çocukluk, ergenlik veya genç yetişkinlikte başladığı, anksiyete seviyelerinin yaşlılara göre gençlerde daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. (Kessler vd., 2005; Vanin ve Helsley, 2007) Daha yaşlı kişiler üzerinde yapılan bir çalışmada ise kaygı bozukluklarının bir aylık prevalansı yüzde 7.8 olarak saptanmıştır. (Regier, Boyd, Burke, Rae, Myers, Kramer, Robins ve Locke, 1988)

### 2.3.1. Panik Bozukluk

Panik sözcüğünün kökeni, Antik Yunan'da düşmanları üzerinde korku ve paniğe neden olduğu düşünülen Yunan tanrısı Panikos'a dayanmaktadır. (Beck ve Emery, 2019) Panik; yoğun, ani ve güçlü dehşet duygusu olarak tanımlanabilir. 16.Yüzyıl'da Fransızlar panik atakları terör paniği olarak adlandırmıştır. (Angst, 1998; Baker, 2003) 1603'te İngiliz bir yazar, panik atakları panik terörü olarak adlandırarak, hiçbir gerçek tehlikeli bir sebep olmadan ortaya çıkan ani korkular olarak tanımlamıştır. (Angst, 1998; Baker, 2003) 1884'te Freud, psikiyatri tarihinde ilk kez panik atakların doğru tanımını vererek, panik atakları 'anksiyete atakları' olarak adlandırmıştır. (Angst, 1998) 1980 tarihinde ise Amerikan Psikiyatri Birliği panik atakları DSM 'ye dahil etmiştir. (Baker, 2003) Fransız Devrimi, İkinci Dünya Savaşı ve Amerikan İç Savaşı gibi savaşlardan sonra kaygı atakları ve kardiyak semptomlar gösteren askerlerin tıbbi gözlemleri, panik bozukluğun temellerini oluşturmaktadır. (Angst, 1998) Tarihsel süreç içerisinde panik bozukluk; efor sendromu, asker kalbi, irritable kalp sendromu ve da Costa sendromu gibi pek çok farklı terimle ifade edilmiştir. (Angst,1998; Özakkaş, 2016)

Panik bozukluk, tekrarlayan panik ataklarla karakterize bir psikiyatrik bozukluktur. Panik atak, tek başına kodlanabilir bir bozukluk olmamakla beraber, anksiyete bozuklukları ve duygu durum bozuklukları gibi pek çok farklı ruhsal duruma eşlik edebilmektedir. (Morrison, 2017) Panik atak; aniden başlayan, on dakika gibi kısa bir süre içerisinde zirveye ulaşan, çeşitli fiziksel semptomlar ile katastrofik bilişlerin eşlik ettiği korku ve dehşet duygusu olarak tanımlanabilir. Panik atak sırasında görülen fiziksel semptomlar, birinci ve ikinci derece olarak ikiye ayrılmaktadır. Birinci derece fiziksel semptomlar; taşikardi, kalp çarpıntısı, baş dönmesi, bayılma hissi, nefes darlığı, boğulma hissi, göğüs ağrısı, terleme veya titreme iken ikinci derece fiziksel semptomlar; sıcak veya soğuk basması, uyuşma-karıncaalma hissi ve mide bulantısıdır. (Drenckhan, Rist, Richter, Lang, Alpers ve Fehm, 2014; Morrison, 2017)

Panik atak sırasında kişi kendini kontrol edemeyeceği, aklını kaybedeceği, bayılacağı, kalp krizi geçireceği, utanç verici bir şekilde davranacağı, çılgınlık atacağı, felç geçireceği veya komik bir biçimde konuşacağı şeklinde bilişlere sahip olabilir. (APA, 2015) Bu tarz katastrofik değerlendirmeler, panik atak sırasında deneyimlenen

kaygının yoğunluğunu arttırarak fiziksel semptomların şiddetini daha da arttırabilir. (Hedley, Hoffart, Dammen, Ekeberg ve Friis, 2000)

Panik atak deneyimleyen kişiler, genellikle bekledikleri olumsuz sonuçlarla karşılaşmazlar fakat bu durum katastrofik bilişlerini azaltmaz. Bu kişilerde, gelecekte panik atağın olumsuz sonuçları ile karşılaşacaklarına dair inançları devamlılığını sürdürür. (Clark ve Ehlers, 1993)

DSM 'ye göre panik ataklar dört farklı türe ayrılmaktadır: Beklenmeyen/belirtisiz, nokturnal, belirtili/duruma bağlı ve durumsal eğilimli ataklar. (Beurs, Lange, Balcom, Dyck ve Buikhuisen, 1996; Morrison,2017) Nokturnal ataklar uyku sırasında ortaya çıkan ataklardır. (Morrison, 2017) Herhangi bir obje, olay veya durum ile bağlantısı olmadan ortaya çıkan ataklara ise belirtisiz ataklar adı verilir.

Duruma bağık ataklar çok güçlü ataklardır. Atağa neden olan belirli bir durum veya uyarana maruz kalındığında her zaman ortaya çıkmaktadır. (Morrison, 2017 ;Street, Craske ve Barlow, 1989) Araba sürmek, uçakla seyahat etmek, alışveriş merkezinde bulunmak veya bir sırada beklemek durumsal ataklara neden olabilir. Durumsal eğilimli ataklar, her zaman olmamakla beraber tetikleyici durumlara maruz kalındığında ortaya çıkan ataklardır. (APA, 2015) Duruma bağık ataklardan farklı olarak, tetikleyici uyarıların atağa neden olma gücü daha düşüktür ve her maruz kalındığında atağa neden olmaz. (Morrison, 2017; Starcevic, 2004)

Panik bozukluğun bileşenleri; panik ataklar, beklenti anksiyetesi ve kaçınma davranışı olarak üçe ayrılabilir. Tekrarlayıcı ve aniden ortaya çıkan panik ataklar, panik bozukluğun en belirgin özelliğidir. Panik bozukluğun diğer bir ayırt edici özelliği, beklenti anksiyetesidir. Beklenti anksiyetesi, tekrar panik atak yaşanacağına ve bu atağın fiziksel, psikolojik ve sosyal sonuçlarına yönelik deneyimlenen kalıcı ve sürekli korku olarak tanımlanabilir. (Tükel, 2002) Panik bozukluk yaşayan kişiler, yaşadıkları bu yoğun korkuyla başa çıkmak için panik ataklara neden olduğunu düşündükleri uyarıcı veya durumlardan kaçınmaya çalışırlar. (Craske ve Barlow, 1988)

Panik bozukluk, hem normal hem de klinik popülasyon içerisinde en çok karşılaşılan psikiyatrik bozukluklar arasında yer almaktadır. Avrupa merkezli olarak farklı ülkelerde yapılan çalışmaların sonuçlarına göre, panik bozukluğun on iki aylık prevalansı yüzde 0.3 ile 3.1 arasında değişmektedir. (Godwinn, Faravelli, Rosi,Cosci,

Truglia, Graaf ve Wittchen, 2005) Kadınlarda erkeklere göre görülme oranı daha fazla olmakla beraber genellikle yirmili yaşlarda ortaya çıkmaktadır. (Starcevic, 2004)

### **2.3.2. Agorafobi**

Agora kelimesi, Yunanca “pazar yeri” anlamına gelmektedir. (Morrison, 2017) Genellikle Antik Yunanistan’da binaların veya tapınkların bulunduğu şehir merkezlerindeki açık alanlara verilen isimdir. (Morrison, 2017) Agorafobi terimi, tıbbi literatürde ilk kez Alman doktor ve fizikçi Carl Friedrich Westfalen tarafından kullanılmıştır. (Foa, Young ve Steketee, 1984; Pollard ve White 2003) Westfalen, açık alanlarda bulunmaktan, kiliseye gitmekten veya trenlere binmekten korkan hastalarıyla yapmış olduğu klinik gözlemler sonucunda agorafobi terimini “boşluk korkusu” anlamında kullanmıştır. (Pollard ve White, 2003)

Günümüzde agorafobi, panik atak veya panik atak benzeri semptomlar ortaya çıktığında kişinin yardıma ulaşmasının zor veya imkansız olacağını düşündüğü yerlerden korkması ve kaçınması olarak tanımlanabilir. (Morrison, 2017) Agorafobik kişilerin düşünce süreçlerine bakıldığında, gösterilen davranışsal kaçınma ve yaşanan anksiyete ile bağlantılı iki temel inanca sahip oldukları görülmektedir. Birincisi, özellikle panik atak sırasında acil kaçışın zor olacağı kapalı bir yerde bulunmak tehlikelidir şeklinde iken ikincisi, profesyonel medikal yardımın kolayca ulaşılabilir olmaması tehlikelidir biçimindedir. (Starcevic, 2004) Bu tarz tehlike odaklı inançlar, agorafobik kişilerin pek çok durum, nesne veya yerden kaçınmasına neden olmaktadır. Tek başına seyahat etme, araba kullanma veya evden ayrılma, kalabalık alanlarda bulunma, toplu taşıma araçlarını kullanma, köprü, asansör veya tünelleri kullanma, restoran, sinema, tiyatro, alışveriş merkezi gibi sosyal alanlarda bulunmak veya bir sırada beklemek, agorafobik kişilerin korktuğu veya kaçındığı durumlara örnek olarak gösterilebilir. (APA, 2015) Aynı zamanda, agorafobik kişiler ağır eşyalar kaldırmak, çikolata yemek, heyecan verici filmler izlemek, dans etmek, spor yapmak, kahve içmek, öfkelenmek gibi yaygın interoseptif aktivitelerden kaçınabilirler. (Barlow, 2001) Son yıllarda yapılan çalışmalar, agorafobinin psikopatolojisinde işlevsel olmayan bilişlerin dışında hatalı imgelerin de merkezi bir role sahip olduğunu göstermektedir. Agorafobik kişilerden bazıları, halka açık yerlere gitmeden önce rahatsız edici imgeler gördüklerini belirtirken bazıları halka açık yerlerde bulduklarında da bu imgeleri gördüklerini belirtmişlerdir. (Beck ve Emery, 2019)

İngeler saldırıya uğramak, düşmek, bayılmak, ciddi kazalar geçirmek, rezil olmak, küçük düşürülmek gibi temaları kapsamaktadır. (Beck ve Emery, 2019)

Agorafobik korkunun bileşenleri üçe ayrılmaktadır: Dışsal tehlike sinyalleri, içsel tehlike sinyalleri ve katastrofik bilişler. (Pollard ve White, 2003) Agorafobik korkunun birinci bileşeni, kişiye tehlike sinyali göndererek kaygı ve korkuya neden olan durumlar, yerler veya aktiviteler olarak ifade edilebilir. Köprü üstünde araba sürmek, trafikte sıkışmak, diğer insanlar önünde yemek yemek veya sosyal aktivitelere katılmak, agorafobik kişilerde tehlike sinyallerine neden olan dışsal uyarıcılara örnek gösterilebilir. (Pollard ve White, 2003)

Agorafobik kişiler tarafından deneyimlenen diğer bir korku ise, çoğu zaman yoğun bir şekilde deneyimlenen anksiyetenin başlangıcından önce ortaya çıkan panik atak benzeri içsel fizyolojik duyumlardan oluşmaktadır. (Simon, Hollander, Stein ve Rothbaum, 2020) Sıcak basması, terleme, nefes almakta güçlük, titreme, ayaklarda güçsüzlük gibi fiziksel belirtiler içsel tehlike sinyallerini oluşturmaktadır. (Pollard ve White, 2003) Fizyolojik değişimlere yönelik aşırı hassasiyet, genellikle birey tehlikeli olarak algıladığı bir durumun içerisindeyken ortaya çıkmaktadır. (Goldstein ve Chambless, 1978; Pollard ve White, 2003)

Agorafobik korkunun son bileşenini katastrofik bilişler oluşturmaktadır. Bireyler, içinde buldukları durumları veya içsel fizyolojik değişimleri felaketleştirici bir şekilde yorumlama eğilimindedirler. Katastrofik bilişler sosyal (eleştirilme, aşağılanma, reddedilme, utanç) fiziksel (kalp krizi, felç geçirme) veya psikolojik (aklını kaybetme, delirme, kontrolünü kaybetme) olarak üçe ayrılmaktadır. (APA, 2015; Morrison, 2017)

Agorafobinin epidemiyolojisi üzerine yapılan çalışmalara bakıldığında, kadınlarda erkeklere göre ortaya çıkma riski iki kat daha fazladır. (Morrison, 2017) Her yıl ergenlerin veya yetişkinlerin yüzde 1.7'sinin agorafobi tanısı aldığı görülmektedir. (APA, 2015) Yaşlılar üzerinde yapılan farklı bir çalışmada, agorafobinin on iki aylık prevalansı 55 yaş ve üzerinde yüzde 0.6 iken 65 yaş ve üzerinde yüzde 0.4 olarak bulunmuştur. (McCabe, Cairney, Herrmann, Steiner ve Veldhuizen, 2006) Tüm yaş gruplarında görülmekle beraber genellikle ergenliğin sonları veya erken yetişkinlikte ortaya çıkmaktadır. (APA, 2015)

### 2.3.3. Özgül Fobi

İnsanlar, normal gelişim süreci boyunca farklı durum ve uyaranlar karşısında bir dizi korku deneyimler. Korku, doğası gereği geçici olmasına rağmen, bazı kişilerde bu durum kronik bir seyir izleyerek bireylerin yaşamlarında ciddi sıkıntılara veya bozulmalara yol açabilmektedir. (Muris, Gadet, Moualert ve Merckelbach, 2000; Villabo, Kristensen ve Campton, 2019) Özgül fobi, belirli uyaran veya durumların varlığında ortaya çıkan aşırı ve nedensiz korku ve kaygı ile karakterize ruhsal bir bozukluk olarak tanımlanabilir.

Bireyler, kaygı veya korkularının mantıksız veya içinde bulunulan durumla orantısız olduğunun farkındadırlar fakat deneyimlenen olumsuz duygularla baş etmek konusunda zorluk yaşamaktadırlar. (Vanin ve Helsley, 2007) Bireyler, başa çıkma stratejisi olarak fobik nesne veya durumdan kaçınırlar. Kaçınma mümkün değilse yoğun korku ve kaygıyla içinde buldukları duruma katlanırlar. (Morrison, 2017)

Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, özgül korku ve fobilerin normal popülasyon içinde oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. Normal nüfusun yüzde 41 ile 50'si yaşamları boyunca spesifik korkular deneyimlemektedir. (Depla, Have, Balkom ve Graaf, 2008) Özgül fobi, en yaygın görülen psikiyatrik bozukluklar arasında yer almaktadır. Son zamanlarda yapılan geniş kapsamlı bir araştırmada, özgül fobinin yaşam boyu prevalansı yüzde 12, bir yıllık prevalansı yüzde 9 olarak hesaplanmıştır. (Kessler vd., 2005) Özgül fobinin prevalansı üzerinde cinsiyet ve yaş faktörleri önemli etkilere sahiptir. Özgül fobi, kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülmektedir. (APA, 2015; Morrison,2017) Yaşla arasındaki ilişkiye bakıldığında, özgül fobi normal popülasyondaki gençlerin yüzde 10'unu etkilerken klinik popülasyonda bu oran yüzde 20'dir. (Bener, Ghuloum ve Dafeeah, 2011) Genel olarak özgül fobi yaşlılara göre ergenler veya genç yetişkinler arasında daha sıklıkla ortaya çıkmaktadır. Yapılan bir çalışmada, özgül fobinin görülme sıklığı 13 ile 18 yaş arasındaki kişilerde yüzde 18, 20 ile 60 yaş arasındaki kişilerde yüzde 14 , 60 ile 84 yaş arasındaki kişilerde yüzde 5 olarak tespit edilmiştir. (Byers, Yaffe, Covinsky, Friedman ve Bruce, 2010)

Mevcut tanısal sistemlerde, özgül fobi pek çok farklı alt türe ayrılmaktadır. DSM-5 'e göre özgül fobinin alt türleri dörde ayrılmaktadır: Hayvan tipi, doğal çevre tipi, kan-enjeksiyon-yaralanma tipi ve durumsal tip. (Morrison, 2017)



Kan-enjeksiyon-yaralanma tipi, genellikle özgül fobinin diğer alt türlerinden fobik nesneye gösterilen tepki açısından farklılık göstermektedir. Diğer alt türlerden farklı olarak, fobik uyarana maruz kalındığında patofizyolojik bir tepki ortaya çıkabilmektedir. (Starcevic, 2004) Kan veya birisinin yaralandığını görmek veya iğne olmak patofizyolojik tepkiye neden olabilen fobik durumlardır. (Stein ve Matsunaga, 2006; Vanin ve Helsley, 2007) Bu tarz durumlara maruz kalan kişilerde, ilk olarak kalp atışları hızlanır ve kan basıncı artar. Ardından, düşük tansiyon ve nabız sonucunda vazovagal tepki ortaya çıkar. (Fyer, 1998; Starcevic, 2004) Vakaların yüzde yetmiş beşinde fobik durumlara verilen tepki bayılma ile sonuçlanmaktadır. (Ritz, Ayala ve Meuret, 2010)

**Tablo 2.** Özgül fobinin alt tipleri ve karakteristik özellikleri

<b>Kriter</b>	<b>Hayvan Tipi</b>	<b>Doğal Çevre Tipi</b>	<b>Kan-enjeksiyon-yaralanma tipi</b>	<b>Durumsal tip</b>
<b>Başlama zamanı</b>	6.3-9.2 yaş	6.5-13.6 yaş	5.5-9.4 yaş	13.4-21.8 yaş
<b>Kadın-erkek oranı</b>	Kadın>Erkek	Kadın>Erkek	Kadın>Erkek	Kadın>Erkek
<b>Panik ataklar</b>	Yok	Yok	Yok	Var
<b>Ailesel geçiş</b>	Daha düşük	Daha düşük	Daha yüksek	Daha Yüksek
<b>Prevalansı</b>	%3.3-%5.7	%4.9-%11.6	%3.2-%4.5	%5.2-%8.3

**Kaynak:** Starcevic, V. 2009. Anxiety disorders in adults a clinical guide. New York. Oxford University Press, Incorporated. <https://ebookcentral.proquest.com> adresinden alındı

#### 2.3.4. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu, bazı teorisyenler tarafından tüm anksiyete ve duygu durum bozukluklarının temel klinik belirtilerini kapsayan “temel bozukluk” olarak ifade edilmiştir. (Barlow, 2001; Compton, Villabo ve Kristensen, 2019) Yaygın anksiyete bozukluğunun en belirleyici klinik belirtisi kronik, spesifik olmayan, aşırı ve yoğun, kontrol edilmesi veya durdurulması güç, sıkıntı veya işlevsellikte bozulmalara yol açan patolojik anksiyetedir. (Mclean ve Woody, 2001) Bireylerin, kontrol etmekte güçlük çektiği kaygıları iş, sağlık, maddi durum, eğitim hayatı, aile ilişkileri veya sosyal ilişkiler gibi günlük hayatın pek çok farklı alanını kapsayabilmektedir. (APA, 2015) Pensilvanya Eyalet Üniversitesi'ndeki araştırmacılar tarafından YAB tanısı almış kişilerde endişeye neden olan düşüncelerin içeriğini belirlemeye yönelik olarak yapılan çalışmada, YAB hastalarını endişelendiren ana şeylerin aile ve kişilerarası ilişkiler gibi oldukça sıradan şeyler olduğu tespit edilmiştir. (Barlow ve Rapee, 1991) Yaygın anksiyete bozukluğunda, patolojik kaygıya aynı zamanda yorgunluk, kas gerginliği, uyku sorunları, dikkat ve konsantrasyonda bozulmalar, ajitasyon, gerginlik, çabuk sinirlenme, gevşeyememe, aşırı tetikte olma hali veya huzursuzluk gibi zihinsel ve fiziksel belirtiler de eşlik edebilmektedir. (Fricchione, 2004; Morrison, 2017)

Yaygın anksiyete bozukluğunun gidişatına bakıldığında ise diğer anksiyete bozuklukları ile benzer özellikler gösterdiği görülmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu genellikle kronik bir seyir izlemektedir. (APA, 2015) Yaygın anksiyete bozukluğunun seyri üzerine yapılan bir çalışmada, başlangıç değerlendirmesinde YAB tanısı almış katılımcıların on iki yıllık takibi yapılmıştır. On iki yıllık takip süresince katılımcıların yüzde 50'sinin devamlı olarak yaygın anksiyete bozukluğu semptomları yaşadığı tespit edilmiştir. (Bruce, Yonkers, Otto, Eisen, Weisberg, Pagano, Shea ve Keller, 2005) Aynı çalışmada, on iki yıllık süre içerisinde tamamen iyileşenlerin oranı yüzde 45, tamamen iyileşenlerin arasında YAB semptomlarının yinelenme oranı ise yüzde 50 olarak tespit edilmiştir. (Bruce vd., 2005) Bazı faktörler yaygın kaygı bozukluğunun süresi ve iyileşme olasılığını etkileyebilir. Bunların en başında gelen faktör ise diğer psikiyatrik bozukluklar ile olan komorbiditedir. Yapılan araştırmalarda, yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan kişilerin üçte birinin başka bir ruhsal bozuklukla eş tanı aldığı tespit edilmiştir. (Kessler, Keller ve Wittchen, 2001)

Yaygın anksiyete bozukluğu ile majör depresif bozukluk arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada, iki veya daha fazla YAB tanı kriterini karşılayan neredeyse tüm katılımcıların majör depresif bozukluk ile eş tanı aldığı tespit edilmiştir. (Emmelkamp ve Ehring, 2014) Kronik tıbbi durumların varlığı, kişilik bozuklukları, çatışmalı aile ilişkileri, evlilik sorunları, çevresel desteğin yetersiz olması, düşük sosyoekonomik düzey, cinsiyet ve yaş yaygın anksiyete bozukluğunun klinik seyrini etkileyen diğer faktörlerdir. (Weisberg, 2009)

Kontrol edilemeyen, yoğun ve süreğen kaygı bireylerin yaşamlarının pek çok noktasında ciddi bozulmalara yol açmaktadır. Yaygın anksiyete bozukluğunun bireyler üzerindeki etkileri mesleki, kişilerarası ve fiziksel olarak üçe ayrılabilir. Yapılan çalışmalar, yaygın anksiyete bozukluğu ile fiziksel sağlık arasında yakın bir ilişkinin olduğunu ortaya koymuştur. (Olfson ve Gamerof, 2007) Yaygın anksiyete bozukluğu, fiziksel sağlık için olumsuz sonuçlara neden olabilecek somatik semptomlar içermektedir. (APA, 2015) YAB tanısı almış kişiler, sıklıkla göğüs ağrısı şikayetiyle tıbbi yardıma başvurabilir veya tedavi arayabilir. (Carter ve Maddock, 1992) Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış kişilerin, normal popülasyondaki diğer kişilere göre sürekli olarak hasta hissettiklerini bildirme olasılıkları daha yüksektir. (Harter, Conway ve Merikangas, 2003) YAB'ın bilişsel ve duygusal belirtileri bireylerin mesleki yaşamında da ciddi etkilere sahiptir. Hiçbir psikolojik bozukluk tanısı almamış kontrol grubuna göre, YAB tanısı almış kişiler işi kaçırdıkları gün sayısının daha fazla olduğunu bildirmektedir. (Beesdo, Kessler, Wittchen, Krause, Höfler ve Hoyer, 2002; Emmelkamp ve Ehring, 2014)

Yaygın anksiyete bozukluğu, bireylerin kişilerarası ilişkilerini de önemli derecede etkilemektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış kişiler sıklıkla diğer insanlarla kurdukları ilişkiler konusunda endişelenirler. (Morrison, 2017) Bu kişilerin aile üyeleri, arkadaşları veya partnerleri ile kurdukları ilişkilerden memnun olmadıklarını bildirme olasılıkları sağlıklı kişilere göre daha fazladır. (Whisman, Sheldon ve Gocring, 2000) YAB tanısı almış kişilerin diğer kişilere oranla yakın arkadaşları olmadığını bildirme olasılıkları daha fazladır ve yüksek oranda evlilikleriyle ilgili memnuniyetsizlik bildirirler. (Whisman vd., 2000)

Yaygın anksiyete bozukluğu üzerine yapılan epidemiyolojik çalışmalar, YAB'ın en çok karşılaşılan kaygı bozuklukları arasında olduğunu göstermektedir. Diğer kaygı bozukluklarına kıyasla gerginliğin daha hafif olması, panik atakların eşlik etmemesi veya belirtilerin daha dağınık olması YAB'ın teşhisini zorlaştırmaktadır. (Morrison, 2017) Yaygın anksiyete bozukluğunun görülme sıklığı üzerine yapılan tahminler, çalışmalar arasında farklılıklar göstermekle beraber prevalans oranları %0.2 ile %10.8 arasında değişmektedir. (Woodward ve Ferguson, 2001) Prevalans oranları yaşa ve cinsiyete göre değişiklik gösterebilmektedir. Yakın tarihte yapılan meta analitik bir çalışmada, çocuklar ve ergenler için yaygın anksiyete bozukluğu yaygınlığı yüzde 1.9 olarak tespit edilmiştir. (Costello, Egger, Copeland, Erkanlı ve Angold, 2011) ABD'de yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada, YAB'ın yaşam boyu görülme oranı %5.7, on iki aylık prevalans oranı ise %3.1 olarak saptanmıştır. (Kessler vd., 2005) Avrupa'da yetişkinler üzerinde yapılan çalışmalarda ise yaşam boyu prevalans oranları %2.8 ile %6.4 arasında değişmektedir. (Lieb, Becker ve Altamura, 2005)

### **2.3.5. Sosyal Anksiyete Bozukluğu**

Sosyal anksiyete bozukluğu, sosyal etkileşim gerektiren durumlarda bireylerin deneyimledikleri anksiyete türü olarak tanımlanabilir. Bireylerin bu tarz ortamlarda eleştirileceğine, alay edileceğine, reddedileceğine veya utanç verici bir duruma düşeceğine yönelik algısı, sosyal anksiyetenin ortaya çıkmasında kilit bir rol oynamaktadır. (Morrison, 2017) Belirli sosyal durumlarda ortaya çıkan anksiyete üzerine ilk araştırmalar ve tanımlamalar Hipokrat tarafından yapılmıştır. (Marks, 1985)

