



T.C.SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EğİTİM VE
ARAşTIRMA HASTANESİ

BİPOLAR BOZUKLUKTA YETİşKİN AYRILMA ANKSİYETESİ
BOZUKLUğU KOMORBİDİTESİNİN İNTİHAR GİRİşİMİ,
İNTİHAR DAVRANIşI VE KLİNİK DEğİşKENLER İLE
İLİşKİSİ

Dr. Sıtar Hezer

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2020



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EğİTİM VE
ARAşTIRMA HASTANESİ

BİPOLAR BOZUKLUKTA YETİşKİN AYRILMA ANKSİYETESİ
BOZUKLUğU KOMORBİDİTESİNİN İNTİHAR GİRİşİMİ,
İNTİHAR DAVRANIşI VE KLİNİK DEğİşKENLER İLE
İLİşKİSİ

Dr. Sıtar Hezer

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Engin Emrem Beştepe

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL 2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitim sürecimin başından sonuna kadar kendisinden her konuda çok fazla şey öğrendiğim, hocalık, hekimlik ve insani ilişkilerindeki deneyimleri ve anlayışına karşı sonsuz saygı duyduğum, danışman hocam olduğu için kendimi mutlu ve şanslı hissettiğim, tez sürecim boyunca her türlü konuda desteğini alabildiğim ve kendisine minnettar olduğum sevgili hocam Doç. Dr. Engin Emrem Beştepe'ye öncelikli teşekkürlerimi sunmak isterim.

Engin tecrübe ve bilgisinden çok defa yararlandığım, kendisi ile birlikte çalışma fırsatına sahip olduğum için kendimi çok şanslı hissettiğim, tüm asistanlık sürecim boyunca her zaman desteğini hissettiğim Doç. Dr. Hüseyin Güleç'e;

Birlikte çalışma şansı bulduğum AMATEM kliniğinde bilgi, deneyim ve desteğini hiç esirgememiş olan sayın başhekimimiz Doç. Dr. Rabia Bilici'ye; asistanlığımın ilk günlerinden itibaren birçok klinikte birlikte keyifle çalışma fırsatı bulduğum; değerli hocalarım Doç. Dr. Medine Yazıcı Güleç'e, Doç. Dr. Filiz İzci'ye, Doç. Dr. Neslihan Akkişi Kumsar'a, Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin'e, Doç. Dr. Merih Altıntaş'a, Doç. Dr. Yusuf Özay Özdemir'e;

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan başta Uzm. Dr. Yücel Yılmaz, Uzm. Dr. İshak Saygılı, Uzm. Dr. Murat Yalçın Uzm. Dr. Haluk Usta, Uzm. Dr. Erkal Erzincan, Uzm. Dr. Emrah Güleş, Uzm. Dr. Alper Baş, Uzm. Dr. Muhammed Batuhan Ayık ve hastanemizin diğer değerli uzman doktorlarına;

Nöroloji rotasyonum sırasında mesleki eğitimime çok değerli katkıları olan Doç. Dr. S. Füsün Mayda Domaç, Uzm. Dr. Rahşan Karacı, Uzm. Dr. Mustafa Ülker ve sevgili asistanlarına;

Çocuk psikiyatrisi rotasyonum sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, mesleki gelişimime katkıda bulunan Doç. Dr. Özalp Ekinci'ye ve Öğr. Gör. Dr. İbrahim Adak'a ve tedavi ekibine;

Her zaman en güzel şeyleri hak ettiğine inandığım, bir çok konuda olduğu gibi tez sürecinde de çok fazla desteğini aldığım sevgili arkadaşım Dr. Nazmiye Güçlü'ye;

Kadim dostum Dr. Maruf Aggöl'e ve asistanlık süreci boyunca çok fazla şey paylaştığımız sevgili arkadaşım Dr. Mehmet Budak'a;

Asistanlığım boyunca kendilerini tanıdığım ve arkadaş olduğumuz için hep mutlu hissettiğimi sevgili arkadaşlarım Dr. Mustafa Güneş'e, Dr. Didem Beşikçi Keleş'e, Dr. Merve Metin'e, Dr. İpek Buse Güzelce'ye, Dr. İbrahim Fuat Akgöl'e, Dr. Rahime Dicle Çetiner'e ve diğer tüm asistan doktor arkadaşlarıma;

Kendisini tanıyıp karşılaşmış olduğum için kendimi çok şanslı hissettiğim, her zaman yanımda olduğunu hissettiğim sevgili Dr. Neval Ateş'e;

Kendilerine olan sevgi ve minnettarlığımı bir cümlede hiç bir zaman belirtemeyeceğime inandığım sevgili annem ve babama;

En içten duygularım ve tüm samimiyetimle teşekkür ederim.

Dr. Sıtar Hezer

İstanbul 2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
TABLolar	vi
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. BİPOLAR BOZUKLUK.....	4
2.1.1. Tanım ve Tarihçe.....	4
2.1.2. Epidemiyoloji	5
2.1.3. Etiyoloji	7
2.1.4. Tanı ve Sınıflama.....	8
2.2. BİPOLAR BOZUKULUKTA EK TANI.....	14
2.3. BİPOLAR BOZUKLUKTA YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ BOZUKLUĞU EK TANISI.....	14
2.4. BİPOLAR BOZUKLUK VE İNTİHAR DAVRANIŞI	21
3. YÖNTEM VE GEREÇLER.....	23
3.1. UYGULAMA.....	23
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	24
3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu:	24
3.2.2 SCID-5-CV (DSM 5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen için):	25
3.2.3. İntihar Davranış Ölçeği (İDÖ):.....	25
3.2.4. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAMA):.....	25
3.2.5. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAMD):.....	26
3.2.6. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ):.....	26

3.2.7. Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme AAB-YKG (Structured Clinical Interview for Separation Anxiety Symptoms, SCI-SAS):	26
3.2.8. Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE):.....	27
3.2.9. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA):	27
3.2.10. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ):	27
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	28
4. BULGULAR.....	29
4.1. ÖRNEKLEMİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ.....	29
4.2. ÖRNEKLEMİN HASTALIK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARI.....	31
4.3. YAAB TANISI VE ÖRNEKLEMİN YAAB TANISINA GÖRE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ.....	34
4.4. YAAB TANISINA GÖRE HASTALIK ÖZELLİKLERİ.....	37
4.5. YAAB TANISINA GÖRE ÖRNEKLEMİN İNTİHAR DAVRANIŞI İLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLERİNE DAİR BULGULAR	40
4.6. ÖRNEKLEMİN İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖYKÜSÜNE GÖRE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ.....	42
4.7. İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖYKÜSÜNE GÖRE HASTALIK ÖZELLİKLERİ	43
4.8. YAAB TANISINA GÖRE KULLANILAN ÖLÇEK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	46
4.9. İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖYKÜSÜNE GÖRE ÖLÇEK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	50
4.10. DİĞER KOMORBİD BOZUKLUKLAR VE YAAB TANISI İLE İLİŞKİLERİ.....	52
4.11. DİĞER KOMORBİD BOZUKLUKLAR VE İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖYKÜSÜ İLE İLİŞKİLERİ.....	54
4.12. YALNIZCA YAAB EK TANISI OLAN VE DİĞER EK TANILARI DA ALAN YAAB TANILI HASTALARIN İNTİHAR DAVRANIŞI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI	56
4.13. İNTİHAR GİRİŞİMİNİ YORDAYAN DEĞİŞKENLER	57
5. TARTIŞMA	58
6. KISITLILIKLAR	68
7. SONUÇLAR	69
KAYNAKLAR	70
EKLER.....	79

KISALTMALAR

BB: Bipolar bozukluk

AAB: Ayrılma anksiyetesi bozukluğu

YAAB: Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu

ÇAAB: Çocukluk çağı ayrılma anksiyetesi bozukluğu

AAB-YKG: Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme

YAAA : Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi Anketi

AABE : Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri

DSM-IV: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-4

DSM-V: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5

SCID-5-CV: DSM 5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen için

İDÖ: İntihar davranış ölçeği

BBIÖ: Bipolar bozuklukta işlevsellik ölçeği

SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı

TABLÖLAR

Tablo 1. Örneklemde ait sosyodemografik özelliklerin gösterilmesi

Tablo 2. Örneklemde hastalık özelliklerine ilişkin verilerin gösterilmesi

Tablo 3. Örneklemde hastalık özelliklerine ilişkin verilerin devamının gösterilmesi

Tablo 4. Yapılandırılmış klinik görüşme ve kesme değeri olan ölçek puanlarına göre YAAB ve ÇAAB tanıları

Tablo 5. Örneklemde YAAB ve ÇAAB tanılarının görülme sıklığına dair verilerin gösterilmesi

Tablo 6. YAAB tanısının varlığına göre örneklemde sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

Tablo 7. YAAB tanısının varlığına göre hastalığa ait klinik özelliklerin karşılaştırılması

Tablo 8. YAAB tanısının varlığına göre hastalığa ait klinik özelliklerin devamının karşılaştırılması

Tablo 9. YAAB tanısının varlığına göre intihar davranışı ile ilgili özelliklerin karşılaştırılması

Tablo 10. Örneklemde intihar girişimi öyküsüne göre bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

Tablo 11. Örneklemde intihar girişimi öyküsüne göre hastalık özelliklerine ilişkin verilerin karşılaştırılması

Tablo 12. Örneklemde intihar girişimi öyküsüne göre hastalık özelliklerine ilişkin verilerin devamının karşılaştırılması

Tablo 13. YAAB tanısının varlığına göre kullanılan bazı ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 14. YAAB tanısının varlığına göre kullanılan işlevsellik ölçeği ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 15. İntihar girişimi öyküsüne göre kullanılan ölçek puanlarının değerlendirilmesi

Tablo 16. YAAB tanısı olan ve olmayan hasta gruplarında diğer ek tanıların olup olmamasına göre karşılaştırılması

Tablo 17. İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hasta gruplarında diğerk ek tanıların olup olmamasına göre karşılaştırılması

Tablo 18. Sadece YAAB ek tanısına sahip olan ve YAAB ile birlikte diğerk ek tanılara sahip olan YAAB tanılı hastaların intihar girişimi öyküsü ve İntihar davranış ölçeği toplam puanları açısından karşılaştırılması

Tablo 19. İntihar girişimi öyküsünün yordanmasına dair çok değişkenli lojistik regresyon analizi



ÖZET

Amaç: Çalışmamızda bipolar bozukluk 1 (BB 1) tanılı hastalarda yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu (YAAB) komorbiditesinin, intihar girişimi öyküsü, intihar davranışı ve diğer klinik değişkenler ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmamız kesitsel bir çalışmadır. Çalışmaya, S.B.Ü. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde özelleşmiş BB polikliniklerinde ayaktan düzenli tedavi gören ötimik 100 hasta dahil edildi. Hastaların BB 1 tanıları DSM-5 ile, diğer komorbid tanıları ise SCID-5 CV ile değerlendirilerek kondu. Hastalara sosyodemografik ve klinik özellikler veri formu, Young Mani Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği, Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (AAB-YKG), Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE), Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA), İntihar Davranış Ölçeği (İDÖ) ve Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ) uygulandı. Örneklem, YAAB komorbiditesi olan ve olmayan şeklinde iki gruba ayrılarak intihar girişimi, intihar davranışı ve klinik değişkenler açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmamızda BB 1 tanılı 100 hastada YAAB sıklığı %28 olarak bulunmuştur. YAAB tanısı alan hastaların %60,7'sinin çocukluk başlangıçlı olduğu, %39,3'ünün ise yetişkin dönemde başladığı bulunmuştur. YAAB tanısı alan hastalarda yaşam boyu en az bir anksiyete bozukluğu, çoklu anksiyete bozukluğu tanısı, agorafobi ve sosyal anksiyete bozukluğu görülme oranları anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur. Hastaların %33'ünde intihar girişimi öyküsü olduğu bulunmuştur. YAAB tanısı alan hastalarda intihar girişimi öyküsü oranı, İDÖ total skor ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. İntihar girişimi öyküsü olan grupta YAAA total skoru ortalaması anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. YAAB tanısı alan hastalarda duygusal işlevsellik ve damgalanma hissi ile ilgili işlevsellik puanları anlamlı düzeyde daha düşük olarak bulunmuştur.

Sonuç: Bipolar bozuklukta YAAB ek tanısı varlığında intihar girişimi

öyküsü oranı ve intihar davranışı artmaktadır. Ayrıca ayrılma anksiyetesi belirtileri de intihar girişimi öyküsü ile ilişkilidir. BB’de YAAB ek tanısının varlığı klinik gidişatı ve işlevselliği etkilemektedir. Ancak bu sonuçlara YAAB ile sık birliktelik gösteren diğer anksiyete bozukluklarının etkilerini dışarda bırakarak incelemek için daha geniş bir örnekleme çalışılmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Bipolar bozukluk, Ayrılma anksiyetesi, İntihar davranışı



ABSTRACT

Objectives: In this study, we aimed to investigate the relationship between adult separation anxiety disorder (ASAD) comorbidity, history of attempted suicide, suicidal behavior and other clinical variables in patients with bipolar disorder (BD).

Method: Our research is a cross-sectional study. The study included 100 euthymic patients who were treated regularly in outpatient clinics specialized for bipolar disorder in Erenköy Psychiatric and Neurological Diseases Training and Research Hospital. The diagnosis of BB 1 was made by DSM-5 and other comorbid diagnoses were evaluated by SCID-5 CV. Sociodemographic and clinical features data form, Young Mania Rating Scale, Hamilton Depression Rating Scale, Hamilton Anxiety Rating Scale, Structured Clinical Interview for Separation Anxiety Symptoms (SCI-SAS), Separation Anxiety Symptom Inventory (SASI), Adult Separation Anxiety Questionnaire (ASA-27), Suicide Behavior Questionnaire (SBQ) and Bipolar Disorder Functioning Scale (BDFQ). The sample was divided into two groups with and without ASAD comorbidity and compared in terms of suicide attempt, suicidal behavior and clinical variables.

Results: In our study, the rate of co-morbid ASAD was found to be 28% in 100 patients diagnosed with BB 1. It was found that 60.7% of the patients with the diagnosis of ASAD had childhood onset and 39.3% had begun in adulthood. The rate of at least one life-time anxiety disorder, multiple anxiety disorder, agoraphobia and social anxiety disorder were significantly higher in patients with the diagnosis of ASAD. It was found that 33% of the sample had a history of attempted suicide. The rate of suicide attempt history and SBQ-total score were found to be significantly higher in the patients with the diagnosis of ASAD. In the group with a history of suicide attempt, the mean total score of ASA-27 was found to be significantly higher. Emotional functionality was found to be lower and functionality loss due to feeling of stigmatization was found to be significantly higher in patients with the diagnosis of ASAD.

Conclusion: The rate of suicide attempt history and suicidal behavior increases in the presence of ASAD comorbidity to bipolar disorder. In addition, symptoms of separation anxiety are associated with a history of suicide attempts. The presence of a ASAD comorbidity in BD affects the clinical course and functionality. However, a larger sample is needed to investigate these results by excluding the effects of other anxiety disorders associated with ASAD.

Key words: Bipolar Disorder, Adult Separation Anxiety Disorder, Suicide behavior



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar bozukluk (BB), bir duygudurum bozukluğu olarak, depresyon, mani ve hipomani atakları ile giden ve ataklar arası tam ya da tama yakın düzelme gösteren, kronik seyirli bir hastalıktır (1). Yakın dönem çalışmalar bir spektrum olarak kabul edip daha yüksek oranları belirtiyor olsa da, yaşam boyu hastalanma riski genel olarak % 1 olarak kabul edilir (2). BB tüm dünyada önemli bir yeti yitimi sebebidir (3). Sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulma, intihar riski, sık yinelenme gibi nedenlerle kişinin ve yakınlarının yaşamını olumsuz yönde etkiler (4). BB tanılı hastalarının yarısı yaşamları boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunmaktadır (5). Bipolar bozuklukta psikiyatrik ek tanıya oldukça sık rastlanmaktadır. Bipolar bozukluk tanılı hastaların yaklaşık %65'inin ek bir tanısı bulunmaktadır ve en sık olarak da anksiyete bozuklukları ek tanı olarak eşlik etmektedir (6). BB' de anksiyete bozukluğu ek tanısının intihar girişimi riskini arttırdığı ve intihar riski ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (7). Eşlik eden psikiyatrik bozuklukları olan BB tanılı hastaların, ek tanısı olmayan hastalara göre hastanede yatış sürelerinin daha uzun olduğu ve tedaviye daha dirençli olduğu bildirilmiştir (8). Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu (YAAB) ise görece yeni bir antitedir. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-4, gözden geçirilmiş baskısında (DSM-IV-TR) "Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar" sınıfında yer alıp, bir çocukluk çağı patolojisi olarak kabul edilmekte iken (9), Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5 (DSM-5) ile birlikte hastalığın ilk kez yetişkinlikte de ortaya çıkabileceği kabul edilmiş ve sınıflama sisteminde "Anksiyete Bozuklukları" kategorisinde yer almıştır (10). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan epidemiyolojik bir çalışmada, yaşam boyu YAAB prevalansının %6,6 olduğu bulunmuştur. YAAB tanısı alan hastaların büyük çoğunluğunda (%77,5) erişkinlik döneminde başlangıç bildirmiştir (11). Bipolar bozukluk tanılı hastalarda ayrılma anksiyetesi bozukluğu ek tanısı ile ilgili çalışma sayısı oldukça azdır. BB, panik bozukluk ve majör depresif bozukluk tanılı 97 hasta ve 15 sağlıklı kişiden oluşan bir kontrol grubunda ayrılma anksiyetesi belirtilerinin

ve seyrinin ve ayrılma anksiyetesi bozukluğunun (AAB) sıklığının araştırıldığı bir çalışmada panik bozukluğu olmayan BB grubunda YAAB ek tanısının yaygınlık oranı %19,4, panik bozukluğu olan BB grubunda YAAB ek tanısının yaygınlık oranı ise %59,1 bulunmuştur. Aynı çalışmada YAAB tanısının erken başlangıçlı BB ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (12). Pini ve arkadaşlarının 508 duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu tanılarına sahip olan hasta ile yaptığı geniş çaplı bir çalışmada, hastaların %42,3'ünde YAAB tanısı olduğu, bu hastaların ise %20,6'sının yetişkinlikte başlayan YAAB olduğu saptanmıştır, bu çalışmada BB tanılı hastalarda YAAB ek tanısının mesleki işlevsellikte anlamlı derecede bozulmaya neden olduğu belirlenmiştir (13). Bipolar bozuklukta ayrılma anksiyetesi bozukluğu ek tanısı sıklığını araştıran ve ülkemizde yapılmış olan bir diğer çalışmada, çalışmaya alınan 70 BB tanılı hastanın 38'inde (%54) yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu ek tanısı olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu ek tanısına sahip olan grupta olmayan gruba göre daha fazla intihar girişimi öyküsü olduğu saptanmıştır (14). Sonuç olarak literatür araştırıldığında, BB hastalarında yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu ek tanısının varlığının klinik değişkenlerle ilişkisini inceleyen çalışma sayısı sınırlı sayıdadır. Yine yaptığımız literatür araştırmasında yukarıda belirtilen bir çalışmada ayrılma anksiyetesi ek tanısı olan BB hastalarında intihar girişimi öyküsünün daha fazla olduğu bildirilmiş, ancak doğrudan YAAB komorbiditesi varlığının intihar davranışı ile ilişkisini inceleyen herhangi bir çalışma olmadığı görülmüştür. Çalışmamız ayrılma anksiyetesi bozukluğu komorbiditesinin doğrudan intihar davranışı ile ilişkisini araştırıyor olması bakımından bildiğimiz kadarıyla literatürde yapılacak olan ilk çalışma olma özelliğini taşımaktadır. Çalışmamızın, öne sürülen ilişkinin gösterilmesiyle birlikte, BB gibi intihar sorununun oldukça önemli olduğu bir hastalıkta, bir komorbidite olarak ayrılma anksiyetesi bozukluğunun klinik uygulamalarda intihar riskini ön görebilme adına daha fazla önemsenmesine ve klinik gidişatı olumsuz etkiliyor olması bağlamında tanısal olarak gözden kaçırılmamasına katkıda bulunacağını düşünmekteyiz.