Sosyal anksiyete bozukluğu üzerine ilk kuramsal açıklamaların 20.Yüzyıl'ın başlarında Janet tarafından yapılmış olmasına rağmen, bugün bildiğimiz şekliyle sosyal anksiyete bozukluğu ilk kez 1966 yılında Marks ve Gelder tarafından yapılmıştır. (Emmelkamp ve Ehring, 2014) Marks ve Gelder yaptıkları klinik gözlemler sonucunda, sosyal anksiyete yaşayan kişilerin sosyal ortamlarda bulunma, dışarıda biriyle buluşma, restoranda yemek yeme veya partilere katılma gibi pek çok alanı kapsayan korkularının bulunduğunu belirtmişlerdir. (Emmelkamp ve Ehring, 2014)

DSM 5'e göre sosyal anksiyete bozukluğunun en belirgin özelliği, bireylerin başkaları tarafından değerlendirilebileceği sosyal ortamlarda bulunduğu zaman ortaya çıkan yoğun, abartılı, gerçek dışı korku ve kaygıdır. (APA, 2015) Sosyal anksiyete bozukluğu yaşayan bir kişi, sosyal ortamlarda bulunduğu diğer kişiler tarafından endişeli, zayıf, çılgın, aptal, sıkıcı, korkutucu, kirli veya sevimsiz olarak değerlendirileceğinden endişe duyar. (APA, 2015; Schneider, Blanco, Antia ve Liebowitz, 2002) SAB tanısı almış kişilerde terleme, titreme veya yüz kızarması gibi anksiyete semptomlarının başkaları tarafından fark edileceği düşüncesi yoğun korku ve kaygıya neden olmaktadır. (Morrison, 2017) Topluluk içinde konuşma veya performans gerektiren bir görev yapma, halka açık tuvaletleri kullanma, yeni veya önemli bir kişiyle buluşma, iş toplantıları, partiler veya aile buluşmaları gibi sosyal aktivitelere katılma veya herhangi bir görevi yerine getirirken başkaları tarafından gözlemlenme, sosyal anksiyete bozukluğu teşhisi alan kişilerde anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. (APA, 2015; Bruce ve Saeed, 1999) Bireylerin deneyimledikleri yoğun ve rahatsız edici anksiyete ile başa çıkmada kullandıkları en temel mekanizma kaçınma davranışıdır. Kaçınma davranışı, partilere veya okula gitmeyi reddetme veya topluluk içinde konuşmama gibi daha kapsamlı olabildiği gibi göz temasından kaçınmak, dikkati başkalarına çevirmek veya bir konuşma metnine aşırı hazırlanmak gibi hemen göze çarpmayan bir şekilde ortaya çıkabilir. (Simpson, Neria, Lewis-Fernandez ve Schneier, 2010)

Sosyal anksiyete bozukluğunun klinik özellikleri dışında gidişatı, süresi ve bireyler üzerindeki etkisi önemli bir konu başlığıdır. SAB tanısı almış hastalar, herhangi bir tedavi görmezse, sosyal anksiyete bozukluğu tipik olarak kronik ve remisyonuz bir prognoza sahiptir. (APA, 2015) SAB'ın kronikliği üzerine yapılan bir çalışmaya göre, SAB tanısı almış katılımcılardan yüzde 9 ile 15'nin bu bozukluğa yaşamlarının geri kalanında sahip olduğu, üçte birinin 15 yıl boyunca SAB semptomları gösterdiği, geri kalanların ise 6 yıl boyunca sosyal anksiyete bozukluğu belirtileri göstermeye devam ettiği tespit edilmiştir. (Starcevic, 2004; Schneier, Johnson, Christopher, Liebowitz, Weissman ve Hornig, 1992)

## 2.4. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu

### 2.4.1. Ayrılma Anksiyetesi

Modern insanlık tarihi çok eski tarihlere kadar dayanmaktadır. Diğer canlılara veya organizmalara göre daha üstün zihinsel kapasiteye sahip olan insan türü; tarihsel süreç boyunca karmaşık araçlar yapmış, diğer insanlarla etkileşime girerek dil ve kültürün oluşmasını sağlamıştır. (Emmelkamp ve Ehring, 2014) İnsanların ortaya çıkardığı bu değişim ve gelişmeler, içinde buldukları çevresel etkenler tarafından daha az etkilenmelerine neden olmuştur. Ancak bu durum birbirlerinin desteğini ve iş birliğini gerektiren sosyal yapılar için bir dayanak oluşturmuştur. (Emmelkamp ve Ehring, 2014; Gilbert, 2001) Bu nedenle insanlar; olumlu akran ilişkileri geliştirmek, arzu edilen eşleri çekmek, güçlü bir ebeveyn figürü oluşturmak için veya başarılı kişilerarası ilişkiler kurmak için diğer insanlar tarafından onaylanmaya, beğenilmeye, kabul edilmeye veya sevilmeye yönelik ihtiyacı olan sosyal yaratıklar haline gelmişlerdir. (Tooby ve Cosmides, 1996) İnsanların diğer kişilere yönelik olan bu ihtiyacı, iki farklı bakış açısıyla açıklanabilir. Birinci bakış açısı, bebeklik çağındaki nesne ilişkileri ve bu ilişkilerin yaşamın ilerleyen dönemdeki etkileri üzerine dayanmaktadır. Bu bakış açısına göre; insanlar bebeklik döneminde hayatta kalmak veya ihtiyaçlarını karşılamak için diğer canlılara kıyasla bakım verenlere veya çevresine daha uzun bir süre bağımlı kalmaktadır. (Tükel, 2015) Bu nedenle, yaşamın erken dönemlerindeki biyolojik etkenler diğer insanlarla kurulan etkileşimlerin gerekliliği konusunda önemli bir rol oynamaktadır. (Tükel, 2015)

Diğer insanlar tarafından kabul edilmeme, terk edilme veya herhangi bir sosyal gruba dahil olamamanın yarattığı korku ve kaygıyı açıklamaya çalışan diğer bir yaklaşım evrimsel bakış açısıdır. Ayrılma anksiyetesini evrimsel bakış açısıyla açıklamaya çalışan teorisyenlere göre, ayrılma anksiyetesi ile toplumsal dışlanma arasında bir ilişki vardır. (Burger, 2016) Bu tarz bir duygusal deneyimin, insan ırkının yaşamını sürdürmesine yardımcı olduğu için yıllar içinde evrildiğini öne sürerler. (Burger, 2016) Bu yaklaşıma göre, bütün insanların diğerleriyle kişilerarası ilişkiler kurmaya veya belli bir gruba ait olmaya yönelik gereksinimi vardır. Birey, bu gereksinimin bir sonucu olarak herhangi bir kişi tarafından terk edildiğinde yoğun anksiyete, stres veya korku yaşar. (Baumeister ve Tice, 1990)

Teorisyenler ileri sürülen bu düşünceyi evrimsel nedenlere dayandırmaktadır. Herhangi bir grup içerisinde yaşayan ilkel insanın, herhangi bir gruba dahil olmayan veya tek başına yaşayanlara göre yaşamını devam ettirmesi, neslini sürdürmesi veya ihtiyaçlarını karşılaması daha kolay olmaktadır. (Barlow, 2001; Burger, 2016) Bu noktada, ayrılma anksiyetesi insanların ihtiyaçlarını karşılamasına, hayatta kalmasına veya neslini sürdürmesine yardımcı olmak gibi bir işleve sahiptir. (Buss, 1990) Diğer bir ifadeyle birincil bakım verenlere veya diğer kişilere yönelik fiziksel yakınlığı sürdürme dürtüsü veya ayrılma anksiyetesi, gelişimsel ve evrimsel açıdan tüm kaygı ve korku tepkilerinin prototipidir. (Manicavasagar ve Silove, 2020)

#### **2.4.2. Ayrılma Anksiyetesinin Gelişimi**

Ayrılma anksiyetesi, tüm bireylerde görülen evrensel bir fenomendir. (Eisen ve Schaefer, 2005; Marks, 1987) Gelişimsel açıdan bakıldığında, ayrılma anksiyetesi genellikle ilk dört ay içinde ortaya çıkmaktadır. (Eisen ve Schaefer, 2005) 7-8 yaşlarına doğru çocuğun özerkliğinin artmasıyla beraber ayrılma anksiyetesi normal gelişim sürecinin bir parçası olarak azalmaya başlamaktadır. (Eisen ve Schaefer, 2005; Silove ve Manicavasagar, 2020) Ayrılma anksiyetesinin gelişimsel seyri boyunca ortaya çıkan belirtiler, içinde bulunulan gelişimsel döneme göre farklılıklar göstermektedir. Küçük çocuklarda daha fazla somatik belirtiler görülürken, ergenler veya genç yetişkinlerde bilişsel belirtiler daha fazla görülmektedir. (Last, 1991; Manicavasagar ve Silove, 2020)

Gelişimsel süreç içerisinde, ayrılma anksiyetesi ile bağlanma biçimi ve mizaç arasında yakından bir ilişki bulunmaktadır. Bu iki faktör, ayrılma anksiyetesine karşı kişiyi koruyabileceği gibi ortaya çıkma ihtimalini de arttırabilir. Ayrılma anksiyetesini bağlanma kuramı çerçevesinde açıklayan ilk kişi Bowlby olmuştur. Bowlby'nin bağlanma teorisinin temellerini, psikanalitik teori oluşturmaktadır. Bağlanma; anne ile bebek arasında kurulan sıcak, seçici ve biyolojik olarak güdülenen bir bağ olarak tanımlanmaktadır. (Beidel ve Turner, 2005) Bağlanma biçimi tıpkı ayrılma anksiyetesi gibi hayatta kalma mekanizması olarak işlev görmektedir. (Stevenson-Hinde, 2007)

Bowlby, bağlanma kuramının ayrılık tepkileri ile ayrılma anksiyetesi bozukluğu yaşayan kişilerin gösterdikleri tepkilerin benzerlikler içerdiğini öne sürmektedir. (Cassidy ve Shaver, 2016) Teorisyenler, bağlanma biçimleri ile ayrılma anksiyetesi arasında ilişki olabileceğini öne sürmektedir.

Yapılan araştırmalara göre, bakım verenler ile güvenli bağlanma geliştiren kişilerin güvensiz bağlanma geliştiren yaşıtlarına göre daha fazla olumlu kişilerarası ilişkiler geliştirebildiği tespit edilmiştir. (Englund, Levy, Hyson ve Sroufe, 2000) Güvenli bağlanma geliştiren çocukların, ayrılma anksiyetesi bozukluğu geliştirmeye yönelik daha az yatkınlık gösterdiği görülmektedir. (Vasey ve Dadds, 2001) Buna karşın kaygılı veya kaçıngan bağlanma ile ayrılma anksiyetesi arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Bu tarz bağlanma özelliği gösteren kişilerin, ayrılma anksiyetesi bozukluğu başta olmak üzere yaşamlarının belirli bir noktasında herhangi bir anksiyete bozukluğu geliştirmeye yönelik yatkınlıkları daha fazladır. (Manicavasagar ve Silove, 2020)

Ayrılma anksiyetesinin gelişimi zerine Bowlby'ın dışında Freud ve Klein da psikanalitik temelli olmak üzere önemli açıklamalar getirmiştir. Melanie Klein'a göre ayrılma anksiyetesinin temelinde, bebeğin birincil bakım verilere beslediği ambivalans duygular yatmaktadır. Ona göre ayrılma anksiyetesi, çocuğun annesine karşı beslediği karşıt duyguların bir sonucu olarak anne ortadan kaybolduğunda veya ayrılık gerçekleştiğinde çocuğun annesini sonsuza dek kaybettiğine inanması nedeniyle küçük çocuktan kaynaklanır. (Bowlby, 1960) Freud'a göre küçük çocukların bakım verenlerden ayrıldıklarında gösterdikleri anksiyete, doğum travmasının yeniden üretilmesidir. (May,2020) Dolayısıyla doğum travması, yaşamın ilerleyen süreçlerinde deneyimlenen ayrılık anksiyetesinin prototipidir. (May, 2020)

### **2.4.3. Klinik zellikler ve Tarihçe**

Ayrılma anksiyetesi bozukluğu, psikiyatri literatüründe yakın zamana kadar sadece çocukları veya ergenleri etkileyen psikopatolojik bir durum olarak ele alınmıştır. Uzun yıllar boyunca okul fobisi ve ayrılma anksiyetesi bozukluğu terimlerinin birbirlerinin yerine geçecek şekilde kullanılması bu tarz bir sınırlamanın oluşmasına neden olmuştur. (Biedel ve Turner, 2005) Son zamanlarda yapılan deneysel çalışmalar ve klinik gözlemler sonucunda, ayrılma anksiyetesi bozukluğunun yetişkinleri de etkileyebileceği sonucuna varılmıştır. Literatüre bakıldığında, yetişkin ayrılma anksiyetesi ile ilgili en erken klinik deneyim 1983 yılında Butcher tarafından tanımlanmıştır. (Manicavasagar ve Silove, 2020)



Butcher, 30 yaşında olan danışanın evden veya annesinden ayrılmasını gerektiren durumlarda bazı zorluklar yaşadığını, ayrılmaya yol açan durumlarda panik benzeri belirtiler gösterdiğini belirtmiştir. (Manicavasagar ve Silove, 2020) Yapılan klinik gözlemler ve epidemiyolojik çalışmalar ile beraber, tanısal sınıflandırma sistemlerindeki yaş kriteri kaldırılarak ayrılma anksiyetesi bozukluğunun yaşamın herhangi bir diliminde ortaya çıkabileceği kabul edilmiştir. (Carmassi vd ., 2015)

DSM ve ICD gibi tanısal sınıflandırma sistemleri, yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğunu, yetişkin başlangıçlı ve çocukluk başlangıçlı olmak üzere ikiye ayırmıştır. (APA, 2015) İlk defa yetişkinlikte ortaya çıkan yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğunda, ayrılma anksiyetesi belirtileri genellikle 20'li yaşlarda ortaya çıkarken çocuklukta herhangi bir ayrılma anksiyetesi öyküsü bulunmamaktadır. (Baldwin, Gordon, Abelli ve Pini, 2016) Genellikle yakın bir aile üyesinin kaybı veya boşanma gibi yaşam olayları, bu belirtilerin ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir. Çocukluk başlangıçlı yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğunda ise ayrılma anksiyetesi semptomları genellikle 3-4 yaş gibi erken çocukluk döneminde ortaya çıkarak, varlığını yaşamın ilerleyen dönemlerine kadar sürdürmektedir. (Manicavasagar ve Silove, 2020) Erken çocukluk döneminde farklı bir yere taşınma, okul veya anaokulunu değiştirme, yakın bir arkadaşın, ebeveynin veya evcil hayvanın ölümü gibi yaşam olayları ayrılma anksiyetesi belirtilerinin ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir. (Morrison, 2017)

Yetişkin ayrılma anksiyetesinin en temel özelliğini ayrılma temalı yoğun, aşırı ve mantıksız anksiyete oluşturmaktadır. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu yaşayan yetişkinler, birincil bağlanma figürlerinden gerçekten ayrıldıklarında veya ayrılma ihtimali ortaya çıktığında olumsuz duygular deneyimlemektedir. (APA,2015) Çocukluk ayrılma anksiyetesinden farklı olarak yetişkinlerde eşlerden veya çocuklardan ayrılma, anksiyete semptomlarına neden olabilmektedir. (APA, 2015)

Ayrılma anksiyetesi bozukluğu yaşayan kişiler, bağlanma figürlerinden ayrıldığında veya temas kuramadığında panik atak benzeri yoğun bir fizyolojik uyarılma yaşayarak, bağlanma figürlerinin nerede olduğunu bilmeye veya onlarla temasa geçmeye yönelik yoğun bir dürtü hissederler. (Manicavasagar ve Silove, 2020) Bu kişilerin, bağlanma figürlerinden ayrıldıklarında onların başlarına ölüm, yaralanma veya hastalık gibi kötü bir şey gelebileceğine yönelik kaygıları vardır. (APA, 2015)

YAAB tanısı almış kişilerin, kaçırılma veya kaybolma gibi bağlanma figürleriyle ayrılma neden olabilecek istenmeyen olayların gerçekleşebileceğine dair yoğun korku ve kaygıları da bulunmaktadır. (Morrison, 2017) Yetişkinler, bağlanma figürlerinden ayrılma ile ilgili yaşadıkları korku ve kaygı nedeniyle evden dışarı çıkmayı veya işe gitmeyi reddedebilirler. (APA, 2015) Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu yaşayan kişiler, bağlanma figürü olmadan evde tek başına bulunmak istemeyebilirler. (APA, 2015) Tek başlarına uyuma konusunda zorluk çekebilir veya ayrılma temalı tekrarlayan kabuslar görebilirler. (Carmassi vd., 2015; APA, 2015)

Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanısı almış bireyler, bağlanma figürlerinden ayrıldığında veya bu tarz bir beklenti ortaya çıktığında içinde bulunulan gelişimsel döneme göre bazı fiziksel, kardiyovasküler veya bilişsel belirtiler gösterebilirler. Çocuklarda bağlanma figürlerinden ayrıldıklarında bulantı, kusma veya gastrointestinal şikayetler gibi fiziksel semptomlar öne çıkmakla beraber, ergenler veya yetişkinlerde baş dönmesi, çarpıntı veya baygınlık hissi gibi kardiyovasküler semptomlar gidişata daha fazla eşlik etmektedir. (APA, 2015; Silove ve Manicavasagar, 1997) Ayrıca, kişilerarası ilişkilerde reddedilmeye karşı aşırı hassasiyet, diğer kişilerle ambivalans bağlanma, aşırı derecede telefon kullanma, kişisel başarısızlık hissi, sosyal etkileşimlere karşı duyarlılık veya genellikle diğer kişilerle kurulan ilişkiler bağlamında ortaya çıkan duygulanımda bozulma gibi özellikler, yetişkin ayrılma anksiyetesi ile bağlantılı diğer klinik özellikleri oluşturmaktadır. (Busch, Milrod, Singer ve Aronson, 2012; Boyce ve Parker, 1989; Milrod, 2015; Manicavasagar ve Silove, 2020)

**Tablo 3.** Yetişkinlerde ayrılma anksiyetesinin bilişsel ve davranışsal özellikleri

---

### **Bilişsel Özellikler**

---

- \*Bağlanma figürünün kişiyi terk edeceğine ilişkin rüminasyonlar,
- \*Bağlanma figürlerinin başlarına kötü bir şey geleceğine ilişkin endişeler,
- \*Bağlanma figürlerinden ayrıldıklarında kendi sağlıkları veya güvenlikleri ile ilgili katastrofik düşünceler,
- \*Kişilerin bağlanma figürleriyle aralarında olan bağlılığın ilişkilerini olumsuz etkileyebileceğine yönelik endişeler,

### **Davranışsal Özellikler**

---

- \*Yalnız uyumakta sorun yaşadıkları için, yatak odasının ışıkları veya kapısı açıkken uyumaya çalışma veya arkada müzik-televizyon sesi açıkken uyumak,
- \*Bağlanma figürünün ulaşılabilirliği veya teması konusunda tekrarlayan güvence arayışları: Ayrıldıkları kişiyi gün içinde sürekli arama veya ayrılmadan önce bağlanma figürlerinin gitmeyi planladıkları yeri önceden ayrıntılı olarak bilme ihtiyacı,
- \*Bağlanma figürlerinden ayrıldığında, yeniden bir araya gelmenin kesin zamanlamasında ısrarcı olmak veya yeniden teması kurmanın garanti altına alınmasını sağlayan davranışlar: Bağlanma figürünün kimlerle birlikte olacağını bilme ve bu kişilerin telefon numaralarını kaydetme,
- \*Evden dışarı çıkmamak için evin dışında yapılması gereken işleri erteleme veya bir gerekçe öne sürme

---

**Kaynak:** Manicavasagar, V., & Silove, D. 2020. Separation anxiety disorder in adults : Clinical features, diagnostic dilemmas and treatment guidelines. New York. Elsevier Science & Technology. <https://ebookcentral.proquest.com> adresinden alındı

Çocuklardaki ayrılma anksiyetesi belirtilerine göre yetişkinlerdeki belirtiler daha az belirgin olabilir. Yetişkinler ayrılma anksiyetesi ile ilgili korku ve kaygılarını gizlemek için rasyonelleştirme, mizah veya normalleştirme gibi savunma mekanizmalarını kullanabilirler. (Manicavasagar ve Silove 2020; Manicavasagar ve Silove, 1997)

#### 2.4.4. Epidemiyoloji ve Sosyodemografik Özellikler

Ayrılma anksiyetesi, çok uzun yıllar boyunca sadece çocuklarda görülen psikiyatrik bir bozukluk olarak değerlendirilmiş olmasına rağmen son zamanlarda yapılan epidemiyolojik çalışmalar, ayrılma anksiyetesinin genel yetişkin popülasyonunda önemli ölçüde görülebildiğini göstermektedir.

Yetişkin ayrılma anksiyetesinin prevalansı üzerine en kapsamlı çalışmalardan biri, ABD’de yapılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre yetişkin ayrılma anksiyetesinin yaşam boyu prevalansı %6.6 olarak tespit edilirken, on iki aylık prevalansı %1.9 olarak tespit edilmiştir. (Kessler vd., 2006) Çocukluk ayrılma anksiyetesi öyküsü olmayan yetişkin başlangıçlı ayrılma anksiyetesi prevalansı ise %5.3 olarak tespit edilmiştir. (Kessler vd.,2006) Aynı çalışmada, yetişkin ayrılma anksiyetesi yaşayan kişilerin sosyodemografik özellikleri de karşılaştırılmıştır. Kadınlarda, erkeklere göre görülme oranının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. (Kessler vd., 2006)

Genel popülasyon içerisinde en kapsamlı çalışma, Dünya Sağlık Örgütü tarafından on sekiz ülke üzerinde yapılmıştır. (Silove, Alonso, Bromet, Gruber, Sampson, Scott, Andrade, Benjet, Almeida, Giraloma, Jonge, Fiestas, Florescu, Gruje, He, Karam, Lepine, Murphy, Posada ve Kessler,2015) Yapılan epidemiyolojik çalışmaya, yüksek gelirli dokuz ülke, (Belçika, Fransa, Almanya, İtalya, Hollanda, Kuzey İrlanda, Portekiz, İspanya, ABD) orta gelirli beş ülke, (Brezilya, Bulgaristan, Lübnan, Meksika, Romanya) ve düşük gelirli dört ülke (Kolombiya ,Nijerya, Çin, Peru) katılmıştır. Çalışma kapsamında, toplam 38.993 kişi değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre ayrılma anksiyetesi bozukluğunun yaşam boyu prevalansı %4.8 olarak ortaya çıkmıştır. (Silove vd., 2015) Bu orana göre dünya üzerinde her yirmi kişiden biri yaşamlarının herhangi bir noktasında yetişkin ayrılma anksiyetesi deneyimlemektedir. (Silove vd., 2015) Yüksek ve orta gelirli ülkelerde yaşam boyu prevalans oranları %4.7 iken, düşük gelirli ülkelerde prevalans oranı %5.5 olarak tespit edilmiştir. (Silove vd., 2015)

Klinik popülasyon içerisinde yapılan epidemiyolojik çalışmalar, yetişkin ayrılma kaygısı bozukluğunun bu popülasyon içerisinde oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. (Pini, Abelli, Shear, Cardini, Lari, Gesi, Muti, Calugi, Galderisi, Bertolino ve Cassano, 2010) Yetişkin ayrılma anksiyetesinin klinik popülasyon içerisindeki prevalansının incelendiği bir çalışmada, araştırma örneklemini birincil

tanı olarak herhangi bir anksiyete veya duygu durum bozukluğu teşhisi almış 508 hasta oluşturmaktadır. Katılımcılardan 174'ü majör depresif bozukluk, 175'i bipolar bozukluk, 159'u ise herhangi bir anksiyete bozukluğu teşhisi almıştır. (Pini vd., 2010) Araştırma sonuçlarına göre katılımcılardan %42'si yetişkin ayrılma anksiyetesi tanı kriterlerini karşılamaktadır. (Pini vd., 2010)

Yetişkin ayrılma anksiyetesinin klinik popülasyonda görülme oranının tespit edilmesine yönelik diğer bir çalışma, Avustralya'da yapılmıştır. (Silove, Marnane, Wagner, Rees ve Manicavasagar, 2010) Araştırmanın örneklemini, Sidney'de bulunan anksiyete kliniğine ayaktan tedavi amacıyla başvuran 520 hasta oluşturmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre anksiyete kliniğine başvuran hastalardan 207'si yetişkin ayrılma anksiyetesi tanı kriterlerini karşılamaktadır. (Silove vd., 2010) Yapılan değerlendirmeler sonucunda, yetişkin ayrılma anksiyetesi tanı kriterlerini karşılayan katılımcıların diğer katılımcılara göre daha yüksek depresyon ve stres skorları aldıkları sonucuna ulaşılmıştır. (Silove vd., 2010)

Yetişkin ayrılma anksiyetesinin prevalans değerleri aynı zamanda genç yetişkinler ve üniversite öğrencileri üzerinde de araştırılmıştır. ABD'de 190 üniversite öğrencisi üzerinde ayrılma anksiyetesinin yaygınlığını tespit etmek amacıyla deneysel bir çalışma yapılmıştır. (Seligman ve Wuyek, 2007) Katılımcıların %21'inin yetişkin ayrılma anksiyetesinin tanı kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir. (Seligman ve Wuyek, 2007)

Yetişkin ayrılma anksiyetesinin hamile kadınlar arasındaki yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada önemli bulgulara ulaşılmıştır. (Eapean, Silove, Apler, Rees ve Johnston, 2012) Doğum öncesi kliniğine başvuran 331 kadın, yetişkin ayrılma anksiyetesi açısından değerlendirilmiştir. Katılımcılardan %24.5'inin yetişkin ayrılma anksiyetesi tanı kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir. (Eapean vd.,2012) Bu kişilerden %36'sı ayrılma anksiyetesi belirtilerinin yetişkinlikte başladığını belirtirken, %60'ı hamilelik sırasında ilk kez ortaya çıktığını bildirmiştir. (Eapean vd., 2012) İlk çocuğuna hamile olan kadınlarda ayrılma anksiyetesi görülme oranının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. (Eapean vd., 2012)

#### 2.4.5. Eş Tanı

Yetişkin ayrılma anksiyetesi farklı psikiyatrik bozukluklar ile eş tanı alabilmektedir. Yetişkin ayrılma anksiyetesi vakalarının pek çoğuna başka bir anksiyete bozukluğu veya duygu durum bozukluklarının eşlik ettiği görülmektedir.

Yetişkin ayrılma anksiyetesi tanısı almış kişilerden, %4.9'u başka bir anksiyete bozukluğunun, %4.3'ü ise herhangi bir duygu durum bozukluğunun tanı kriterlerini karşılamaktadır. (Kessler vd., 2006) Yetişkin ayrılma anksiyetesine en çok eşlik eden kaygı bozuklukları; özgül fobi, panik bozukluk, yaygın kaygı bozukluğu ve sosyal kaygı bozukluğu şeklinde sıralanabilir. (Kessler vd., 2006)

Bosna savaşından etkilenmiş mülteciler üzerinde yapılan bir çalışmada, yetişkin ayrılma anksiyetesi ile TSSB arasındaki ilişki konusunda ciddi bulgulara ulaşılmıştır. (Silove, Manicavasagar, Steel ve Marnane, 2010) Bosna iç savaşından etkilenen 126 kişi hem yetişkin ayrılma anksiyetesi hem de TSSB açısından değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda, katılımcıların yüzde 8'inin yetişkin ayrılma anksiyetesi, yüzde 68'inin ise TSSB tanı kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir. (Silove vd., 2010) Yetişkin ayrılma kaygısı tanısı almış kişilerin %84'ünün TSSB ile komorbidite gösterdiği tespit edilirken, TSSB tanısı alanların yarısında eş tanı olarak ayrılma anksiyetesi bulunmuştur. (Silove vd., 2010)

Yetişkin ayrılma anksiyetesi özellikle B ve C kümesi kişilik bozuklukları ile eş tanı alabilmektedir. Yapılan bir araştırmada, ayrılma anksiyetesi ile kişilik bozuklukları arasındaki ilişkiyi destekleyen sonuçlara ulaşılmıştır. (Silove, Marnane, Wagner ve Manicavasagar, 2010) Araştırma örneklemini anksiyete kliniğine tedavi amacıyla başvuran 397 kişi oluşturmaktadır. Ayrılma anksiyetesi belirtileri çocukluk döneminde başlamış kişilerde, yetişkin başlangıçlı ayrılma kaygısı tanısı almış kişilere göre B (antisosyal, histriyonik, borderline ve narsisistik) ve C (bağımlı, çekingen ve obsesif kompulsif) kümesi kişilik bozukluklarının eş tanı olarak ortaya çıkma ihtimalinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. (Silove vd., 2010)

Hem yetişkin hem de çocukluk başlangıçlı yetişkin ayrılma kaygısı bozukluğu belirtileri özellikle bipolar bozukluk teşhisi almış kişiler ile yeme bozukluğu yaşayanlarda çok yaygın bir biçimde ortaya çıkmaktadır. (Pini, Abelli, Mauri, Muti, Banti ve Cassano, 2005; Troisi, Massaroni ve Cuzzolaro, 2005)

Bazı vakalarda, yetişkin ayrılma kaygısı semptomlarının travmatik bir olaydan sonra ortaya çıktığı görülmektedir. Bu durum, ayrılma kaygısı ile yas arasında bir ilişki olabileceğini göstermektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda, yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğunun yas sürecinde olan kişilerde oldukça yaygın bir şekilde ortaya çıktığı görülmektedir. (Corsi, Carmassi, Dell'Osso, Pergentini ve Socci,2011)

Psikiyatri kliniğine herhangi bir duygu durum bozukluğu veya yas semptomları ile başvuran kişilerin %56'sında ayrılma anksiyetesi bozukluğu teşhis edilmiştir. (Pini, Gesi, Abelli, Lari, Muti, Cardini, Manicavasagar, Mauri, Cassano ve Shear, 2012)

#### **2.4.6. Ayrıcı Tanı**

Yetişkin ayrılma anksiyetesi sahip olduğu semptomların karakteristik özellikleri nedeniyle başta panik bozukluk ve agorafobi olmak üzere pek çok psikiyatrik bozuklukla karıştırılabilir. Yetişkin ayrılma anksiyetesinin ayırıcı tanısı alt başlıklar altında açıklanacaktır.

1-Panik Bozukluk: Panik bozukluk, yineleyici panik ataklarla ortaya çıkan bir bozukluktur. Panik bozukluğu olan kişiler, bazı durum veya koşullar altında yoğun fizyolojik uyarılma deneyimlerler. (APA, 2015) Bu kişilerin, tekrar panik atak yaşayacaklarına ilişkin düşünceleri yaşadıkları anksiyetenin temel nedenidir. Yetişkin ayrılma anksiyetesi tanısı almış kişiler de panik ataklara benzer yoğun fizyolojik uyarılmalar yaşayabilirler. Yetişkin ayrılma anksiyetesi iki temel noktada panik bozukluktan ayrılmaktadır. Birinci temel fark, YAAB' de panik atak benzeri fizyolojik uyarılma kişi birincil bağlanma figürlerinden ayrıldığında ortaya çıkmaktadır. İkinci temel fark ise, yetişkin ayrılma anksiyetesinde kişilerin yaşadıkları kaygı beklenmedik bir panik atağa maruz kalmaktan ziyade bağlanma figürlerinden ayrılmayla veya onların başlarına kötü bir şey geleceği ile ilgilidir. (APA, 2015)

2-Agorafobi: Yetişkin ayrılma anksiyetesinde kişiler, tıpkı agorafobik kişilerde görüldüğü gibi evden dışarıya çıkmak veya evin içinde tek başına bulunmak gibi konularda yoğun korku veya kaygı deneyimleyebilmektedir. Agorafobik kişiler, toplu taşıma araçlarını kullanmak, bir sırada beklemek veya kapalı bir ortamda bulunmak gibi farklı bağlamların ortaya çıkardığı korku ve kaçınma davranışları nedeniyle ayrılma anksiyetesinden farklılaşmaktadır. (Morrison, 2017) Ayrıca, yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan kişiler, agorafobik kişilerin aksine kaçmanın veya yardıma

ulaşmanın zor olacağını düşündükleri yerlerde kapana kısılacakları yönünde endişeli değildirlir. (APA, 2015)

3-Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Bağlanma figürlerinden ayrıldıkları zaman onların başlarına kötü bir şey gelebileceğine ilişkin endişe hem yaygın anksiyete bozukluğu hem de yetişkin ayrılma anksiyetesi için karakteristik bir özelliktir. (APA, 2015) Yapılan araştırmalarda, yaygın anksiyete bozukluğu yaşayan genç yetişkinlerin yarısının, ebeveynlerinden ayrıldıklarında onların başlarına kötü bir şey gelebileceğine ilişkin endişe yaşadığı tespit edilmiştir. (Masi, Mucci, Favilla, Romano ve Poli, 1999) Yaygın anksiyete bozukluğu yaşayan kişiler iş, sağlık, maddi durum veya eğitim seviyesi gibi pek çok alanla ilgili yoğun endişe yaşarken, ayrılma anksiyetesinde bu durum sadece bağlanma figürlerinden ayrılmayı kapsamaktadır. (APA, 2015)

4-Bağımlı Kişilik Bozukluğu: Bağımlı kişilik bozukluğunda bireyler, sevdikleri kişiler tarafından terk edileceklerine ilişkin yoğun korku ve kaygı yaşamaktadırlar. Bu durum,bağımlı kişilik bozukluğu ile ayrılma anksiyetesi bozukluğunun karıştırılmasına neden olabilir. (APA, 2015) Ayrılma anksiyetesinden farklı olarak, bağımlı kişilik bozukluğunda ayrılma ile ilgili korku ve kaygıların altında yatan en önemli faktör, bu kişilerin çevrelerindeki kişiler tarafından terk edildiğinde fiziksel veya duygusal ihtiyaçlarını kendi başlarına karşılayamayacaklarına yönelik olan düşünceleridir. (Morrison, 2017)

5-Travma Sonrası Stres Bozukluğu: TSSB tanısı almış kişiler ayrılma anksiyetesi bozukluğunda olduğu gibi sevdiği kişilerden ayrılmaya yönelik zorluk yaşayabilir. TSSB 'de belirtiler travmatik olayla ilişkiliyken ayrılma anksiyetesinde bağlanma figüründen ayrılma ile ilgilidir. (APA, 2015)

#### **2.4.7. Etiyoloji**

Yetişkin ayrılma anksiyetesi pek çok farklı faktörün etkileşimi sonucunda ortaya çıkan ruhsal bir durumdur. Çeşitli biyolojik, çevresel ve sosyal etkenler yetişkin ayrılma anksiyetesinin etiyojisine hizmet edebilmektedir. Yetişkin ayrılma anksiyetesinin etiyojisi, biyolojik ve çevresel-sosyal etkenler olmak üzere iki başlık altında incelenecektir.

1-Biyolojik etkenler: Yetişkin ayrılma anksiyetesinin ortaya çıkmasında ailesel geçiş etkili olabilmektedir. Yakın zamanda ayrılma anksiyetesinin ebeveyn-çocuk arasındaki kalıtsallığı üzerine yapılan bir araştırma, bu konudaki hipotezleri



güçlendirmiştir. (Manicavasagar, Silove, Rapee, Waters ve Momartin, 2001) Araştırmaya 54 çocuk ve onların ebeveynleri (54 anne, 29 baba) katılmıştır. Hem ebeveynler hem de çocuklar ayrılma anksiyetesi ve diğer psikiyatrik bozukluklar için değerlendirilmiştir. Çocuklardan %35'i ayrılma anksiyetesi tanısı alırken, %65'i başka bir anksiyete bozukluğu tanısı almıştır. (Manicavasagar vd., 2001) Ayrılma anksiyetesi tanısı almış çocukların %63'ünün ebeveynlerinden en az bir tanesinde yetişkin ayrılma anksiyetesinin görüldüğü tespit edilmiştir. (Manicavasagar vd., 2001)

31.859 ikizi içeren 18 çalışmanın meta analizinde, biyolojik faktörlerin çevresel faktörlere göre ayrılma anksiyetesi semptomlarına daha fazla katkı sağladığı tespit edilmiştir. (Scaini, Eley, Ogliari, Zavos ve Battaglia, 2012) Biyolojik faktörler, erkeklere kıyasla kadınlar üzerinde daha fazla etkili olurken, erkeklerde çevresel ve sosyal değişkenler ayrılma anksiyetesi üzerinde daha belirleyici olmaktadır. (Scaini vd., 2012)

Kişiliğin kalıtsal yönünü oluşturan mizaç, ayrılma anksiyetesine yönelik bir hassasiyet oluşturabilmektedir. Yapılan araştırmalarda, yetişkin ayrılma anksiyetesi tanısı almış kişilerin kontrol grubuna göre daha çok nevrotik özellikler gösterdiği bulunmuştur. (Manicavasagar, Silove, Marnane ve Wagner, 2009)

2-Çevresel ve Sosyal Etkenler: Bireylerin içinde yaşadıkları toplumun kültürel özellikleri ayrılma kaygısı üzerinde etkili olabilmektedir. Yetişkin ayrılma anksiyetesi belirtilerinin, bireyler arasındaki özerkliği ve bireyselliği destekleyen kültürlerle kıyasla, karşılıklı bağımlılığı ve kolektivizmi destekleyen kültürlerde daha çok ortaya çıktığı görülmektedir. (Heinrichs, Rapee, Alden, Bögels, Hofmann, Ja Oh ve Sakano, 2006)

Günlük hayattaki stresli yaşam olayları veya travmatik deneyimler, ayrılma anksiyetesi belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. (Morrison, 2017) Özellikle yetişkinliğin erken dönemlerinde aileden ayrılıp farklı bir eve taşınma, başkasıyla yeni romantik bir ilişki başlatma, farklı bir ülkede yaşamaya başlama, anne-baba arasındaki ayrılık veya erken yaşta ebeveyn olma gibi stresli yaşam olaylarının deneyimlenmesi ayrılma anksiyetesi için çevresel bir risk faktörü olabilmektedir. (APA, 2015)

## 2.5. Yeme Bozuklukları

Beslenme ve yeme bozuklukları, ciddi fizyolojik veya psikolojik sorunlara yol açan, yeme davranışlarındaki klinik bozulmalarla karakterize çok boyutlu psikiyatrik bozukluklardır. (Morrison, 2017) DSM-5'te yedi tane yeme ve beslenme bozukluğu sınıflandırılmıştır: Anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu, pika, geri çıkarma bozukluğu, kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu ile tanımlanmış veya tanımlanmamış diğer yeme ve beslenme bozuklukları. (APA, 2015) Bu bozukluklardan üç tanesi, çocukluk döneminde ortaya çıkmaktadır: Pika, geri çıkarma bozukluğu ve kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu. (APA, 2015) Yeme veya beslenme bozukluğu yaşayan kişiler, yiyecekleri yemek miktarında ciddi şekilde kısıtlama yapabilir veya normalden farklı olarak çok fazla yiyecek yiyebilir, kiloları veya beden imajları ile ilgili gerçekçi olmayan endişeler yaşayabilirler. (Judd, 2011)

Yeme ve beslenme bozukluklarının etiyolojisine biyolojik, psikolojik veya psikososyal pek çok farklı faktör katkı sağlayabilmektedir. Genler, erken dönemde bağlanma figürleriyle kurulan ilişkiler, sosyal çevre ve kültür, ergenlik dönemindeki değişimler, ailenin çocuğun özerkliğine verdiği önem, zayıflık ile ilgili kültürel normlar veya travmatik deneyimler yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında kilit bir rol oynayabilmektedir. (Lask ve Frampton, 2011) Bireylerin içinde yaşadıkları toplumun kültürel özellikleri, yeme bozukluklarının gelişimi ile yakından ilişkilidir. Kültürün zayıflığa verdiği değer, zayıflığın idealleştirilmesi veya güzellik ölçütlerinin zayıflığa dayalı olması yeme bozukluklarının sosyokültürel tetikleyicileri olabilir. (Lask ve Frampton, 2011; Polivy ve Herman, 2002)

Aile üyeleri veya yakın çevreyle kurulan ilişkilerin niteliği, yeme bozuklukları üzerinde belirleyici olan diğer bir faktördür. Yeme bozukluğu teşhisi almış kişiler ve aileleriyle yapılan klinik görüşmeler sonucunda, bu ailelerin aşırı nüfuz edici olduğu tespit edilmiştir. (Gowers ve Shoebridge, 2000) Ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada, algılanan özerklik ile diyet yapma davranışı arasında bir ilişki bulunmuştur. Kendilerini daha özerk olarak algılayan ergenlerde, kısıtlayıcı yeme tutumlarının daha az olduğu tespit edilmiştir. (Strong ve Huon, 1998)

Yeme ve beslenme bozuklukları hem normal hem de klinik popülasyon içerisinde beklenilenden daha fazla ortaya çıkabilmektedir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalara göre yeme bozuklukları kadınlarda erkeklere göre daha fazla ortaya çıkmaktadır. (Morrison, 2007) Kadınların %0.5'i ile %3.7'si anoreksiya, %1.1'i ile %4.2'si bulimia nervoza tanı kriterlerini karşılamaktadır. (Lask ve Frampton, 2011) Yapılan farklı bir araştırmada, anoreksiya veya bulimia nervoza tanısı almış kişilerin %90'ını, tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı almış kişilerin %60'ını kadınlar oluşturmaktadır. (Grilo ve Mithcell, 2009) Yeme bozuklukları ile yaş arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Genellikle yeme ve beslenme bozukluklarının %85'i ergenlik veya genç yetişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır. (Lask ve Frampton, 2011) Özellikle 15 ile 35 yaş arasındaki kadınlar herhangi bir yeme bozukluğu ile tedavi görenlerin büyük bir çoğunluğunu oluşturmaktadır. (Bryant-Waugh, 2000) Yeme bozuklukları, erkeklerde veya erkek çocuklarda, daha yaşlı kadınlarda veya her iki cinsiyetten prepubertal çocuklarda ortaya çıkabilmektedir. (APA, 2015)

### **2.5.1. Anoreksiya Nervoza**

“Anoreksiya nervoza” terimi tıbbi literatürde ilk kez 1874 yılında Sir William Gull tarafından kullanılmıştır. (Grilo ve Mitchel, 2009) Anoreksiya yakın bir zamana kadar “zengin beyaz kız” hastalığı olarak tanımlanmıştır. (Gillard, 2003) Anoreksiya nervoza vakalarının çoğunun beyaz kökenli orta-üst gelirli kişilerden oluşması, bu tarz bir tanımlama yapılmasına neden olmuştur. (Gillard, 2003)

Anoreksiya nervozanın birincil belirtisi, şiddetli kilo kaybı ve vücut ağırlığını korumayı reddetme davranışıdır. (APA, 2015) Bu kişiler, yaş ve boylarına göre ideal olan vücut ağırlığının minimum %15 altındadır. (Morrison, 2017) Anoreksik kişiler, yiyecekleri yemek miktarlarını ciddi bir şekilde kısıtlayarak kilo vermeye çalışırlar.

Anoreksik kişiler, bulimia nervoza vakalarında olduğu gibi tıknırcasına yeme epizotlarından sonra kendilerini kusturarak kilo almalarını önlemeye çalışabilir. (APA, 2015) Aşırı derecede spor yapma, laksatif veya idrar söktürücü ilaçlar kullanma anoreksik kişilerin kilolarını azaltmak için kullandıkları diğer yöntemlerdir. (Treasure ve Alexander, 2013) Anoreksiya nervoza tanısı almış kişiler, aşırı kilolu olduklarına yönelik bozulmuş bir benlik algısına sahiptirler. (APA, 2015)

Anoreksiya nervozada düşük kan basıncı, kalp ritminde bozulma, menstrüel dönemlerde kesilme, saç seyrelmesi, el ve ayaklarda şişkinlik veya yorgunluk gibi fiziksel semptomlar ile depresyon, obsesif-kompulsif davranış, hastalığın ciddiyetini kabul etmeme veya dikkat ve konsantrasyon sorunları gibi psikolojik ve davranışsal semptomlar görülebilmektedir. (Judd, 2011)

Anoreksiya nervoza, genellikle herhangi bir tıbbi yardıma başvurulmazsa kronik bir seyir izlemektedir. Diğer psikiyatrik bozuklukların varlığı, kadın cinsiyeti veya anoreksiyanın başlama zamanı klinik seyri kötüleştirebilmektedir. (Morrison, 2017) Anoreksiya nervozanın klinik seyri üzerine yapılan bir araştırmada, AN tanısı almış kadınlar 5 yıl boyunca klinik bir tedavi almıştır. (Linna, Hoek, Sihlova, Rahkonen, Susser, Bulik, Kaprio, Sihvola ve Rissanen, 2007) Katılımcılardan %66.8'i klinik olarak iyileşme göstermiştir. (Linna vd., 2007)

Anoreksiya nervozanın prognozu üzerine 119 çalışmanın meta analizini kapsayan bir araştırmada önemli sonuçlara ulaşılmıştır. (Steinhausen, 2002) Yapılan çalışmanın sonuçlarına göre katılımcılar arasındaki ölüm oranı %5 olarak bulunmuştur. (Steinhausen, 2002) Hastaların %46.9'unda tam iyileşme görülürken, geri kalanında klinik semptomlarda iyileşme saptanmıştır. (Steinhausen, 2002) Sonuç olarak hastaların %59.6'sında kilo normalleşmesi görülürken, %46.8'inde hatalı yeme davranışlarında düzelme saptanmıştır. (Steinhausen, 2002)

Anoreksiya nervozanın klinik görünümüne eşlik eden diğer bir önemli konu, ölüm ve intihar oranlarıdır. AN tanısı almış kişilerdeki ölüm ve intihar oranları hem normal hem de klinik popülasyonda oldukça fazladır. (Morrison, 2017) Yapılan meta analitik bir çalışmanın sonuçlarına göre tüm ruhsal bozukluklar içerisinde en yüksek ölüm oranlarının anoreksiya nervozada görüldüğü tespit edilmiştir. (Brownell ve Walsh, 2017)

Anoreksiya nervozanın epidemiyolojisi üzerine yapılan çalışmalara bakıldığında ise en belirleyici faktörün cinsiyet olduğu göze çarpmaktadır. Genellikle yaşamları boyunca 200 kadından biri AN tanı kriterlerini karşılarken, bu oran erkeklerde 2000'de birdir. (APA,2000) ABD'de yapılan epidemiyolojik bir çalışmada, anoreksiya nervozanın yaşam boyu prevalansı kadınlarda %9, erkeklerde ise %3 olarak tespit edilmiştir. (Hudson, Hiripi, Pope ve Kessler, 2007)

### 2.5.2. Bulimia Nervoz

Bulimia nervoz, tekrarlayıcı tıknırcasına yeme epizotları ve kilo almaktan kaçınmak için yapılan telafi edici davranışlarla karakterize bir yeme bozukluğudur. (APA, 2015) Bulimia nervozanın en karakteristik klinik özelliği, tıknırcasına yeme epizotlarıdır. Kişilerin tıknırcasına yeme epizodu sırasında yediği yemek miktarı, aynı koşullar altında ve benzer sürede diğer insanların yiyebileceğinden çok daha fazladır. (APA, 2015) 2-3 saat gibi kısa bir zaman diliminde, 10.000 kaloriye kadar besin tüketebilmektedirler. (Morrison, 2017) Bu epizotlar sırasında kişi, yemek yeme davranışı üzerindeki kontrolü kaybetmektedir. Bu kontrol eksikliği algısına yemek yemeyi durduramayacağı, hangi yiyecekte ne kadar yiyeceğini kontrol edemeyeceği gibi bilişler eşlik etmektedir. (APA, 2015) Tıknırcasına yemek yeme epizotlarından sonra, kilo alımını önlemek için bireyler telafi edici davranışlarda bulunmaktadır. Aşırı kısıtlayıcı bir diyet veya çok yoğun bir egzersiz yapma, laksatif veya idrar söktürücü ilaçlar kullanma veya kusma telafi edici davranışlara örnek olarak gösterilebilir. (Morrison, 2017) Bulimia nervoz vakalarında en çok karşılaşılan telafi edici davranış, kusma davranışdır. Bu kişilerde,tekrarlayan kendini kusturma davranışının bir sonucu olarak, mide asidine tekrar tekrar maruz kalarak zarar görmüş; aşınmış diş minelerine veya parmaklarda nasır veya yaralara rastlanmaktadır. (Pomeroy, Mitchell, Crow ve Roerig, 2002) Bulimia nervozada, anoreksik kişilerde olduğu gibi aşırı derecede bozulmuş bir benlik algısı bulunmamaktadır. Buna karşın, bireyin kilosu veya vücut şekli kendine verdiği değer üzerinde kilit bir rol oynamaktadır. (Cooper, Todd ve Wells, 2000) Bu faktörler, kişinin kendisi hakkında iyi veya kötü hissetmesinde neredeyse tek ve en önemli kriterlerdir. (APA, 2015; Cooper vd., 2000; Morrison, 2017)

Bulimia nervozanın klinik görünümüne depresyon, anksiyete, konsantrasyon problemleri veya irritabilite gibi bilişsel semptomlar ile mide genişlemesi, menstrüel düzensizlik veya gastrointestinal şikayetler gibi tıbbi semptomlar eşlik edebilmektedir. (Lask ve Frampton, 2011; Wonderlich, Peterson ve Smith, 2015) Bu kişiler, bulimik semptomların doğası gereği kendisini aile veya arkadaşlarından izole olmuş hissedebilir veya iş hayatındaki bozulmalar nedeniyle finansal sorunlar yaşayabilirler. (Wonderlich vd., 2015)

Diğer yeme ve beslenme bozukluklarında olduğu gibi bulimia nervoza da genç kadınlar arasında daha sık ortaya çıkmaktadır. (APA,2015) Genel popülasyon üzerinde yapılan çalışmalara göre ergen veya genç kadınların %1'i ile %2'si yaşamlarının herhangi bir bölümünde bulimia nervoza tanı kriterlerini karşılamaktadır. (Cooper vd., 2000) ABD'de genel popülasyon üzerinde yapılan kapsamlı bir epidemiyolojik çalışmada, bulimia nervozanın kadınlar arasındaki prevalans oranları %1.5, erkekler arasında ise %0.5 olarak tespit edilmiştir. (Hudson vd., 2007)

### **2.5.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu**

Tıkınırcasına yeme bozukluğu ilk kez 1959 yılında Albert Stunkard tarafından obezite vakalarında görülen anormal bir yeme tutumu olarak tanımlanmıştır. (Lock, 2018) Tıkınırcasına yeme bozukluğu, DSM'nin dördüncü baskısına kadar sınıflandırmaya dahil edilmemiştir, dördüncü baskısında ise üzerinde daha fazla çalışma yapılması gereken geçici bir tanı olarak tanıtılmıştır. (Lock, 2018) Bilimsel literatürde yapılan çalışmalar ve klinik gözlemler sonucunda, tıkınırcasına yeme bozukluğu DSM 5'te bağımsız bir tanı olarak resmen yeme bozuklukları kategorisinde sınıflandırılmıştır. (APA, 2015)

Tıkınırcasına yeme bozukluğunun en belirleyici klinik özelliğini tekrarlayan aşırı yeme epizotları oluşturmaktadır. Bu epizotlar sırasında kişi, herhangi bir zaman diliminde normal bir kişinin yiyebileceği miktardan çok daha fazla yemek tüketerek, yemek yeme davranışı üzerindeki kontrolünü kaybetmektedir. (Morrison, 2017)

Bireylerin tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısı alabilmesi için bu epizotların en az 3 ay boyunca haftada en az 1 kere ortaya çıkarak bireylerin işlevselliklerinde ciddi sıkıntı ve bozulmalara yol açması gerekmektedir. (APA, 2015) Tıkınırcasına yeme epizotları bazı karakteristik özellikler gösterebilmektedir. (APA, 2015)

1-Normalden daha hızlı bir şekilde yemek yemek, yeme hızı üzerinde kontrol kaybı,

2-Aşırı yemek yemenin neden olduğu rahatsızlık hissi ortaya çıkana kadar yemek yeme,

3-Fizyolojik olarak açlık hissetmeseler bile çok fazla yemek yeme,

4-Yemek yeme davranışı üzerinde kontrollerini kaybetmeleri ve çok fazla yemelerinin neden olduğu utanç duygusu nedeniyle tek başına yemek yeme,

5- Yemek yeme epizotlarından sonra suçlu veya depresif hissetme. (APA,2015; Alexander, Grange ve Goldschmidt, 2013; Lock, 2018)

Tıkınırcasına yeme bozukluğunun epidemiyolojisine bakıldığında, normal nüfus içerisinde yaşam boyu prevalans oranları %1.52 ile %2.6 arasında değişmektedir. (Lock, 2018) Ergenlik dönemindeki kızlarda yaşam boyu prevalansı %2.3, erkeklerde %0.8'dir. (Swanson, Crow, Grange, Merikangas ve Swendsen., 2011) Diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi genellikle ergenlik veya genç yetişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır. (Kessler, Berglund, Chiu, Deitz, Hudon ve Alonso, 2013) Özellikle obezite sorunu yaşayan, kilo kontrolü için tedaviye başvuran veya bariatrik cerrahi geçiren kişilerde prevalans oranları oldukça yüksektir. Obezite yaşayanların %36.2'si ile %42.4'ü, kilo kontrolü için tedaviye başvuranların %13'ü ile %27'si ve bariatrik cerrahi operasyon geçirenlerin %49'u tıkınırcasına yeme bozukluğu tanı kriterlerini karşılamaktadır. (Locke, 2018; Wilfley, Leslie ve Herman, 2016; Weiss, Niego, Kofman ve Geliebter, 2007)

## **2.6. Duygusal Yeme**

Normal yemenin tanımlanması, duygusal yemenin daha iyi anlaşılabilmesi için kritik bir önem arz etmektedir. Açlık veya susuzluk gibi birincil fizyolojik dürtüler, normal yeme davranışı üzerindeki en önemli belirleyicilerdir. Bu dürtüler, bireyi harekete geçirerek içinde bulunduğu ortamda en uygun davranışta bulunabilmesi için bireyi güdüler. Diğer bir ifadeyle normal yeme eğilimi gösteren kişiler, fizyolojik süreçlerin etkisiyle acıktıkları zaman yemek yer, doyduklarında ise yemek yemeyi bırakırlar. Bu kişiler kendi sağlıklarına odaklanır, genellikle kendileri için doğru olan besinleri tüketmeye çalışırlar. (Williams, 2019) Yemek yeme, kilo alma veya vücut şekli ile ilgili endişelerin hayatları üzerindeki etkilerini sınırlandırır. (Williams, 2019)

Duygusal yeme eğilimi gösteren kişilerin yemek yeme tutumlarında, fizyolojik süreçler dışında başka faktörler de etkili olabilmektedir. Duygusal yeme ile deneyimlenen duygular arasında yakından bir ilişki bulunmaktadır. Duygular hem insanlarda hem de hayvanlarda güdülenme süreçleri ile davranış kalıpları üzerinde önemli düzenleyici etkilere sahiptir. (Macht, 2008) Yapılan araştırmalar; duyguların yeme motivasyonu, yiyeceklere verilen duygusal tepkiler, yemek yeme hızı veya hangi yiyecekten ne kadar yenmesi gerektiği gibi karmaşık yemek yeme süreçlerini

etkilediğini göstermektedir. (Gibson, 2006; Macht ve Simons, 2000; Wardle ve Oliver, 1999)

Duygusal yeme, deneyimlenen emosyonlara cevap olarak ortaya çıkan yeme davranışıdır. (Williams, 2019) Bu tarz yeme eğilimi gösteren kişiler kızgınlık, öfke, utanç, gerginlik, üzüntü, anksiyete, sinirlilik veya can sıkıntısı gibi olumsuz duygulara bir tepki olarak yemek yeme davranışında bulunurlar. (İnalkaç ve Arslantaş, 2018) Bununla birlikte son zamanlarda yapılan çalışmaların sonuçlarına göre neşe, sevinç, mutluluk, gurur veya ilgi gibi deneyimlenen olumlu duygulara karşılık olarak da duygusal yeme davranışı ortaya çıkabilmektedir. (Macth, Haupt ve Salewsky, 2004) Diğer bir ifadeyle bireyler, yaşadıkları duygulara karşı bir savunma mekanizması olarak duygusal yemeyi kullanabilmektedirler. Duygusal yeme, bireylerin duygulara yönelmiş olan dikkatini dağıtma veya duyguların hissedilen yoğunluğunu azaltma gibi bir işleve sahip olan “yemek sisi” olarak tanımlanabilir. (Judd, 2011)

Duygusal yeme eğilimi gösteren kişiler, açlığı negatif emosyonlara eşlik eden fizyolojik değişimlerden ayırıştırılmamaktadır. (Adriaanse, Denise, Ridder ve Evers, 2011) Bu noktada duygusal yeme yaklaşımı iki temel öngörüye dayanmaktadır:

1-Deneyimlenen olumsuz duygular bireylerde yemek yemeye yönelik motivasyonu arttırmaktadır.