Araştırma hipotezi:

1. **Hipotez 1:** Bipolar bozukluk tanılı hastalarda ayrılma anksiyetesi bozukluğu ek tanısının varlığı, geçmiş intihar girişimi öyküsü ve girişim sayısı ile ilişkilidir.
2. **Hipotez 2:** Bipolar bozukluk tanısı olan hastalarda, ayrılma anksiyetesi bozukluğu ek tanısının varlığı, intihar davranışını arttırmaktadır.
3. **Hipotez 3:** Bipolar bozukluk tanılı hastalarda ayrılma anksiyetesi bozukluğu ek tanısının varlığında diğer anksiyete bozukluğu ek tanılarının görülme sıklığı artmaktadır.
4. **Hipotez 4:** Bipolar bozuklukta ayrılma anksiyetesi bozukluğu ve diğer anksiyete bozuklukları ek tanılarının varlığı, hastalık seyrini ve işlevselliği olumsuz yönde etkilemektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. BİPOLAR BOZUKLUK

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Bipolar bozukluk (BB) ataklar ve iyileşme dönemleri halinde seyreden, depresif, manik ya da hipomanik dönemlerin olduğu, hastalık dönemleri arasında tam ya da tama yakın iyileşme gözlenebilen, erken başlangıçlı (15), yüksek mortalite, morbidite ve bir çok alanda işlev kaybına yol açabilen ve yaşam kalitesini azaltan ciddi bir ruhsal bozukluktur (16).

Bipolar bozukluğun tarihi, Antik Mısır, Yunan ve Roma dönemlerine kadar uzanmaktadır. Melankoli ve mani terimleri Eski Yunan kökenlidir. Melankoli Yunanca'da depresyonun nedeni olduğuna inanılan kara safra anlamına gelen "Melankholia" şeklinde kullanılmış ve daha sonradan İngilizce'ye "Melancholy" olarak geçmiştir. Maninin ise, yine Yunanca kökenli bir kelime olan ve "Manos" olma anlamına gelen "Ania" kelimesinden türediği ve daha sonradan Latince ve İngilizce'ye geçtiği öne sürülmüştür. Antik dönemde Yunanca'da "Manos" olma, ruhsal ya da akli melekelerin kaybı anlamında kullanılmıştır (17). Milattan önce birinci yüzyılda İskenderiye'de yaşamış olan Aretaeus, mani ve melankoliyi tek bir hastalığın iki farklı biçimi olarak düşünmüştür. Aretaeus'un mani ve melankoliyi tarif ettiği günümüz psikiyatrisinde kullanılan fenomenolojiye oldukça yakındır. Aretaeus'un bahsettiği mani ve melankoli arasındaki ilişkinin, bipolarite kavramının ilk ortaya çıkışı olarak kabul edilebileceği öne sürülmüştür (18).

Hipokrat (M.Ö 460-337), mani ve melankoliyi sistematik olarak tanımlayan ilk kişidir. Hipokrat, maninin sebebini kara safraya bağlamıştır.

Alman bilimsel psikiyatrinin en önemli kurucularından biri olan Wilhelm Griesinger (1845) melankoli ve maninin birbirileri ile geçişli bir ilişkide olduklarını ve mevsimsel geçiş özelliklerini tarif etmiştir; melankolinin genellikle sonbahar ve kış aylarında, maninin ise ilkbahar aylarında başladığını belirtmiştir. Ayrıca affektif bozukluğun hızlı döngülü tiplerini tanımlamıştır (17). 1851 yılında Paris'te Salpetiere hastanesinde çalışan Jean Pierre Falret, ilk kez "folie circulaire" olarak adlandırdığı,

depresyon ve mani dönemlerini içeren ve sürekli bir döngü halinde ilerleyen ayrı bir ruhsal bozukluk tanımlamıştır (19). Falret'den 3 yıl sonra ise Baillarger benzer klinik özellikleri “de la folie a double forme” olarak adlandırmıştır (20). Karl Kahlbaum ise Falret'nin “folie circulaire” kavramını Alman psikiyatri çevresine tanıtmıştır (17).

Alman psikiyatrisinin öncü isimlerinden olan Emil Kraepelin'in manik-depresif psikoz ve dementia prekoksus iki ayrı durum olarak tanımladığı tarihi çalışmasıyla beraber, Kraepelin dünya literatürüne manik-depresif hastalık kavramını kazandırmıştır (21).

1930'larda Bleuler depresif ve manik sendromları “Affektif Bozukluklar” başlığı altında bir araya getirmiştir (22). Leonhard 1959 yılında Kraepelin'in manik depresif hastalık tanımını, mani ve depresyon dönemleri ile giden “Bipolar bozukluk” ve sadece depresyon ya da sadece mani dönemleri ile giden “Monopolar bozukluk” olmak üzere iki alt gruba ayırarak yeni bir sınıflandırmayı gündeme getirmiştir (23). 1976'da Dunner hastalığın Bipolar I ve Bipolar II olarak iki alt tipe ayrılmasını önermiştir. Bipolar bozukluk tip II'yi mani dönemi yaşamayan, hastanede yatmayı gerektiren depresyon ve hastanede yatmayı gerektirmeyen hipomani dönemleri olan hastalar için kullanmıştır (24).

Major depresif bozukluk ve bipolar bozukluk, DSM-3'te affektif bozukluklar içinde olan iki ayrı hastalık olarak tanımlanmış, DSM 3-R'de ise affektif bozukluklar tanımı, daha genel bir durumu ifade etmesi için duygudurum bozuklukları (DDB) olarak yeniden isimlendirilmiştir. Bipolar bozukluk, DSM-4 ve DSM-4-R'de duygudurum bozuklukları içinde yer alırken, 2013 yılında yayınlanan DSM-5'te bipolar ve ilişkili bozukluklar kategorisinde ele alınmıştır (25).

2.1.2. Epidemiyoloji

Bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı hakkındaki yaygın kabul, genel toplumun % 1'inden fazlasını etkilediği şeklindedir (26). 11 ülkeden 61392 adet hastanın dahil edildiği geniş çaplı bir epidemiyoloji çalışmasında, bipolar bozukluk tip 1 için yaşam boyu yaygınlığın % 0,6, bipolar bozukluk tip 2 için % 0,4, eşik altı belirtileri taşıyan hastalar için % 1,4 ve bipolar bozukluk spektrumunda olan hastalar

için bu oranın % 2,4 olduğu bildirilmiştir (1). Bazı çalışmalarda yaşam boyu yaygınlık oranları daha yüksek bulunmuştur, örneğin DSM-5 kriterlerine göre BB tip 1 tanısı konan bir çalışmada BB tip 1 için bir yıllık yaygınlığın %1,5 yaşam boyu yaygınlığın ise % 2,1 olduğu bildirilmiştir (27). Farklı ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, örneğin Nijerya'da % 0,1 (28) Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) % 3,3 (29) farklı yaşam boyu yaygınlık oranları rapor edilmiş olsa da yukarıda bahsedildiği gibi genel olarak yaşam boyu yaygınlık % 1 olarak kabul edilmektedir (26).

Bipolar bozukluğun görülme oranı milliyet, etnik köken ve sosyoekonomik durumdan bağımsızdır. BB tip 1 için kadın ve erkeklerde görülme oranları benzerdir, ancak BB tip 2'nin kadınlarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (30). BB için başlangıç yaşı 20'li yaşlardır (4). BB insidansı için bimodal yaş modeli de önerilmektedir, 15-24 ve 45-54 yaşları arasında başlangıç yaşının dağılımı açısından iki pikin olduğu varsayılmaktadır (31). BB'nin erken başlangıçlı olması daha fazla ek tanıya sahip olma ve ilk atağın depresif atak olması ile ilişkili bulunmuştur (32). Hastalık başlangıcının geç yaşlarda manik atak ile olması ise altta yatan organik patolojilerin varlığı ile ilişkilendirilmiştir (33). Cinsiyet farklılığına göre klinik özelliklere bakıldığında; hızlı döngülü seyre sahip olmanın, karma dönemlerin, antidepresan ilaçlar ile tetiklenen manik kaymanın, epizodlarda psikotik belirtilere sahip olmanın ve ek tıbbi hastalıkların kadınlarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (4,34).

Bipolar bozukluğun boşanmış ve bekar kişilerde daha sık olduğu bildirilmiştir (35). Düşük sosyoekonomik durumun, BB tip 1 için hem risk faktörü, hem de hastalığın neden olduğu iş gücü kaybının getirdiği sonucu olabileceği söylenmiştir (27). Ancak yüksek sosyoekonomik düzey ve yüksek mesleki işlevselliğe sahip olmanın da BB için risk faktörü olduğunu bildiren yayınlar da mevcuttur (36,37).

2.1.3. Etiyoloji

Bipolar bozukluğun ortaya çıkış nedenleri ile ilgili yapılmış bir çok çalışma karmaşık multifaktöryel genetik, nöroanatomik, nöroendokrin ve çevresel etkenler ile hastalığın etiopatogenezini ilişkilendirmiştir (38-40). Yapılan ikiz çalışmalarında % 40 – 70 monozygotik konkordans, birinci dereceden akrabalarda % 5 – 10 hastalanma riski ve genel topluma göre 7 kat artmış hastalanma riski oranları bildirilmiştir (41). Her iki ebeveynin de BB tanısı almış olduğu durumda çocukta hastalanma riskinin % 50 – 70' e kadar çıkabileceği bildirilmiştir (42). BB için kalıtılabilirliğin % 85 gibi yüksek oranlarda bildirilmiş olmasına ve yapılan çalışmalarda bir çok gen bölgesi ile ilişki kurulmasına rağmen güncel yaklaşım, etiolojinin multifaktöryel genetik ve çevresel etkenler ile ilişkilendirilebileceği şeklindedir (4,38,40,43,44). Yakın dönem çalışmalar gen çevre ilişkisine odaklanmıştır, örneğin çocukluk çağı travmatik yaşantıların beyin türevli nörotrofik faktör (BDNF) gen polimorfizmi ile ilişkisi, Toll like 2 reseptör gen polimorfizminin olumsuz yaşam olayları ve perinatal Toksoplazma gondii enfeksiyonu ile ilişkisi, yine BB depresif epizodları için Katekol-O-metiltransferaz (COMT) gen polimorfizminin olumsuz yaşam olayları ile ilişkisi ve serotonin taşıyıcısı gen polimorfizminin kannabis kullanımına bağlı psikotik semptomlar ile ilişkisi bildirilmiştir (45-49).

Prenatal viral enfeksiyonların bir çok psikiyattik hastalık ile olduğu gibi BB ile de ilişkisi bildirilmiştir (50). Ancak yakın zamanlı bir derlemede gözden geçirilen 10 ayrı enfeksiyöz ajanın değerlendirildiği çalışmaların bulgularının tutarsız olduğu belirtilmiştir (51). Özellikle prenatal Toksoplazma gondii enfeksiyonunun BB ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (52).

Olumsuz çocukluk çağı yaşantıları, özellikle duygusal fiziksel ve cinsel istismar ve duygusal ihmalin daha sonra BB başlangıcı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (53,54). Ayrıca yine olumsuz çocukluk çağı yaşantılarının BB için erken başlangıç yaşı, olumsuz klinik seyir, sık ve ciddi duygudurum dönemleri, artmış madde kullanımı ve artmış intihar riski ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (55).

Her ne kadar tek bir nörotransmitter ile dolaysız nedensel bir ilişki kurulamamış olsa da, geleneksel olarak nöroendokrin patofizyolojik hipotezlerde BB, nöradrenalin, serotonin ve dopamini kapsayan monoamin nörotransmitter

sistemi ile ilgili bozukluklar ile ilişkilendirilmiştir (4). Monoaminler dışında GABA, glutamat ve asetilkolin gibi nörotransmitterler de patofizyoloji ile ilişkilendirilmiştir (23). Özellikle Hipotalamo-hipofizer-adrenal aks (HHA) olmak üzere, tiroid hormonları gibi bir çok nöroendokrin faktörün BB etiyolojisinde rolü olduğu bildirilmiştir (4). Deksametazon süpresyon testinin (DST) genel olarak duygudurum bozukluklarında bozulduğu bilinmektedir (56). DST'nin BB depresyonda unipolar depresyona göre daha fazla bozulduğu gösterilmiş olsa da, BB için hastalık dönemleri açısından anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (57).

BB seyrine alkol ve madde kötüye kullanımı ve kullanım bozuklukları sıklıkla eşlik eder (58) ve BB ile alkol ve madde kullanımı arasında iki yönlü bir nedensellikten bahsedilir (59). 25 yaş öncesi alkol ve diğer maddelerin kullanımının BB başlangıç sıklığını arttırdığı bildirilmiştir (60). Yakın zamanlı çalışmalarda özellikle kannabis kullanımı ile BB etiyolojisi arasında ilişki olabileceğine dair artan kanıtlar mevcuttur (61,62). Yazında biriken bulgular psikotik bozukluklarda olduğu gibi BB için de alkol ve madde kullanımının risk faktörü olduğunu göstermektedir.

BB etiyopatolojisini araştırma amaçlı bir çok beyin görüntüleme çalışması yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda lateral ventriküllerde genişleme (63), sol pars operkularis, sol fusiform girus, sol rostral orta frontal korteks ve hipokampüste gri madde volümünde azalma (64,65) ve yine prefrontal kortekste bölgesel olarak gri madde volümünde azalma olduğu gösterilmiştir (66).

2.1.4. Tanı ve Sınıflama

En son yayınlanan sınıflandırma olan DSM-5'te "Bipolar ve ilişkili bozukluklar" depresif bozukluklardan ayrı bir kategori olarak yer almıştır . Bu başlık altında bipolar bozukluk tip I, bipolar bozukluk tip II, siklotimik bozukluk, madde veya ilacın yol açtığı bipolar ve ilişkili bozukluklar, diğer tıbbi durumlara bağlı bipolar ve ilişkili bozukluklar, diğer bipolar ve ilişkili bozukluklar ve tanımlanmamış bipolar ve ilişkili bozukluklar yer alır. Bipolar bozukluk tip I tanısı konulabilmesi için kişinin en az bir kez mani dönem geçirmesi gerekmektedir. Hastalık seyri boyunca hipomani veya depresyon dönemleri takip edebilir. DSM-5'te bipolar

bozukluk tanımı DSM-IV'ten farklılıklar göstermektedir. Bipolar bozukluktaki majör depresyon dönemi DSM-IV'e benzerdir. DSM-5'te karma belirtiler ise hem majör depresyon hem de mani dönemi için uygulanabilecek şekilde belirleyici olarak gösterilmiştir. Mani ve hipomani dönemlerinin tanımında DSM-IV'ün çekirdek belirtileri korunarak, amaca yönelik etkinlikte ve enerjide olağandışı ve sürekli bir artışı kapsayacak şekilde duygudurum ile ilgili temel ölçüt genişletilmiştir. DSM-IV'te antidepresan kullanımı sırasında mani dönemi görülmesi dışlama ölçütüdür. DSM-5'te ise antidepresan tedavi (örn; ilaç tedavisi, elektrokonvülsif tedavi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojik etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir manik dönem, bipolar I bozukluk için yeterli bir kanıttır. (10). DSM-5 tanı ölçütleri aşağıda sıralanmıştır.

Mani dönemi:

A. Olağandışı ve süregelen yükselmiş (eleve), coşkulu ya da irritabl bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve enerjide olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu belirgin bir dönemin, en az bir hafta (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre) süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması

B. Duygudurum bozukluğunun ve enerji ya da etkinlikte artmanın olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az üçü (ya da daha fazlası) (duygudurum sadece irritabl ise dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da grandiyozite
2. Uyku gereksiniminde azalma
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşabilmek için zorlama
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbiriyle yarıştığı gibi öznel bir yaşantı
5. Dikkatin çelinebilirliği (kişinin dikkati önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyaranla kolaylıkla dağılır) olduğunun bildirilmesi ya da gözlenmesi
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (sosyal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel olarak) ya da psikomotor ajitasyon (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik)

7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere çok ve aşırı katılma (örn; aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel etkinlikte bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma)

C. Duygudurum düzensizliği, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir bozulmaya neden olacak kadar ya da kişinin kendisine ya da başkalarına zarar vermemesi için hastaneye yatırılmasını gerektirecek kadar ağırdır ya da psikotik özellikler vardır.

D. Bu dönem, bir maddenin (örn; kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

Not: Antidepresan tedavi (örn; ilaç tedavisi, elektrokonvülsif tedavi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojik etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir manik dönem, bipolar I bozukluk için yeterli bir kanıttır.

Not: A' dan D' ye kadar olan tanı ölçütleri bir manik dönemi oluşturur. Bipolar I bozukluğu tanısı konulabilmesi için yaşam boyu en az bir kez manik dönem geçirilmiş olması gerekir.

Hipomani Dönemi:

A. Olağandışı ve süregelen yükselmiş (eleve), coşkulu ya da irritabl bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve enerjide olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu belirgin bir dönemin, en az birbirini izleyen 4 gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması

B. Duygudurum bozukluğunun ve enerji ya da etkinlikte artmanın olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az üçü (ya da daha fazlası) (duygudurum sadece irritabl ise dördü) belirgin derecede vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da grandiyozite
2. Uyku gereksiniminde azalma
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşabilmek için zorlama
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerinin sanki birbiriyle yarıştığı gibi öznel bir yaşantı

5. Dikkatin çelinebilirliği (kişinin dikkati önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyaranla kolaylıkla dağılır) olduğunun bildirilmesi ya da gözlenmesi
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (sosyal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel olarak) ya da psikomotor ajitasyon (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik)
7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere çok ve aşırı katılma (örn; aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel etkinlikte bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma)

C. Bu dönem, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha farklı, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü bir dönemdir.

D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarınca gözlenebilir.

E. Bu dönem, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir bozulmaya neden olacak kadar ya da hastaneye yatırılmasını gerektirecek kadar ağır değildir. Psikotik özellikler varsa, söz konusu dönem, tanım olarak manik dönemdir.

F. Bu dönem, bir maddenin (örn; kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

Not: Antidepresan tedavi (örn; ilaç tedavisi, elektrokonvülsif tedavi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojik etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde süren tam bir hipomanik dönem, bir hipomanik dönem tanısı için yeterli bir kanıttır. Ancak bir ya da iki belirti (özellikle antidepresan kullanımından sonra ortaya çıkan iritabilite, gerginlik ya da ajitasyon belirtileri) bir hipomani dönemi tanısı için ne yeterli sayılmalı ne de bipolar bozukluğa yatkınlığın bir göstergesi olarak görülmelidir.