2-Olumsuz duygulara yanıt olarak yemek yeme, yaşanan duyguların yoğunluğunu azaltmaktadır. (Vingerhoets vd., 2010) Yemek yemenin deneyimlenen duyguların yoğunluğu üzerindeki etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada, öne sürülen hipotezleri destekleyecek sonuçlara ulaşılmıştır. (Pines ve Gall, 1977) Yapılan araştırmanın örneklemini üniversite öğrencileri oluşturmaktadır. (Pines ve Gall, 1977) Üniversite öğrencileri, araştırmanın protokolü gereği önemli derecede stres veya kaygı yaşamalarına neden olabilecek bir sınava sokulmuştur. (Pines ve Gall, 1977) Sınav süreci boyunca deney grubunda yer alan öğrencilere yemek verilirken, kontrol grubundaki öğrencilere herhangi bir yemek verilmemiştir. Araştırma sonucunda, yemek yiyen öğrencilerin kaygı ve stres seviyelerinde azalma olduğuna yönelik bulgulara ulaşılmıştır. (Pines ve Gall, 1977)



### **2.6.1. Duygu Düzenleme Stratejisi Olarak Duygusal Yeme**

Duygu düzenleme pek çok bilim insanı veya teorisyen tarafından farklı Şekillerde tanımlanmıştır. Gross duygu düzenlemeyi, bireylerin duygusal yaŐantılarını kontrol etmek veya düzenlemek için kullandıkları karmaşık süreçler kümesi olarak tanımlamaktadır. (Essau, Leblanc ve Ollendick, 2017) Alternatif olarak, duygu düzenleme deneyimlenen duyguların veya duygular ile bağlantılı motivasyonel ve fizyolojik durumların ne zaman ve nasıl deneyimlendiğinin veya nasıl ifade edildiğinin yönetilmesi için kullanılan bir mekanizma olarak tanımlanmıştır. (Gross, 2013) Bu tanımlamalar ışığında duygusal düzenleme, duyguların kendilerini nasıl düzenlediği ile ilgilenmektedir. (Gross, 2013) Bir kişinin  z ld ğinde bir arkadaŐını araması veya hafta sonu bir partiye katılması duygu düzenleme olarak görülebilir. (Gross, 2013) Diğer bir birçok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi yeme bozuklukları ve duygusal yeme davranışında da duygu düzenleme ile ilgili problemlere rastlanabilmektedir.

Yapılan deneysel çalışmalar, duygu düzenleme sorunları ile yeme tutum ve davranışları arasında bir ilişki olduğunu desteklemektedir. (Vingerhoets vd., 2010) Yapılan çalışmaların sonuçları, duygusal yeme davranışı gösteren kişilerin duyguları bastırma, ketleme veya onlardan kaçınma gibi uyumsuz ve işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri kullandıklarını göstermektedir. (Haynos ve Fruzzetti, 2011) Duygusal yeme eğilimi gösteren kişiler, herhangi bir duyguyu çok yoğun bir Şekilde deneyimlediklerinde, duyguları düzenleme konusundaki yetersizlikleri nedeniyle yaşadıkları duyguyla baş edemeyecekleri Şeklinde hatalı bir düŐünceye sahip olabilirler. (Trazt, 2012)

### **2.6.2. Duygusal Yeme ve Duygulara İlişkin Bilişler**

Duygusal yeme eğilimi gösteren kişilerin duygulara yönelik işlevsel olmayan düşünceleri, yeme davranışları üzerinde önemli etkilere sahiptir. (Taitz, 2012) Bu kişilerin bilişsel süreçlerine bakıldığında, duygularla ilgili olumsuz inançlara sahip oldukları görülmektedir. Yapılan bir çalışmada, deneyimlenen duyguları zararlı, kötü veya kişi için sağlıksız olarak niteleyen bireylerin, daha fazla duygusal yeme davranışı gösterdiği tespit edilmiştir. (Leahy, 2002)

**Tablo 4.** Duygusal yeme davranışında duygulara ilişkin inançlar

- 
- \*Olumsuz duyguların deneyimlenmesi kötüdür.
  - \*Çok mutlu hissedersen kontrolümü kaybedebilirim.
  - \*Olumlu duyguları deneyimlemeyi hak etmiyorum.
  - \*Olumsuz duyguları kontrol etmem gerekiyor yoksa daha fazla hissedeceğim.
  - \*Hiç kimse benim hissettiğim gibi hissetmiyor.
  - \*Duygularımı gizlersem, kendimi daha iyi hissederim.
  - \*Kendimi bir duygudan uzaklaştırmak onu hissetmekten daha iyidir.
  - \*Nasıl hissettiğimi asla anlayamayacağım.
- 

**Kaynak:** Taitz, J. 2012. End emotional eating : Using dialectical behavior therapy skills to cope with difficult emotions and develop a healthy relationship to food.Oakland. New Harbinger Publications.  
<https://ebookcentral.proquest.com/> adresinden alındı

### **2.6.3. Epidemiyoloji ve Sosyodemografik Özellikler**

Duygusal yeme davranışı, hem normal popülasyonda hem de yeme bozuklukları başta olmak üzere klinik popülasyonda yaygın olarak görülebilmektedir. Diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi kadınlarda daha fazla görülmektedir. Obezite sorunu yaşayan, kilo vermek amacıyla tedaviye başvuran veya zayıflamak için cerrahi operasyon geçirenlerde daha sıklıkla ortaya çıkabilmektedir. (Lock, 2018)

Deneyimlenen olumsuz duyguların yeme davranışları üzerindeki etkilerinin incelendiği bir araştırmada, önemli epidemiyolojik verilere ulaşılmıştır. (Laitinen vd., 2002) Araştırmanın örneklemini 2359 erkek ile 2791 kadın katılımcı oluşturmaktadır. Kadınların %30'u erkeklerin ise %25'i olumsuz bir duygu deneyimlediklerinde yemek yediklerini belirtmişlerdir. (Laitinen vd., 2002) Erkekler arasında yalnız, boşanmış veya ayrılmış olma, uzun bir işsizlik öyküsünün bulunması, düşük eğitim seviyesi duygusal yeme davranışı için bir risk faktörü oluştururken, kadınlarda çevresel destek eksikliği duygusal yeme için bir risk faktörüdür. (Laitinen vd., 2002)

Yapılan farklı bir araştırmada, genç yetişkinler üzerinde duygularla bağlantılı yeme davranışının yaygınlığı tespit edilmek istenmiştir. (Oliver ve Wardle, 1999) Araştırmanın örneklemini 212 üniversite öğrencisi oluşturmaktadır. Katılımcıların her

biri duygusal yeme davranışı açısından değerlendirilmiştir. Katılımcılardan %36.5'i stres gibi olumsuz bir duygu deneyimlediklerinde normalden daha fazla yediklerini, %5.2'si normalden çok daha fazla yediklerini belirtmiştir. (Oliver ve Wardle, 1999) Bu sonuçlar, cinsiyete veya diyet yapma durumuna göre değişmektedir. Kadınların %40.3'ü, erkeklerin ise %27.4'ü herhangi bir olumsuz duygu deneyimlediklerinde normalde yediklerinden daha fazla yediklerini ifade etmişlerdir. (Oliver ve Wardle, 1999) Duygusal yeme davranışının diyet yapanlarda daha çok ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Diyet yapanların yüzde %10.2'si, deneyimlenen olumsuz duygulara karşılık olarak normalden çok daha fazla yemek yediklerini söylerken bu oran diyet yapmayanlarda %3.3'tür. (Oliver ve Wardle, 1999)

18-22 yaşları arasındaki 500 genç yetişkin üzerinde yapılan bir çalışma, duygusal yeme eğiliminin genç yetişkinler üzerinde oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. (Spillman,1990) Araştırmaya katılan kişilerin %55'i stres gibi olumsuz bir duygu deneyimlediklerinde daha fazla yemek yediklerini belirtmiştir. Erkeklerin %42.8'i kadınların ise %53.6'sı yemek yemeyi olumsuz duygulara karşı bir başa çıkma stratejisi olarak kullandığını belirtmiştir. (Spillman, 1990)

Yeme bozukluğu tanısı almış 251 kişi ile 90 sağlıklı kişi üzerinde yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. (Ricca, Castellini, Fioravanti, Sauro, Rotella, Ravaldi, Faravelli ve Lazzeretti, 2012) Deney grubundaki 251 kişinin 70'i anoreksiya nervoza kısıtlayıcı alt türü, 71'i anoreksiya nervoza tıknırcasına yeme/çıkarma alt türü, 110'u bulimia nervoza çıkarma alt türü tanı kriterlerini karşılamaktadır. (Ricca vd., 2012) Araştırma sonucunda, yeme bozukluğu gösteren kişilerin kontrol grubundaki sağlıklı kişilere göre daha fazla duygusal yeme eğilimi gösterdiği tespit edilmiştir. (Ricca vd. 2012)

#### 2.6.4. Etiyoloji

Bireylerin gösterdikleri karmaşık yeme eğilimlerine çeşitli faktörler sebep olabilmektedir. Duygusal yeme, yaşamın herhangi bir noktasında ortaya çıkabilir veya gelişebilir. Biyolojik, psikolojik veya sosyal faktörlerin etkileşimi duygusal yeme gibi kompleks bir yapı üzerinde önemli etkilere sahiptir.

1-Biyolojik etkenler: Duygusal yemenin ortaya çıkmasında biyolojik veya genetik faktörler kilit bir rol oynamaktadır. Duygusal yeme davranışının kalıtsallığı üzerine yapılan çalışmalardan birinde, duygusal yeme eğilimi gösteren çocukların ebeveynlerinden en az birinde duygusal yeme eğilimlerine rastlanmıştır. (Wardle, Sanderson, Rapoport, Plomin ve Guthrie, 2002) Obezite gösteren annelerin, normal kilolu olanlara göre, çocuklarını normalde yemeleri gerektiğinden daha fazla yemeleri için cesaretlendirdiği, yemek yemeyi ödüllendirme sistemi olarak kullandığı veya duygusal sıkıntıları ile baş etmelerinde çocuklarına yemek yemeyi teklif ettikleri tespit edilmiştir. (Wardle vd., 2002) Hem ebeveynlerden alınan genetik miras hem de erken çocukluk döneminde yemek yeme davranışına ilişkin ebeveynlerden öğrenilen başa çıkma biçimleri duygusal yeme davranışı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.

Duygusal yeme davranışında kalıtsal bir geçiş olabileceğine yönelik hipotez, farklı çalışma sonuçları tarafından desteklenmiştir. Duygusal yeme davranışının kalıtsallığı üzerine yapılan bir çalışmada, önemli sonuçlara ulaşılmıştır. (Tholin, Karlsson, Rasmussen ve Tyneilus, 2005) Çalışmanın örneklemini İsveç'te yaşayan 23-29 yaşları arasındaki 326 dizigot ile 456 monozigot erkek ikiz çiftleri oluşturmaktadır. İkizlerin her biri duygusal yeme davranışları açısından değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, ikizler arasındaki kalıtsallık oranları %60 olarak hesaplanmıştır. (Tholin vd., 2005)

Asya'da genel popülasyon üzerinde yapılan bir çalışmada da duygusal yeme davranışının kalıtsallığı açısından önemli bulgulara ulaşılmıştır. (Sung, Lee, Song, Lee ve Lee, 2010) Araştırma kapsamında 443 monozigot, 124 dizigot ikiz çifti ile 1010 aile üyesi duygusal, dışsal ve kısıtlayıcı yeme davranışı açısından değerlendirilmiştir. Duygusal yeme davranışı için %25, dışsal yeme davranışı için %25 ve son olarak kısıtlayıcı yeme davranışı için %31 kalıtsallık oranı tespit edilmiştir. (Sung vd., 2010)

2-Psikososyal Etkenler: Duygusal yeme davranışının ortaya çıkmasında en önemli psikososyal etken, erken dönemlerde ebeveynlerle kurulan ilişkilerdir. Yapılan klinik gözlemler, çocukluk çağında ortaya çıkan duygusal yeme davranışında en belirleyici faktörün ebeveynlik tarzları olduğu göstermektedir. (İnalkaç ve Arslantaş, 2018) Özellikle duygusal bir beslenme şeklinin, diğer bir ifadeyle olumsuz duygulara karşı yemek yemenin teşvik edildiği ailesel ortamlarda, duygusal yeme eğiliminin gelişebileceği ileri sürülmektedir. (Snoek, Angels, Janssens ve Van Strien, 2007)

Duygusal yemenin etiyojisini etkileyen diğer bir faktör, ebeveyn modellemesidir. Çocuklar, ebeveynlerinin yiyecek alımını veya tercihlerini, yemeğe yönelik geliştirilen duygusal yeme gibi olumsuz yeme tutum veya davranışlarını model olarak alabilir. (Brown ve Ogden, 2004)

Öğrenme süreçleri dışında, ebeveynlerin çocukları üzerinde uyguladığı ebeveynlik tarzları da yeme tutum ve davranışları üzerinde etkili olabilmektedir. Yapılan çalışmalar, ailesel kontrol ile yiyecek alımı arasında bir ilişki olabileceğini göstermektedir. (Carper, Fisher ve Birch, 2000) Ebeveynlerinden daha fazla baskı hissettiğini bildiren ergenlerin, duygusal yeme davranışlarında artış olduğu gözlemlenmiştir. (Carter vd.,2000) Yapılan araştırmalar, ebeveyn desteğinin olmamasının veya aşırı nüfuz edici-korumacı bir ebeveynlik tarzının, yeme bozuklukları veya olumsuz yeme davranışlarıyla ilişkili olabileceğini göstermektedir. (Tata, Fox ve Cooper, 2001)

Son zamanlarda yapılan çalışmalar, aleksitimi gibi psikolojik bir özelliğin duygulara karşılık olarak ortaya çıkan yeme davranışı üzerinde kritik bir role sahip olabileceğini göstermektedir. (Van Strien, 2018) Aleksitimi, birçok farklı tıbbi veya psikiyatrik bozuklukla bağlantılı klinik bir özelliktir. (Taylor, 2000) Aleksitimi, genel olarak deneyimlenen öznel duygusal yaşantıları tanımlama, ifade etme veya birbirinden ayırma konusunda yaşanan zorluk olarak tanımlanabilir. (Morrison, 2017) Yapılan bir çalışmada, aleksitiminin yiyecek alımı üzerinde önemli etkilere sahip olduğu tespit edilmiştir. (Van Strien ve Ouwens, 2007) Araştırmaya katılan aleksitimik kadınların, kontrol grubundaki kişilere göre stres altındayken normalde yediklerinden daha fazla yedikleri gözlemlenmiştir. (Van Strien ve Ouwens, 2007)

Yapılan çeşitli etiyolojik çalışmalar çocukluk, ergenlik veya yetişkinlik döneminde travmatik deneyimlere maruz kalmanın yeme tutum ve davranışlarını etkileyebileceğini göstermektedir. (Moore, Ressler, Bradley, Powers ve Villarreal, 2015) Duygusal yeme ile travmatik deneyimler arasındaki ilişkilerin incelendiği bir araştırmanın sonuçlarına göre çocukluk dönemindeki cinsel, fiziksel veya duygusal istismarın duygusal yeme ile önemli derecede ilişkili olduğu tespit edilmiştir. (Moore vd., 2015) Bunlara ek olarak, yetişkinlik döneminde herhangi bir travmatik deneyime maruz kalma veya tanık olma da duygusal yeme ile yüksek bir korelasyon göstermektedir. (Moore vd., 2015)

## **2.7. Duygusal Yemeyi Etkileyen Emosyonlar İle Arasındaki İlişki**

Bireylerin deneyimledikleri duyguların her biri, yemek yeme davranışını farklı şekillerde etkileyebilmektedir. Bazı duygular yiyecek alımını artırırken bazıları azaltabilmektedir.

### **2.7.1. Duygusal Yeme ve Stres**

Deneyimlenen stresin yoğunluğu veya süresi, yemek yeme davranışı ile yakından ilişki gösterebilmektedir. Yapılan amprik çalışmalar, stres yaşayan kişilerin normalde yedikleri miktardan daha fazla yediklerini göstermektedir. (Match, 2008)

Yapılan bir çalışmada, 18-34 yaş arasındaki 49 erkek ile 18-35 yaş arasındaki 52 kadında hem belirli bir deneyim sırasında hem de genel olarak stres esnasında yiyecek alımındaki değişimler araştırılmıştır. (Shide, Rolls ve Weinstein, 1997) Belirli bir stres verici deneyim esnasında, erkeklerin %45'i kadınların ise %55'i normalde yediklerinden daha fazla yediklerini bildirmişlerdir. (Shide vd., 1997)

### **2.7.2. Duygusal Yeme ve Depresyon**

Depresyon, bireylerin yaşamlarında ciddi etkilere sebep olan olumsuz duygusal bir durumdur. Yapılan araştırma sonuçlarına göre depresif bireyler normal bireylere göre daha fazla duygusal yeme eğilimi göstermektedir. (Konttinen, 2019)

Depresif belirtiler ile yeme davranışı arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, 1060 remisyonlu depresif hasta, 309 depresif hasta ve 381 sağlıklı kişi depresyon ve yeme davranışları açısından değerlendirilmiştir. (Paans, Bot, Strien, Visser, Brouwer, Visser ve Penninx, 2018) Yapılan araştırma sonucunda, remisyonlu

depresif hastalar ile mevcut depresif bozukluk semptomları gösteren kişilerin kontrol grubundaki sağlıklı kişilere göre daha fazla duygusal yeme davranışı gösterdiği tespit edilmiştir. (Paans vd.,2018) Ayrıca, depresif bireyler arasında da farklılıklar gözlenmiştir. Depresyon semptomlarını daha uzun ve şiddetli yaşayan hastaların duygusal yeme eğilimleri, diğer depresyon hastalarına göre daha yüksek bulunmuştur. (Paans vd., 2018)

Depresyon ile duygusal yeme davranışı arasındaki ilişkinin incelendiği başka bir amprik çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. (Van Strien, Ouwens ve Van Leeuwe, 2009) Araştırma örneklemini kiloları nedeniyle endişe yaşayan 550 kadın katılımcı oluşturmaktadır. Yapılan çalışma sonucunda, duygusal yeme ile dışsal yeme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. (Van Strien vd.,2009) Depresyonun duygusal yeme ile doğrudan ve olumlu bir şekilde ilişki gösterdiği tespit edilmiştir. (Van Strien vd., 2009)

### **2.7.3. Duygusal Yeme ve Anksiyete**

Duygusal yeme davranışı ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada, önemli sonuçlara ulaşılmıştır. (Braet vd., 2008) Araştırma örneklemini, aşırı kilolu oldukları için tedaviye başvuran 115 kişi ile herhangi bir tedaviye başvurmayan 73 kişi oluşturmaktadır. Araştırma sonuçları kapsamında, yüksek anksiyete düzeyi ile duygusal yeme davranışı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. (Braet vd., 2015)

Yapılan farklı bir çalışmada, kronik anksiyete ile duygusal yeme arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. (Pagoto, Schneider, Applehans, Whited, Oleski ve Pagoto, 2010) Araştırmanın örneklemini, obezite nedeniyle sorun yaşayan 100 kişi oluşturmaktadır. Katılımcıların her biri duygusal yeme eğilimleri ile kronik anksiyete düzeylerini ölçen anket ve ölçekler ile değerlendirilmiştir. Yüksek düzeydeki kronik anksiyete, obez bireylerde daha fazla yiyecek alımı ile ilişkili bulunmuştur. (Pagoto vd., 2010)

### **2.7.4. Duygusal Yeme ve Öfori**

Deneyimlenen farklı türdeki duyguların yemek yeme davranışı üzerinde nasıl etkilere sahip olduğunu tespit etmek üzere yapılan bir çalışmada, öfori ve üzüntünün farklı etkilere sahip olduğu saptanmıştır. (Roth, Match ve Ellgring, 2002) Araştırmanın

örneklemini, sağlıklı erkek katılımcılar oluşturmaktadır. Katılımcıların her birine, laboratuvar ortamında üzüntü veya mutluluk gibi duyguları harekete geçiren filmler izletilmiştir. Katılımcıların filmi izledikten sonra belli bir miktarda çikolata yemelerine izin verilmiştir. Üzüntü ve öfori yemek yeme motivasyonunu farklı şekillerde etkilemiştir; öfori katılımcıların iştahını arttırırken, üzüntü azaltmıştır. (Roth vd., 2002) Öfori deneyimleyen kişiler diğer kişilere göre daha fazla çikolata yerken, yedikleri çikolatanın tadını daha lezzetli olarak algılamışlardır. (Roth vd., 2002)

## **2.8. Diğer Yeme Tutum ve Davranışları**

### **2.8.1. Kısıtlayıcı Yeme**

Diyet, neredeyse tüm bireylerin kilolarını kontrol etmek veya düzenlemek için uyguladığı bir beslenme yöntemidir. Diyet yapma davranışı bazı durumlarda sağlıklı veya patolojik bir durum haline dönüşebilir. Bazı bireylerde, diyet süreci kısıtlayıcı yeme ile karakterize edilen bir kalıpla ilerleyebilir. (Haynos, Allison, Pearson, Watts, Loth ve Neumark-Stzainer, 2016) Kısıtlayıcı yeme, kilo vermek amacıyla yiyecek veya kalori alımını aşırı derecede sınırlandırma olarak tanımlanabilir. (Haynos ve Fruzzetti, 2015) Bu kişiler, günlük olarak normalde almaları gereken miktardan çok daha az kalori almaktadır. Kısıtlayıcı yeme eğilimi gösteren kişiler, yiyecek alımını düşürmek için öğün atlayabilir veya oruç tutabilirler. (APA, 2015) Kısıtlayıcı yeme eğilimlerine, anoreksiya veya bulimia nervoza gibi yeme bozukluklarında rastlanmaktadır. (Morrison, 2017)

### **2.8.2. Dışsal Yeme**

Bireylerin yaşadığı fizyolojik açlık dürtüsü veya duyguları dışında yemek ile ilgili özellikler de bireylerin yemek yeme davranışlarını etkileyebilmektedir. Dışsal yeme eğilimi gösteren kişiler yemeğin kokusu, görüntüsü veya lezzeti gibi uyaranların varlığında aşırı yemek yeme eğilimi göstermektedirler. (Van Strien, Cox ve Shippers, 1995) Diğer bir ifadeyle, dışsal yeme eğilimi gösteren kişiler yakın çevredeki yiyeceklerle ilgili ipuçlarına yönelik yüksek hassasiyetleri nedeniyle aşırı yemek yemektirler. (Herman, Van Strien ve Verheijden, 2009) Yapılan çalışmalar, dışsal yeme eğilimi gösteren kişilerin, duygusal veya kısıtlayıcı yeme eğilimi gösterenlere göre fizyolojik açlık veya tokluk sinyallerine daha duyarsız olduklarını göstermektedir. (Herman vd., 2009)



# ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

## YÖNTEM

### 3.1. Evren-Örneklem

Araştırma evrenini belirlemek için net bir evren çerçevesi çizilmemiştir. Araştırma örneklemini, basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile seçilen İstanbul ilinde yaşayan 18-60 yaş arasındaki kadın ve erkek bireyler oluşturmaktadır. Araştırma 346'sı kadın (%71.8), 136'sı (%28.2) erkek olmak üzere toplam 482 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir.

### 3.2. Araştırma Modeli

Araştırma, yetişkin ayrılma anksiyetesi ile duygusal yeme davranışı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olup olmadığını tespit etmek üzere yapılan ilişkisel tarama modelinde betimsel bir çalışmadır. İlişkisel tarama modeli, belirli değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemeye yönelik kullanılan bir araştırma metodudur. (Karasar, 2012)

### 3.3. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanması için Sosyodemografik Veri Formu, Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği (YAAÖ) ve Hollanda Yeme Davranışı Anketi (HYDA) kullanılmıştır. Araştırma verileri, bilgisayar ortamında online olarak anket ve ölçeklerin doldurulması şeklinde toplanmıştır. Araştırma verileri yargısal nitelikte olmakla beraber, veri kaynaklarını insanlar oluşturmaktadır.

### 3.4. Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler, IBM SPSS 21.0 paket programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük frekans ve yüzde olarak verilmiştir. Kesikli değişkenlere ait karşılaştırmalarda, Pearson ki-kare testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu, Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlere ilişkin gruplar arası karşılaştırmalarda, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

Kruskal Wallis testi ile yapılan karşılaştırmalarda, gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunduğu farkın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Posthoc Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki doğrusal ilişki, Spearman korelasyon testi ile değerlendirilmiştir.

### **3.5. Verilerin Yorumlanması**

Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği (YAAÖ) ile Hollanda Yeme Davranışı Anketi'nin (HYDA) toplam ve alt boyutlarından alınan puanlar, katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılmıştır. HYDA'nın toplam ve alt boyut puanları için belirlenmiş herhangi bir kesim noktası yoktur. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeğinde ise toplam puan üzerinden 25 kesme puanı alınarak, 25 puan ve üzerindekilerde ayrılma anksiyetesinin mevcut olduğu, 25 puan altındakilerde ise mevcut olmadığı şeklinde değerlendirilecektir. Kesme puanına göre ayrılma anksiyetesinin varlığı sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılacaktır.

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

#### **3.6.1. Sosyodemografik Veri Formu**

Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durumu gibi temel özellikleri hakkında bilgi toplamak amacıyla, araştırmacı tarafından oluşturulan bir formdur.

#### **3.6.2. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği**

Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği (YAAÖ) 2003 yılında Manicavasagar, Silove, Wagner ve Drobny tarafından 18 yaş üzerindeki bireylerde ayrılma anksiyetesi belirtilerini tespit etmek amacıyla geliştirilmiştir. (Manivasagar, Silove, Wagner ve Drobny, 2003) Ölçek hiç, nadiren, sıklıkla, çok sıklıkla şeklinde 4'lü likert biçiminde cevaplanan toplam 27 maddeden oluşmaktadır. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması, 2010 yılında Meliha Diriöz tarafından gerçekleştirilmiştir. (Diriöz, 2010) Toplam 410 denek üzerinde YAAÖ'nün iç tutarlılığını belirlemeye yönelik olarak yapılan çalışmada, Cronbach Alfa değeri 0.93 olarak tespit edilmiştir. (Diriöz, 2010) Yapılan madde analizi sonucunda, madde ve toplam korelasyon değerleri .29-.76 arasında değişmektedir. (Diriöz, 2010)

Yapılan deneysel çalışmalar sonucunda, seksen katılımcıya YAAÖ ilk kez uygulandığında test-tekrar test ortalama puanı 28.43 iken ikinci uygulamada ortalama puan 27.78 olarak tespit edilmiştir. (Diriöz, 2010)

### **3.6.3. Hollanda Yeme Davranışı Anketi**

Hollanda Yeme Davranışı Anketi (HYDA) ilk kez 1986 yılında Van Strien ve arkadaşları tarafından yeme tutum ve davranışlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. (Van Strien, Frijters, Bergers ve Defares, 1986) Hollanda Yeme Davranışı Anketi; duygusal, dışsal ve kısıtlayıcı yeme davranışlarını ölçen toplam üç alt boyuttan oluşmaktadır. Anket, 5'li likert biçiminde cevaplanan toplam 33 maddeden oluşmaktadır. 13 madde duygusal yeme, 10 madde kısıtlayıcı yeme ve 10 madde dışsal yeme davranışlarını ölçmektedir. Hollanda Yeme Davranışı Anketi'nin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları, 2009 yılında Nuray Bozan tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılmıştır. (Bozan, 2009) Yapılan iç tutarlılık çalışmalarında, Cronbach Alpha değerleri tüm ölçek için 0.94, duygusal yeme alt ölçeği için 0.97, kısıtlayıcı yeme alt ölçeği için 0.91, dışsal yeme alt ölçeği için 0.90 olarak tespit edilmiştir. (Bozan, 2009) Test tekrar test güvenilirliğine bakıldığında, toplam değer 0.72, duygusal yeme alt ölçeği için 0.30, kısıtlayıcı yeme alt ölçeği için 0.93, dışsal yeme alt ölçeği için 0.91 olarak tespit edilmiştir. (Bozan, 2009)

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

#### 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Sağlık Özelliklerine İlişkin Dağılım

Araştırma örnekleminin %71.8'ini kadınlar oluşturmaktadır. Yaş grubu olarak katılımcıların %34'ü 36 ile 45 yaş grubu arasında yer almaktadır. Katılımcıların %70.3'ü evli, %60.2'si üniversite mezunudur. Araştırmaya katılanların %47.9'unun geliri 3001-6000 TL arasındadır. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin ayrıntılı bilgiler Tablo-5'te sunulmuştur.

**Tablo 5.** Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Özellik		Frekans	%
Cinsiyet	Kadın	346	71,8
	Erkek	136	28,2
	Toplam	482	100,0
Yaş Grubu	18-25	60	12,4
	26-35	117	24,3
	36-45	164	34,0
	46-60	141	29,3
	Toplam	482	100,0
Medeni Durum	Bekar	101	21,0
	Evli	339	70,3
	Boşanmış	42	8,7
	Toplam	482	100,0
Eğitim Durumu	İlköğretim	50	10,4
	Lise	86	17,8
	Üniversite	290	60,2
	Yüksek Lisans/Doktora	56	11,6
	Toplam	482	100,0
Aylık Gelir	3000 TL ve altı	145	30,1
	3001-6000 TL	231	47,9
	6001-10000 TL	80	16,6

<b>Aylık Gelir</b>	10001 TL ve üzeri	26	5,4
	Toplam	482	100,0
<b>Aile Yapısı</b>	Çekirdek aile	450	93,4
	Geniş aile	32	6,6
	Toplam	482	100,0

Katılımcıların %23'ü herhangi bir tıbbi hastalığı olduğunu bildirmiştir. Daha önce psikiyatrik bir tanı aldığını bildirenlerin oranı %10.4 iken, psikiyatrik ilaç kullananların oranı %6.8'dir. Katılımcıların anne veya babalarında herhangi bir psikiyatrik tanı öyküsü olanların payı %15.4'tür. Katılımcıların %4.1'i daha önce intihar girişiminde bulunduğunu belirtmiştir. Katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin bilgiler Tablo 6'da ayrıntılı olarak verilmiştir.

**Tablo 6.** Katılımcıların sağlık durumuna ilişkin dağılımı

<b>Özellik</b>		<b>Frekans</b>	<b>%</b>
<b>Tıbbi Hastalık</b>	Var	111	23,0
	Yok	371	77,0
	Toplam	482	100,0
<b>Psikiyatrik Tanı</b>	Var	50	10,4
	Yok	432	89,6
	Toplam	482	100,0
<b>Psikiyatrik İlaç Kullanımı</b>	Var	33	6,8
	Yok	449	93,2
	Toplam	482	100,0
<b>Anne Babada Psikiyatrik Hastalık</b>	Var	74	15,4
	Yok	408	84,6
	Toplam	482	100,0
<b>İntihar Girişimi</b>	Var	20	4,1
	Yok	462	95,9
	Toplam	482	100,0

#### 4.2. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği'nden Alınan Puanlar

Katılımcıların yaş grubu, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir ve aile yapısına göre “Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği” puanları karşılaştırıldığında; cinsiyet, yaş grubu, medeni durum ve aylık gelire göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ( $p<0.05$ ) Kadınlar erkeklerden, 18-25 yaş grubundakiler diğer yaş gruplarından, 26-35 yaş grubundakiler 46-50 yaş grubundan, bekarlar evlilerden, aylık geliri 3000 TL ve altında olanlar geliri 10.000 TL ve üzerinde olanlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahiptir. ( $p<0.05$ ) Eğitim durumu ve aile yapısı karşılaştırmalarında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ) Ayrıntılar Tablo 8’de sunulmuştur.

**Tablo 7.** Katılımcıların Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği'ne ilişkin tanımlayıcı istatistikleri

Ölçek Puanı	Ortalama±SS	Ortanca	En Küçük-En Büyük
Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi	21,26± 11,92	19,5	2-73

SS:Standart Sapma

**Tablo 8.** Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği'nden alınan puanların karşılaştırması

Özellik	N	Ortalama± SS	U/Kikare	p	
Cinsiyet	Kadın	346	23,17±12,63	15863	<0,001*
	Erkek	136	16,40±8,10		
Yaş Grubu	18-25	60	27,35±11,39 <sup>a</sup>	28,513	<0,001**
	26-35	117	22,64±12,50 <sup>b</sup>		
	36-45	164	20,95±12,43 <sup>c</sup>		
	46-60	141	17,89±9,75 <sup>d</sup>		

<b>Medeni Durum</b>	Bekar	101	23,76±11,41 <sup>a</sup>		
	Evli	339	20,66±11,98 <sup>b</sup>	7,615	0,022**
	Boşanmış	42	20,10±12,11		a>b
<b>Eğitim Durumu</b>	İlköğretim	50	24,38±15,62		
	Lise	86	21,57±13,37		
	Üniversite	290	21,22±10,64	6,761	0,080**
	Yüksek Lisans /Doktora	56	18,23±11,67		
<b>Aylık Gelir</b>	3000 TL ve altı	145	23,54±14,21 <sup>a</sup>		
	3001-6000 TL	231	20,90±11,14	8,157	0,043**
	6001-10000 TL	80	19,78±8,62		a>b
	10001 TL ve üzeri	26	16,31±11,35 <sup>b</sup>		
<b>Aile Yapısı</b>	Çekirdek aile	450	21,10±11,99		
	Geniş aile	32	23,47±10,80	6070	0,138*

SS= Standart Sapma \*Mann Whitney U testi \*\* Kruskal Wallis testi

Katılımcıların tıbbi hastalık, psikiyatrik tanı, psikiyatrik ilaç kullanımı, anne babada psikiyatrik hastalık ve intihar girişimi öykülerine göre “Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği” puanları karşılaştırıldığında; tıbbi hastalık durumu dışındaki diğer karşılaştırmalarda, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. (p<0.05) Psikiyatrik tanı, psikiyatrik ilaç kullanımı, anne babada psikiyatrik hastalık ve intihar girişimi öyküsü pozitif olan katılımcıların puanları, öyküsü negatif olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. (p<0.05) Ayrıntılar Tablo 9’da sunulmuştur.

**Tablo 9.** Katılımcıların sağlık özelliklerine göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği'nden alınan puanların karşılaştırılması

Özellik		N	Ortalama± SS	U	p*
<b>Tıbbi Hastalık</b>	Var	111	22,29±13,94	20176	0,747
	Yok	371	20,95±11,25		
<b>Psikiyatrik Tanı</b>	Var	50	29,00±13,56	6664,5	<0,001
	Yok	432	20,37±11,40		
<b>Psikiyatrik İlaç Kullanımı</b>	Var	33	28,58±15,66	5225,5	0,005
	Yok	449	20,72±11,44		
<b>Anne Babada Psikiyatrik Hastalık</b>	Var	74	23,76±12,70	12938,5	0,049
	Yok	408	20,81±11,73		
<b>İntihar Girişimi</b>	Var	20	36,05±14,33	1854	<0,001
	Yok	462	20,62±11,40		

SS= Standart Sapma \*Mann Whitney U testi

#### 4.3. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesinin Varlığı ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi

Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği toplam puanı, 25 ve üzerinde olan katılımcılar yetişkin ayrılma anksiyetesi pozitif olarak değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeye göre katılımcılarda yetişkin ayrılma anksiyetesi sıklığı %34.2'dir. Ayrıntılar Tablo 10'da detaylı olarak verilmiştir.

**Tablo 10.** Katılımcılarda yetişkin ayrılma anksiyetesi sıklığı

Tanı	N	%
<b>Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Var</b>	165	34,2
<b>Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Yok</b>	317	65,8



Katılımcıların cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir ve aile yapısına göre yetişkin ayrılma anksiyetesi durumu karşılaştırıldığında; cinsiyet, yaş grubu ve medeni duruma göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ( $p < 0.05$ ) Kadınlarda erkeklerden, 18-25 yaş grubunda diğer yaş gruplarından ve bekarlarda evlilerden yetişkin ayrılma anksiyetesi sıklığı istatistiksel olarak daha yüksektir. Diğer karşılaştırmalarda, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. ( $p > 0.05$ ) Ayrıntılar Tablo 11’de sunulmuştur.

**Tablo 11.** Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre yetişkin ayrılma anksiyetesi varlığının karşılaştırılması

<b>Özellik</b>	<b>Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Yok (n=317) n (%)</b>	<b>Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Var (n=165) n (%)</b>	<b>Ki-kare</b>	<b>p*</b>
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	208 (60,1)	138 (39,9)	17,400	<0,001
Erkek	109 (80,1)	27 (19,9)		
<b>Yaş Grubu</b>				
18-25	24 (40,0)	36 (60,0)		
26-35	76 (65,0)	41 (35,0)	22,444	<0,001
36-45	113 (68,9)	51 (31,1)		
46-60	104 (73,8)	37 (26,2)		
<b>Medeni Durum</b>				
Bekar	56 (55,4)	45 (44,6)		
Evli	234 (69,0)	105 (31,0)	6,420	0,040
Boşanmış	27 (64,3)	15 (35,7)		
<b>Eğitim Durumu</b>				
İlköğretim	29 (58,0)	21 (42,0)		
Lise	56 (65,1)	30 (34,9)	2,737	0,434
Üniversite	191 (65,9)	99 (34,1)		
Yüksek Lisans/ Doktora	41 (73,2)	15 (26,8)		

<b>Aylık Gelir</b>				
3000 TL ve altı	83 (57,2)	62 (42,8)		
3001-6000 TL	157 (68,0)	74 (32,0)	7,683	0,053
6001-10000 TL	57 (71,2)	23 (28,8)		
10000 TL üzeri	20 (76,9)	6 (23,1)		
<b>Aile Yapısı</b>				
Çekirdek	299 (66,4)	151 (33,6)	1,379	0,240
Geniş	18 (56,2)	14 (43,8)		

\*Pearson ki-kare testi

Katılımcıların tıbbi hastalık, psikiyatrik tanı, psikiyatrik ilaç kullanımı, anne babada psikiyatrik hastalık ve intihar girişimi öykülerine göre yetişkin ayrılma anksiyetesinin varlığı karşılaştırıldığında; psikiyatrik tanı, psikiyatrik ilaç kullanımı ve intihar girişimi öykülerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ( $p < 0.05$ ) Öyküleri pozitif olan gruplarda, negatif olanlara göre yetişkin ayrılma anksiyetesi sıklığı istatistiksel olarak daha yüksektir. Diğer karşılaştırmalarda, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. ( $p > 0.05$ ) Ayrıntılar Tablo 12’de sunulmuştur.

**Tablo 12.** Katılımcıların sağlık özelliklerine göre yetişkin ayrılma anksiyetesi varlığının karşılaştırılması

<b>Özellik</b>	<b>Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Yok</b>	<b>Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Var</b>	<b>Ki-kare</b>	<b>p*</b>
	<b>(n=317)</b>	<b>(n=165)</b>		
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>		
<b>Tıbbi Hastalık</b>				
Var	70 (63,1)	41 (36,9)	0,469	0,494
Yok	247 (66,6)	124 (33,4)		
<b>Psikiyatrik Hastalık</b>				
<b>Tanısı</b>				
Var	20 (40,0)	30 (60,0)	16,453	<0,001
Yok	297 (68,7)	135 (31,3)		

<b>Psikiyatrik İlaç</b>				
<b>Kullanımı</b>				
Var	13(39,4)	20 (60,6)	10,945	<0,001
Yok	304 (67,7)	145 (32,3)		
<b>Anne Babada</b>				
<b>Psikiyatrik Hastalık</b>				
Var	43 (58,1)	31 (41,9)	2,278	0,131
Yok	274 (67,2)	134 (32,8)		
<b>İntihar Girişimi</b>				
Var	5 (25,0)	15 (75,0)	15,403	<0,001
Yok	312 (67,5)	150 (32,5)		

#### 4.4. Hollanda Yeme Davranışı Anketi Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Tanımlayıcı İstatistikler

Katılımcıların “Kısıtlayıcı Yeme”, “Duygusal Yeme”, “Dışsal Yeme” alt boyut puanları ile “Hollanda Yeme Davranışı Anketi” toplam puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 13’te verilmiştir.

**Tablo 13.** Hollanda Yeme Davranışı Anketi’nin toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler

Alt Boyut/Ölçek Puanı	Ortalama±SS	Ortanca	En Küçük-En Büyük
<b>Kısıtlayıcı Yeme (DEBQ-R)</b>	2,56± 0,84	2,60	1,00-5,00
<b>Duygusal Yeme (DEBQ-E)</b>	1,97± 1,02	1,62	1,00-5,00
<b>Dışsal Yeme (DEBQ-X)</b>	2,83± 0,79	2,75	1,30-5,00
<b>Hollanda Yeme Davranışı Anketi</b>	7,37± 1,84	7,08	3,70-13,11

SS= Standart Sapma

#### 4.5. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kısıtlayıcı Yeme Alt Boyut Puanları

Katılımcıların cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir ve aile yapısına göre “Kısıtlayıcı Yeme” alt boyut puanları karşılaştırıldığında; sadece

eğitim durumu karşılaştırmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ( $p<0.05$ ) Yüksek lisans/doktora mezunları ilköğretim ve üniversite mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahiptir. Diğer karşılaştırmalarda, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. ( $p>0.05$ ) Ayrıntılar Tablo 14'te verilmiştir.

**Tablo 14.** Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre kısıtlayıcı yeme alt boyut puanlarının karşılaştırmaları

Özellik		N	Ortalama± SS	U/ Ki-kare	P
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	346	2,55±0,87	22893,5	0,645*
	Erkek	136	2,59±0,79		
<b>Yaş</b>	18-25	60	2,43±0,96	3,761	0,288**
<b>Grubu</b>	26-35	117	2,63±0,88		
	36-45	164	2,52±0,85		
	46-60	141	2,62±0,75		
<b>Medeni Durum</b>	Bekar	101	2,46±0,95	1,933	0,380**
Evli	339	2,60±0,79			
	Boşanmış	42	2,53±0,99		
<b>Eğitim Durumu</b>	İlköğretim	50	2,41±0,82 <sup>b</sup>	10,691	0,014**
	Lise	86	2,57±0,88		
	Üniversite	290	2,52±0,82 <sup>b</sup>		
	Yüksek Lisans/ Doktora	56	2,95±0,85 <sup>a</sup>		

<b>Aylık Gelir</b>	3000 TL ve altı	145	2,47±0,90	4,333	0,228**
	3001-6000 TL	231	2,57±0,84		
	6001-10000 TL	80	2,65±0,76		
	10001 TL ve üzeri	26	2,79±0,71		
<b>Aile Yapısı</b>	Çekirdek aile	450	2,57±0,84	7152	0,950*
	Geniş aile	32	2,55±0,97		

SS= Standart Sapma \*Mann Whitney U testi \*\* Kruskal Wallis testi

Katılımcıların tıbbi hastalık, psikiyatrik tanı, psikiyatrik ilaç kullanımı, anne babada psikiyatrik hastalık ve intihar girişimi öykülerine göre “Kısıtlayıcı Yeme” alt boyut puanları karşılaştırıldığında; sadece tıbbi hastalık durumu karşılaştırmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. ( $p<0.05$ ) Tıbbi hastalık öyküsü pozitif olan katılımcıların puanları, öyküsü negatif olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Ayrıntılar Tablo 15’te verilmiştir.

**Tablo 15.** Katılımcıların sağlık özelliklerine göre kısıtlayıcı yeme alt boyut puanlarının karşılaştırılması

<b>Özellik</b>		<b>N</b>	<b>Ortalama± SS</b>	<b>U</b>	<b>p*</b>
<b>Tıbbi Hastalık</b>	Var	111	2,81±0,87	16509	0,002
	Yok	371	2,49±0,82		
<b>Psikiyatrik Tanı</b>	Var	50	2,69±0,95	10114,5	0,462
	Yok	432	2,55±0,83		
<b>Psikiyatrik İlaç Kullanımı</b>	Var	33	2,61±0,97	7302	0,890
	Yok	449	2,56±0,84		
<b>Anne Baba Psikiyatrik Hastalık</b>	Var	74	2,66±0,83	13890,5	0,274
	Yok	408	2,55±0,85		

<b>İntihar Girişimi</b>	Var	20	2,60±0,87	4466,5	0,801
	Yok	462	2,56±0,84		

#### 4.6. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Duygusal Yeme Alt Boyut Puanları

Katılımcıların cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir ve aile yapısına göre “Duygusal Yeme (DEBQ-E)” alt boyut puanları karşılaştırıldığında; cinsiyet, yaş grubu ve medeni durum karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kadınlar erkeklerden, diğer yaş gruplarında olanlar 46-60 yaş grubundan, bekarlar evlilerden istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahiptir ( $p<0,05$ ). Diğer karşılaştırmalarda, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Ayrıntılar Tablo-16’da sunulmuştur.

**Tablo 16.** Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre duygusal yeme alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Özellik	N	Ortalama± SS	U/ Ki-kare	P
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	346	2,12±1,07	16120 <0,001*
	Erkek	136	1,59±0,78	
<b>Yaş Grubu</b>	18-25	60	2,35±1,15 <sup>a</sup>	35,963 <0,001** a>b
	26-35	117	2,11±1,12 <sup>a</sup>	
	36-45	164	2,05±0,98 <sup>a</sup>	
	46-60	141	1,60±0,81 <sup>b</sup>	
<b>Medeni Durum</b>	Bekar	101	2,28±1,20 <sup>a</sup>	8,120 0,017** a>b
	Evli	339	1,88±0,93 <sup>b</sup>	
	Boşanmış	42	1,98±1,15	
<b>Eğitim Durumu</b>	İlköğretim	50	1,77±0,97	7,898 0,052**
	Lise	86	1,82±1,02	
	Üniversite	290	2,02±1,03	
	Yüksek Lisans / Doktora	56	2,12±0,99	

	3000 TL ve altı	145	2,09±1,11		
<b>Aylık Gelir</b>	3001-6000 TL	231	1,91±0,98	2,476	0,480**
	6001-10000 TL	80	1,90±0,95		
	10001 TL ve üzeri	26	2,04±1,06		
<b>Aile Yapısı</b>	Çekirdek aile	450	1,96±1,00	6831,5	0,627*
	Geniş aile	32	2,17±1,23		

SS= Standart Sapma \*Mann Whitney U testi \*\* Kruskal Wallis testi

Katılımcıların tıbbi hastalık, psikiyatrik tanı, psikiyatrik ilaç kullanımı, anne babada psikiyatrik hastalık ve intihar girişimi öykülerine göre “Duygusal Yeme (DEBQ-E)” alt boyut puanları karşılaştırıldığında; sadece intihar girişimi öyküsü karşılaştırmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). İntihar girişimi öyküsü pozitif olan katılımcıların puanları öyküsü negatif olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ( $p<0,05$ ). Diğer karşılaştırmalarda, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Ayrıntılar Tablo-17’de sunulmuştur.

**Tablo 17.** Katılımcıların sağlık özelliklerine göre duygusal yeme alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Özellik		N	Ortalama± SS	U	p*
<b>Tıbbi Hastalık</b>	Var	111	2,10±1,09	18983,5	0,210
	Yok	371	1,93±1,00		
<b>Psikiyatrik Tanı</b>	Var	50	2,21±1,20	9601	0,197
	Yok	432	1,94±1,00		
<b>Psikiyatrik İlaç Kullanımı</b>	Var	33	2,03±1,30	6760,5	0,400
	Yok	449	1,97±1,00		

<b>Anne Babada</b>	Var	74	2,11±1,23	14546,5	0,617
<b>Psikiyatrik Hastalık</b>	Yok	408	1,95±0,98		
<b>İntihar Girişimi</b>	Var	20	2,67±1,38	3078	0,011
	Yok	462	1,94±0,99		

SS= Standart Sapma

\*Mann Whitney U testi

#### 4.7. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dışsal Yeme Alt Boyut Puanları

Katılımcıların cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir ve aile yapısına göre “Dışsal Yeme (DEBQ-X)” alt boyut puanları karşılaştırıldığında; cinsiyet, yaş grubu, medeni durum ve eğitim durumu karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kadınlar erkeklerden, 18-25 yaş grubundakiler 36-45 ve 46-60 yaş gruplarından, 26-35 yaş grubundakiler 46-60 yaş grubundan, bekarlar evlilerden, üniversite ve yüksek lisans/doktora mezunları ilköğretim mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahiptir ( $p<0,05$ ). Diğer karşılaştırmalarda, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Ayrıntılar Tablo-18’de sunulmuştur.