Not: A' dan F' ye kadar olan tanı ölçütleri bir hipomanik dönemi oluşturur. Bipolar I bozukluğunda hipomanik dönemler sık görülür, ancak bipolar I bozukluk tanısı konulabilmesi için hipomanik dönemlerin olması gerekli değildir.

Yeğin (Major) Depresyon Dönemi:

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az beşi mevcuttur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur. Bu belirtilerden en az biri (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi- istek kaybı ya da zevk almamadır.

1. Kişinin öznel olarak bildirdiği veya başkalarınca gözlenen, günün çoğunda, neredeyse her gün olan depresif duygudurumun bulunması
2. Neredeyse her gün, günün çoğunda tüm veya neredeyse tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da etkinliklerden zevk alamama olması
3. Çok kilo verme veya kilo alma ya da neredeyse her gün, iştahta azalma ya da artma
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk ya da fazla uyuma
5. Neredeyse her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
6. Neredeyse her gün, yorgunluk ya da enerji azalması
7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da suçluluk duyguları
8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da konsantre olmakta güçlülük çekme ya da kararsızlık yaşama
9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama

B. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Bipolar I Bozukluğu:

A. En az bir mani dönemi için tanı ölçütleri karşılanmıştır (yukarıda " Mani Dönemi " başlığının altında yer alan A- D tanı ölçütleri).

B. Mani ve yeğin depresyon dönemlerinin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış bir ya da tanımlanmamış diğer ikiüçlü ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Bipolar II Bozukluğu:

A. En az bir hipomani dönemi için (yukarıda " Hipomani Dönemi " başlığının altında yer alan A- F tanı ölçütleri) ve en az bir yeğin (major) depresyon dönemi için (yukarıda " Yeğin Depresyon Dönemi " başlığının altında yer alan A- C tanı ölçütleri) tanı ölçütleri karşılanmıştır.

B. Hiçbir zaman bir mani dönemi geçirilmemiştir.

C. Hipomani ve yeğın depresyon dönemlerinin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış bir ya da tanımlanmamış diğır ikiuçu ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

D. Depresyon belirtileri ya da depresyon ve hipomani dönemleri arasında sık gidip gelmelerin neden olduğu öngörülemezlik durumu, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğır işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

Belirleyiciler;

- Bunaltıcı
- Karma özellikler gösteren
- Hızlı döngülü
- Melankoli özellikleri gösteren
- Değişiktür (atipik) özellikler gösteren
- Duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri gösteren
- Duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özellikleri gösteren
- Katatoni ile giden
- Doğum zamanı (peripartum) başlayan
- Mevsimsel örüntü gösteren

Bir duygudurum döneminin tanı ölçütleri o sırada tam olarak karşılanamıyorsa gidişi belirtiniz:

- Tam olmayan yatışma gösteren
- Tam yatışma gösteren

Bir duygudurum döneminin tanı ölçütleri o sırada tam olarak karşılanıyorsa ağırlığını belirtiniz:

- Ağır olmayan
- Orta derecede
- Ağır

2.2. BİPOLAR BOZUKULUKTA EK TANI

Bipolar bozuklukta psikiyatrik ek tanılara oldukça sık rastlanmaktadır. Hastaların % 65'inde en az bir yaşamboyu ek tanının olduğu, bunların % 42'sinin anksiyete bozuklukları olduğu bildirilmiştir (6). Yapılan bir çok çalışmada BB ve anksiyete bozuklukları birlikteliğinin % 10 – 90 arası gibi geniş bir oran aralığında olabildiği gösterilmiştir (67-69). Yakın zamanlı çok uluslu ve 14914 hastanın verilerini kapsayan 40 çalışmanın dahil edildiği bir metaanaliz ve gözden geçirme çalışmasında yaşam boyu en az bir anksiyete bozukluğu ek tanısına sahip olan hastaların oranı % 45 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) % 20, sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) % 20, panik bozukluk (PB) % 19 ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) %17 olarak bulunmuştur (70). Anksiyete bozuklukları ek tanısına sahip olmanın daha sık relaps, daha ciddi depresid epizodlar, daha yaygın alkol ve madde kullanım oranı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (71-75). BB'ye ek tanı olarak en sık anksiyete bozuklukları ve alkol madde kullanım bozukluğu eşlik ediyor olsa da, obsesif kompulsif bozukluk (%16,3), diğer eksen 1 bozuklukları ve kişilik bozuklukları da sık olarak eşlik etmektedir (76). Özellikle genç, çoğunlukla erkek, erken hastalık başlangıç yaşı olan ve akademik ve mesleki işlevselliği iyi olmayan hasta grubunda komorbid anksiyete bozukluklarının daha fazla olduğu gösterilmiştir (77). Bu hastalarda ayrıca zayıf tedavi cevabı, daha fazla psikotik özellik, daha fazla karma dönem, daha yaygın alkol ve madde kullanım oranı, daha fazla hastane yatış sayısı ve daha sık intihar girişimi öyküsü olduğu bildirilmiştir (78-80). BB'de anksiyete bozukluğu ek tanısına sahip olmanın intihar riskini ve intihar girişim öyküsünü arttırdığı farklı çalışmalarda gösterilmiştir (81,82).

2.3. BİPOLAR BOZUKLUKTA YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ BOZUKLUĞU EK TANISI

Ayrılma anksiyetesi, kişinin annesinden ya da temel bağlanma figüründen ayrılması durumunda ya da yine temel bağlanma figüründen ayrılma ihtimalinin olduğu durumlarda kaygı duyması halidir. Bağlanma kuramının teorik arkaplanı

göz önünde bulundurularak bu kaygı 6 ay ile 3 yaş arasında fizyolojik bir tepki olarak değerlendirilmektedir (83). Ayrılma kaygısının uzun sürmesi, şiddetli ve gelişimsel açıdan uygunsuz olması ya da işlevselliği bozması durumunda ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanısı konmaktadır. İlk olarak DSM-3'te tanımlanmış olup 18 yaş öncesi başlayan çocukluk ve ergenlik çağı bozukluğu olarak değerlendirilmiştir. DSM-4-TR'de tanı için gereken süre dört haftaya uzatılmıştır. DSM 4-TR çocukluk döneminde görülen ayrılma anksiyetesi bozukluğunun ergenlik döneminde de devam edebileceği, eğer semptomlar panik bozukluğu veya agorafobi için daha uygun ise bu tanının konulmaması gerektiği belirtilmiştir (9). Ancak DSM-5'e doğru gidilirken ayrılma anksiyetesi bozukluğu için yaş sınırlandırmasının bazı vakalarda uygun olmadığı tartışılmış ve ilk olarak Manicavasagar ve Silove 1997 yılında ayrılma anksiyetesi belirtileri gösteren ve bir kişide belirtilerin erişkin dönemde başladığı üç erişkin olgu tanımlamıştır (84). DSM-5'te AAB "Anksiyete Bozuklukları" kategorisine alınmış ve 18 yaş sınırı kaldırılmıştır. Tanı konulabilmesi için çocuklar ve ergenler için 4 hafta, erişkinler için 6 ay sürmesi gerekmektedir. Böylece AAB tanısı erişkinlerde de konabilir hale gelmiştir (10). ABD'de Shear ve arkadaşları tarafından yapılan epidemiyolojik bir çalışmada YAAB için 12 aylık prevalans % 1,9, yaşam boyu prevalans ise % 6,6 olarak bulunmuştur (11). Yine ABD'de yapılan başka bir epidemiyolojik çalışmada YAAB 12 aylık prevalansı % 0,9, yaşam boyu prevalansı ise % 5,2 olarak bildirilmiştir (85). ÇAAB yaşam boyu yaygınlığı ise % 4,1 olarak bulunmuştur. Yine Shear ve arkadaşlarının çalışmasında çocuklukta ÇAAB tanısı almış olan hastaların % 36'sının belirtilerinin erişkin yaşamda da devam ettiği, ayrıca YAAB tanısı alan hastaların % 77,5'inin semptomlarının erişkin yaşamda başladığı belirtilmiştir (11). ABD'de üniversiteye yeni başlayan öğrenciler ile yapılan bir çalışmada YAAB görülme oranı % 21 olarak bildirilmiştir (86).

Çalışmalar YAAB'ın kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğunu göstermektedir. Yine Shear ve arkadaşlarının çalışmasında özellikle çocukluk başlangıçlı YAAB tanısının kadınlarda erkeklere oranla daha fazla olduğu bildirilmiştir(11). Silove ve arkadaşlarının 520 anksiyete bozukluğu tanılı hasta ile yaptığı çalışmada YAAB tanısının kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu görülmüştür (87). Pini ve arkadaşlarının 508 duygudurum ve anksiyete bozukluğu tanılı hasta ile yaptığı çalışmada ÇAAB

başlangıç yaşı ortalaması 5, çocukluk başlangıçlı YAAB'de 8, erişkin başlangıçlı YAAB'de ise ortalama 23 olarak bulunmuştur (13).

YAAB tanısına sahip olma sosyal ve mesleki işlevselliği düşürmektedir. YAAB tanılı hastaların %40'ından fazlasında en az bir alanda işlevsellikte bozulma olduğu bildirilmiştir (11). Kadın cinsiyet, erken dönem olumsuz çocukluk çağı yaşantıları ve erişkin dönem travmatik yaşantıların YAAB için öngörücü olduğu belirtilmiştir (88).

YAAB'ın etiyolojisini araştıran çalışmalar henüz başlangıç düzeyindedir. Bu bağlamda bağlanma kuramı teorik çerçevesi ile 36 YAAB, 14 YAAB olmayan hasta ve 26 sağlıklı kontrol ile yapılmış olan bir çalışmada oksitosin gen bölgelerinde mutasyon saptanmamıştır (89). Depresyon hastalarında yapılan bir çalışmada YAAB eşlik edenlerde trombosit 18kDA translokator protein (TSPO) yoğunluğunun azaldığı saptanmıştır (90). Başka bir çalışmada panik bozukluğu olan hastalarda yapılan TSPO yoğunluğunun ayrılma anksiyetesi belirtilerinin olduğu grupta daha az olduğu gösterilmiştir (91). Yine başka bir çalışmada YAAB eşlik eden BB hastalarında etmeyen gruba göre TSPO yoğunluğunun da az olduğu ve yoğunluğundaki azalmanın ayrılma anksiyetesi belirti skorları ile ters yönde ilişkiye sahip olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada TSPO yoğunluğu değerlerinin spesifik olmasa da BB'yi de içeren duygudurum ve anksiyete bozukluklarında YAAB ek tanısı için kullanışlı bir biyomarker olabileceği belirtilmiştir (92).

Ayrılma anksiyetesi bozukluğu diğer psikiyatrik bozukluklar ile yüksek oranda birliktelik göstermektedir. Yapılan bir çok çalışmada özellikle çocukluk çağı ayrılma anksiyetesi bozukluğu ile erişkin dönem panik bozukluğu ve agorafobi arasında devam eden bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir (93-96). Manicavasagar ve arkadaşları tarafından yapılan bir epidemiyolojik çalışmada, PB'ye YAAB'nin eşlik etme sıklığı % 65 olarak saptanmıştır (84). Silove ve arkadaşlarının bir anksiyete bozuklukları kliniğinde yaptığı çalışmada YAAB tanısı konan hastaların panik-agorafobik bozukluk ile diğer anksiyete bozukluklarına göre daha fazla komorbidite gösterdiği gösterilmiştir (87). Yapılan başka bir çalışmada YAAB ek tanısı olduğunda panik bozukluk için yapılan bilişsel davranış terapi (BDT) uygulamalarının daha olumsuz sonuçlandığı gösterilmiştir (97). Bu yüksek komorbidite Klein tarafından önerilen, çocukluk ayrılma anksiyetesi ile erişkin

dönem agorafobi ve panik bozukluğun bağlanma kuramı temelli ayrılma anksiyetesi görüngüleri olduğu yönündeki modelini destekliyor ve yine bazı genetik temelli çalışmaların bulguları Klein'ın bu modeli doğrultusunda sonuçlar vermiş olsa da, yapılan çalışmalar, bu iki bozukluğun bazı semptomlarının örtüştüğünü ancak birbirlerinden ayırdedilebileceğini ve bunun yetişkin ayrılma anksiyetesi envanteri (YAAA) gibi ölçüm yöntemleri ile güçlü bir şekilde yapılabileceğini ve yine bu iki bozukluğun birbirleri ile yüksek komorbidite gösteren ayrı bozukluklar olduğunu göstermiştir (98-100). Yapılan başka bir epidemiyolojik çalışmada yaşam boyu YAAB tanısı alan hastaların % 65,6'sının herhangi başka bir anksiyete bozukluğu tanısı aldığı, panik bozukluğun ek tanı olarak görülme oranının % 14,8, panik bozukluk olmadan agorafobinin % 5,8, yaygın anksiyete bozukluğunun % 16,1, özgül fobinin % 35,8, sosyal anksiyete bozukluğunun % 34,5, TSSB'nin %23,7, OKB'nin ise % 9,3 olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada majör depresif bozukluk % 40,8, BB 1 veya BB 2 % 19,4, alkol bağımlılığı % 20,1, madde bağımlılığı % 12,6 olarak bulunmuştur ve ek tanıya sahip olmanın işlevsellikte anlamlı derecede bozulmaya yol açtığı belirtilmiştir (11). OKB hastalarında yapılan çalışmalarda YAAB'nin nokta prevalansı % 27,2 (101), yaşam boyu prevalans ise % 17 olarak bulunmuştur (102). Yakın zamanlı bir çalışmada BDT uygulanan panik bozukluk, YAB ve sosyal fobi hastalarında komorbid YAAB olması durumuunda tedavi sonuçlarının anlamlı derecede daha düşük olduğu gösterilmiştir (103).

Komplike yas ve YAAB arasında ilişki olduğu öne sürülmüştür. Ayrılma anksiyetesi semptomlarının komplike yas ve TSSB hastalarında daha fazla olduğu bildirilmiştir (104). Pini ve arkadaşları tarafından 454 duygudurum ve anksiyete bozukluğu hastanın dahil edildiği bir kohort çalışmasında hastaların %43,6'sı YAAB tanısı almış ve komplike yas olarak değerlendirilen hastaların ise % 56'sı YAAB tanısı almıştır. Bu çalışmada YAAB tanısının komplike yas ile ilişkili olabileceği ancak ÇAAB tanısı için bu ilişkiden bahsedilemeyeceği belirtilmiştir (105).

YAAB tanı kriterleri DSM-5'e göre aşağıdaki gibi düzenlenmiştir;

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

1) Evden ya da bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde yineleyici biçimde aşırı sıkıntı duyma

2) Bağlandığı başlıca kişileri yitireceğine ya da bu kişilerin başına, hastalık, yaralanma, yıkım, ölüm gibi kötü bir olay geleceği ile ilgili olarak, sürekli bir biçimde, aşırı bir kaygı duyma

3) Bağlandığı başlıca kişilerden birinden ayrılmaya neden olacak, istenmedik bir olay(örn. Kaybolma, kaçırılma, bir kaza geçirme, hastalanma) yaşayacağı ile ilgili olarak, sürekli bir biçimde, aşırı tasalanma

4) Ayrılma korkusundan ötürü, okula, işe ya da başka bir yere gitmek için dışarı çıkmayı, evden uzaklaşmayı hiç istememe ya da buna karşı koyma

5) Evde ya da başka ortamlarda tek başına kalmaktan ya da bağlandığı başlıca kişilerle birlikte olmamaktan, sürekli bir biçimde aşırı korku duyma ya da bu konuda isteksizlik gösterme.

6) Bağlandığı kişilerin yakınında olmadan ya da evin dışında uyuma konusunda sürekli bir isteksizlik gösterme ya da buna karşı koyma,

7) Ayrılma konusunda sürekli yineleyici bir biçimde kâbuslar görme

8) Bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılık beklendiğinde yineleyici bir biçimde yineleyen fiziksel belirti(baş ağrıları, karın ağrıları, bulantı ya da kusma) yakınmaları getirme.

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

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

D. Bu bozukluk; Otizm açılımı kapsamında giden bozukluklarda ki değişikliğe aşırı direnç göstermekten ötürü evden ayrılmaya karşı koyma, psikozla giden bozukluklarda ayrılmaya ilişkin sanrılar ya da varsanılar, agorafobide güvenilir bir eşlikçi olmadan dışarı çıkmaya karşı koyma, yaygın kaygı bozukluğunda önem verdiği diğer kişilerin başına bir hastalık ya da başka kötü bir olay gelecek olmasından ötürü kaygılanma ya da hastalık kaygısı bozukluğunda bir hastalığının olduğuna ilişkin kaygı duyma gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (10).

YAAB'nin çalışmalarda belirtilmiş yüksek komorbiditeleri nedeni ile ayırıcı tanısını yapmak önemlidir. YAAB semtoları panik bozukluk ile karışabilir. YAAB'daki anksiyete temel bağlanma figüründen ayrılma ya da ayrılma tehdidi ile birlikte tetiklenir. Panik bozukluğundaki ise anksiyetenin odak noktası kişinin kendisidir. Agorafobiden ise, agorafobide var olan kişinin kaçmanın g olabileceği ya da panik benzeri ya da yetersizleştiren ya da utanç veren diğer belirtilerin olması durumunda yardım alamayacağından korkma durumunun olmaması ile ayrılır (10). YAAB yaygın anksiyete bozukluğu ile de karışabilir. AAB tanısı alan çocukların büyük bir çoğunluğu aynı zamanda YAB tanısını da almaktadırlar (106). Aynı zorluk erişkin dönem AAB ayırıcı tanısı için de geçerlidir. YAAB'de var olan kişinin yakınlarının başına kişiye yakınlarından ayırmaya neden olabilecek bir olayın gelmesinden endişelenme YAB'deki aile üyelerinin başına olumsuz olayların gelebilmesine karşı olan endişe ile karışabilir. Ancak, YAB'deki endişe YAAB'nin aksine sadece ayrılma ile ilgili korku ve endişe ile sınırlı değildir. Sağlık durumu, ekonomik durumlar ve kişiler arası ilişkiler ile ilgili yaygın bir endişe hali mevcuttur (10).

YAAB'nin bağımlı kişilik bozukluğundan ayırt edilmesi de güçlüğe neden olabilir. Bağımlı kişilik bozukluğu, ısrarcı yagın ve ayırım göstermeyen ve özellikle karar verilmesi gereken durumlarda belirginleşen başkalarına bağımlı olma eğilimi gösterme ile karakterize iken, YAAB için daha sınırlı düzeyde temel bağlanma figürü ile ilgili ayrılığın merkezde olduğu endişe ve korkular ön plandadır. Yine borderline kişilik bozukluğunda görülen gerçek ya da imgesel bir ayrılıp gidilmeden (terk edilmeden) kaçınmak için çılgınca çaba gösterme ile ayrılma kaygısının karışabileceği söylense de, borderline kişilik bozukluğuna özgü yaygın emosyonel instabilite ve kişiler arası ilişkilerdeki süreğen belirsizlik YAAB'nin klinik özellikleri arasında bulunmamaktadır (10). Yapılan bir çalışmada diğer anksiyete bozuklukları ile karşılaştırıldığında YAAB tanısı alan hastalar ile benzer oranda kişilik bozuklukları olduğu görülmüştür (84).