**Tablo 18.** Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dışsal yeme alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Özellik	N	Ortalama± SS	U/ Ki-kare	p
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	346	2,91±0,80	19125,5 0,001*
	Erkek	136	2,63±0,73	
<b>Yaş Grubu</b>	18-25	60	3,10±0,74 <sup>a</sup>	26,019 <0,001** a>c,d - b>d
	26-35	117	3,08±0,89 <sup>b</sup>	
	36-45	164	2,77±0,75 <sup>c</sup>	
	46-60	141	2,58±0,68 <sup>d</sup>	



	Bekar	101	3,10±0,86 <sup>a</sup>		
<b>Medeni Durum</b>	Evli	339	2,75±0,77 <sup>b</sup>	12,327	0,002**
	Boşanmış	42	2,90±0,70		a>b
	İlköğretim	50	2,49±0,69 <sup>b</sup>		
	Lise	86	2,71±0,78		
<b>Eğitim Durumu</b>	Üniversite	290	2,92±0,80 <sup>a</sup>	16,396	0,001**
	Yüksek Lisans / Doktora	56	2,86±0,75 <sup>a</sup>		a>b
	3000 TL ve altı	145	2,81±0,78		
<b>Aylık Gelir</b>	3001-6000 TL	231	2,82±0,81	2,571	0,463**
	6001-10000 TL	80	2,93±0,73		
	10001 TL ve üzeri	26	2,82±0,91		
<b>Aile Yapısı</b>	Çekirdek aile	450	2,82±0,79		
	Geniş aile	32	2,95±0,88	6738	0,544*

SS= Standart Sapma \*Mann Whitney U testi \*\* Kruskal Wallis testi

Katılımcıların tıbbi hastalık, psikiyatrik tanı, psikiyatrik ilaç kullanımı, anne babada psikiyatrik hastalık ve intihar girişimi öykülerine göre “Dışsal Yeme (DEBQ-X)” alt boyut puanları karşılaştırıldığında; psikiyatrik tanı ve intihar girişimi öyküsü karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Psikiyatrik tanı ve intihar girişimi öyküsü pozitif olan katılımcıların puanları öyküsü negatif olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ( $p<0,05$ ). Diğer karşılaştırmalarda, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Ayrıntılar Tablo-19’da sunulmuştur.

**Tablo 19.** Katılımcıların sağlık özelliklerine göre dışsal yeme alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Özellik		N	Ortalama± SS	U	p*
<b>Tıbbi Hastalık</b>	Var	111	2,93±0,79	18637,5	0,129
	Yok	371	2,80±0,79		
<b>Psikiyatrik Tanı</b>	Var	50	3,13±0,80	8449,5	0,012
	Yok	432	2,80±0,78		
<b>Psikiyatrik İlaç Kullanımı</b>	Var	33	3,00±0,90	6844,5	0,465
	Yok	449	2,82±0,78		
<b>Anne Baba Psikiyatrik Hastalık</b>	Var	74	2,99±0,85	13353	0,114
	Yok	408	2,80±0,78		
<b>İntihar Girişimi</b>	Var	20	3,40±0,84	2853,5	0,004
	Yok	462	2,81±0,78		

SS= Standart Sapma \*Mann Whitney U testi

#### **4.8. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hollanda Yeme Davranışı Anketi Toplam Puanları**

Katılımcıların cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir ve aile yapısına göre “Hollanda Yeme Davranışı Anketi” toplam puanları karşılaştırıldığında; cinsiyet, yaş grubu ve eğitim durumu karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Kadınlar erkeklerden, diğer yaş gruplarındakiler 46-60 yaş grubundan, üniversite ve yüksek lisans/doktora mezunları ilköğretim mezunlarından, yüksek lisans/doktora mezunları lise mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahiptir ( $p<0,05$ ). Diğer karşılaştırmalarda, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Ayrıntılar Tablo-20’de sunulmuştur.

**Tablo 20.** Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre HYDA toplam puan karşılaştırmaları

Özellik	N	Ortalama± SS	U/ Ki-kare	p	
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	346	7,58±1,86	17882	<0,001*
	Erkek	136	6,82±1,66		
<b>Yaş Grubu</b>	18-25	60	7,88±2,01 <sup>a</sup>	20,479	<0,001** a>b
	26-35	117	7,82±1,92 <sup>a</sup>		
	36-45	164	7,35±1,87 <sup>a</sup>		
	46-60	141	6,80±1,47 <sup>b</sup>		
<b>Medeni Durum</b>	Bekar	101	7,84±2,10 <sup>a</sup>	5,129	0,077**
	Evli	339	7,22±1,75 <sup>b</sup>		
	Boşanmış	42	7,40±1,73		
<b>Eğitim Durumu</b>	İlköğretim	50	6,67±1,70 <sup>d</sup>	16,936	0,001** a,b>d a>c
	Lise	86	7,10±1,78 <sup>c</sup>		
	Üniversite	290	7,46±1,84 <sup>b</sup>		
	Yüksek	56	7,92±1,85 <sup>a</sup>		
	Lisans / Doktora				
<b>Aylık Gelir</b>	3000 TL ve altı	145	7,37±1,95	1,655	0,647**
	3001-6000 TL	231	7,30±1,78		
	6001-10000 TL	80	7,48±1,82		
	10001 TL ve üzeri	26	7,65±1,77		
<b>Aile Yapısı</b>	Çekirdek aile	450	7,35±1,80	6633	0,456*
	Geniş aile	32	7,67±2,29		

SS= Standart Sapma \*Mann Whitney U testi \*\* Kruskal Wallis testi

Katılımcıların tıbbi hastalık, psikiyatrik tanı, psikiyatrik ilaç kullanımı, anne babada psikiyatrik hastalık ve intihar girişimi öykülerine göre “Hollanda Yeme Davranışı Anketi” toplam puanları karşılaştırıldığında; tıbbi hastalık, psikiyatrik tanı ve intihar girişimi öyküsü karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Tıbbi hastalık, psikiyatrik tanı ve intihar girişimi öyküsü pozitif olan katılımcıların puanları öyküsü negatif olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ( $p<0,05$ ). Diğer karşılaştırmalarda, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Ayrıntılar Tablo-21’de sunulmuştur.

**Tablo 21.** Katılımcıların sağlık özelliklerine göre HYDA toplum puan karşılaştırmaları

Özellik		N	Ortalama± SS	U	p*
<b>Tıbbi Hastalık</b>	Var	111	7,84±1,86	16255,5	0,001
	Yok	371	7,23±1,81		
<b>Psikiyatrik Tanı</b>	Var	50	8,02±1,89	8380	0,009
	Yok	432	7,29±1,82		
<b>Psikiyatrik İlaç Kullanımı</b>	Var	33	7,63±2,01	6915	0,523
	Yok	449	7,35±1,83		
<b>Anne Baba Psikiyatrik Hastalık</b>	Var	74	7,76±2,08	13350,5	0,113
	Yok	408	7,30±1,78		
<b>İntihar Girişimi</b>	Var	20	8,66±2,31	3115	0,014
	Yok	462	7,31±1,80		

SS= Standart Sapma \*Mann Whitney U testi

#### 4.9. Katılımcıların Yaşı İle Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Katılımcıların yaşı ile “Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği” toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Yaş ile “Hollanda Yeme Davranışı Anketi” alt boyut ve toplam puanları arasındaki korelasyonlar incelendiğinde ise; “Kısıtlayıcı Yeme (DEBQ-R)” alt boyut puanı dışındaki diğer alt boyut ve toplam puanları ile negatif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Buna karşılık, yaş ile “Kısıtlayıcı Yeme (DEBQ-R)” alt boyut puanı arasında bulunan korelasyon istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ). Ayrıntılar Tablo-22’de sunulmuştur.

**Tablo 22.** Katılımcıların yaşı ile ölçek puanları arasındaki ilişki

Alt Boyut/Toplam Puanı	Yaş	
	$r_s$	P
Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi	-0,229	<0,001
Kısıtlayıcı Yeme (DEBQ-R)	0,038	0,408
Duygusal Yeme (DEBQ-E)	-0,244	<0,001
Dışsal Yeme (DEBQ-X)	-0,232	<0,001
Hollanda Yeme Davranışı Anketi	-0,200	<0,001

$r_s$  = Spearman korelasyon katsayısı

#### 4.10. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği İle Hollanda Yeme Davranışı Anketi Arasındaki İlişki

Katılımcıların “Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi” toplam puanı ile “Hollanda Yeme Davranışı Anketi” alt boyut ve toplam puanları arasındaki korelasyonlar incelendiğinde; “Kısıtlayıcı Yeme (DEBQ-R)” alt boyut puanı dışındaki diğer puanlar ile pozitif yönde, zayıf-orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Buna karşılık “Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi” toplam puanı ile “Kısıtlayıcı Yeme (DEBQ-R)” alt boyut puanı arasında bulunan korelasyon istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ). Ayrıntılar Tablo-23’te sunulmuştur.

**Tablo 23.** Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği İle Hollanda Yeme Davranışı Anketi toplam ve alt boyut puanları arasındaki korelasyon ilişkisi

<b>Alt Boyut/Toplam Puan</b>	<b>Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi</b>	
<b>Kısıtlayıcı Yeme (DEBQ-R)</b>	$r_s$	0,035
	p	0,408
<b>Duygusal Yeme (DEBQ-E)</b>	$r_s$	0,296
	p	<0,001
<b>Dışsal Yeme (DEBQ-X)</b>	$r_s$	0,364
	p	<0,001
<b>Hollanda Yeme Davranışı Anketi</b>	$r_s$	0,344
	p	<0,001

$r_s$  = Spearman korelasyon katsayısı

## TARTIŞMA

Yapılan istatistiksel analizler sonucunda, araştırma örneklemini oluşturan 482 katılımcıdan 165'i (%34.2'si) kesme puanına göre yetişkin ayrılma anksiyetesi belirtileri göstermektedir. Bilimsel literatüre bakıldığında, genel popülasyon içerisinde yetişkin ayrılma anksiyetesi görülme oranları %4.8 ile %6.6 arasında değişmektedir. (Manicavasagar ve Silove, 2020) Bu çalışmada, mevcut literatürde yer alan diğer araştırmalara göre yetişkin ayrılma anksiyetesi sıklığının daha fazla çıkmasında araştırma örneklemini etkili olmuş olabilir. Araştırma örnekleminde yer alan katılımcılardan %71.8'ini kadınlar oluşturmaktadır. Yetişkin ayrılma anksiyetesi görülme oranının, kadınlarda daha yüksek olduğu yapılan deneysel çalışmalarda ortaya konmuştur. (Kessler vd., 2006) Bu veriler doğrultusunda, normal popülasyondaki diğer epidemiyolojik çalışmalara göre yetişkin ayrılma anksiyetesi sıklığının daha fazla görülmesinde, örneklemin büyük bir çoğunluğunun kadınlardan oluşması etkili olmuş olabilir.

Araştırma bulguları kapsamında elde edilen diğer bir sonuç ise, yetişkin ayrılma anksiyetesinin kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülmesidir. Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında da benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. (Kessler vd., 2006; Silove vd., 2010)

Kadınlarda yetişkin ayrılma anksiyetesinin daha fazla görülmesinde pek çok farklı faktör etkili olabilmektedir. Özellikle, çocukluk çağından yetişkinliğe kadar kadın veya erkeklere yüklenen toplumsal roller, ayrılma anksiyetesi sıklığında görülen cinsiyet farklılığını açıklayabilir. Kültürel yapı veya sosyal çevre, kadınları veya küçük kızları yaşadıkları duyguları başkaları ile paylaşma konusunda daha fazla teşvik etmektedir. Fakat, erkeklere yüklenen maskülen roller daha yoğun olduğu için duyguları ifade etme veya diğerleriyle paylaşma çok fazla pekiştirilmemektedir. Psikolojik ve biyolojik farklılıklara ek olarak, bu tarz bir sosyal etken yetişkin ayrılma anksiyetesi başta olmak üzere kaygı ve duygu durum bozukluklarının kadınlarda daha fazla görülmesinde etkili olmuş olabilir.

Araştırmada, 18-25 yaş grubundaki kişilerde yetişkin ayrılma anksiyetesinin daha sık ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında, yetişkin ayrılma anksiyetesinin genellikle genç yetişkinlikte başladığı görülmektedir. (Manicavasagar ve Silove, 2020) Psikososyal gelişim kuramı çerçevesinde, genç

yetişkinlikteki bireylerin diğer insanlarla ilişki kurmaya ve yakınlaşmaya yönelik gelişimsel ihtiyaçları bu dönemde yaşanan ayrılma kaygıları üzerinde etkili olmuş olabilir.

Araştırma verileri ışığında, yetişkin ayrılma anksiyetesinin psikiyatrik hastalık yaşayan, psikiyatrik ilaç kullanan, intihar girişiminde bulunan veya anne babasında psikiyatrik bozukluk olan kişilerde daha fazla ortaya çıktığı görülmektedir. Klinik popülasyon üzerinde yapılan çalışmalardan birinde, anksiyete bozukluğu yaşayan 520 hastadan %27'si yetişkin ayrılma anksiyetesi tanı kriterlerini karşılamaktadır. (Silove vd., 2010)

Araştırma sonuçlarında ortaya çıkan diğer bir bulgu, duygusal yeme davranışının cinsiyet, yaş grubu ve medeni durum ile olan ilişkisidir. Kadınların erkeklere göre daha fazla duygusal yeme eğilimi gösterdiği tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında, bu sonuçla bağlantılı çalışmaların mevcut olduğu görülmektedir. 2500 kadın üzerinde yapılan deneysel bir çalışmada, kadınların %30'unun duygusal yeme davranışı gösterdiği tespit edilmiştir. (Laitinen vd., 2012) Kadınların daha fazla duygusal yeme eğilimi göstermesinde, deneyimledikleri duygulara karşı kullandıkları başa çıkma stratejileri etkili olmuş olabilir. Kadınlar daha fazla duygu odaklı başa çıkma stratejilerini kullanırken, erkekler problem odaklı stratejileri kullanmaktadır. (Burger, 2016)

Katılımcıların Kısıtlayıcı Yeme alt boyutundan aldıkları puanların sosyodemografik değişkenlerle olan ilişkisine bakıldığında; eğitim seviyesi ile Kısıtlayıcı Yeme alt boyutundan alınan puanlar arasında bir ilişki olduğu görülmektedir. Üniversite/yüksek lisans mezunlarının ilköğretim mezunlarından daha yüksek Kısıtlayıcı Yeme alt boyut puanlarına sahip olduğu görülmektedir. Yüksek eğitim seviyesine sahip kişilerin iş ve sosyal çevreleri yeme tutum ve davranışları üzerinde etkili olabilmektedir. Özellikle bu çevrelerde zayıflığa verilen değer, bireylerin vücut ağırlıklarına olan endişelerini arttırarak daha kısıtlayıcı bir yeme davranışı geliştirmelerine neden olmuş olabilir. Literatürde içinde bulunulan sosyal sınıf ile yeme bozuklukları arasında bir ilişki olabileceğini ileri süren açıklamalar bulunmaktadır. (Gillard, 2003)



Yukarıdaki ilişkiye ek olarak, Kısıtlayıcı Yeme alt boyut puanları ile tıbbi hastalık öyküsü arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır. Tıbbi hastalık öyküsü, vücut ağırlığı ile alınan kalori miktarını etkileyebilir. Bireyler tıbbi hastalık öyküleri doğrultusunda, yaşam kalitelerini arttırmak amacıyla kalori alımında daha kısıtlayıcı bir yol izlemiş olabilir.

Katılımcıların sosyodemografik değişkenlere göre Dışsal Yeme alt boyut puanları karşılaştırıldığında; cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, eğitim durumu, psikiyatrik tanı ve intihar girişimi öyküsü karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Kadınların ve daha düşük yaş grubunda bulunan katılımcıların Dışsal Yeme alt boyut puanları istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksektir. Diğer yeme tutum ve davranışlarında olduğu gibi, dışsal yeme davranışının kadınlar ve genç yetişkinlerde daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu duruma cinsiyete yüklenen sosyokültürel özellikler etki etmiş olabilir. Yapılan bir çalışmada, dışsal yeme davranışının erkeksi stereotip özelliklere bağlılıkla değil kadınsı stereotip özelliklere bağlılıkla ilişkili olduğu tespit edilmiştir. (Van Strien, Gerard ve Bergers, 1988)

Hollanda Yeme Davranışı Anketi toplam puanlarının sosyodemografik değişkenlerle olan ilişkisine bakıldığında; kadınlar, daha düşük yaş grubunda bulunanlar, eğitim seviyesi daha yüksek olanlar ile herhangi bir psikiyatrik hastalığa sahip olanlar istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek puanlara sahiptir. Diğer alt boyut puanlarında olduğu gibi, kadınlarda HYDA toplam puanının daha yüksek olmasında, kadınsı stereotip özellikler etkili olmuş olabilir. Özellikle genç yetişkinlerde, HYDA toplam puanlarının daha fazla olmasında, toplumsal yapının zayıflık ölçütleriyle özdeşleşme ve başkaları tarafından beğenilme ihtiyacı etkili olmuş olabilir.

Yetişkin ayrılma anksiyetesi ile yaş arasında zayıf düzeyde, negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur. Bilimsel literatürde, yetişkin ayrılma anksiyetesi ile yaş arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmalara bakıldığında, yetişkinlikteki ayrılma anksiyetesi belirtilerinin ilk kez 18-29 yaş arasında ortaya çıktığı, bireylerin yaşı ilerledikçe ayrılma anksiyetesi belirtilerinin ortaya çıkma ihtimalinin azaldığı tespit edilmiştir. (Kessler vd., 2006)

Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği toplam puanı ile Duygusal Yeme alt boyut puanı arasında pozitif yönde, zayıf-orta düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Literatüre bakıldığında, olumsuz duyguların yemek yeme davranışını arttırdığını gösteren çok sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. (Match ve Simon, 2000) Bilimsel literatürde, duygusal yeme ile anksiyete arasındaki ilişkiyi inceleyen farklı çalışmalara rastlanabilmektedir. Yapılan akademik bir çalışmada, duygusal yeme eğilimi ile sosyal görünüş kaygısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır. (Özkan, 2017) Farklı bir çalışmada, duygusal yeme eğilimi gösteren kişilerde kontrol grubundaki diğer kişilere kıyasla anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. (Özdemir, 2015) Duygusal yeme davranışı ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği diğer bir araştırmada, önemli sonuçlara ulaşılmıştır. (Braet vd., 2008) Araştırma sonuçları kapsamında, yüksek anksiyete düzeyi ile duygusal yeme davranışı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. (Braet vd., 2008)

Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi toplam puanı ile Kısıtlayıcı Yeme alt boyut puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Bireyler, olumsuz duygularıyla baş etmede genellikle aşırı yeme eğilimi göstererek duyguların yoğunluğunu azaltmaya çalışmaktadır. Kısıtlayıcı yeme davranışında ise bireyler, kilo almalarını engellemek için aşırı derecede az kalori almaktadır. Bununla beraber, literatürdeki bazı çalışmalar üzüntü ve keder gibi olumsuz duyguların bireylerin yemek yeme motivasyonlarını düşürdüğünü göstermektedir. (Match vd., 2002)

Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği toplam puanı ile Dışsal Yeme alt boyut puanı arasında zayıf-orta düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. Yapılan deneysel bir çalışmada, dışsal yeme eğilimi gösteren bireylerin deneyimledikleri olumsuz duygulara karşılık olarak yemek yeme motivasyonlarında artış olduğu tespit edilmiştir. (Van Strien vd., 1995)

Araştırmada yer alan yetişkin ayrılma anksiyetesi ve duygusal yeme değişkenlerinin bilimsel literatürde pek çok farklı değişkenle ilişkisi araştırılmıştır. Fakat sadece bu iki değişken arasında yapılan bir çalışmaya rastlanamamaktadır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre YAAÖ toplam puanı ile Duygusal Yeme alt boyut puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Elde edilen bu sonuç ile alan yazına katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

## SONUÇLAR

Bu araştırma, yetişkinlerde ayrılma anksiyetesi belirtileri ile sosyodemografik özelliklerin yeme tutum ve davranışlarıyla olan ilişkilerini tespit etmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma örneklemini, İstanbul ili sınırlarında yaşayan 18-60 yaş arasındaki 482 katılımcı oluşturmaktadır. Yapılan istatistiksel değerlendirmeler ışığında, aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

\*Kadınlar, 18-25 ile 26-35 yaş grubundakiler, bekarlar, aylık geliri 3000 TL ve altında olanlar Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği'nden istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlar almışlardır.

\*Herhangi bir psikiyatrik tanısı olanlar, psikiyatrik ilaç kullananlar, anne veya babasında psikiyatrik hastalık öyküsü görülenler ile intihar girişiminde bulunanlar Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği'nden anlamlı derecede yüksek puanlara sahiptir.

\*Eğitim durumu, aile yapısı ve tıbbi hastalık değişkenleri ile Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği'nden alınan puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı herhangi bir ilişkiye rastlanamamıştır.

\*Araştırmaya katılan 482 katılımcıdan 165'i (34.2) Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği kesme puanına göre, yetişkin ayrılma anksiyetesi belirtileri göstermektedir.

\*Ayrılma anksiyetesinin varlığı sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırıldığında; kadınlarda, 18-25 yaş grubunda ve bekarlarda yetişkin ayrılma anksiyetesi sıklığı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

\*Psikiyatrik hastalık, psikiyatrik ilaç kullanımı ve intihar girişimi öyküsü pozitif olan kişilerde yetişkin ayrılma anksiyetesi sıklığı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

\*Sosyodemografik değişkenler ile Kısıtlayıcı Yeme alt boyut puanları arasındaki ilişkilere bakıldığında; eğitim durumu ve tıbbi hastalık öyküsü karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Yüksek lisans/doktora mezunları ilköğretim ve üniversite mezunlarından, tıbbi hastalık öyküsü pozitif olan katılımcılar diğer katılımcılardan istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek puanlara sahiptir.

\*Cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, eğitim durumu, aile yapısı, aylık gelir, psikiyatrik tanı, psikiyatrik ilaç kullanımı, intihar girişimi ve anne-babada psikiyatrik hastalık değişkenleri ile Kısıtlayıcı Yeme alt boyutundan alınan puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanamamıştır.

\*Duygusal Yeme alt boyutundan alınan puanlar ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkilere bakıldığında; cinsiyet, yaş grubu, medeni durum ve intihar girişimi öyküsü karşılaştırmalarında gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Kadınlar erkeklerden, diğer yaş grubunda olanlar 46-60 yaş grubundakilerden, bekarlar evlilerden, daha önce intihar girişiminde bulunanlar diğer katılımcılardan istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek puanlara sahiptir.

\*Eğitim durumu, aylık gelir, aile yapısı, tıbbi hastalık, psikiyatrik tanı, psikiyatrik ilaç kullanımı ve anne-babada psikiyatrik hastalık değişkenleri ile Duygusal Yeme alt boyutundan alınan puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanamamıştır.

\*Dışsal Yeme alt boyutundan alınan puanların gruplar arası karşılaştırmalarında; kadınlar erkeklerden, 18-25 yaş grubundakiler 36-45 ve 46-60 yaş gruplarından, 26-35 yaş grubundakiler 46-60 yaş grubundan, bekarlar evlilerden, üniversite ve yüksek lisans/doktora mezunları ilköğretim mezunlarından, psikiyatrik hastalık tanısı ve intihar girişimi öyküsü pozitif olanlar öyküsü negatif olanlardan istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek puanlara sahiptir.

\*Aylık gelir, aile yapısı, tıbbi hastalık, psikiyatrik ilaç kullanımı ve anne-babada psikiyatrik hastalık değişkenleri ile Dışsal Yeme alt boyutundan alınan puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanamamıştır.

\*Katılımcıların sosyodemografik değişkenlere göre Hollanda Yeme Davranışı Anketi toplam puanları karşılaştırıldığında; kadınlar erkeklerden, diğer yaş gruplarındakiler 46-60 yaş grubundan, üniversite ve yüksek lisans/doktora mezunları ilköğretim mezunlarından, yüksek lisans/doktora mezunları lise mezunlarından, tıbbi hastalık, psikiyatrik tanı ve intihar girişimi öyküsü pozitif olan katılımcılar öyküsü negatif olan katılımcılardan istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek puanlara sahiptir.

\*Medeni durum, aylık gelir, aile yapısı, psikiyatrik ilaç kullanımını ve anne babada psikiyatrik hastalık değişkenleri ile HYDA toplam puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

\*Katılımcıların yaşı ile Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği'nden alınan toplam puan arasında zayıf düzeyde, negatif yönde, istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon ilişkisi tespit edilmiştir.

\*Katılımcıların yaşı ile Dışsal ve Duygusal Yeme alt boyutlarından alınan puanlar arasında zayıf düzeyde, negatif yönde, istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon ilişkisi tespit edilmiştir.

\*Katılımcıların yaşı ile Kısıtlayıcı Yeme alt boyutundan alınan puan arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

\*Katılımcıların yaşı ile HYDA toplam puanı arasında zayıf düzeyde, negatif yönde, istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon ilişkisi tespit edilmiştir.

\*Katılımcıların Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği toplam puanı ile HYDA toplam puanı arasında pozitif yönde, zayıf-orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon ilişkisi tespit edilmiştir.

\*Katılımcıların Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği toplam puanı ile Duygusal ve Dışsal Yeme alt boyut puanları arasında pozitif yönde, zayıf-orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon ilişkisi tespit edilmiştir.

\*Katılımcıların Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği toplam puanı ile Kısıtlayıcı Yeme alt boyut puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

## ÖNERİLER

Araştırma örneklemini, İstanbul ilinde yaşayan 18-60 yaş arasındaki kadın ve erkek katılımcılar oluşturmaktadır. Araştırma örneklemini, farklı şehirlerde ikamet eden kişileri de kapsayacak şekilde daha da genelleştirilmiş olarak yeniden oluşturulabilir. Araştırma örnekleminin %71.8'ini kadınlar oluşturmaktadır. Örneklemin evreni temsil etme düzeyini arttırmak için kadın ve erkek katılımcı sayıları birbirine daha yakın olacak şekilde yapılabilir. Araştırma yeme bozukluğu, duygu durum bozukluğu veya anksiyete bozukluğu gibi farklı klinik popülasyonlar üzerinde gerçekleştirilebilir.

Yetişkin ayrılma anksiyetesi ve duygusal yeme davranışı, hem bilimsel literatürde hem de tanısal sınıflandırma sistemlerinde yakın zamanda ortaya çıkmış kavramlardır. Bu kavramların daha iyi anlaşılabilmesi için farklı değişkenlerle ilişkisinin araştırılması bilimsel literatüre önemli katkılar sağlayacaktır.

Psikologlar ve psikiyatristler, bireyleri deneyimlenen olumsuz duygulara karşı kullanabilecekleri duygu düzenleme stratejileri hakkında bilgilendirebilir, yaşadıkları duygular ile yemek yeme davranışı arasındaki ilişkiye yönelik farkındalığı arttırabilirler. Bu konuda sorun yaşayan kişilere, daha olumlu ve işlevsel başa çıkma stratejileri konusunda psikoeğitim verilebilir.

## KAYNAKÇA

Abramowitz, J. S., & Blakey, S. M. (2020). *Clinical Handbook of Fear and Anxiety: Maintenance Processes and Treatment Mechanisms*. Washington: American Psychiatric Publishing. <https://ebookcentral.proquest.com/> adresinden alındı

Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., & Whiteside, S. P. (2019). *Exposure Therapy for Anxiety, Second Edition : Principles and Practice*. New York: Guilford Publications. <https://ebookcentral.proquest.com/> adresinden alındı

Adriaanse, M., Ridder, D., & Evers, C. (2011). Emotional Eating: Eating When Emotional Or Emotional About Eating? *Psychology & Health*, 26(1), s. 23-39. doi: 10.1080/08870440903207627

Aggleton, J. P., & Mishkin, M. (1984). Projections Of The Amygdala To The Thalamus in The Cynomolgus Monkey. *The Journal of Comparative Neurology*, 222(1), s. 56-68. doi.org/10.1002/cne.902220106

Alexandar, J., & Treasure, J. (2013). *Anorexia Nervosa : A Recovery Guide For Sufferers, Families and Friends*. London: Taylor & Francis Group. <https://ebookcentral.proquest.com/> adresinden alındı

Alexander, J., Grange, D. L., & Goldschmidt, A. B. (2013). *A Clinician's Guide To Binge Eating Disorder*. New York: Taylor & Francis Group. <https://ebookcentral.proquest.com/> adresinden alındı

American Psychiatric Association. (2015). *Anxiety Disorders:Dsm 5 Selections*. Washington: American Psychiatric Publishing. [https://ebookcentral.proquest.com](https://ebookcentral.proquest.com/) adresinden alındı

American Psychiatric Association. (2015). *Feeding and Eating Disorders : DSM-5® Selections*. Washington: American Psychiatric Publishing. <https://ebookcentral.proquest.com/> adresinden alındı

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders 4th*. Washington: American Psychiatric Publishing.

American Psychological Association. (2017). *Anxiety*. Washington: American Psychiatric Publishing. <http://www.apa.org/topics/anxiety/>. adresinden alındı

Angst, J. (1998). Panic Disorder: History and Epidemiology. *European Psychiatry*, 13(2), s. 51-55. doi:10.1016/S0924-9338(98)80014-X

Aslan, S. (2017). Duygusal Yeme İle Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> adresinden alındı

Baker, R. (2003). *Understanding Panic Attacks and Overcoming Fear : Updated and Revised 3rd Edition*. Oxford: Lion Hudson LTD. [https:// ebookcentral.proquest.com/](https://ebookcentral.proquest.com/) adresinden alındı

Baldwin, D. S., Gordon, R., Abelli, M., & Pini, S. (2016). The Separation Of Adult Separation Anxiety Disorder. *CNS Spectrums*, 21(4), s. 289-294. doi: 10.1017/S1092852916000080

Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology Of Anxiety Disorders in The 21st Century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), s. 327-335. doi: 10.31887/DCNS.2015.17.3/

Barlow, D. H. (2001). *Anxiety and Its Disorders, Second Edition : The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York: Guilford Publications. [https://ebookcentral.proquest.com/adresinden\\_alindi](https://ebookcentral.proquest.com/adresinden_alindi)

Barlow, D. H., & Rapee, R. M. (1991). *Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder And Mixed Anxiety-Depression*. New York: Guilford Press. [https://psycnet.apa.org/adresinden\\_alindi](https://psycnet.apa.org/adresinden_alindi)

Barrett, L. F., Lewis, M., & Haviland-Jones, J. M. (2016). *Handbook Of Emotions, Fourth Edition*. New York: Guilford Publications. [https://ebookcentral.proquest.com/adresinden\\_alindi](https://ebookcentral.proquest.com/adresinden_alindi)

Baumesiter, R. F., & Tice, D. M. (1990). Point-Counterpoints: Anxiety And Social Exclusion. *Journal Of Social and Clinical Psychology*, 9(2), s. 165-195. doi: 10.1521/jscp.1990.9.2.165

Beck, A. T., & Emery, G. (2019). *Anksiyete Bozuklukları Ve Fobiler*. İstanbul: Litera Yayıncılık.

Bener, A., Ghuloum, S., & Dafeeah, E. (2011). Prevalence Of Common Phobias And Their Socio-demographic Correlates in Children And Adolescents in a Traditional Developing Society. *African Journal of Psychiatry*, 14(2), s. 140-145. doi: 10.4314/ajpsy.v14i2.6

Berglund, P., Kessler, R., Chiu, W. T., Deitz, A., Hudson, J., Alonso, J., . . . Benjet, C. (2013). The Prevalence And Correlates Of Binge Eating Disorder in The World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), s. 904-914. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.11.020

Bowlby, J. (1960). Separation Anxiety: A Critical Review Of The Literature. *The Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 1(4), s. 251-269. doi:10.1111/j.1469-7610.1960.tb01999.x

Bozan, N. (2009). Hollanda Yeme Davranışı (DEBQ) Anketinin Türk Üniversitesi Öğrencilerinde Geçerlik ve Güvenirliğinin Sınanması (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. [https://tez.yok.gov.tr/adresinden\\_alindi](https://tez.yok.gov.tr/adresinden_alindi)

Bradley, A. (2016). *Trait and State Anxiety: Assessment, Predictors and Outcomes*. New York: Nova Science Publishers, Incorporated. [https://ebookcentral.proquest.com/adresinden\\_alindi](https://ebookcentral.proquest.com/adresinden_alindi)



Brownell, K., & Walsh, T. (2017). *Eating Disorders and Obesity, Third Edition : A Comprehensive Handbook*. New York: Guilford Publications. [https://ebookcentral.proquest.com/adresinden\\_alindi](https://ebookcentral.proquest.com/adresinden_alindi)

Bruce, S., Yonkers, K., Otto, M., Eisen, J., Weisberg, W., Pagano, M., . . . Keller, M. (2005). Influence Of Psychiatric Comorbidity On Recovery And Recurrence in Generalized Anxiety Disorder, Social Phobia, and Panic Disorder: A 12-Year Prospective Study. *The American Journal Of Psychiatry*, 162(6), s. 1179-1187. doi: 10.1176/appi.ajp.162.6.1179

Bruce, T. J., & Saeed, A. (1999). Social Anxiety Disorder: A Common, Underrecognized Mental Disorder. *American Family Physician*, 60(8), s. 2311-2320. [https://scholar.google.com/adresinden\\_alindi](https://scholar.google.com/adresinden_alindi)

Burger, J. M. (2016). *Kişilik*. İstanbul: Kaknüs Yayınları.

Busch, F. N., Milrod, B. L., Singer, M. L., & Aronson, A. C. (2012). *Manual Of Panic Focused Psychodynamic Psychotherapy - EXtended Range*. New York: Taylor & Francis Group. [https://ebookcentral.proquest.com/adresinden\\_alindi](https://ebookcentral.proquest.com/adresinden_alindi)

Buss, D. M. (1990). The Evolution Of Anxiety And Social Exclusion. *Journal Of Social And Clinical Psychology*, 9(2), s. 196-201. doi: 10.1521/jscp.1990.9.2.196

Byers, E. L., Yaffe, K., Covinsky, K. E., Friedman, M. B., & Bruce, M. L. (2010). High Occurrence Of Mood and Anxiety Disorders Among Older Adults The National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 67(5), s. 489-496. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.35

Cansız, S. (2019). Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Medya Bağımlılığı Ve Duygusal Yeme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. [https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/adresinden\\_alindi](https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/adresinden_alindi)

Carmasi, G., Gesi, C., Massimetti, E., Shear, M. K., & Dell'Osso, L. (2015). Separation Anxiety Disorder in The DSM-5 Era. *Journal of Psychopathology*, 21(4), s. 365-371. [https://scholar.google.com/adresinden\\_alindi](https://scholar.google.com/adresinden_alindi)

Carper, J. L., Fisher, J. O., & Birch, L. L. (2000). Young Girls' Emerging Dietary Restraint And Disinhibition Are Related To Parental Control in Child Feeding. *Appetite*, 35(2), s. 121-129. doi:10.1006/appe.2000.0343

Carter, C. S., & Maddock, R. J. (1992). Chest Pain in Generalized Anxiety Disorder. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 22(3), s. 291-298. doi: 10.2190/RGC5-PJK2-7TG5-KL1B

Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2016). *Handbook of Attachment, Third Edition : Theory, Research, And Clinical Applications*. New York: Guilford Publications. [https://ebookcentral.proquest.com/adresinden\\_alindi](https://ebookcentral.proquest.com/adresinden_alindi)

Champion , L. L., & Power, M. (2000). *Adult Psychological Problems : An Introduction*. Oxford: CRC Press LLC. [https://ebookcentral.proquest.com/adresinden\\_alindi](https://ebookcentral.proquest.com/adresinden_alindi)

Charney, D. S., Grillon, C., & Bremner, D. (1998). Review : The Neurobiological Basis Of Anxiety And Fear: Circuits, Mechanisms, and Neurochemical Interactions (Part I ). *The Neuroscientist*, 4(1), s. 35-44. doi: 10.1177/1073584 9800400111

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2009). *Cognitive Therapy Of Anxiety Disorders: Science and Practice*. Guilford Publications. [https://ebookcentral.proquest.com/adresinden\\_alindi](https://ebookcentral.proquest.com/adresinden_alindi)

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive Theory And Therapy Of Anxiety And Depression: Convergence With Neurobiological Findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(9), s. 418-424. doi: 10.1016/j.tics.2010.06.007

Clark, D. M. (1986). A Cognitive Approach To Panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), s. 461-476. doi: 10.1016/0005-7967(86)90011-2

Clark, D. M., & Ehlers, A. (1993). An Overview Of The Cognitive Theory And Treatment Of Panic Disorder. *Applied And Preventive Psychology*. 2(3), s. 131-139. doi:10.1016/S0962-1849(05)80119-2

Compton, S. N., Villaboa, M., & Kristensen, H. (2019). *Pediatric Anxiety Disorders*. London: Elsevier Science & Technology. [https://ebookcentral.proquest.com/adresinden\\_alindi](https://ebookcentral.proquest.com/adresinden_alindi)

Cooper, M., Todd, G., & Wels, A. (2000). *Bulimia Nervosa : A Cognitive Manual*. London: Jessica Kingsley Publishers. [https://ebookcentral.proquest.com/adresinden\\_alindi](https://ebookcentral.proquest.com/adresinden_alindi)

Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1988). A Review Of The Relationship Between Panic And Avoidance. *Clinical Psychology Review*, 8(6), s. 677-685. doi:10.1016/0272-7358(88)90086-4

Çakmak, B., Ünübol, H., Bulut, H., Özten, E., & Sayar, G. H. (2015). Çocukluk Çağı Travmaları İle Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Arasındaki İlişki. *The Journal of Neurobehavioral Sciences - JNBS*, 5(3), s. 150-155. doi: 10.5455/JNBS.1535643410

Çiftçi, M. C. (2019). Üniversite Öğrencilerinin, Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi ve Bilişsel Esneklik Düzeyleri ile Sosyal Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://hdl.handle.net/11363/1527> adresinden alındı

Dell'Osso, L., Carmassi, C., Corsi, M., Pergentini, I., Socci, C., Maremmani, A., & Perugi, G. (2011). Adult Separation Anxiety in Patients With Complicated Grief Versus Healthy Control Subjects: Relationships With Lifetime Depressive And Hypomanic Symptoms. *Annals of General Psychiatry*, 10(1), s. 1-6. doi:10.1186/1744-859X-10-29

Depla, M. F., Ten Have, M. L., Van Balkom, A. J., & De Graf, R. (2008). Specific Fears And Phobias in The General Population: Results From The Netherlands Mental Health Survey And Incidence Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* , 43(3), s. 200-208. doi:10.1007/s00127-007-0291-z

Diriöz, M. (2010). Ayrılma Anksiyetesi İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Çocukluk ve Yetişkinlik Ayrılma Anksiyetesi Ölçekleri'nin Geçerlik ve Güvenirligi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. <https://tez.yok.gov.tr/> adresinden alındı

Drenckhan, , I., Glöckner-Rist, A., Rist, F., Richter, J., Gloster, A., Fehm, L., . . . Gerlach, A. (2014). Dimensional Structure Of Bodily Panic Attack Symptoms And Their Specific Connections To Panic Cognitions, Anxiety Sensitivity And Claustrophobic Fears. *Psychological Medicine*, s. 1675-1685. doi:10.1017/S0033291714002803

Eapen, V., Silove, D. M., Johston, D., Apler, A., & Rees, S. (2012). Adult Separation Anxiety in Pregnancy: How Common Is It? *International Journal of Women's Health*, 4(1), s. 251-256. doi:10.2147/IJWH.S30981

Eisen, A. R., & Schaefer, C. E. (2005). *Separation Anxiety in Children And Adolescents : An Individualized Approach To Assessment And Treatment*. New York: Guilford Publications. <https://ebookcentral.proquest.com/> adresinden alındı

Ellgring, H., Match, M., & Roth, S. (2002). Chocolate Eating in Healthy Men During Experimentally Induced Sadness And Joy. *Appetite*, 39(1), s. 147-158. doi:10.1006/appe.2002.0499

Emmelkamp, P., & Ehring, T. (2014). *The Wiley Handbook Of Anxiety Disorders*. Oxford: John Wiley & Sons, Incorporated. <https://ebookcentral.proquest.com/> adresinden alındı

Endler, N., & Kocovski, N. (2001). State And Trait Anxiety Revisited. *Journal Of Anxiety Disorders*, 15(3), s. 231-245. doi: 10.1016/S0887-6185(01)00060-3

Englund, M. M., Levy, A. K., Hyson, D. E., & Sroufe, A. (2000). Adolescent Social Competence: Effectiveness in A Group Setting. *Child Development*, s. 1049-1060. doi:10.1111/1467-8624.00208

Eysenck, M. (1997). *Anxiety and Cognition : A Unified Theory*. New York: Taylor & Francis Group. <https://ebookcentral.proquest.com/> adresinden alındı

Eysenck, M. W. (1992). *Anxiety : The Cognitive Perspective*. New York: Taylor & Francis Group. <https://ebookcentral.proquest.com/> adresinden alındı

Foa, E., Young, M., & Steketee, G. (1984). Agoraphobia: Phenomenological Aspects, Associated Characteristics, And Theoretical Considerations. *Clinical Psychology Review*, s. 431-457. doi:10.1016/0272-7358(84)90020-5

Fricchione, G. (2004). Generalized Anxiety Disorder. *The New England Journal Of Medicine*, 351(7), s. 675-682. doi:10.1056/NEJMcp022342

Fyer, A. J. (1998). Current Approaches To Etiology And Pathophysiology Of Specific Phobia. *Biological Psychiatry*, 44(12), s. 1295-1304. doi:10.1016/S0006-3223(98)00274-1

Garssen, B., Beurs, E. D., Buikhuisen, M., Balkom, A. V., Lange, A., & Dyck, R. V. (1996). On Distinguishing Types Of Panic. *Journal of Anxiety Disorders*, s. 173-184. doi:10.1016/0887-6185(95)00003-8

Gibson, E. L. (2006). Emotional Influences On Food Choice: Sensory, Physiological And Psychological Pathways. *Physiology & Behavior*, 89(1), s. 53-61. doi:10.1016/j.physbeh.2006.01.024

Gilbert, P. (2001). Evolution And Social Anxiety: The Role Of Attraction, Social competition, And Social Hierarchies. *Psychiatric Clinics Of North America*, 24(4), s. 723-751. doi:10.1016/S0193-953X(05)70260-4

Gillard, A. (2013). *Anorexia and Bulimia*. Londra: Greenhaven Publishing LLC. <https://ebookcentral.proquest.com/adresinden alindi>

Godart, N. T., Flament, M. F., Jeammet, P., & Lecrubier, Y. (2000). Anxiety Disorders in Anorexia Nervosa And Bulimia Bervosa: Co-morbidity And Chronology Of Appearance. *European Psychiatry*, s. 38-45. doi: 10.1016/S0924-9338(00)00212

Goldstein, A., & Chambless, D. (1978). A Reanalysis Of Agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9(1), s. 47-59. doi:10.1016/S0005-7894(78)80053-7

Goodwin, R. D., Faravelli, C., Rosi, S., Cosci, F., Truglia, E., De Graaf, R., & Wittchen, H. (2005). The Epidemiology Of Panic Disorder And Agoraphobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4) s. 435-443. doi:10.1016/j.euroneuro. 2005. 04.006

Gowers, S., & Shoebridge, P. (2000). Parental High Concern And Adolescent-Onset Anorexia Nervosa:A Case-Control Study To Investigate Direction Of Causality. *The British Journal of Psychiatry*, 176(2), s. 132-137. <https://scholar.google.com/adresinden alindi>

Grilo, C., & Mitchell, J. (2009). *The Treatment of Eating Disorders : A Clinical Handbook*. New York: Guilford Publications. <https://ebookcentral.proquest.com/adresinden alindi>

Gross, J. (2013). *Handbook of Emotion Regulation, Second Edition*. New York: Guilford Publications. <https://ebookcentral.proquest.com/adresinden alindi>

Harter, M., Conway, K., & Merikangas, K. R. (2003). Associations Between Anxiety Disorders And Physical Illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253(6), s. 313-320. doi:10.1007/s00406-003-0449-y

Haynos, A., & Fruzzetti, A. (2011). Anorexia Nervosa as a Disorder of Emotion Dysregulation: Evidence and Treatment Implications. *Clinical Psychology Science And Practice*, 18(3), s. 183-202. doi:10.1111/j.1468-2850.2011.01250.x

Haynos, A., & Fruzzetti, A. (2015). Initial Evaluation Of A Single-İtem Screener To Assess Problematic Dietary Restriction. *Eating and Weight Disorders*, 20(1), s.405-413. doi:10.1007/s40519-014-0161-0

Haynos, A., Watts, A., Loth, K., Pearson, C., & Neumark-Stzainer, D. (2016). Factors Predicting And Escalation of Restrictive Eating During Adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 59(4), s. 391-396. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.03.011

Hedley, L. M., Hoffart, A., Dammen, T., Ekeberg, O., & Friis, S. (2000). The Relationship Between Cognitions And Panic Attack Intensity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, s. 300-303. doi:10.1034/j.1600-0447.2000.102004300.x

Heinrichs, N., Rapee, R., Alden, L., Bögels, S., Hofman, S., Ja Oh, K., & Sakano, Y. (2006). Cultural Differences in Perceived Social Norms And Social Anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 44(8), s. 1187-1197. doi:10.1016/j.brat.2005.09.006

Herman, P., & Polivy, J. (2002). Causes Of Eating Disorders. *Annual Review of Psychology*, 53(1), s. 187-213. doi:10.1146/annurev.psych.53.100901.135103

Horwitz, A. W. (2013). *Anxiety : A Short History*. Oxford: Johns Hopkins University Press. <https://ebookcentral.proquest.com/> adresinden alındı

Huberty, T. J. (2012). *Anxiety And Depression in Children And Adolescents : Assessment, Intervention, And Prevention*. New York: Springer New York. <https://ebookcentral.proquest.com/> adresinden alındı

Hudson, J., Hiripi, E., Kessler, R., & Pope, H. (2007). The Prevalence And Correlates Of Eating Disorders in The National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), s. 348-348. doi:10.1016/j.biopsych.2006.03.040

İlhan, E. (2018). Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ve Bağlanma Arasındaki İlişki (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://hdl.handle.net/11363/1330> adresinden alındı

İnalkaç, S., & Arslantaş, H. (2018). Duygusal Yeme. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27(1), s. 70-82. doi:10.17827/aktd.336860

Judd, S. (2011). *Eating Disorders Sourcebook*. Londra: Omnigraphics, Incorporated. <https://ebookcentral.proquest.com/> adresinden alındı

Karadağ, E. (2017). *The Factors Effecting Student Achievement : Meta-Analysis Of Empirical Studies*. Springer International Publishing AG. <https://ebookcentral.proquest.com/> adresinden alındı

Karasar, N. (2014). *Bilimsel Araştırma Yöntemi:Kavramlar,İlkeler,Teknikler*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Keshi-Rahkonen, A., Hoek, W., Susser, S. W., Linna, M. S., Sihlova, E., Bulik, C., Rissanen, A. (2007) Epidemiology And Course Of Anorexia Nervosa in The Community. *The American Journal Of Psychiatry*, 164(8), s. 1259-1265. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.06081388

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Walters, E. E., & Merikangas, K. R. (2005). Prevalence, Severity, And Comorbidity Of 12-month DSM-IV Disorders in The National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), s. 617-627. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617

Kessler, R. C., Davis, C. K., & Kendler, K. S. (1997). Childhood Adversity And Adult Psychiatric Disorder In The US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27(5), s. 1101-1119. doi:https://doi.org/10.1017/S0033291797005588

Kessler, R. C., Keller, M. B., & Wittchen, H.-U. (2001). The Epidemiology of Generalized Anxiety Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), s. 19-39. doi:10.1016/S0193-953X(05)70204-5

Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month And Lifetime Prevalence And Lifetime Morbid Risk Of Anxiety And Mood Disorders in The United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, s. 169-184. doi:10.1002/mpr.1359

Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Walters, E., & Merikangas, K. R. (2005). Lifetime Prevalence And Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in The National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), s. 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593

Konttinen, H. (2019). Emotional Eating And Obesity in Adults: The Role Of Depression, Sleep And Genes. *Proceedings of the Nutrition Society*, 79(3), s. 283-289. doi:10.1017/S0029665120000166

Kubota, Y., Sato, W., Murai, T., Toichi, M., Ikeda, A., & Sengoku, A. (2000). Emotional Cognition Without Awareness After Unilateral Temporal Lobectomy in Humans. *The Journal of Neuroscience*, 20(19), s. 1-5. doi:10.1523/JNEUROSCI.20-19-j0002.2000

Kurt, İ. (2011). *Sınav Kaygısını Aşmanın Yolları*. İstanbul: Bizim Kitaplar Yayınevi.

Laitinen, J., Ek, E., & Sovio, U. (2002). Stress-Related Eating and Drinking Behavior And Body Mass Index And Predictors Of This Behavior. *Preventive Medicine*, s. 29-39. doi:10.1006/pmed.2001.0948

Lask, B., & Bryant-Waugh, . (2000). *Anorexia Nervosa And Related Eating Disorders in Childhood And Adolescence*. New York: Taylor & Francis. https://ebookcentral.proquest.com/ adresinden alındı

Lask, B., & Frampton, I. (2011). *Eating Disorders And the Brain*. Oxford: John Wiley & Sons, Incorporated. https://ebookcentral.proquest.com/ adresinden alındı

Last, C. G. (1991). Somatic Complaints in Anxiety Disordered Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 5(2), s. 125-138. doi:10.1016/0887-6185(91)90024-N

Leahy, R. (2002). A Model Of Emotional Schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), s. 177-190. doi:10.1016/S1077-7229(02)80048-7

Ledoux, J. (1998). *The Emotional Brain : The Mysterious Underpinnings Of Emotional Life*. London: Simon & Schuster. [https://ebookcentral.proquest.com/adresinden alindi](https://ebookcentral.proquest.com/adresinden%20alindi)

Levitt, E. H. (2015). *The Psychology Of Anxiety : Second Edition*. New York Taylor & Francis Group. [https://ebookcentral.proquest.com/ adresinden alindi](https://ebookcentral.proquest.com/adresinden%20alindi)

Lieb, R., Becker, E., & Altamura, C. (2005). The Epidemiology Of Generalized Anxiety Disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), s. 445-452. doi:10.1016/j.euroneuro.2005.04.010

Lindeman, M., & Stark, K. (2001). Emotional Eating And Eating Disorder Psychopathology. *Eating Disorders :The Journal of Treatment & Prevention*, 9(3), s. 251-259. doi: 10.1080/10640260127552

Lock, J. (2018). *Pocket Guide For The Assessment And Treatment Of Eating Disorders*. Washington: American Psychiatric Association Publishing. [https:// ebook central.proquest.com/ adresinden alindi](https://ebookcentral.proquest.com/adresinden%20alindi)

Macht, M. (2008). How Emotions Affect Eating: A Five-way Model. 50(1), s. 1-11. doi:10.1016/j.appet.2007.07.002

Machth, M., Haupt, C., & Salewsky, A. (2004). Emotions And Eating in Everyday Life: Application Of The Experience-Sampling Method. *Ecology of Food and Nutrition*, 43(4), s. 11-21. doi:10.1080/0367024049 0454723

Majali, S. A. (202). Positive Anxiety And Its Role in Motivation And Achievements Among University Students. *International Journal of Instruction*, 13(4), s. 975-986. [https://scholar.google.com/ adresinden alindi](https://scholar.google.com/adresinden%20alindi)

Manicavasagar, V., & Silove, D. (1997). Is There An Adult Form of Separation Anxiety Disorder? A Brief Clinical Report. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31(2), s. 299-303. doi:10.3109/00048679709073835

Manicavasagar, V., & Silove, D. (2020). *Separation Anxiety Disorder in Adults: Clinical Features, Diagnostic Dilemmas And Treatment Guidelines*. Londra: Elsevier Science & Technology. [https://ebookcentral.proquest.com/ adresinden alindi](https://ebookcentral.proquest.com/adresinden%20alindi)

Manicavasagar, V., Pini, S., Gesi, C., Abelli, M., Muti, M., Lari, L., . . . Cassano, G. (2012). The Relationship Between Adult Separation Anxiety Disorder And Complicated Grief in A Cohort Of 454 Outpatients With Mood And Anxiety Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 1(3), s. 64-68. doi:10.1016/j.jad.2012.05.026

Manicavasagar, V., Silove, D., Rapee, R., Waters, F., & Momartin, S. (2001). Parent-child Concordance For Separation Anxiety: A Clinical Study. *Journal of Affective Disorders*, 65(1), s. 81-84. doi:10.1016/S0165-0327(00)00241-X

Manicavasagar, V., Silove, D., Wagner, R., & Drobny, J. (2003). A Self-Report Questionnaire For Measuring Separation Anxiety in Adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, 44(2), s. 146-153. doi:10.1053/comp.2003.50024

Manicavasagar, V., Silove, D., Wagner, R., & Marnane, C. (2009). Adult Attachment Styles in Panic Disorder With And Without Comorbid Adult Separation Anxiety Disorder. *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(2), s. 167-172. doi:10.1080/00048670802607139

Marks, I. (1985). Behavioral Treatment Of Social Phobia. *Psychopharmacol Bull*, 20(1), s. 615-618. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> adresinden alındı

Marks, I. (1987). *Fears, Phobias and Rituals : Panic, Anxiety, and Their Disorders*. New York: Oxford University Press, Incorporated. <https://ebookcentral.proquest.com/> adresinden alındı

Masi, G., Mucci, M., Favilla, L., Romano, R., & Poli, P. (1999). Symptomatology And Comorbidity Of Generalized Anxiety Disorder in Children And Adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 40(3), s. 210-215. doi:10.1016/S0010-440X(99)90005-6

Mawson, C. (2019). *Psychoanalysis and Anxiety : From Knowing To Being*. Taylor & Francis Group. <https://ebookcentral.proquest.com/> adresinden alındı

May, R. (2020). *Kaygının Anlamı*. İstanbul: Okuyan Us Yayıncılık.