Yukarıda da belirtildiği gibi yapılan bir epidemiyolojik çalışmada YAAB'ye % 19,4 (11) oranında BB'nin eşlik etmesi ile birlikte çalışmacıların dikkati BB ve YAAB birlikteliğine dönmüştür. BB ile YAAB komorbiditesini araştıran çalışma sayısı literatürde kısıtlıdır. Pini ve arkadaşlarının 508 duygudurum bozukluğu ve

anksiyete bozukluğu tanılarına sahip olan hasta ile yaptığı geniş çaplı bir çalışmada, hastaların %42,3'ünde YAAB tanısı olduğu, bu hastaların ise %20,6'sının yetişkinlikte başlayan YAAB olduğu saptanmıştır, BB 1 tanılı 81 hastaya ayrıca bakıldığında YAAB tanısı alan hasta sayısının 35 (%43,2) olduğu bunların 20'sinin (%42,8) erişkin başlangıçlı olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada BB tanılı hastalarda diğer anksiyete bozuklukları komorbiditesine sahip olmanın karıştırıcı etkileri düzeltildikten sonra YAAB ek tanısının mesleki ve sosyal işlevsellikte anlamlı derecede bozulmaya neden olduğu belirlenmiştir (13). Yine Pini ve arkadaşlarının 53'ü bipolar bozukluk, 24'ü panik bozukluk ve 20'si major depresif bozukluk olan 97 hasta ile yaptığı çalışmada, 53 BB hastasının 19'unun (%35,8) YAAB tanısı aldığı, ayrılma anksiyetesi semptomlarının, BB'ye panik bozukluğun eşlik ettiği grupta panik bozukluk eşlik etmeyen BB grubuna, yalnızca panik bozukluk tanısı alan gruba, majör depresyon tanısı alan gruba ve sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha fazla olduğu bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada komorbid sosyal anksiyete bozukluğu ile anlamlı bir ilişki bulunmamış olup, komorbid OKB varlığında daha az ayrılma anksiyetesi semptomu olduğu belirtilmiştir. Pini ve arkadaşları bu çalışmada yapılan lineer regresyon analizine göre YAAB'nin erken başlangıçlı BB ile ilişkili olduğu ve ÇAAB'nin bipolar bozukluğu predikte ettiği bulgularına ulaşmışlardır (12). BB'de YAAB komorbiditesini araştıran ve Türkiye'de yapılan BB-1 ve BB-2 hastalarından oluşan 70 hastanın alındığı bir çalışmada YAAB sıklığı % 54 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada erişkinlik başlangıçlı YAAB oranı % 36, çocukluk başlangıçlı YAAB oranı ise % 64 olarak bulunmuştur. Yine bu çalışmada çocukluk başlangıçlı YAAB hastalarında komorbid kişilik bozukluklarına daha fazla rastlanmış olup, YAAB grubunda özgül fobi komorbiditesi ve en az bir anksiyete bozukluğu tanısı olması anlamlı derecede daha fazla görülmüştür. Taşdemir ve arkadaşlarının bu çalışmasının en önemli bulgularından biri de YAAB grubunda intihar öyküsünün anlamlı düzeyde daha fazla olduğunun bulunmuş olmasıdır (14). Yine Türkiye'de yapılan BB'de ayrılma anksiyetesi belirtilerinin işlevsellikle ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada ayrılma anksiyetesi belirti envanteri (AABE) puanı hastaların %32.7'sinde düşük, %67.3'ünde yüksek bulunmuştur. Yetişkin ayrılma anksiyetesi anketi (YAAA) puanı ise %33.7'sinde düşük, %66.3'ünde yüksek bulunmuştur. AABE toplam puanı ile

bipolar bozukluk işlevsellik ölçeği (BBİÖ) toplam puanı ve zihinsel işlevsellik, damgalanma hissi ve toplumsal etkinliklere katılım alt boyut puanları arasında da negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur. Yine aynı çalışmada YAAA toplam puanı ile BBİÖ toplam puanı ve zihinsel işlevsellik, cinsel işlevsellik, ev içi ilişkiler alt boyut puanları arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur (107).

2.4. BİPOLAR BOZUKLUK VE İNTİHAR DAVRANIŞI

Dünya sağlık örgütü (DSÖ), intihar davranışını; düşünce, plan, girişim ve tamamlanmış intiharı kapsayacak şekilde tanımlamaktadır (108). Duygudurum bozukluğu olan kişilerde intihar davranışı oldukça sık görülmektedir. Duygudurum bozukluğu bulunan hastalarda yaşam boyu intihar riskinin % 15 oranında olduğu düşünülmektedir (109). Major depresif bozuklukta intihar riskinin normal popülasyona göre 20 kat, BB' de 15 kat arttığı bildirilmiştir (110). Bipolar bozukluğu olan kişilerin % 25-50'si yaşamboyu en az bir kez özkıyım girişiminde bulunduğu, % 8-19'u ise intihar girişimine bağlı öldüğü bilinmektedir (111). Yakın zamanda Türkiye'de yapılan bir çalışmada bipolar bozukluk hastalarının yaklaşık % 40' ının yaşamlarında en az bir kez intihar girişimi olduğu, mani ataklarının daha sık olduğu hastaların intihar girişimi öyküsü ile daha az ilişkili olduğu, geçirilen atak sayısının fazlalığının ve atak dönemleri dışındaki rezidüel belirtilerin yüksek intihar riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur (112). BB'de intihar davranışı açısından belirlenmiş risk faktörleri; genç yaş, bekar veya boşanmış olmak, erken başlangıç, karma özelliklerin varlığı, atipik özelliklerin varlığı, psikotik özelliklerin varlığı, geçmiş intihar girişimi öyküsü, depresif dönemlerin daha baskın olması, hızlı döngülülük, madde kullanım bozukluğu, kişilik bozukluğu, yeme bozukluğu, anksiyete bozukluğu ek tanıları, agresyon, dürtüsellik, ailede hastalık veya intihar öyküsü ve çocukluk çağı travmasıdır (113). Anksiyete bozuklukları intihar davranışını ile ilişkilidir ve intihar riskini 6-10 kat arttırmaktadırlar (114). BB' de anksiyete bozukluğu ek tanısının intihar girişimi riskini arttırdığı ve intihar riski ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (7). Anksiyete bozukluklarının bağımsız olarak ve BB'ye eşlik eden komorbiditeler olarak intihar riskini arttırdığı çalışmalarda gösterilmiş olsa da, görece yeni bir

bozukluk olarak kabul edilebilecek olan YAAB için literatür son derecede kısıtlıdır. Pini ve arkadaşlarının yakın zamanda yayınladığı bir gözden geçirme çalışmasında güvenli olmayan bağlanma biçimleri ile artmış intihar davranışının ve artmış intihar riskinin ilişkili olduğu sonucu üzerinden YAAB'nin de intihar davranışı ve girişimi ile ilişkili olabileceği yönündeki hipotezleri klinik açıdan önem taşımaktadır (115).

Bu bağlamda literatürde Türkiye'de Taşdemir ve arkadaşları tarafından yapılan BB'de YAAB komorbiditesinin klinik değişkenler ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmada YAAB grubunda geçmiş intihar girişiminin olması öyküsünün anlamlı derecede daha fazla olması bulgusu ve Hindistan'da Russell ve arkadaşları tarafından yapılan, 500 ergen hastanın dahil edildiği bir izlem çalışmasında diğer anksiyete bozuklukları gibi (YAB OR:5,65, SAB OR:5,91) AAB'nin de (OR:3,28) intihar riskini arttırdığı bulgusu dışında başka bir bulguya rastlanmamıştır (14,116).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. UYGULAMA

Araştırmamız kesitsel bir çalışmasıdır. Çalışmaya Haziran 2019- Kasım 2019 ayları arasında, araştırma hakkında bilgilendirilen ve araştırmaya katılmayı olarak kabul eden Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde BB tanısı ile ayaktan tedavi görmekte olan amaca yönelik rastgele seçilmiş ve remisyon döneminde olan 113 hasta ile görüşme yapılmıştır.

Çalışmayla ilgili bilgilendirilmelerinin ardından; onam formunu imzalayarak çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar ile görüşme yapıp sosyodemografik ve klinik veri formu doldurulmuştur. Hastaların BB-1 tanıları DSM-5 ile kesinleştirilmiş, SCID-5 CV ile değerlendirilerek diğer komorbid tanıları konmuş olup klinik ölçekler doldurulmuştur. Hastaların Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nden 7'nin altında puan alınması ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği'nden 7'nin altında puan alması ve en son epizodun en az altı ay önce olmuş olması ile remisyon döneminde oldukları belirlenmiştir. SCID-5 CV ile 4 hastanın tanısı şizoaftif bozukluk olduğu için bu hastalar çalışma dışı bırakılmış ve 9 hasta ise görüşme sonrası ölçeklerini tamamlamaması nedeniyle yine çalışma dışı bırakılmış ve toplamda çalışmaya 100 hasta dahil edilmiştir.

Çalışmaya rastgele seçilen 100 hastanın tümü ile DSM-5 tanı ölçütlerine dayalı psikiyatrik görüşme yapılmıştır. Tanıları SCID-5 CV ile kesinleştirilmiştir. Hastalara sosyodemografik bilgi ve hastalığa ait özellikler veri formu, Young Mani Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği, Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (AAB-YKG) uygulanmış olup, öz bildirim ölçekleri olan Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE), Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA), İntihar Davranış Ölçeği ve Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeğinin hastalar tarafından doldurulması istenmiştir.

Hastalara YAAB tanısı, AAB-YKG'nin erişkinler için olan bölümünden 8 maddeden 3'ünün karşılanması ve DSM-5'e göre belirtilerin en az 6 aydır devam ediyor olması ve işlevselliğin bozulması ve aynı zamanda YAAA'dan 25 ve üstü

puan alınması ile konmuştur. Geçmişe yönelik çocukluk ayrılma anksiyetesi bozukluğu (ÇAAB) tanısı ise, AAB-YKG ÇAAB belirtilerinden en az 3'ünün karşılanması ve aynı zamanda Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri'nden (AABE) 12 ve üstü puan alınması ile konmuştur.

Araştırmaya Alınma Ölçütleri:

1. 18-65 yaş arasında olmak
2. DSM-5 görüşmesi ile Bipolar Bozukluk 1 tanısı almış olmak
3. Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek

Dışlama ölçütleri:

1. 18 yaş altı ve 65 yaş üstü olmak
2. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinde 7' den yüksek puan almak
2. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğinde 7' den yüksek puan almak
4. Mental retardasyon, nörogelişimsel bozukluk, demans ya da organik mental bozukluk tanısına sahip olmak
4. Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmemiş olmak

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu:

Bu form araştırmacılar tarafından bu çalışma için hazırlanmıştır. Çalışmanın amacına yönelik araştırmacılar tarafından hazırlanmış, hastaların yaşam öykülerine ve özkıyım davranışlarına ilişkin sorular içeren görüşme formudur. İlk başvuruda

uygulanan bu formda yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, öğrenim düzeyi, yaşadığı yer, sosyoekonomik durum, özgeçmiş, soygeçmiş, alkol-madde kullanımı, hastaların kullandığı ilaç grupları gibi bilgilerin elde edilmesine yönelik maddeler yer almaktadır. (EK-2)

3.2.2 SCID-5-CV (DSM 5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen için):

Görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir ve bir klinik tanı koyma aracı olarak geliştirilmiştir. DSM-5'te yer alan bozuklukları tanı ölçütleriyle araştırmaktadır. First ve arkadaşları (117) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları (2018) tarafından yapılmıştır (118). Çalışmaya katılacak hastaların tanılarını doğrulamak, ek psikiyatrik tanı varlığını araştırmak amacıyla kullanılmıştır.

3.2.3. İntihar Davranış Ölçeği (İDÖ):

Linehan ve Nielsen (119) tarafından geliştirilen İntihar Davranış Ölçeğinin Türkçe uyarlaması Bayam ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (120). İntihar plan ve girişimi, intihar düşüncesi, intihar tehdidi ve intiharın tekrar edilebilirliği konusunu sorgulayan 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin 1, 2 ve 4. maddeleri Likert tipi puanlanırken 3. madde değerlendirilirken “Hayır” şikkına sıfır puan, “Evet” şikkına ise bir puan verilmektedir. Toplamda ölçekten alınan en düşük puan 0 en yüksek puan 14 tür ve yüksek puan ciddi intihar davranışını belirtmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında yapılan güvenirlik çalışmasına göre test-tekrar test güvenirliği $r=0.92$ olarak, iç tutarlılık Cronbach alfa kat sayısı ise 73 ($p<0,001$) olarak bulunmuştur.

3.2.4. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAMA):

Ölçek, Hamilton tarafından 1959 yılında geliştirilmiş olup, bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Anksiyetenin psikik ve fiziksel belirtilerini sorgulayan 14

maddeden oluşmuştur. Ölçekte belirtinin varlığı ve şiddeti görüşmeci tarafından değerlendirilir. Alınabilecek en yüksek puan 56'dır. 0-7 puan arası anksiyete yok, 17'nin altı hafif derecede, 18-24 orta derecede, 25'in üstü şiddetli ve ağır derecede anksiyete şeklinde sınıflandırılır (121). Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır (122).

3.2.5. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAMD):

Hamilton tarafından, depresyon tanısı almış hastalarda, depresyonun şiddetini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir (123). Hamilton tarafından 17 maddeli olarak geliştirilen ölçeğe sonraki yıllarda bazı maddeler eklenerek 21 ve 24 maddeli ölçekler geliştirilmiştir. Depresif mizaç, özkıyım, iş ve aktivitelerde yitim, retardasyon, ajitasyon, gastrointestinal belirtiler, genel somatik belirtiler, hipokondriak belirtiler, içgörü, iştah ve kilo kaybı, uykusuzluk ve anksiyete gibi alt gruplar bulunmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (124).

3.2.6. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ):

Young ve arkadaşları tarafından 1978'de manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak hazırlanmış görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir (125). Ölçek toplam 11 maddeden oluşmaktadır. Yükselmiş duygudurum, hareket ve enerji artışı, cinsel ilgi, uyku, iritabilite, konuşma hızı ve miktarı, düşünce yapı bozukluğu, düşünce içeriği, yıkıcı ve saldırgan davranış, dış görünüm, içgörü gibi alt grupları bulunmaktadır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması Karadağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (126).

3.2.7. Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme AAB-YKG (Structured Clinical Interview for Separation Anxiety Symptoms, SCI-SAS):

AAB-YKG Cyranowski ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (126). Hem yetişkin hem de geçmişe yönelik çocukluk çağı ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanısı

koymak için, klinisyen tarafından uygulanan ve her iki bölümden de 8 maddeden en az 3'ünün karşılanması ile YAAB veya ÇAAB tanısı konabilmektedir. Türkçe'ye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Diriöz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (128).

3.2.8. Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE):

Ayrılma anksiyetesi değerlendirmek amacıyla Silove ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilmiştir (129). AABE yetişkinlerde çocukluk dönemi ayrılma anksiyetesi belirtilerini sorgulayan 15 maddeli bir envanterdir. Türkçe geçerlilik güvenilirliği Diriöz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (130).

3.2.9. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA):

Manicavasagar ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan yetişkinlik dönemindeki ayrılma anksiyetesi belirtilerini araştıran ve 27 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (131). Ölçek 4'lü likert tipi ölçüm yapmakta, her bir madde 0 "hiç hissetmedim" ile 3 "çok sık hissettim" arasında dağılım göstermektedir. Türkçe geçerlilik güvenilirliği Diriöz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (130).

3.2.10. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ):

Bipolar bozuklukta belirli dönemlerde, dönemler arasında gösterdikleri işlevsellik düzeyini belirlemek için kullanılır. 11 alt ölçekten ve 52 sorudan oluşur. Bunlar duygusal işlevsellik, zihinsel işlevsellik, cinsel işlevsellik, damgalama hissi, içe kapanıklılık, ev içi ilişkiler, arkadaşlarıyla ilişkiler, toplumsal etkinliklere katılma, günlük etkinlikler ve hobiler, inisiyatif alma ve iş ile ilgili işlevsellik olarak ayrılmıştır. Öz bildirim ölçeğidir. Son 1 ay içindeki yaşantılarına bakılarak hastalar tarafından doldurulur. Aydemir ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (132). Güvenirlilik analizinde güvenilirlik katsayıları düşük olan 6 madde çıkarıldıktan sonra, Cronbach alfa katsayısı 0.91 dir. Test yeniden test güvenilirliğinde, r:0.82 bulunmuştur.

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırma verisi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklendi ve değerlendirildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Tanımlayıcı analizler; frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum-maximum ve ortanca olarak sunuldu.

Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı.

Nitel verilerin istatistiksel karşılaştırmalarda Pearson Ki-Kare testinden, beklenen frekansların karşılanmaması durumunda Fisher Exact testinden yararlanıldı.

Çalışmada ulaşılan verilerin intihar davranışını öngörücülüğünü değerlendirmede Lojistik Regresyon testi uygulandı.

Tüm analizlerin sonuçlarında anlamlılık düzeyi $p<0.05$ ve $p<0.01$ olarak belirlendi.

4. BULGULAR

4.1. ÖRNEKLEMİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya; Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran 18-65 yaş aralığında, B1B tanısı ile takip edilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 56'sı kadın, 44'ü erkek olmak üzere toplam 100 hasta dahil edildi. Hastaların yaşı 19 ile 64 arasında değişmekte olup, ortalaması 44,00 ($\pm 10,80$) idi. Kadın hastaların yaş ortalaması 43,85 ($\pm 10,14$) iken erkek hastalarınki 44,18 ($\pm 11,70$) olarak saptandı. Yaş ortalamaları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,882$). Çalışmaya katılanların 29'u (%29,0) bekar, 51'i (%51,0) evli ve 20'si (%20,0) boşanmış veya duldu. Eğitim durumları incelendiğinde ise çalışmaya katılanların öğrenim yılı ortalamasının 11,04 ($\pm 4,37$) olduğu görüldü. Hastaların genellikle düşük-orta sosyoekonomik düzeye sahip olduğu, yalnızca 7'sinin (%7,0) yüksek gelir düzeyine sahip olduğunu belirttiği gözlemlendi. Hastaların 62'si (%62,0) çalışmıyor, 35'i (%35,0) düzenli çalışıyor olduğu saptandı. 2 kişi öğrenci iken 1 kişi de düzensiz çalışmaktaydı. Diğer sosyodemografik değişkenlere ait verilere Tablo 1'de yer verildi.

Tablo 1. Örnekleme ait sosyodemografik özelliklerin gösterilmesi

Yaş	Ortalama $\pm$ Standart sapma	44,00 $\pm$ 10,80
	Minimum-Maksimum	19 – 64
Eğitim yılı	Ortalama $\pm$ Standart sapma	11,04 $\pm$ 4,37
	Ortanca (Minimum-Maksimum)	12,0 (5 – 20)
		N (%)
Cinsiyet	Kadın	56 (%56,0)
	Erkek	44 (%44,0)
Doğum yeri	Köy/Kasaba	31 (%31,0)
	İl/İlçe	69 (%69,0)
Yaşadığı yer	Köy/Kasaba	0 (%0,0)
	İl/İlçe	100 (%100,0)
Medeni durumu	Bekar	29 (%29,0)
	Evli	51 (%51,0)
	Dul/Boşanmış	20 (%20,0)
Çocuk sahibi olma	Var	57 (%57,0)
	Yok	43 (%43,0)
Sosyoekonomik düzey	Düşük	45 (%45,0)
	Orta	48 (%48,0)
	Yüksek	7 (%7,0)
Kiminle yaşadığı	Yalnız	11 (%11,0)
	Anne/baba/ kardeş	34 (%34,0)
	Eş/çocuk	53 (%53,0)
	Diğer	2 (%2,0)
Çocukken kiminle yaşadığı	Anne/baba	97 (%97,0)
	Diğer	3 (%3,0)
Ebeveyn kaybı olup olmadığı	Var	63 (%63,0)
	Yok	37 (%37,0)
Son bir yılda yakın kaybı	Var	3 (%3,0)
	Yok	97 (%97,0)
Çalışma durumu	Çalışmıyor	62 (%62,0)
	Öğrenci	2 (%2,0)
	Düzenli çalışıyor	35 (%35,0)
	Düzensiz çalışıyor	1 (%1,0)
Kardeş sayısı	Ortalama $\pm$ Standart sapma	3,90 $\pm$ 2,30
	Ortanca (Minimum-Maksimum)	3,0 (1 – 12)

4.2. ÖRNEKLEMİN HASTALIK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARI

Çalışmaya katılan hastaların hastalık başlangıç yaşlarının ortalama değeri 23 olup, 19 (%19) hastada erken başlangıçlı hastalık saptandı. Epizod sayısı ortalama değeri 4,5, ortalama değeri $5,16 \pm 2,92$ iken hastaların ilk hastalık epizodunun %51 ile en sık mani/hipomani olduğu, bunu %46 ile depresyonun izlediği, sadece 3 hastada (%3) hastalığın karma epizod ile başladığı gözlemlendi. Hastaların %27'sinin mevsimsel, %7'sinin hızlı döngülülük özellikleri gösterdiği; %64'ünde hastalıkları sürecinde psikotik özellik saptandığı ve %13'ünün antidepresan ilaç kullanımı sonrası kayma yaşadığı belirlendi. Hastaların %85'i en az bir kez hastaneye yatarak tedavi görenlerden oluşmaktaydı ve hastaneye yatış sayısı ortalama değeri 2,0, ortalama değeri ise $3,30 \pm 2,93$ idi. Hastanede yatarak tedavi gören hastaların hastaneye ilk yatışları esnasındaki yaş ortalamalarının $30,30 \pm 9,42$ olduğu gözlemlendi. Son hastane yatışından hastaların değerlendirildiği ana dek geçen sürenin ortalama değeri ise 36 ay, ortalama değeri $64,18 \pm 73,70$ idi. Hastaların kullanmakta olduğu duygudurum düzenleyicinin sıklıkla valproik asit (%44) ve lityum (%39) olduğu, ikili duygudurum düzenleyici tedavi alanların ise %12'lik kısmı oluşturduğu görüldü. 26 hastanın (%26) alkol, 11 hastanın ise (%11) madde kullanımı öyküsü bulunmaktaydı. 34 hasta (%34) ek tıbbi hastalığa, 16 hasta (%16) çocukluk çağı travmatik yaşantısına sahipti. Hastaların %42'sinin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttu. Katılımcıların hastalık özelliklerine ait veriler Tablo 2 ve 3'te yer almaktadır.

Tablo 2. Örneklemen hastalık özelliklerine ilişkin verilerin gösterilmesi

HASTALIĞA AİT KLİNİK ÖZELLİKLER	Ortalama±Standart Sapma	Ortanca (Min-Max)
Hastalık başlangıç yaşı	26,04±9,06	23,0 (14 – 50)
Epizod sayısı	5,16±2,92	4,5 (1 – 18)
Hastane yatış sayısı	3,30±2,93	2,0 (1 – 17)
Son yatışından bu yana geçen süre (ay)	64,18±73,70	36,0 (6 – 360)
Hastaneye ilk yatış yaşı	30,30 ± 9,42	29,0 (16 – 56)

Tablo 3. Örneklemin hastalık özelliklerine ilişkin verilerin devamının gösterilmesi

HASTALIĞA AİT KLİNİK ÖZELLİKLER		N (%)
Erken başlangıçlı hastalık	Var	19 (%19,0)
	Yok	81 (%81,0)
İlk epizod tipi	Mani/hipomani	51 (%51,0)
	Karma	3 (%3,0)
	Depresyon	46 (%46,0)
Mevsimsel özellik	Var	27 (%27,0)
	Yok	73 (%73,0)
Hızlı döngülülük	Var	7 (%7,0)
	Yok	93 (%93,0)
Psikotik özellik	Var	64 (%64,0)
	Yok	36 (%36,0)
Antidepresan ile manik kayma	Var	13 (%13,0)
	Yok	87 (%87,0)
Hastane yatışı	Var	85 (%85,0)
	Yok	15 (%15,0)
Ekt öyküsü	Var	31 (%31,0)
	Yok	69 (%69,0)
Hastalık seyri	Tam düzelme	67 (%67,0)
	Kısmen düzelme	30 (%30,0)
	Kötü işlevsellik	3 (%3,0)
Duygudurum düzenleyici	Lityum	39 (%39,0)
	Valproik asit	44 (%44,0)
	Lamotrijin	1 (%1,0)
	İkili DDD	12 (%12,0)
	Uzun etkili depo tedavi	2 (%2,0)
	Diğer	2 (%2,0)
Alkol kullanım öyküsü	Var	26 (%26,0)
	Yok	74 (%74,0)
Madde kullanım öyküsü	Var	11 (%11,0)
	Yok	89 (%89,0)
Ailede psikiyatrik hastalık	Var	42 (%42,0)
	Yok	58 (%58,0)
Çocukluk çağı travmatik yaşantı	Var	16 (%16,0)
	Yok	84 (%84,0)
Ek tıbbi hastalık	Var	34 (%34,0)
	Yok	66 (%66,0)

4.3. YAAB TANISI VE ÖRNEKLEMİN YAAB TANISINA GÖRE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Ayrılma anksiyetesi belirtileri için yapılandırılmış klinik görüşmeye (AAB-YKG) göre YAAB tanısı alan ve almayan hastalar YAAA'dan 25 puan ve üstü almalarına göre ve YAAA skorlarına göre karşılaştırıldı. Yine AAB-YKB'ye göre ÇAAB tanısı alan ve almayan hastalar AABE'den 12 puan ve üstü almalarına göre ve AABE skorlarına göre karşılaştırıldı. AAB-YKB'nin yetişkinler için olan formunda 8 maddeden 3'nü ve ek DSM-5 kriterlerini sağlayarak YAAB tanısı alan 33 hastanın 28'ine (%84,84) aynı zamanda YAAA'dan 25 puan ve üstü puan alınmasıyla da YAAB tanısı konduğu görüldü. Yine YAAA ile YAAB tanısı konan 40 hastanın 28'ine (%70,00) AAB-YKG ile de YAAB tanısı konduğu görüldü. Bu bulgular dikkate alınarak YAAB tanısı, hem AAB-YKG'den 8 maddenin 3'ünün karşılanması ve ek DSM-5 kriterlerini karşılanması ve aynı zamanda YAAA'dan 25 puan ve üstünün alınması ile kondu. (Tablo 4)

Tablo 4. Yapılandırılmış klinik görüşme ve kesme değeri olan ölçek puanlarına göre YAAB ve ÇAAB tanıları

		AAB-YKG/Y VAR	AAB-YKG/Y YOK
YAAA	Var	28	12
	Yok	5	55
YAAA skor	Ort±s.s	35,87±13,81	16,02±10,68
	Ortanca (min-max)	33,0 (7-69)	12,0 (2-49)
		AAB-YKG/Ç VAR	AAB-YKG/Ç YOK
AABE	Var	23	11
	Yok	6	60
AABE skor	Ort±s.s	18,82±8,03	7,19±6,61
	Ortanca (min-max)	18,0 (5-38)	5,0 (0-40)

AAB-YKG'nin erişkinler için olan bölümünden 8 maddeden 3'ünün karşılanması ve DSM-5'e göre belirtilerin en az 6 aydır devam ediyor olması ve işlevselliğin bozulması ve aynı zamanda YAAA'dan 25 ve üstü puan alınması ile hastaların 28'ine (%28,0) yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu (YAAB) tanısı konuldu. YAAB tanısı alanların 17'si (%60,7) çocukluk başlangıçlı (YAAB/Ç), 11'i

(%39,3) erişkin başlangıçlıydı (YAAB/Y). AAB-YKG ÇAAB belirtilerinden en az 3'ünün karşılanması ve aynı zamanda Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri'nden (AABE) 12 ve üstü puan alınması ile hastaların 23'üne (%23,0) ÇAAB tanısı konuldu. (Tablo 5.)

Tablo 5. Örneklemde YAAB ve ÇAAB tanılarının görülme sıklığına dair verilerin gösterilmesi

		N(%)
YAAB	Var	28 (%28)
	Yok	72 (%72)
YAAB/Ç	Var	17 (%17)
	Yok	83 (%83)
YAAB/Y	Var	11 (%11)
	Yok	89 (%89)
ÇAAB	Var	23 (%23)
	Yok	77 (%77)

YAAB: Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu, YAAB/Ç: Çocukluktan itibaren var olan yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu, YAAB/Y: Yetişkinlikte başlayan yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu, ÇAAB: Çocukluk çağı ayrılma anksiyetesi bozukluğu

Hastalar, YAAB komorbiditesi olan ve olmayan şeklinde iki gruba ayrılarak sosyodemografik değişkenler açısından karşılaştırıldı. YAAB tanısı konulan 28 hastanın 20'si (%71,4) kadın, 8'i (%28,6) erkekti. YAAB komorbiditesi olan gruptaki olguların yaş ortalaması $41,71 \pm 11,33$ iken YAAB tanısı almayan hastalarinki $44,88 \pm 10,53$ idi. İki grup sosyodemografik değişkenler açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı ($p > 0.05$). (Tablo 6).

Tablo 6. YAAB tanısının varlığına göre örneklemin sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

SOSYODEMOGRAFİK VERİLER		YAAB KOMORBİDİTESİ		TOPLAM (N:100)	P
		VAR (N:28,%:28)	YOK (N:72,%:72)		
⁺ Cinsiyet	Kadın	20 (%71,4)	36 (%50,0)	56 (%56,0)	0,053
	Erkek	8 (%28,6)	36 (%50,0)	44 (%44,0)	
⁺ Doğum yeri	İl/İlçe	19 (%67,9)	50 (%69,4)	69 (%69,0)	0,878
	Köy/Kasaba	9 (%32,1)	22 (%32,1)	31 (%31,0)	
⁺ Medeni durum	Bekar	8 (%28,6)	21 (%29,2)	29 (%29,0)	0,380
	Evli	12 (%42,9)	39 (%54,2)	51 (%51,0)	
	Dul/Boşanmış	8 (%28,6)	12 (%16,7)	20 (%20,0)	
⁺ Çocuk sahibi olma durumu	Var	15 (%53,6)	42 (%58,3)	57 (%57,0)	0,666
	Yok	13 (%46,4)	30 (%41,7)	43 (%43,0)	
⁺ Sosyoekonomik düzey	Düşük	14 (%50,0)	31 (%43,1)	45 (%45,0)	0,531
	Orta -yüksek	14 (%50,0)	41 (%56,9)	55 (%55,0)	
⁺ Kiminle yaşadığı	Anne/ Baba/ Kardeş	10 (%35,7)	24 (%33,3)	34 (%34,0)	0,908
	Eş/Çocuk	15 (%53,6)	38 (%52,8)	53 (%53,0)	
	Yalnız ve Diğer	3 (%10,7)	10 (%13,9)	13 (%13,0)	
⁺ Ebeveyn kaybı olup olmadığı	Var	21 (%75,0)	42 (%58,3)	53 (%53,0)	0,121
	Yok	7 (%25,0)	30 (%41,7)	37 (%37,0)	
⁺ Çalışma durumu	Çalışıyor	10 (%35,7)	26 (%36,1)	36 (%36,0)	0,970
	Çalışmıyor	18 (%64,3)	46 (%63,9)	64 (%64,0)	
⁺⁺ Kardeş sayısı	ort±s.s	3,92±2,38	3,88±2,28	3,90±2,30	0,925
	Ortanca Min-max	3 1-10	3 1-12	3 1-12	
⁺⁺⁺ Yaş	ort±s.s	41,71±11,33	44,88±10,53	44,00±10,80	0,189
⁺⁺ Eğitim Yılı	ort±s.s	10,75±4,11	11,15±4,49	11,04±4,37	0,481
	Ortanca Min-max	12 5-20	12 5-18	12 5-20	

⁺Ki-kare testi, ⁺⁺Mann Whitney U testi, ⁺⁺⁺Student T testi, ort±s.s: ortalama±standart sapma, p<0,05 düzeyinde anlamlıdır.

4.4. YAAB TANISINA GÖRE HASTALIK ÖZELLİKLERİ

Hastalar YAAB komorbiditesi varlığına göre 2 gruba ayrılarak klinik değişkenler açısından karşılaştırıldığında; YAAB ek tanısına sahip gruptaki hastaların hastalık başlangıç yaş ortalaması $23,96 \pm 9,25$ iken diğer grupta $26,84 \pm 8,92$ olarak saptandı. Katılımcıların hastaneye ilk yatarak tedavi gördükleri yaşlara bakıldığında her iki grupta da yaş ortalaması YAAB ek tanılı hastalarda $30,28 \pm 10,41$, diğer grupta ise $30,31 \pm 9,07$ idi. Hastane yatış sayısı ortanca değeri sırasıyla komorbid YAAB tanısı olan grupta 3,0 olmayan grupta 2,0 olarak saptandı. Her iki grupta da hastaların son hastaneye yatarak tedavi gördükleri dönemden değerlendirildikleri döneme kadar geçen sürenin ortanca değerinin 36 ay olduğu gözlemlendi. YAAB komorbiditesi varlığına göre ayrılarak hastaların hastalıklarına ait klinik değişkenleri karşılaştırıldığında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 7).

Tablo 7. YAAB tanısının varlığına göre hastalığa ait klinik özelliklerin karşılaştırılması

HASTALIĞA AİT KLİNİK DEĞİŞKENLER		YAAB KOMORBİDİTESİ		P
		VAR (N:28,%:28)	YOK (N:72,%:72)	
⁺ Hastalık başlangıç yaşı	ort $\pm$ s.s	23,96 $\pm$ 9,25	26,84 $\pm$ 8,92	0,082
	ortanca (min-max)	21,5 (14-50)	24,0 (14-45)	
⁺ Epizod sayısı	ort $\pm$ s.s	5,50 $\pm$ 2,71	5,02 $\pm$ 3,01	0,300
	ortanca (min-max)	5,0 (2-13)	4,0 (1-18)	
⁺⁺ Hastaneye ilk yatış yaşı	ort $\pm$ s.s	30,28 $\pm$ 10,41	30,31 $\pm$ 9,07	0,686
	ortanca (min-max)	29,0 (17-56)	30,0 (16-49)	
⁺ Hastane yatış sayısı	ort $\pm$ s.s	3,12 $\pm$ 2,50	3,37 $\pm$ 3,10	0,930
	ortanca (min-max)	3,0 (1-12)	2,0 (1-17)	
⁺ Son yatışından bu yana geçen süre (ay)	ort $\pm$ s.s	50,24 $\pm$ 57,65	69,90 $\pm$ 79,07	0,491
	ortanca (min-max)	36,0 (6-240)	36,0 (6-360)	

⁺Mann Whitney U Testi, ⁺⁺Student T testi, ort $\pm$ s.s: ortalama $\pm$ standart sapma

YAAB komorbiditesi varlığına göre hastalar 2 gruba ayrıldığında; YAAB komorbiditesi olan hastalarda ilk epizod tipinin %71,4 oranla depresyon olduğu, YAAB komorbiditesi olmayan hastalarda ise %61,1 oranla mani/hipomani olduğu ve aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandığı gözlemlendi (p:0,002). YAAB komorbiditesine sahip gruptaki hastaların %42,9'u mevsimsel özellik göstermekteydi ve komorbid YAAB tanısı olmayan grupla aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık vardı (p:0,026). Ayrıca YAAB tanısı olmayan gruptaki hastaların %73,6'sının tam düzelme gösterdiği, tanı alan grubun ise %50'sinde kısmi düzelme veya kötü işlevsellik düzeyi saptandı. İki grup arasında hastalık seyri açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu gözlemlendi (p:0,045). Hastalığa ait klinik diğer değişkenlerde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi (p>0,05). (Tablo 8).

Tablo 8. YAAB tanısının varlığına göre hastalığa ait klinik özelliklerin devamının karşılaştırılması

HASTALIĞA AİT KLİNİK DEĞİŞKENLER		YAAB KOMORBİDİTESİ		TOPLAM (N:100)	P
		VAR (N:28, %:28)	YOK (N:72, %:72)		
⁺ Erken başlangıçlı hastalık	Var	7 (%25,0)	12 (%16,7)	19 (%19,0)	0,340
	Yok	21 (%75,0)	60 (%83,3)	81 (%81,0)	
⁺⁺ İlk epizod tipi	Mani/hipomani	7 (%25,0)	44 (%61,1)	51 (%51,0)	0,002*
	Karma	1 (%3,6)	2 (%2,8)	3 (%3,0)	
	Depresyon	20 (%71,4)	26 (%36,1)	46 (%46)	
⁺ Mevsimsel özellik	Var	12 (%42,9)	15 (%20,8)	27 (%27,0)	0,026**
	Yok	16 (%57,1)	57 (%79,2)	73 (%73,0)	
⁺⁺ Hızlı döngülülük	Var	4 (%14,3)	3 (%4,2)	7 (%7,0)	0,094
	Yok	24 (%85,7)	69 (%95,8)	93 (%93,0)	
⁺ Psikotik özellik	Var	18 (%64,3)	46 (%63,9)	64 (%64,0)	0,970
	Yok	10 (%35,7)	26 (%36,1)	36 (%36,0)	
⁺⁺ Antidepresan ile manik kayma	Var	3 (%10,7)	10 (%13,9)	13 (%13,0)	1,000
	Yok	25 (%89,3)	62 (%86,1)	87 (%87,0)	
⁺⁺ Hastane yatışı	Var	25 (%89,3)	60 (%83,3)	85 (%85,0)	0,548
	Yok	3 (%10,7)	12 (%16,7)	15 (%15,0)	

+Ekt öyküsü	Var	10 (%35,7)	21 (%29,2)	31 (%31,0)	0,525
	Yok	18 (%64,3)	51 (%70,8)	69 (%69,0)	
++Hastalık seyri	Tam düzelme	14 (%50,0)	53 (%73,6)	67 (%67,0)	0,045**
	Kısmi düzelme	12 (%42,9)	18 (%25,0)	30 (%30,0)	
	İşlevsellik kötü	2 (%7,1)	1 (%1,4)	3 (%3,0)	
++Duygudurum düzenleyici	Lityum	10 (%35,7)	29 (%40,3)	39 (%39,0)	0,915
	Valproik asit	13 (%46,4)	31 (%43,1)	44 (%44,0)	
	Diğer	5 (%17,9)	12 (%16,7)	17 (%17,0)	
+Alkol kullanım öyküsü	Var	9 (%32,1)	17 (%23,6)	26 (%26,0)	0,382
	Yok	19 (%67,9)	55 (%76,4)	74 (%74,0)	
++Madde kullanım öyküsü	Var	5 (%17,9)	6 (%8,3)	11 (%11,0)	0,283
	Yok	23 (%82,1)	66 (%91,7)	89 (%89,0)	
+Ailede psikiyatrik hastalık	Var	13 (%46,4)	29 (%40,3)	42 (%42,0)	0,576
	Yok	15 (%53,6)	43 (%59,7)	58 (%58,0)	
++Çocukluk çağı travmatik yaşantı	Var	6 (%21,4)	10 (%13,9)	16 (%16,0)	0,373
	Yok	22 (%78,6)	62 (%86,1)	84 (%84,0)	
+Ek tıbbi hastalık	Var	10 (%35,7)	24 (%33,3)	34 (%34,0)	0,821
	Yok	18 (%64,3)	48 (%66,7)	66 (%66,0)	

⁺Ki-kare Testi, ⁺⁺Fisher's Exact Test, ^{*}p<0,01 düzeyinde, ^{**}p<0,05 düzeyinde anlamlıdır.