Mccabe, L., Cairney, J., Veldhuizen, S., Herrmaan, N., & Streiner, D. L. (2006). Prevalence And Correlates Of Agoraphobia in Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, s. 515-522. doi:10.1097/01.JGP.0000203 177.524 2.14

McLean, P. D., & Woody, S. R. (2001). *Anxiety Disorders in Adults : An Evidence-Based Approach To Psychological Treatment*. New York: Oxford University Press, Incorporated. <https://ebookcentral.proquest.com/> adresinden alındı

Mcwilliams, N. (2017). *Psikanalitik Tanı:Klinik Süreç İçinde Kişilik Yapısını Anlamak*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Mels, S., Goossens, L., Braet, C., & Vlierberghe, L. V. (2008). Loss Of Control Over Eating in Overweight Youngsters: The Role Of Anxiety, Depression And Emotional Eating. *European Eating Disorders Review*, 17(1), s. 68-78. doi:10.1002/erv.892

Milrod, B. (2015). An Epidemiological Contribution To Clinical Understanding Of Anxiety. *American Journal Of Psychiatry*, 172(7), s. 601-602. doi:10.1176/appi.ajp .2015.15030312



Morrison, J. (2017). *DSM-5'i Kolaylaştıran Klinisyenler İçin Tanı Rehberi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Muris, P., Merckelbach, H., Gadet, B., & Maclaert, V. (2000). Fears, Worries, And Scary Dreams in 4 to 12 Year-Old Children: Their Content, Developmental Pattern, And Origins. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(1), s. 43-52. doi: 10.1207/S15374424jccp2901\_5

Niego, S., Kofman, M., Weiss, J., & Geliebter, A. (2007). Binge Eating in The Bariatric Surgery Population: A review Of The Literature. *International Journal Of Eating Disorders*, 40(4), s. 349-359. doi:10.1002/eat.20376

Obaid, F. P. (2012). Sigmund Freud And Otto Rank: Debates And Confrontations About Anxiety And Birth. *The International Journal of Psychoanalysis*, 93(3), s. 693-715. doi: 10.1111/j.1745-8315.2012.00594.x

Oflson, M., & Gameroff, M. V. (2007). Generalized Anxiety Disorder, Somatic Pain And Health Care Costs. *General Hospital Psychiatry*, 29(4), s. 310-316. doi:10.1016/j.genhosppsych.2007.04.004

Ogden, J., & Brown, R. (2004). Children's Eating Attitudes And Behaviour: A Study Of The Modelling And Control Theories Of Parental Influence. *Health Education Research*, 3(1), s. 261-271. doi:10.1093/her/cyg040

Oliver, G., & Wardle, J. (1999). Perceived Effects Of Stress On Food Choice. *Physiology & Behavior*, 66(3), s. 511-515. doi:10.1016/S0031-9384(98)00322-9

Ollendick, T., & March, J. (2004). *Phobic And Anxiety Disorders in Children And Adolescents*. Oxford: Oxford University Press, Incorporated. <https://ebookcentral.proquest.com/> adresinden alındı

Ollendick, T., Leblanc, S., & Essau, C. (2017). *Emotion Regulation And Psychopathology in Children And Adolescents*. Oxford: Oxford University Press, Incorporated. <https://ebookcentral.proquest.com/> adresinden alındı

Özakkaş, T. (2016). *Anksiyete Bozuklukları Ve Tedavisi*. İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.

Özdemir, G. (2008). Duygusal Yemeyenin Depresyon, Anksiyete Ve Stres Belirtileri İle Olan İlişkisi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://hdl.handle.net/20.500.11782/1123> adresinden alındı

Özkan, Y. (2017). Ergenlerde Sosyal Görünüş Kaygısı İle Duygusal Yeme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. <http://hdl.handle.net/11363/883> adresinden alındı

Paans, N., Bot, M., Van Strien, T., Brouwer, I., Visser, M., & Penninx, B. (2018). Eating Styles in Major Depressive Disorder: Results From A Large-scale Study. *Journal of Psychiatric Research*, 97(1), s. 38-46. doi:10.1016/j.jpsychires.2017.11.003

Parker, G., & Boyce, P. (1989). Development Of A Scale To Measure Interpersonal Sensitivity. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29(3), s. 341-351. doi:10.3109/00048678909068291

Pines, A., & Gal, R. (1977). The Effect Of Food On Test Anxiety. *Journal Of Applied Social Psychology*, 7(4), s. 348-358. doi:10.1111/j.1559-1816.1977.tb00759.x

Pini, S., Abelli, M., Mauri, M., Muti, M., Iazzetta, P., Banti, S., & Cassano, G. (2005). Clinical Correlates And Significance Of Separation Anxiety in Patients With Bipolar Disorder. *Official journal of The International Society for Bipolar Disorders*, 7(4), s. 370-376. doi:10.1111/j.1399-5618.2005.00216.x

Pini, S., Abelli, M., Shear, K. M., Cardini, A., Lari, L., Gesi, C., . . . Cassano, G. B. (2010). Frequency And Clinical Correlates Of Adult Separation Anxiety in A Sample Of 508 Outpatients With Mood And Anxiety Disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(1), s. 40-46. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01480.x

Pollard, A., & Zuercher-White, E. (2003). *The Agoraphobia Workbook : A Comprehensive Program To End Your Fear Of Symptom Attacks*. Oakland: New Harbinger Publications. <https://ebookcentral.proquest.com/adresinden alindi>

Pomeroy, C., Mitchell, J., Roering, J., & Crow, S. (2002). *Medical Complications Of Psychiatric Illness*. Washington: American Psychiatric Publishing. <https://ebookcentral.proquest.com/adresinden alindi>

Powers, A., Moore, C., Ressler, K. J., Bradley, B., Villarreal, S., & Michopoulos, V. (2015). The Mediating Role Of Emotion Dysregulation And Depression On The Relationship Between Childhood Trauma Exposure And Emotional Eating, *Appetite* 91(1), s. 129-136. doi:10.1016/j.appet.2015.03.036

Quimet, A. J., Gawronski, B., & Dozois, D. J. (2009). Cognitive Vulnerability To Anxiety: A review And An Integrative Model. *Clinical Psychology Review*, 29(6), s. 459-470. doi: 10.1016/j.cpr.2009.05.004

Rachman, S., & Rachman, S. J. (2019). *Anxiety*. New York: Taylor & Francis Group. <https://ebookcentral.proquest.com/l adresinden alindi>

Regier, D., Boyd, J., Burke, J., Rae, D., Myers, J., Kramer, M., . . . Locke, B. (1988). One-Month Prevalence Of Mental Disorders in The United States Based On Five Epidemiologic Catchment Area Sites. *Arch Gen Psychiatry*, s. 977-986. doi:10.1001/archpsyc.1988.01800350011002

Reiss, S. (1997). Trait Anxiety: It's Not What You Think It is. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(2), s. 201-214. doi: 10.1016/S0887-6185(97)00006-6

Remes, O., Brayne, C., Linde, R. V., & Lafortune, L. (2016). A Systematic Review Of Reviews On The Prevalence Of Anxiety Disorders in Adult Populations. *Brain And Behaviour*, 6(7), s. 1-33. doi:10.1002/brb3.497

Ricca, V., Castellini, G., Fioravanti, G., Sauro, C. L., Rotella, F., Ravaldi, C., . . . Faravelli, C. (2015). Emotional Eating in Anorexia Nervosa And Bulimia Nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 53(3), s. 245-251. doi:10.1016/j.comppsy.2011.04.062

Riskind, J. H., & Rector, N. A. (2018). *Looming Vulnerability : Theory, Research And Practice in Anxiety*. New York: Springer New York. <https://ebookcentral.proquest.com/adresindenalindi>

Ritz, T., Ayala, E. S., & Meuret, A. E. (2010). The Psychophysiology Of Blood-injection-injury Phobia: Looking Beyond The Diphasic Response Paradigm. *International Journal of Psychophysiology*, 78(1), s. 50-67. doi:10.1016/j.ijpsycho.2010.05.007

Romano, E., Trembley, R. E., Vitaro, F., Pagani, L., & Zoccolillo, M. (2001). Prevalence Of Psychiatric Diagnoses And The Role Of Perceived Impairment: Findings From An Adolescent Community Sample. *The Journal Of Child Psychology and Psychiatry*, 42(4), s. 4511-461. doi: 10.1111/1469-7610.00739

Rycroft, C. (1988). *Anxiety And Neurosis*. New York: Taylor & Francis Group. <https://ebookcentral.proquest.com/adresindenalindi>

Santos, R., Eysenck, M. W., Derakshan, N., & Calvo, M. G. (2007). Anxiety And Cognitive Performance: Attentional Control Theory. *Emotion*, 7(2), s. 336-353. doi: 10.1037/1528-3542.7.2.336

Scaini, S., Ogliari, A., Eley, T., Zavos, H., & Battaglia, M. (2012). Genetic And Environmental Contributions To Separation Anxiety: A Meta-Analytic Approach To Twin Data. *Depression And Anxiety*, 29(9), s. 751-764. doi:10.1002/da.21941

Schneider, K., Applehans, B., Whited, M., Oleski, J., & Pagoto, S. (2010). Trait Anxiety, But Not Trait Anger, Predisposes Obese Individuals To Emotional Eating. *Appetite*, 55(3), s. 701-706. doi:10.1016/j.appet.2010.10.006

Schneier, F. R., Blonco, C., Antia, S. X., & Liebowitz, M. R. (2002). The Social Anxiety Spectrum. *Psychiatric Clinics*, 25(4), s. 757-774. doi:10.1016/S0193-953X(02)00018-7

Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social Phobia Comorbidity And Morbidity in An Epidemiologic Sample. *Arch Gen Psychiatry*, 49(4), s. 282-288. doi:10.1001/archpsyc.1992.01820040034004

Seligman, L. D., & Wuyek, L. A. (2007). Correlates Of Separation Anxiety Symptoms Among First-Semester College Students: An Exploratory Study. *The Journal Of Psychology*, 141(2), s. 135-146. doi:10.3200/JRLP.141.2.135-146

Shear, K., Jin, R., Ruscio, A. M., Walters, E., & Kessler, R. (2006). Prevalence And Correlates Of Estimated DSM-IV Child And Adult Separation Anxiety Disorder in The National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), s. 1074-1082. doi:10.1176/ajp.2006.163.6.A52

Silove, D. M., Marnane, C. M., Wagner, R., Rees, S., & Manicavasagar, V. S. (2010). The Prevalence And Correlates Of Adult Separation Anxiety Disorder in An Anxiety Clinic. *BMC Psychiatry volume*, 10(21), s. 1-7. doi:10.1186/1471-244X-10-

Silove, D., Alonso, J., Bromet, E., Gruner, M., Sampson, N., Scott, K., . . . Benjet, C. (2015). Pediatric-Onset And Adult-Onset Separation Anxiety Disorder Across Countries in The World Mental Health Survey. *American Journal Psychiatry*, *172*(7), s. 647-656. doi:10.1176/appi.ajp.2015.14091185

Silove, D., Manicavasagar, V., Wagner, R., & Marnane, C. (2010). Brief Report Associations Of Personality Disorder With Early Separation Anxiety in Patients With Adult Separation Anxiety Disorder. *Journal Of Personality Disorders*, *25*(1), s. 128-133. doi: 10.1521/pedi.2011.25.1.128.

Silove, D., Marnane, C., Manicavasagar, V., Momartin, S., & Steel, Z. (2010). Adult Separation Anxiety Disorder Among War-affected Bosnian Refugees: Comorbidity With PTSD And Associations With Dimensions Of Trauma. *Journal Of Traumatic Stress*, *23*(1), s. 169-172. doi:10.1002/jts.20490

Simon, N., Hollander, E., Stein, D. j., & Rothbaum, B. O. (2020). *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Anxiety, Trauma, And OCD-Related Disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing. <https://ebookcentral.proquest.com/ adresinden alindi>

Simons, G., & Macht, M. (2000). Emotions And Eating in Everyday Life. *Appetite*, *35*(1), s. 65-71. doi:10.1006/appe.2000.0325

Simpson, H. B., Neria, Y., Lewis-Fernández, R., & Schneier, F. (2010). *Anxiety Disorders : Theory, Research And Clinical Perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press. <https://ebookcentral.proquest.com/ adresinden alindi>

Snoek, H., Engels, R., Janssens, J., & Van Strien, T. (2007). Parental Behaviour And Adolescents' Emotional Eating. *Appetite*, *49*(1), s. 223-230. doi:10.1016/j.appet.2007.02.004

Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety : Current Trends in Theory And Research*. New York: Elsevier Science & Technology. <https://ebookcentral.proquest.com/ adresinden alindi>

Spielberger, C. D. (2013). *Anxiety And Behavior*. New York: Elsevier Science & Technology. <https://ebookcentral.proquest.com/ adresinden alindi>

Spillman, D. (1990). Survey Of Food And Vitamin Intake Responses Reported By University Students Experiencing Stress. *Psychological Reports*, *66*(2), s. 499-502. doi:10.2466/pr0.1990.66.2.499

Starcevic, V. (2004). *Anxiety Disorders in Adults : A Clinical Guide*. Oxford: Oxford University Press. <https://ebookcentral.proquest.com/ adresinden alindi>

Stein, D. J., & Matsunaga, H. (2006). Specific Phobia: A Disorder of Fear Conditioning And Extinction. *CNS Spectrums*, *11*(4), s. 248-251. doi:10.1017/S1092852900020721

Steinhausen, H.-C. (2002). The Outcome Of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *The Journal Of American Psychiatry*, *159*(8), s. 1284-1293. doi:10.1176/appi.ajp.159.8.1284

Sterba, S. K., Copeland, W., Egger, H. L., Castello, J., Erkanlı, A., & Angold, A. (2010). Longitudinal Dimensionality Of Adolescent Psychopathology: Testing The Differentiation Hypothesis. *The Journal Of Child Psychology and Psychiatry*, 51(8), s. 871-884. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02234.x

Stevensen-Hinde, J. (2007). Attachment Theory And John Bowlby: Some Reflections. *Attachment & Human Development*, 9(4), s. 337-342. doi:10.1080/14616730701711540

Street, L. L., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1989). Sensations, Cognitions And The Perception Of Cues Associated With Expected And Unexpected Panic Attacks. *Behaviour Research and Therapy*, s. 189-198. doi:10.1016/0005-7967(89)90078-8

Strong, K. G., & Huon, G. F. (1998). An Evaluation Of A Structural Model For Studies Of The Initiation Of Dieting Among Adolescent Girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3), s. 315-326. doi:10.1016/S0022-3999(97)00257-2

Sung, J., Lee, K., Song, Y.-M., Lee, M. K., & Lee, D.-H. (2010). Heritability Of Eating Behavior Assessed Using The DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire) And Weight-related Traits: The Healthy Twin Study. *Obesity*, s. 1000-1005. doi: 10.1038/oby.2009.389

Swanson, S., Crow, S., Grange, D. L., Swendsen, J., & Merikangas, K. (2011). Prevalence And Correlates Of Eating Disorders in Adolescents Results From The National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry*, 68(7), s. 714-723. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.22

Şahin-Sak, İ. T., & Savaşlı, E. (2019). Relationships Between Parenting Attitudes And Adult Separation Anxiety. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(4), s. 88-105. [https://www.ceeol.com/adresinden\\_alindi](https://www.ceeol.com/adresinden_alindi)

Tata, P., Fox, J., & Cooper, J. (2001). An Investigation Into The Influence Of Gender And Parenting Styles On Excessive Exercise And Disordered Eating. *European Eating Disorders Review*, 9(3), s. 194-206. doi:10.1002/erv.394

Taylor, G. J. (2000). Recent Developments in Alexithymia Theory And Research. *The Canadian Journal Of Psychiatry*, 45(2), s. 134-142. doi:10.1177/070674370004500203

Tetik, B. (2019). Hataya Bağlı Suçluluk Ve Utanç Duygusu İle Duygusal Yeme Arasındaki İlişki (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. [https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/adresinden\\_alindi](https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/adresinden_alindi)

Tholin, S., Rasmussen, F., Karlsson, J., & Tynelius, P. (2005). Genetic And Environmental Influences On Eating Behavior: The Swedish Young Male Twins Study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 81(3), s. 564-569. doi:10.1093/ajcn/81.3.564

Tinmazoğlu, E., & Gvendeğer, N. D. (2020). Emosyonel Yeme, Beş Büyük Kişilik zellikleri Ve Duygu Durum Bozuklukları Belirtileri Arasındaki İlişkiler. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, s. 35-46. <https://dergipark.org.tr/tr/> adresinden alındı

Tooby, J., & Cosmides, L. (1996). Friendship And The Banker's Paradox: Other Pathways To The Evolution Of Adaptations For Altruism. *Proceedings of the British Academy*, 80(1), s. 119-143. <https://scholar.google.com/> adresinden alındı

Traitz, J. (2012). *End Emotional Eating : Using Dialectical Behavior Therapy Skills to Cope with Difficult Emotions and Develop a Healthy Relationship to Food*. Oakland: New Harbinger Publications. <https://ebookcentral.proquest.com/> adresinden alındı

Troisi, A., Massaroni, P., & Cuzzolaro, M. (2005). Early Separation Anxiety And Adult Attachment Style in Women With Eating Disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(1), s. 89-97. doi:10.1348/014466504X20053

Turner, S., & Beidel, D. C. (2005). *Child Anxiety Disorders : A Guide To Research And Treatment*. New York: Taylor & Francis Group. <https://ebookcentral.proquest.com/> adresinden alındı

Tkel, R. (2002). Panik Bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(3), s. 5-13. <https://www.klinikpsikiyatri.org/> adresinden alındı

Tkel, R. (2015). *Freud Okumaları*. İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

Twenge, J. M. (2000). The Age Of Anxiety? The Birth Cohort Change in Anxiety And Neuroticism, 1952–1993. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), s. 1007-10021. doi: 10.1037/0022-3514.79.6.1007

Van Strien, T. (2018). Causes Of Emotional Eating And Matched Treatment Of Obesity. *Current Diabetes Reports*, 18(6), s. 3-8. doi: 10.1007/s11892-018-1000-x

Van Strien, T., & Ouwens, M. A. (2007). Effects Of Distress, Alexithymia And İmpulsivity On Eating. *Eating Behaviors*, 8(2), s. 251-257. doi:10.1016/j.eatbeh.2006.06.004

Van Strien, T., Cox, M., & Schippers, G. (1995). On The Relationship Between Emotional And External Eating Behavior. *Addictive Behaviours*, 20(5), s. 585-594. doi: 10.1016/0306-4603(95)00018-8

Van Strien, T., Frijters, J., Bergers, G., & Defares, P. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) For Assessment Of Restrained, Emotional, And External Eating Behavior. *International Journal Of Eating Disorders*, 5(2), s. 295-315. doi:10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>

Van Strien, T., Gerard, P. A., & Bergers, M. (1988). Overeating And Sex-role Orientation in Women. *International Journal Of Eating Disorders*, 7(1), s. 89-99. doi:10.1002/1098-108X(198801)7:1<89::AID-EAT2260070109>3.0.CO;2-0

Van Strien, T., Herman, P., & Verheijden, M. (2009). Eating Style, Overeating, And Overweight in A Representative Dutch Sample. Does External Eating Play A Role? *52*(2), s. 380-387. doi:10.1016/j.appet.2008.11.010

Van Strien, T., Van Leeuwe, J., & Ouwens, M. (2009). Possible Pathways Between Depression, Emotional And External Eating. A Structural Equation Model. *Appetite*, *53*(2), s. 245-248. doi:10.1016/j.appet.2009.06.001

Vanin, J., & Helsley, J. (2007). *Anxiety Disorders : A Pocket Guide For Primary Care*. New Jersey: Humana Press. <https://ebookcentral.proquest.com/adresindenalindi>

Vasa, R. A., & Roy, A. K. (2013). *Pediatric Anxiety Disorders : A Clinical Guide*. New York: Springer New York. <https://ebookcentral.proquest.com/adresindenalindi>

Vasey, M. W., & Dadds, M. R. (2001). *The Developmental Psychopathology Of Anxiety*. Oxford: Oxford University Press, Incorporated. <https://ebookcentral.proquest.com/adresindenalindi>

Vasey, M. W., Cmic, K. A., & Carter, W. G. (1994). Worry in Childhood: A Developmental Perspective. *Cognitive Therapy and Research*, *18*(6), s. 530-549. <https://scholar.google.com/adresindenalindi>

Vingerhoets, A., Zeelenberg, M., & Nyklíček, I. (2010). *Emotion Regulation and Well-Being*. Springer New York. <https://ebookcentral.proquest.com/adresindenalindi>

Wardle, J., Sanderson, S., Guthrie, K. A., Rapoport, L., & Plomin, R. (2002). Parental Feeding Style And The Inter-generational Transmission Of Obesity Risk. *Obesity Research*, *10*(6), s. 453-462. doi:10.1038/oby.2002.63

Weisberg, R. B. (2009). Overview Of Generalized Anxiety Disorder: Epidemiology, Presentation, And Course. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, *70*(2), s. 4-9. <https://scholar.google.com/adresindenalindi>

Weisteinn, S., Shide, D., & Rolls, B. (1997). Changes in Food Intake in Response To Stress in Men and Women: Psychological Factors. *Appetite*, *28*(1), s. 7-18. doi:10.1006/appe.1996.0056

Whisman, M. A., Sheldon, C. T., & Goering, P. (2000). Psychiatric Disorders And Dissatisfaction With Social Relationships: Does Type Of Relationship Matter? *Journal Of Abnormal Psychology*, *109*(4), s. 803-808. doi:10.1037//0021-843x.109.4.803

Wilfley, D., Leslie, C., & Herman, B. (2016). Characteristics Of Binge Eating Disorder in Relation To Diagnostic Criteria. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *12*(1), s. 2213-2223. doi:10.2147/NDT.S107777

Williams, A. (2019). *Eating Disorders Sourcebook, 5th Edition*. Oxford: Eating Disorders Sourcebook, 5th Ed. <https://ebookcentral.proquest.com/adresindenalindi>

Wittchen, H.-U., Kessler, R. C., Beesdo, K. J., Krause, P., Höfler, M., & Hoyer, J. (2002). Generalized Anxiety And Depression in Primary Care: Prevalence, Recognition, And Management. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 63(8), s. 24-34. <https://scholar.google.com/> adresinden alındı

Wonderlich, S., Peterson, C., & Smith, T. L. (2015). *Integrative Cognitive-Affective Therapy For Bulimia Nervosa : A Treatment Manual*. New York: Guilford Publications. <https://ebookcentral.proquest.com/> adresinden alındı

Woodward, L. J., & Fergusson, D. (2001). Life Course Outcomes Of Young People With Anxiety Disorders in Adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(9), s. 1086-1093. doi:10.1097/00004583-200109000-00018

Yıldırım, E. A. (2019). Yetişkinlerde Ayrılık Anksiyetesi Belirtileri İle Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. <https://hdl.handle.net/11363/2203> adresinden alındı

Zeidner, M., & Matthews, G. (2010). *Anxiety 101*. New York: Springer Publishing Company. <https://ebookcentral.proquest.com/> adresinden alındı



## EKLER

### Hollanda Yeme Davranışı Anketi

EK-A

Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm sorulara cevap veriniz. Hiçbir sorunun doğru veya yanlış cevabı yoktur. Her bir soru için size uygun cevabın altındaki daireyi işaretleyin. Teşekkürler.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
1. Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?					
2. Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?					
3. Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek ya da içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?					
4. Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?					
5. Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler yer misiniz?					
6. Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?					
7. Kilo almamak için az yemeye dikkat eder misiniz?					
8. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla öğün araları yemek yememeye çalışırsınız?					
9. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?					
10. Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?					
11. Bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek yemek ister misiniz?					
12. Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek yemek ister misiniz?					
13. Depresyonda olduğunuzda ya da hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?					

14. Kendinizi yalnız hissettiğiniz zaman yemek ister misiniz?					
15. Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?					
16. Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?					
17. İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?					
18. Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?					
19. Bir şeyler ters ya da yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?					
20. Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?					
21. Hayal kırıklığına uğradığınız zaman yemek ister misiniz?					
22. Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?					
23. Huzursuz olduğunuzda ya da canınız sıkıldığında yemek ister misiniz?					
24. Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?					
25. Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?					
26. Lezzetli bir şey gördüğünüzde ya da kokladığınızda onu yemek ister misiniz?					
27. Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa onu yer misiniz?					
28. Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?					
29. Eğer bir kafe ya da büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?					
30. Başkalarını yerken görürseniz, sizde yemek yemek ister misiniz?					

31. Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?					
32. Başkalarını yemek yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?					
33. Yemek hazırlarken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?					



## Sosyodemografik Veri Formu

EK-B

**1-Yaş:** \*18-25 \*26-35 \*36-45 \*46-60

**2-Cinsiyet:** 1-Erkek 2-Kadın

**3-Medeni Durum:** 1-Evli 2-Bekar 3-Boşanmış

**4-EĞİTİM DÜZEYİ:** 1-İlköğretim 2-Lise 3-Üniversite 4- Yüksek lisans-Doktora

**5-Gelir Düzeyi:** \*3000 TL ve altı \*3001-6000 TL \*6001-10.000TL \*10.001 TL ve üzeri

### 6-Aile Yapısı:

1-Çekirdek aile (anne, baba, kardeşler, çocuklar aynı hanede)

2-Geniş Aile (birtakım akrabalar aynı hanede)

### 7-Tanısı Konmuş Psikiyatrik Bir Hastalığınız Var Mı?

1-VAR

2-YOK

### 8-Kullandığınız Bir Psikiyatri İlacı Var Mı ?

1-VAR

2-YOK

### 9-Anne veya Babanızın Herhangi Bir Psikiyatrik Hastalığı var mı?

1-VAR

2-YOK

### 10-Tanısı Konmuş Tıbbi Bir Hastalığınız Var mı?

1-VAR

2-YOK

### 11-Şimdiye Kadar Hiç İntihar Girişiminiz Oldu mu?

1-EVET

2-HAYIR

## Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği

EK-C

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

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

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