4.5. YAAB TANISINA GÖRE ÖRNEKLEMİN İNTİHAR DAVRANIŞI İLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLERİNE DAİR BULGULAR

YAAB komorbiditesi varlığına göre hastalar iki gruba ayrılarak intihara ilişkin değişkenler karşılaştırıldığında; YAAB komorbiditesine sahip grupta 20 hastada (%71,4), diğer grupta ise sadece 13 hastada (%18,1) intihar girişimi olduğu görüldü. İki grup arasında intihar girişimi varlığı açısından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı düzeyde farklılık mevcuttu ($p<0,00$). İntihar girişim sayı ortalamaları YAAB ek tanısına sahip olan grupta $1,90\pm1,29$ değeri ile YAAB komorbiditesi olmayan grubun intihar girişim sayısı ortalama değerinden ($1,61\pm1,04$) yüksek tespit edilse de her iki grupta da intihar girişim sayısı ortanca değerleri 1 idi ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). İntihar girişim öyküsü bulunan YAAB ek tanısı olan 20 hastadan 14'ünün (%70,0) ilaç içerek, 4'ünün (%20,0) yüksekten atlayarak, 2'sinin (%10,0) ası ve diğer yöntemleri tercih ettiği saptandı. YAAB ek tanısı olmayan grupta da en sık tercih edilen yöntemin %53,8 oran ile ilaç içme olduğu bunu %30,8 ile yüksekten atlama yönteminin izlediği gözlemlendi. Ancak iki grup arasında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Çalışma dahilindeki hastaların 22'si (%22,0) son özkıyım girişimlerinde şiddet içermeyen (ilaç içimi; n:21, diğer; n:1) yöntemleri tercih ederken 11'inin (%11,0) şiddet içeren (ası; n:2, yüksekten atlama; n:8, diğer; n:1) yöntemleri tercih ettiği görüldü. İki grup arasında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). İntihar girişimlerinin hem YAAB ek tanısına sahip olan hem de olmayan grupta en sık depresif epizodta iken gerçekleştiği saptandı. Komorbide YAAB tanısı olan grupta 2 (%7,1), olmayan grupta ise 6 hastanın (%8,3) hastanın ailesinde intihar girişim öyküsü mevcuttu, iki grup arasında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). (Tablo 9)

Tablo 9. YAAB tanısının varlığına göre intihar davranışı ile ilgili özelliklerin karşılaştırılması

İNTİHARLA İLGİLİ DEĞİŞKENLER		YAAB KOMORBİDİTESİ		TOPLAM (N:100)	P
		VAR (N:28,%:28)	YOK (N:72,%:72)		
⁺ İntihar girişi	Var	20 (%71,4)	13 (%18,1)	33 (%33,0)	0,000
	Yok	8 (%28,6)	59 (%81,9)	67 (%67,0)	
⁺⁺⁺ İntihar girişi sayısı	ort±s.s	1,90±1,29	1,61±1,04	1,78±1,19	0,548
	Ortanca (min-max)	1,0 (1-5)	1,0 (1-4)	1,0 (1-5)	
⁺⁺ İntihar girişi yöntemi	İlaç içerek	14 (%70,0)	7 (%53,8)	21 (%21,0)	0,748
	Ası	1 (%5,0)	1 (%7,7)	2 (%2,0)	
	Yüksekten atlama	4 (%20,0)	4 (%30,8)	8 (%8,0)	
	Diğer	1 (%5,0)	1 (%7,7)	2 (%2,0)	
⁺⁺ İntihar girişi yöntemi şiddet varlığı	Var	6 (%30,0)	5 (%38,5)	11 (%11,0)	0,714
	Yok	14 (%70,0)	8 (%61,5)	22 (%22,0)	
⁺⁺ İntihar girişiminin gerçekleştiği atak dönemi	Mani Hipomani	3 (%15,0)	0 (%0,0)	3 (%3,0)	0,261
	Depresyon	17 (%85,0)	13 (%100,0)	30 (%30,0)	
⁺⁺ Ailede intihar girişi öyküsü	Var	2 (%7,1)	6 (%8,3)	8 (%8,0)	1,000
	Yok	26 (%92,9)	66 (%91,7)	92 (%92,0)	

⁺Ki-kare Testi, ⁺⁺Fisher's Exact Testi, ⁺⁺⁺Mann Whitney U testi, ort±s.s: ortalama±standart sapma, p<0,01 düzeyinde anlamlıdır.

4.6. ÖRNEKLEMİN İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖYKÜSÜNE GÖRE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Hastalar intihar girişiminde bulunup bulunmamalarına göre iki gruba ayrılarak sosyodemografik değişkenler karşılaştırıldığında; intihar girişiminde bulunmuş olan grubun %72,7'sinin kadın olduğu, intihar girişimi bulunmayan gruptaki çoğunluğu ise %52,2 oranla erkek hastaların oluşturduğu saptandı. Kadın hastaların daha sıklıkla intihar girişiminde bulunduğu gözlemlendi. İki grup cinsiyete göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gösterdi (p:0,018). Diğer sosyodemografik değişkenler iki grup arasında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık göstermedi (p>0,05). (Tablo 10).

Tablo 10. Örneklem intihar girişimi öyküsüne göre bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

SOSYODEMOGRAFİK VERİLER		İNTİHAR GİRİŞİMİ		TOPLAM (N:100)	P
		VAR (N:28,%:28)	YOK (N:72,%:72)		
⁺ Cinsiyet	Kadın	24 (%72,7)	32 (%47,8)	56 (%56,0)	0,018
	Erkek	9 (%27,3)	35 (%52,2)	44 (%44,0)	
⁺ Doğum yeri	İl/İlçe	24 (%72,7)	45 (%67,2)	69 (%69,0)	0,572
	Köy/Kasaba	9 (%27,3)	22 (%32,8)	31 (%31,0)	
⁺ Medeni durum	Bekar	8 (%24,2)	21 (%31,3)	29 (%29,0)	0,065
	Evli	14 (%42,4)	37 (%55,2)	51 (%51,0)	
	Dul/Boşanmış	11 (%33,3)	9 (%13,4)	20 (%20,0)	
⁺ Sosyoekonomik düzey	Düşük	17 (%51,5)	28 (%41,8)	45 (%45,0)	0,531
	Orta -yüksek	16 (%48,5)	39 (%58,2)	55 (%55,0)	
⁺ Çalışma durumu	Çalışıyor	15 (%45,5)	21 (%31,3)	36 (%36,0)	0,167
	Çalışmıyor	18 (%54,5)	46 (%68,7)	64 (%64,0)	
⁺⁺⁺ Yaş	ort±s.s	42,57±10,84	44,70±10,79	44,00±10,80	0,358
⁺⁺ Eğitim Yılı	ort±s.s	10,75±4,49	11,17±4,34	11,04±4,37	0,533
	Ortanca (min-max)	12,0 (5-20)	12,0 (5-18)	12,0 (5-20)	

⁺Ki-kare testi, ⁺⁺Mann Whitney U testi, ⁺⁺⁺Student T testi, ort±s.s: ortalama±standart sapma, p<0,05 düzeyinde anlamlıdır

4.7. İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖYKÜSÜNE GÖRE HASTALIK ÖZELLİKLERİ

Hastalar intihar girişimi öyküsü varlığına göre 2 gruba ayrılarak klinik değişkenler açısından karşılaştırıldığında; en az bir kez intihar girişiminde bulunmuş olan gruptaki hastaların hastalık başlangıç yaş ortalaması $21,87 \pm 6,08$ iken diğer grupta $28,08 \pm 9,61$ olarak saptandı. İntihar girişim öyküsüne sahip olan gruptaki hastalık başlangıç yaşının daha küçük olduğu gözlemlendi ve istatistiksel olarak da iki grup arasında ileri düzeyde anlamlı farklılık mevcuttu ($p:0,001$). İntihar girişim sayı ortalamaları $1,78 \pm 1,19$ olarak saptandı, ortanca değeri ise 1'di. Hastaların ilk intihar girişim yaşı ortalamalarının ise $28,84 \pm 11,41$ olduğu gözlemlendi. İntihar girişim öyküsü olan gruptaki hastaların hastalık epizod sayılarının ortalama değeri $6,06 \pm 2,54$, ortanca değeri 5,0 iken diğer grupta epizod sayılarının ortalama ve ortanca değerleri sırasıyla $4,71 \pm 3,01$ ve 4,0 idi. İki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p:0,003$). İntihar girişimi öyküsü varlığına göre iki gruba ayrıldığında hastaların hastalıklarına ait diğer klinik değişkenler istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık göstermedi. (Tablo 11)

Tablo 11. Örneklemin intihar girişimi öyküsüne göre hastalık özelliklerine ilişkin verilerin karşılaştırılması

HASTALIĞA AİT KLİNİK DEĞİŞKENLER		İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖYKÜSÜ		P
		VAR (N:33,%:33)	YOK (N:67,%:67)	
⁺ Hastalık başlangıç yaşı	ort±s.s	21,87±6,08	28,08±9,61	0,001*
	ortanca (min-max)	20,0 (14-38)	24,0 (16-50)	
⁺ Epizod sayısı	ort±s.s	6,06±2,54	4,71±3,01	0,003*
	ortanca (min-max)	5,0 (3-13)	4,0 (1-18)	
⁺⁺ Hastaneye ilk yatış yaşı	ort±s.s	29,26±8,94	30,85±9,69	0,459
	ortanca (min-max)	29,0 (16-56)	29,5 (16-53)	
⁺ Hastane yatış sayısı	ort±s.s	3,60 ±2,69	3,14±3,05	0,153
	ortanca (min-max)	3,0 (1-12)	2,0 (1-17)	
⁺ Son yatışından bu yana geçen süre (ay)	ort±s.s	55,56±68,41	68,80±76,59	0,404
	ortanca (min-max)	30,0 (6-240)	36,0 (6-360)	
İntihar girişim sayısı	ort±s.s	1,78±1,19	-	
	ortanca (min-max)	1,0 (1-5)	-	
İlk intihar girişimi yaşı	ort±s.s	28,84±11,41	-	
	ortanca (min-max)	27,0 (9-63)	-	

⁺Mann Whitney U Testi, ⁺⁺Student T testi, ort±s.s: ortalama±standart sapma, *p<0,01 düzeyinde anlamlıdır.

Çalışmaya katılan hastalar intihar girişimi öyküsü varlığına göre 2 gruba ayrıldığında; intihar girişimi öyküsü olan gruptaki hastaların %30,3'ünde, olmayan grubun ise sadece %13,4'ünde erken başlangıçlı bipolar bozukluk saptandığı görüldü ve istatistiksel olarak da anlamlı düzeyde farklılık vardı (p:0,043). İntihar girişim öyküsüne sahip hastalarda ilk epizod tipinin %69,7 oranla depresyon olduğu, İntihar girişim öyküsüne sahip olmayan hastalarda ise %62,7 oranla mani/hipomani olduğu ve aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandığı gözlemlendi (p:0,002). Ayrıca intihar girişim öyküsü olan gruptaki hastaların %27, 3'ünde çocukluk çağı travmatik yaşantısı mevcuttu, intihar girişim öyküsü olmayan gruptaki hastaların ise sadece %10,4'ünde vardı. Bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı düzeydeydi (p:0,031). Hastalığa ait klinik diğer değişkenlerde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi (p>0,05). (Tablo 12).

Tablo 12. Örneklemin intihar girişimi öyküsüne göre hastalık özelliklerine ilişkin verilerin devamının karşılaştırılması

HASTALIĞA AİT KLİNİK DEĞİşKENLER		İNTİHAR GİRİşİMİ ÖYKÜSÜ		TOPLAM (N:100)	P
		VAR (N:33,%:33)	YOK (N:67,%:67)		
⁺ Erken başlangıçlı hastalık	Var	10 (%30,3)	9 (%13,4)	19 (%19,0)	0,043**
	Yok	23 (%69,7)	58 (%86,6)	81 (%81,0)	
⁺⁺ İlk epizod tipi	Mani/hipo mani	9 (%27,3)	42 (%62,7)	51 (%51,0)	0,002*
	Karma	1 (%3,0)	2 (%3,0)	3 (%3,0)	
	Depresyon	23 (%69,7)	23 (%34,3)	46 (%46)	
⁺ Mevsimsel özellik	Var	11 (%33,3)	16 (%23,9)	27 (%27,0)	0,317
	Yok	22 (%66,7)	51 (%76,1)	73 (%73,0)	
⁺⁺ Hızlı döngülülük	Var	4 (%12,1)	3 (%4,5)	7 (%7,0)	0,214
	Yok	29 (%87,9)	64 (%95,5)	93 (%93,0)	
⁺ Psikotik özellik	Var	18 (%54,5)	46 (%68,7)	64 (%64,0)	0,167
	Yok	15 (%45,5)	21 (%31,3)	36 (%36,0)	
⁺⁺ Antidepresa n ile manik kayma	Var	6 (%18,2)	7 (%10,4)	13 (%13,0)	0,346
	Yok	27 (%81,8)	60 (%89,6)	87 (%87,0)	
⁺⁺ Hastane yatışı	Var	30 (%90,9)	55 (%82,1)	85 (%85,0)	0,373
	Yok	3 (%9,1)	12 (%17,9)	15 (%15,0)	
⁺ Ekt öyküsü	Var	13 (%39,4)	18 (%26,9)	31 (%31,0)	0,203
	Yok	20 (%60,6)	49 (%73,1)	69 (%69,0)	
⁺⁺ Hastalık seyri	Tam düzelmeye	19 (%57,6)	48 (%71,6)	67 (%67,0)	0,205
	Kısmi düzelmeye	12 (%36,4)	18 (%26,9)	30 (%30,0)	
	İşlevsellik kötü	2 (%6,1)	1 (%1,5)	3 (%3,0)	
⁺⁺ Duygudurur m düzenleyici	Lityum	10 (%35,7)	29 (%40,3)	39 (%39,0)	0,915
	Valproik asit	13 (%46,4)	31 (%43,1)	44 (%44,0)	
	Diğer	5 (%17,9)	12 (%16,7)	17 (%17,0)	
⁺ Alkol kullanım öyküsü	Var	12 (%36,4)	14 (%20,9)	26 (%26,0)	0,097
	Yok	21 (%63,6)	53 (%79,1)	74 (%74,0)	
⁺⁺ Madde	Var	6 (%18,2)	5 (%7,5)	11 (%11,0)	0,171

kullanım öyküsü	Yok	27 (%81,8)	62 (%92,5)	89 (%89,0)	
⁺Ailede psikiyatrik hastalık	Var	15 (%45,5)	27 (%40,3)	42 (%42,0)	0,623
	Yok	18 (%54,5)	40 (%59,7)	58 (%58,0)	
⁺⁺Çocukluk çağı travmatik yaşantı	Var	9 (%27,3)	7 (%10,4)	16 (%16,0)	0,031**
	Yok	24 (%72,7)	60 (%89,6)	84 (%84,0)	
⁺Ek tıbbi hastalık	Var	12 (%36,4)	22 (%32,8)	34 (%34,0)	0,726
	Yok	21 (%63,6)	45 (%67,2)	66 (%66,0)	

⁺Ki-kare Testi, ⁺⁺Fisher's Exact Test, * $p<0,01$ düzeyinde, ** $p<0,05$ düzeyinde anlamlıdır.

4.8. YAAB TANISINA GÖRE KULLANILAN ÖLÇEK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Hastalar YAAB tanısı olup olmamasına göre ayrılarak uygulanan klinik ölçek skorları karşılaştırıldığında; İntihar Davranışı Ölçeği (İDÖ) toplam skor YAAB tanısı olan grupta $2,60\pm1,98$, olmayan grupta $0,86\pm1,37$ olarak saptandı. İki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzede anlamlı farklılık gösterdi ($p:0,00$). Hamilton Anksiyete ölçeği (HAM-A) toplam skoru YAAB tanısı olan hasta grubunda $7,53\pm4,32$ ile diğer gruba göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark gösterecek şekilde yüksek saptandı ($p:0,004$). HAM-A alt ölçeği olan HAM-A psişik skoru da YAAB tanısı olan grupta $3,89\pm2,02$ değeri ile YAAB tanısı olmayan gruba göre yüksek seyrettiği gözlemlendi. HAM-A psişik alt ölçeği skorları her iki grupta istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık gösterdi ($p:0,00$). Ancak HAM-A somatik alt ölçeği skorları YAAB tanısı olan ve olmayan grupta istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$). Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE) toplam skor ortalaması YAAB tanısı olan hastalarda diğer gruptaki hastalara göre daha yüksekti (sırasıyla; $18,85\pm8,23$, $7,34\pm6,66$) ve her iki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı ($p:0,00$). Benzer şekilde AABE alt ölçeklerinin skor ortalamaları da YAAB tanısı olan hasta grubunda diğer gruba göre daha yüksek bulundu. İki grup arasında AABE alt ölçekleri skor ortalamaları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. AABE-Alt Ölçeği 1 (Ayrılma anksiyetesi) skoru ortalaması YAAB tanısı olan grupta $9,78\pm5,68$ iken YAAB tanısı olmayan hastalardan oluşan grupta

3,50±3,84 idi. Aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu gözlendi (p:0,000). AABE-Alt Ölçeği 2 (Aile üyelerinden uzak kalamama) ve 3 (Okul fobisi) toplam skorları ortalama değerleri YAAB tanısı olan grupta sırasıyla 6,10±3,65, 3,00±2,69 idi. Her iki grupta her iki alt ölçek skor ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p:0,000, p:0,000). YAAA toplam skoru ortalama değeri YAAB tanısı bulunan hasta grubunda YAAB tanısı bulunmayan gruba göre yüksekti ve her iki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptandı (p:0,000). (Tablo 13).

Tablo 13. YAAB tanısının varlığına göre kullanılan bazı ölçek puanlarının karşılaştırılması

KLİNİK ÖLÇEK	YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ BOZUKLUĞU		p
	Var (N:28)	Yok (N:72)	
	Ortalama±Standart Sapma	Ortalama±Standart Sapma	
İDÖ toplam skor	2,60±1,98	0,86±1,37	0,000*
HAM-A toplam skor	7,53±4,32	5,05±2,89	0,004*
HAM-A psişik	3,89±2,02	2,23±1,67	0,000*
HAM-A somatik	3,35±2,57	2,75±1,64	0,425
AABE toplam skoru	18,85±8,23	7,34±6,66	0,000*
AABE-Alt Ölçeği 1 (Ayrılma anksiyetesi)	9,78±5,68	3,50±3,84	0,000*
AABE-Alt Ölçeği 2 (Aile üyelerinden uzak kalamama)	6,10±3,65	2,61±2,42	0,000*
AABE-Alt Ölçeği 3 (Okul fobisi)	3,00±2,69	1,26±1,94	0,000**
YAAA toplam skoru	39,39±11,63	16,04±10,42	0,000*

Mann Whitney U testi, *p<0,01 düzeyinde anlamlıdır

Çalışmaya katılan hastalar YAAB tanısı bulunup bulunmamasına göre iki gruba ayrılarak Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği (BBİÖ) toplam skoru ve alt ölçek skorları açısından karşılaştırıldı. BBİÖ toplam skoru ortalaması YAAB tanısı bulunmayan grupta $105,65 \pm 15,51$ değeri ile YAAB tanısı bulunan grubun BBİÖ toplam skor ortalamasından ($99,35 \pm 15,69$) yüksek saptandı. İki grup arasında BBİÖ toplam skor ortalama değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi ancak sınırda anlamlılık gözlemlendi ($p:0,072$). Benzer şekilde BBİÖ ölçeğinde yer alan duygusal işlevsellik ve damgalanma hissi alanlarına ait skor ortalamaları da YAAB tanısı bulunmayan grupta diğer gruba göre yüksek seyretti. YAAB tanısı olmayan grupta; duygusal işlevsellik skor ortalaması $7,93 \pm 1,23$; damgalanma hissi skor ortalaması $9,11 \pm 2,26$ idi ve her iki alanda da iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (sırasıyla; $p:0,000$, $p:0,031$). Ancak BBİÖ ölçeğinin diğer alanlarına ait skorlar YAAB tanısı bulunan ve bulunmayan grupta karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$). (Tablo 14).

Tablo 14. YAAB tanısının varlığına göre kullanılan işlevsellik ölçeği ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

BİPOLAR BOZUKLUK İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ	YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ BOZUKLUĞU		
	Var (N:28)	Yok (N:72)	
	Ortalama±Standart Sapma	Ortalama±Standart Sapma	p
+BBİÖ toplam skor	99,35±15,69	105,65±15,51	0,072
++duygusal işlevsellik	6,75±1,32	7,93±1,23	0,000*
++zihinsel işlevsellik	9,39±2,18	9,87±1,92	0,395
++cinsel işlevsellik	7,17±3,12	8,02±3,02	0,158
++damgalanma hissi	7,92±2,50	9,11±2,26	0,031**
++içe kapanıklık	5,89±1,96	6,69±1,73	0,064
++ev içi ilişkiler	13,25±3,75	13,91±2,73	0,558
++arkadaşlarıyla ilişkiler	10,71±2,40	10,68±2,90	0,840
++toplumsal etkinliklere katılım	11,60±3,21	12,09±3,83	0,775
++günlük etkinlikler ve hobiler	13,14±2,20	12,65±2,51	0,314
++inisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme	5,53±1,79	5,65±1,60	0,656
++iş	8,25±2,08	8,88±2,29	0,219

+Student T testi, ++Mann Whitney U testi, *p<0,01 düzeyinde anlamlıdır, **p<0,05 düzeyinde anlamlıdır.

4.9. İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖYKÜSÜNE GÖRE ÖLÇEK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Hastalar intihar girişimi olup olmamasına göre ayrılarak uygulanan klinik ölçek skorları karşılaştırıldığında; İntihar Davranışı Ölçeği (İDÖ) toplam skor intihar girişimi olan grupta $3,36 \pm 1,29$, diğer grupta $0,35 \pm 0,86$ olarak saptandı. İki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzede anlamlı farklılık gösterdi ($p:0,00$). Hamilton Anksiyete ölçeği (HAM-A) toplam skoru intihar girişimi olan hasta grubunda $7,24 \pm 3,90$ ile diğer gruba göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark gösterecek şekilde yüksek saptandı ($p:0,002$). Benzer şekilde HAM-A alt ölçeği olan HAM-A psişik skoru da intihar girişimi olan grupta $3,75 \pm 1,95$ değeri ile intihar girişimi olmayan gruba göre yüksek seyrettiği gözlemlendi. HAM-A psişik alt ölçeği skorları her iki grupta istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık gösterdi ($p:0,00$). Ancak HAM-A somatik alt ölçeği skorları intihar girişim öyküsü olan ve olmayan grupta istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$). Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE) toplam skor ortalaması intihar girişimi bulunan hastalarda diğer gruptaki hastalara göre daha yüksekti (sırasıyla; $15,54 \pm 9,55$, $8,11 \pm 7,29$) ve her iki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı ($p:0,00$). Benzer şekilde AABE alt ölçeklerinin skor ortalamaları da intihar girişimi olan hasta grubunda diğer gruba göre daha yüksek bulundu. İki grup arasında AABE alt ölçekleri skor ortalamaları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. AABE-Alt Ölçeği 1 skoru ortalaması intihar girişimi olan grupta $7,87 \pm 5,99$ iken intihar girişimi olmayan hastalardan oluşan grupta $3,97 \pm 4,31$ idi. Aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu gözlemlendi ($p:0,000$). AABE-Alt Ölçeği 2 ve 3 toplam skorları ortalama değerleri intihar girişimi olan grupta sırasıyla $5,15 \pm 3,68$, $2,54 \pm 2,72$ idi. Her iki grupta her iki alt ölçek skor ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p:0,002$, $p:0,040$). YAAA toplam skoru ortalama değeri intihar girişimi bulunan hasta grubunda intihar girişimi bulunmayan gruba göre yüksekti ve her iki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptandı ($p:0,000$). (Tablo 15).

Tablo 15. İntihar girişimi öyküsüne göre kullanılan ölçek puanlarının değerlendirilmesi

KLİNİK ÖLÇEK	İNTİHAR GİRİşİMİ ÖYKÜSÜ (N:100)		
	Var (N:33)	Yok (N:67)	
	Ortalama±Standart Sapma	Ortalama±Standart Sapma	p
İDÖ toplam skor	3,36±1,29	0,35±0,86	0,000*
HAM-A toplam skor	7,24±3,90	5,01±3,07	0,002*
HAM-A psişik	3,75±1,95	2,17±1,68	0,000*
HAM-A somatik	3,24±2,25	2,76±1,78	0,301
AABE toplam skoru	15,54±9,55	8,11±7,29	0,000*
AABE-Alt Ölçeği 1	7,87±5,99	3,97±4,31	0,000*
AABE-Alt Ölçeği 2	5,15±3,68	2,82±2,66	0,002*
AABE-Alt Ölçeği 3	2,54±2,72	1,35±1,96	0,040**
YAAA toplam skoru	30,84±16,22	18,50±12,65	0,000*

Mann Whitney U testi uygulandı. * p<0,01 düzeyinde, ** p<0,05 düzeyinde anlamlıdır.

4.10. DİĞER KOMORBİD BOZUKLUKLAR VE YAAB TANISI İLE İLİŞKİLERİ

Hastalar YAAB tanısı olup olmamasına göre 2 gruba ayrılarak diğer ek tanıların varlığına göre karşılaştırıldığında; YAAB dışında yaşam boyu herhangi bir ek tanı alan hasta sayısı YAAB tanısı olan grupta 24 (%85,7), olmayan grupta 42 (%58,3) olarak saptandı. İki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu görüldü ($p:0,009$). Yaşam boyu en az bir anksiyete bozukluğu ek tanısına sahip hasta sayısı ve yaşam boyu çoklu anksiyete bozuklukları tanılarına sahip hasta sayısı, YAAB tanısı olan hasta grubunda sırasıyla 23 (%82,1), 9(%32,1) ile diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark gösterecek şekilde yüksek saptandı (sırasıyla $p:0,000$, $p:0,038$). Ayrı ayrı tanılara bakıldığında yaşam boyu agorafobi ve SAB ek tanılarına sahip hasta sayıları YAAB tanısı olan grupta sırasıyla 7 (%25,0), 7 (%25,0) ile YAAB tanısı olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görüldü (sırasıyla $p:0,034$, $p:0,010$). Diğer ek tanıların yaşam boyu görülme oranlarına göre iki grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı ($p>0,05$). (Tablo 16.)

Tablo 16. YAAB tanısı olan ve olmayan hasta gruplarında diğer ek tanıların olup olmamasına göre karşılaştırılması

EK TANILAR (YAŞAM BOYU)		YAAB KOMORBİDİTESİ		TOPLAM (N:100)	P
		VAR (N:28,%:28)	YOK (N:72,%:72)		
⁺ Ek tanı	Var	24(%85,7)	42(%58,3)	66(%66,0)	0,009
	Yok	4(%14,3)	30(%41,7)	34(%34,0)	
⁺ PB	Var	9(%32,1)	12(%16,7)	21(%21,0)	0,088
	Yok	19(%67,9)	60(%83,3)	79(%79,0)	
⁺⁺ Agorafobi	Var	7(%25,0)	5(%6,9)	12(%12,0)	0,034
	Yok	21(%75,0)	67(%93,1)	88(%88,0)	
⁺⁺ SAB	Var	7(%25,0)	4(%5,6)	11(%11,0)	0,010
	Yok	21(%75,0)	68(%94,4)	89(%89,0)	
⁺ Özgül fobi	Var	9(%32,1)	15(%20,8)	24(%24,0)	0,234
	Yok	19(%67,9)	57(%79,2)	76(%76,0)	
⁺⁺ YAB	Var	2(%7,1)	3(%4,2)	5(%5,0)	0,617
	Yok	26(%92,9)	69(%95,8)	95(%95,0)	
⁺ En az bir anksiyete bozukluğu	Var	23(%82,1)	27(%32,5)	50(%50,0)	0,000
	Yok	5(%17,9)	45(%67,5)	50(%50,0)	
⁺ Çoklu anksiyete bozukluğu	Var	9(%32,1)	10(%13,9)	19(%19,0)	0,037
	Yok	19(%67,9)	62(%86,1)	81(%81,0)	
⁺ OKB	Var	8(%28,6)	12(%16,7)	20(%20,0)	0,181
	Yok	20(%71,4)	60(%83,3)	80(%80,0)	
⁺⁺ Alkol KB	Var	1(%3,6)	10(%13,9)	11(%11,0)	0,175
	Yok	27(%96,4)	62(%86,1)	89(%89,0)	
⁺⁺ Madde KB	Var	0(%0,0)	4(%5,6)	4(%4,0)	0,574
	Yok	28(%100,0)	68(%94,4)	96(%96,0)	

⁺Ki-kare testi, ⁺⁺Fisher's Exact Test , p<0,05 düzeyinde anlamlıdır

4.11. DİĞER KOMORBİD BOZUKLUKLAR VE İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖYKÜSÜ İLE İLİŞKİLERİ

Hastalar intihar girişimi öyküsü olup olmamasına göre 2 gruba ayrılarak diğerk ek tanılarının varlığına göre karşılaştırıldığında; YAAB dışında yaşam boyu herhangi bir ek tanı alan hasta sayısı intihar girişimi öyküsü olan grupta 27(%81,8) olmayan grupta 39(%58,2) olarak saptandı. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu görüldü ($p:0,019$). Yaşam boyu en az bir anksiyete bozukluğu ek tanısına sahip hasta sayısı ve yaşam boyu çoklu anksiyete bozuklukları tanılarına sahip hasta sayısı, intihar girişimi öyküsü olan hasta grubunda sırasıyla 23(%69,7), 11(%33,3) ile diğerk gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark gösterecek şekilde yüksek saptandı (sırasıyla $p:0,006$, $p:0,010$). Ayrı ayrı tanılara bakıldığında yaşam boyu panik bozukluğu ve OKB ek tanılarında sahip hasta sayıları intihar girişimi olan grupta sırasıyla 12(%36,4), 11(%33,3) ile intihar girişimi öyküsü olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu görüldü (sırasıyla $p:0,008$, $p:0,019$). Diğerk ek tanılarının yaşam boyu görülme oranlarına göre iki grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). (Tablo 17.)

Tablo 17. İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hasta gruplarında diğerk ek tanıların olup olmamasına göre karşılaştırılması

EK TANILAR (YAŞAM BOYU)		İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖYKÜSÜ			P
		VAR (N:33,%:33)	YOK (N:67,%:67)	TOPLAM (N:100)	
⁺ Ek tanı	Var	27(%81,8)	39(%58,2)	66(%66,0)	0,019
	Yok	6(%18,2)	28(%41,8)	34(%34,0)	
⁺ PB	Var	12(%36,4)	9(%13,4)	21(%21,0)	0,008
	Yok	21(%63,6)	58(%86,6)	79(%79,0)	
⁺⁺ Agorafobi	Var	7(%21,2)	5(%7,5)	12(%12,0)	0,057
	Yok	26(%78,8)	62(%92,5)	88(%88,0)	
⁺⁺ SAB	Var	5(%15,2)	6(%9,0)	11(%11,0)	0,497
	Yok	28(%84,8)	61(%91,0)	89(%89,0)	
⁺ Özgöl fobi	Var	9(%27,3)	15(%22,4)	24(%24,0)	0,591
	Yok	24(%72,7)	52(%77,6)	76(%76,0)	
⁺ En az bir anksiyete bozukluğu	Var	23(%69,7)	27(%40,3)	50(%50,0)	0,006
	Yok	10(%30,3)	40(%59,7)	50(%50,0)	
⁺ Çoklu anksiyete bozukluğu	Var	11(%33,3)	8(%11,9)	19(%19,0)	0,010
	Yok	22(%66,7)	59(%88,1)	81(%81,0)	
⁺ OKB	Var	11(%33,3)	9(%13,4)	20(%20,0)	0,019
	Yok	22(%66,7)	58(%86,6)	80(%80,0)	
⁺⁺ Alkol KB	Var	3(%9,1)	8(%11,9)	11(%11,0)	1,000
	Yok	30(%90,9)	59(%88,1)	89(%89,0)	
⁺⁺ Madde KB	Var	0(%0,0)	4(%6,0)	4(%4,0)	0,299
	Yok	33(%100,0)	63(%94,0)	96(%96,0)	

⁺Ki-kare testi, ⁺⁺Fisher's Exact Test , p<0,05 düzeyinde anlamlıdır

4.12. YALNIZCA YAAB EK TANISI OLAN VE DİĞER EK TANILARI DA ALAN YAAB TANILI HASTALARIN İNTİHAR DAVRANIŞI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

YAAB tanısı alan hastalar diğer ek tanıların olup olmamasına göre kendi içinde 2 gruba ayrılığ intihar girişimi öyküsü ve İDÖ puanları açısından karşılaştırılmıştır. YAAB tanılı 28 hastanın sadece 4'ünde (%14,3) YAAB dışında başka bir ek tanıya rastlanmamıştır. İki grup intihar girişimi öyküsüne göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p:0,306) (OR: 0,333). Yine iki grup İDÖ total puanları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p:0,526) (Cohen's d: -0,353). (Tablo 18.)

Tablo 18. Sadece YAAB ek tanısına sahip olan ve YAAB ile birlikte diğer ek tanılara sahip olan YAAB tanılı hastaların intihar girişimi öyküsü ve İntihar davranış ölçeği toplam puanları açısından karşılaştırılması

		SADECE YAAB			
		Var	Yok		
		N(%)	N(%)	p	OR
⁺ İntihar girişimi öyküsü	Var	2(%50)	18(%75)	0,306	0,333
	Yok	2(%50)	6(%25)		
				p	Cohen's d
⁺⁺ İDÖ toplam skoru	Ortalama±Standart sapma	2,00±2,45	2,71±1,94	0,526	-0,353

⁺Ki-kare testi, ⁺⁺ Mann Whitney U testi, p<0,05 düzeyinde anlamlıdır.

4.13. İNTİHAR GİRİŞİMİNİ YORDAYAN DEĞİŞKENLER

İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hastalar karşılaştırılıp, intihar girişimi öyküsü olan grupta diğerk gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunan değışkenler çok değışkenli lojistik regresyon analizine alınmıştır. YAAA skoru dışındaki değışkenler intihar girişimi için yordayıcı değışken olarak saptanmamıştır. YAAA skorunun ise intihar girişimini yordayabilme bağlamında bu modelde p değıeri 0,014 (OR:1,045) (%95GA:1,009-1,082) olarak bulundu. (Tablo 19.)

Tablo 19. İntihar girişimi öyküsünün yordanmasına dair çok değışkenli lojistik regresyon analizi

	*p	OR	%95 Güven aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
Cinsiyet	0,301	0,520	0,150	1,797
Erken başlangıç	0,121	2,581	0,777	8,573
Epizod sayısı	0,111	1,151	0,968	1,368
Çocukluk çağı travmatik yaşantı	0,258	2,143	0,572	8,031
İlk epizod tipi	0,074	2,873	0,968	1,368
YAAA skoru	0,014	1,045	1,009	1,082

Çok değışkenli lojistik regresyon analizi, *p<0,05 düzeyinde anlamlıdır.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda bipolar bozuklukta yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu ek tanısının intihar girişimi öyküsü, intihar davranışı, diğer ek tanılarla ilişkisi, klinik değişkenler ve işlevsellik ile ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmamıza hastanemizde özelleşmiş bipolar bozukluk polikliniğinde ayaktan tedavi görmekte olan ötimik 100 hasta dahil edilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların 56'sı kadın, 44'ü erkekti. Hastaların yaşı 19 ile 64 arasında değişmekte olup, ortalaması 44,00 ($\pm 10,80$) idi. Kadın hastaların yaş ortalaması 43,85 ($\pm 10,14$) iken erkek hastalarinki 44,18 ($\pm 11,70$) olarak saptandı. Yaş ortalamaları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Çalışmaya katılanların 29'u (%29,0) bekar, 51'i (%51,0) evli ve 20'si (%20,0) boşanmış veya duldu. Eğitim durumları incelendiğinde ise çalışmaya katılanların öğrenim yılının ortalama değerinin $11,04 \pm 4,37$ olduğu görüldü. Hastaların genellikle düşük-orta sosyoekonomik düzeye sahip olduğu, yalnızca 7'sinin (%7,0) yüksek gelir düzeyine sahip olduğunu belirttiği gözlemlendi. Hastaların 62'sinin (%62,0) çalışmıyor, 35'inin (%35,0) düzenli çalışıyor olduğu saptandı. Türkiye'de yapılan BB ile ilgili epidemiyolojik çalışmalara bakıldığında Akkaya ve arkadaşlarının 584 hasta ile yaptığı çalışmada hastaların yaş ortalaması $33,9 \pm 11,2$, %51,3'ü erkek, %48,7'si kadın, %68,4'ü işsiz veya çalışmıyor ve %46,3'ünün evli olduğu bildirilmiştir (8). Ülkemizde BB hastaları dahil edilerek yapılan çalışmaları derleyen bir gözden geçirme çalışmasında hastaların eğitim yılı ortalamasının, çalışmaların genelde büyük şehirlerde yapılmış olması nedeni ile yüksek olduğu (10'un üzeri) olduğu bildirilmiştir (133). Yine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada BB 1 tanılı hastaların %66'sı kadın %34'ü erkek, %66'sı lise ve yüksekokul mezunu, sadece %12'sinin yüksek gelir düzeyine sahip olduğu ve %60'ının ise evli olduğu bildirilmiştir (134). Çalışmamızda örneklemin sosyodemografik özelliklerine bakıldığında ülkemizde BB hastaları ile yapılan epidemiyolojik çalışmaların bulguları ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan hastalara YAAB tanısı, ayrılma anksiyetesi bozukluğu için yapılandırılmış klinik görüşme formunun (AAB-YKG) erişkinler için olan

bölümünden 8 maddeden 3'ünün karşılanması ve DSM-5'e göre belirtilerin en az 6 aydır devam ediyor olması ve işlevselliğin bozulması ve aynı zamanda yetişkin ayrılma anksiyetesi anketinden 25 ve üstü puan alınması ile konmuştur. Geçmişe yönelik çocukluk ayrılma anksiyetesi bozukluğu (ÇAAB) tanısı ise, AAB-YKG ÇAAB belirtilerinden en az 3'ünün karşılanması ve aynı zamanda Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri'nden (AABE) 12 ve üstü puan alınması ile konmuştur. AAB-YKG yetişkin ve geriye dönük çocukluk çağı ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanılarını koymak için geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. YAAB ve ÇAAB tanısını koyarken Pini ve arkadaşlarının çalışması göz önünde bulundurularak görüşme formunda bulunan 8 madde için ayrı ayrı 0 (hiçbir zaman), 1 (bazen), 2 (sıklıkla) olacak şekilde cevap kategorileri oluşturulmuş ve 2 (sıklıkla) puanı alan 3 ve daha fazla madde olduğunda YAAB ya da ÇAAB tanısı diğer DSM-5 kriterleri de sağlandığında konmuştur (13). İzlenilen bu tanı koyma yöntemine göre hastaların 28'ine (%28,0) YAAB tanısı konuldu. YAAB tanısı alanların 17'si (%60,7) çocukluk başlangıçlı (YAAB/Ç), 11'i (%39,3) erişkin başlangıçlıydı (YAAB/Y). Yine aynı yöntem izlenilerek hastaların 23'üne (%23,0) ÇAAB tanısı konuldu. Pini ve arkadaşlarının 53'ü bipolar bozukluk, 24'ü panik bozukluk ve 20'si major depresif bozukluk olan 97 hasta ile yaptığı çalışmada, 53 BB hastanın 19'unun (%35,8) YAAB tanısı aldığı bildirilmiştir (12). Yine Pini ve arkadaşlarının 508 duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu tanılarına sahip olan hasta ile yaptığı geniş çaplı bir çalışmada, hastaların %42,3'ünde YAAB tanısı olduğu, bu hastaların ise %20,6'sının yetişkinlikte başlayan YAAB olduğu saptanmıştır, BB 1 tanılı 81 hastaya ayrıca bakıldığında YAAB tanısı alan hasta sayısının 35 (%43,2) olduğu bunların 20'sinin (%42,8) erişkin başlangıçlı olduğu saptanmıştır (13). Taşdemir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise YAAB sıklığı % 54 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada erişkin başlangıçlı YAAB oranı % 36, çocukluk başlangıçlı YAAB oranı ise % 64 olarak bulunmuştur (14). Çalışmamızda BB hastalarında %28 olarak saptanan YAAB sıklığı, yukarıda belirtilen çalışmalarda saptanan oranlara göre (sırasıyla %35,8, %56) daha düşük bulunmuştur. Bu düşük oran, bizim çalışmamızda örenklemin ötimik BB 1 tanılı hastalardan oluşuyor olması açısından homojen olması ve çalışmamızda tanı koymada farklı bir stratejinin belirlenmiş olmasından kaynaklanıyor olabilir. YAAB'nin başlangıç yaşı ile ilgili bulgulara bakıldığında ise,

yukarıda belirtilen çalışmalarda çocukluktan itibaren YAAB tanısı oranlarının (sırasıyla %57,2, %64,0) olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda ise bu oran %60,7 olarak bulunmuştur. Bu bulgu önceki çalışmalarla uyumludur.

Çalışmamızda hastalar YAAB komorbiditesi olan ve olmayan şeklinde iki gruba ayrılarak sosyodemografik değişkenler açısından karşılaştırıldığında, YAAB tanısı konulan 28 hastanın 20'sinin (%71,4) kadın, 8'inin (%28,6) erkek olduğu saptandı. YAAB komorbiditesi olan gruptaki olguların yaş ortalaması $41,71 \pm 11,33$ iken YAAB tanısı almayan hastalarinki $44,88 \pm 10,53$ idi. İki grup sosyodemografik değişkenler açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda YAAB tanısının kadınlarda erkeklere göre daha sık olduğu bildirilmiştir (11,87,88). Çalışmamızda cinsiyetler arası iki grup arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunamasa da kadın hastalarda erkek hastalara göre daha fazla YAAB tanısı olduğu saptanmıştır. BB hastalarında yapılan çalışmalarda ise çalışmamızda olduğu gibi, YAAB ek tanısına sahip olan ve olmayan gruplar arasında sosyodemografik veriler açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (12,14).

Örnekleme YAAB komorbiditesinin varlığına göre 2 gruba ayrılıp klinik özellikler karşılaştırıldığında, YAAB komorbiditesi olan hastalarda ilk epizod tipinin %71,4 oranla depresyon olduğu, YAAB komorbiditesi olmayan hastalarda ise %61,1 oranla mani/hipomani olduğu ve aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu gözlemlendi. YAAB komorbiditesine sahip gruptaki hastaların %42,9'u mevsimsel özellik göstermekteydi ve komorbid YAAB tanısı olmayan grupla aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık vardı. Ayrıca YAAB tanısı olmayan gruptaki hastaların %73,6'sının dönemler arası tam düzelme gösterdiği, tanı alan grubun ise %50'sinde kısmi düzelme veya kötü işlevsellik düzeyi saptandı. İki grup arasında hastalık seyri açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu gözlemlendi. İki grup arasında hastalığa ait diğer değişkenler açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Hastalığa dair klinik özellikler arasında özellikle BB'nin erken başlangıcı literatürde önem kazanmıştır. Pini ve arkadaşlarının 2005 yılında BB hastaları ile yaptığı çalışmada yapılan lineer regresyon analizine göre YAAB'nin erken başlangıçlı BB ile ilişkili olduğu ve ÇAAB'nin bipolar bozukluğu predikte

ettiği bulgularına ulaşmışlardır (12). Bizim çalışmamızda YAAB ek tanısına sahip gruptaki hastaların BB için hastalık başlangıç yaşı ortalaması $23,96 \pm 9,25$ iken diğer grupta $26,84 \pm 8,92$ olarak saptandı, yine örneklem kategorik olarak erken başlangıçlı BB olan ve olmayan şekilde gruplara ayrıldığında da, YAAB tanısı olan grupta erken başlangıçlı BB oranı %25, YAAB tanısı olmayan grupta ise %16,7 olarak bulundu. Bulgular incelendiğinde YAAB tanısı alan grupta hastalık başlangıç yaşı ortalaması daha düşük ve yine YAAB tanısı alan grupta daha fazla erken başlangıçlı BB oranı olduğu gözlenmiş olsa da gruplar arasında BB için hastalık başlangıç yaşı açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Bu bulgu Pini ve arkadaşlarının çalışmasının bulgusu ile uyumlu değildir. Bu durum BB hastalarının hastalığın başlangıç yaşının belirlenmesinin geriye dönük hatırlanmasının zor olabileceği ile açıklanabilir. Bipolar bozuklukta ilk epizod tipinin klinik gidişata etkilerini araştıran Fransa’da 1090 hasta ile yapılmış bir kohort çalışmasında, hastaların %52,4’ünün ilk epizodunun mani, %34,6’sının depresyon ve %12,9’unun karma dönem olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada ilk epizodun depresyon olmasının daha fazla alkol kullanım öyküsü, komorbid anksiyete bozuklukları ve daha fazla intihar girişimi öyküsü ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (135). Ülkemizde yapılan bir çalışmada hastaların %48’inin ilk atağının depresyon, %42’sinin ise mani olduğu bildirilmiştir (136). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise ilk hastaların %52’sinin ilk epizodu mani, %42’sinin depresyon olduğu bildirilmiştir (137). Bizim çalışmamızda ilk atağı mani olan hasta sayısı 51 (%51,0), ilk atağı depresyon olan hasta sayısı 46 (%46,0) olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda hem ilk atağın depresyon olma oranı hem de ilk atağı depresyon olanlarda daha fazla YAAB ek tanısının olması bulgusunun literatüre uyumlu olduğu söylenebilir. Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu tanısı olan grupta diğer gruba göre mevsimselliğin anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır. Örneklemde %27’sinde DSM-5 kriterlerine göre belirlenmiş mevsimsel özellik belirleyicisi olduğu saptanmıştır. BB hastalarında mevsimselliğin araştırıldığı ve 302 hastanın 10 yıl süre ile izlendiği bir çalışmada hastaların %25,5’inde mevsimsel özellik olduğu belirtilmiştir (138). Bizim çalışmamızda bu oranın (%27,0) literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Bipolar bozuklukta mevsimselliğin araştırıldığı 51 çalışmanın dahil edilmesi ile yapılan bir sistematik gözden geçirme çalışmasında, BB hastalarında mevsimsel özelliğin BB 2,

komorbid yeme bozuklukları, daha fazla epizod sayısı ve daha fazla hızlı döngülülük ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada komorbid anksiyete bozukluklarının mevsimsel özellik ile ilişkisi gösterilmemiştir (139). Yine başka bir çalışmada BB hastalarında komorbid psikiyatrik hastalıkların mevsimsellik ile ilişkisinin olmadığı gösterilmiştir (140). Bu haliyle çalışmamızda YAAB ile mevsimsellik arasında saptanan ilişkinin örneklemimiz ile ilişkili olabileceği ve aradaki ilişkinin açık olmadığı söylenebilir. Çalışmamızda YAAB tanısı olmayan gruptaki hastaların %73,6'sının dönemler arası tam düzelme gösterdiği, tanı alan grubun ise %50'sinde kısmi düzelme veya kötü işlevsellik düzeyi saptandı. Anksiyete bozuklukları ek tanısına sahip olmanın daha sık relaps, daha ciddi depresif epizodlar, daha yaygın alkol ve madde kullanım oranı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (71-75). Pini ve arkadaşlarının çalışmasında BB tanılı hastalarda diğer anksiyete bozuklukları komorbiditesine sahip olmanın karıştırıcı etkileri düzeltildikten sonra YAAB ek tanısının mesleki ve sosyal işlevsellikte anlamlı derecede bozulmaya neden olduğu belirlenmiştir (13). Aşağıda tartışılacağı gibi bu bulgu, YAAB tanısının ve YAAB'a sıklıkla eşlik eden diğer anksiyete bozukluklarının ara dönemde işlevselliği azaltıyor olması ve klinik seyiri olumsuz etkiliyor olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda örneklemin %33'ünde geçmişinde en az bir kez intihar girişimi öyküsü olduğu görülmüştür. İntihar girişimi öyküsü olan hasta grubu olmayan hasta grubu ile karşılaştırıldığında, kadın cinsiyet, hastalık başlangıç yaşı, erken başlangıçlı BB (<18 yaş), toplam epizod sayısı, ilk epizodun tipi olarak depresyon ve çocukluk çağı travmatik yaşantı varlığı intihar girişimi öyküsü olan hasta grubunda diğer gruba göre anlamlı düzeyde daha fazlaydı. İntihar girişiminde bulunmuş olan grubun %72,7'sinin kadın olduğu, yaş ortalaması $21,87 \pm 6,08$ iken diğer grupta $28,08 \pm 9,61$ olduğu, hastalık epizod sayılarının ortalama değeri $6,06 \pm 2,54$ iken diğer grupta $4,71 \pm 3,01$ olduğu, %30,3'ünde erken başlangıçlı bipolar bozukluk, olmayan grubun ise %13,4'ünde olduğu, ilk epizod tipinin %69,7 oranla depresyon olduğu ve %27,3'ünde çocukluk çağı travmatik yaşantısı olduğu saptandı. Bipolar bozukluğu olan kişilerin % 25-50'si yaşamboyu en az bir kez özkıyım girişiminde bulunduğu, % 8-19'u ise intihar girişimine bağlı öldüğü bilinmektedir (111). Türkiye'de yapılan bir çalışmada bipolar bozukluk hastalarının yaklaşık %40'ının yaşamlarında en az bir kez intihar girişimi olduğu, geçirilen atak sayısının fazlalığının ve atak dönemleri

dışındaki rezidüel belirtilerin yüksek intihar riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur (112). Schaffer ve arkadaşlarının 2014 yılında 50,004 kişinin dahil edilerek yaptığı ve BB hatalarında intihar davranışının klinik değişkenler ile ilişkisinin araştırıldığı bir metaanalizde BB’de intihar davranışı açısından belirlenmiş risk faktörleri; kadın cinsiyet, erken başlangıç, ilk epizodun depresyon olması, en son atağın depresyon olması, komorbid anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, komorbid B/Borderline kişilik bozuklukları ve ailede intihar girişimi öyküsü olarak belirtilmiştir (7). Yine Schaffer ve arkadaşların yaptığı başka bir gözden geçirme çalışmasında BB’de intihar için risk faktörleri yukarıdaki metaanalizin bulgularına ek olarak genç yaş, bekar veya boşanmış olmak, karma özelliklerin varlığı, atipik özelliklerin varlığı, psikotik özelliklerin varlığı, geçmiş intihar girişimi öyküsü, depresif dönemlerin daha baskın olması, hızlı döngülülük, yeme bozukluğu ek tanıları, agresyon, dürtüsellik ve çocukluk çağı travması olarak belirtirlemiştir (113). Çalışmamızda intihar girişimi öyküsü olan grupta kadın cinsiyet, hastalık başlangıç yaşı, erken başlangıçlı BB (<18 yaş), toplam epizod sayısı, ilk epizodun tipi olarak depresyon ve çocukluk çağı travmatik yaşantı varlığının anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuş olması literatür ile uyumludur.

Örneklem YAAB tanısı olup olmamasına göre intihar davranışı ile ilişkili değişkenler açısından değerlendirildiğinde, YAAB komorbiditesine sahip grupta 20 hastada (%71,4), diğer grupta ise sadece 13 hastada (%18,1) intihar girişimi olduğu görüldü. İki grup arasında intihar girişimi öyküsünün varlığı açısından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı düzeyde farklılık mevcuttu. Literatürde BB’ye eşlik eden anksiyete bozukluklarının intihar riskini arttırdığına dair bir çok kanıt vardır. Yapılan çalışmalarda komorbid anksiyete bozukluğuna sahip olmanın intihar riskini 1,38 – 5,69 (OR) kez arttırdığı bildirilmiştir (141-145). Anksiyete bozukluklarının BB’ye eşlik eden komorbiditeler olarak intihar riskini arttırdığı çalışmalarda gösterilmiş olsa da, görece yeni bir bozukluk olarak kabul edilebilecek olan YAAB için literatür son derecede kısıtlıdır. Pini ve arkadaşlarının yakın zamanda yayınladığı bir gözden geçirme çalışmasında güvenli olmayan bağlanma biçimleri ile artmış intihar davranışının ve artmış intihar riskinin ilişkili olduğu sonucu üzerinden YAAB’nin de intihar davranışı ve girişimi ile ilişkili olabileceği yönündeki hipotezleri klinik açıdan önem taşımaktadır (115). Literatürde bağımsız olarak

YAAB'nin ya da BB'ye eşlik eden YAAB tanısının intihar davranışı ile ilişkisini bildiren çalışmalara bakıldığında, Türkiye'de Taşdemir ve arkadaşları tarafından yapılan BB'de YAAB komorbiditesinin klinik değişkenler ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmada YAAB grubunda geçmiş intihar girişiminin olması öyküsünün anlamlı derecede daha fazla olması bulgusu ve Hindistan'da Russell ve arkadaşları tarafından yapılan, 500 ergen hastanın dahil edildiği bir izlem çalışmasında diğer anksiyete bozuklukları gibi intihar riskini arttırdığı bulgusu dışında başka bir bulguya rastlanmamıştır (14,116). Taşdemir ve arkadaşlarının çalışmasında 38 YAAB tanılı hastanın 23'ünde (%60,5) intihar girişimi öyküsü olduğu ve YAAB olmayan gruba göre anlamlı düzeyde farklılık olduğu bildirilmiştir (14). Russell ve arkadaşlarının çalışmasında 11 – 19 yaşları arasında 501 adölesanın dahil edilmesi ile intihar riski araştırıldığında, depresif semptomların karıştırıcı etkileri ortadan kaldırılarak yapılan çok değişkenli regresyon analizlerine göre her hangi bir anksiyete bozukluğuna sahip olmanın intihar riskini 9,36 (OR), YAB'nin 5,65, SAB'nin 5,91 ve AAB'nin de 3,28 kez arttırdığı bildirilmiştir (116). Bu çalışma primer anksiyete bozuklukları tanılarına sahip olan ergen yaş grubunda hastalar ile yapıldığı için çalışmamız ile karşılaştırması zordur. Ancak literatürde YAAB'nin bağımsız olarak intihar için bir risk faktörü olduğunu gösteren ilk ve tek çalışma olduğu için önem taşımaktadır. Bizim çalışmamızda YAAB tanısı olan grupta olmayan gruba göre daha fazla hastada intihar girişimi öyküsü oranı olması bulgusu Taşdemir ve arkadaşlarının bulgusu ile uyumludur. Çalışmamızda ayrıca hastalara intihar davranışı ölçeği (İDÖ) uygulanmış ve YAAB tanısı olan grupta, İDÖ toplam skoru $2,60 \pm 1,98$, olmayan grupta $0,86 \pm 1,37$ olarak saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzede anlamlı farklılık olduğu gözlenmiştir. Bu bulgu bildiğimiz kadarı ile literatürde mevcut değildir ve ilk kez çalışmamızda gösterilmektedir. Bu bulgu YAAB tanısı alan grupta olmayan gruba göre daha fazla intihar girişimi öyküsü olmasını desteklemektedir. Ayrıca hastalar intihar girişimi öyküsü olup olmamasına göre 2 gruba ayrılarak yetişkin ayrılma anksiyetesi anketi skorları karşılaştırıldı. YAAA toplam skoru ortalama değeri intihar girişimi bulunan hasta grubunda ($30,84 \pm 16,22$) intihar girişimi bulunmayan gruba ($18,50 \pm 12,65$) göre yüksekti ve her iki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptandı. Yine bu bulguya da daha önceden yapılmış çalışmalarda rastlanmamış olup, ilk kez bizim

çalışmamızda gösterilmektedir ve YAAB ve intihar davranışı arasındaki ilişkiye dair yukarıda anlatılan bulguları desteklemektedir.

Çalışmamızda SCID-5CV kullanılarak YAAB dışında diğer ek tanılar da taranmıştır. BB hastalarının %65'inde en az bir yaşamboyu ek tanının olduğu, bunların % 42'sinin anksiyete bozuklukları olduğu bildirilmiştir (6). Bilindiği gibi BB'ye anksiyete bozuklukları sık eşlik etmektedir ve anksiyete bozuklukları birlikteliğinin % 10–90 arası gibi geniş bir oran aralığında olabildiği gösterilmiştir (67-69). Yakın zamanlı 14914 BB hastanın verilerini kapsayan bir metaanaliz çalışmasında yaşam boyu en az bir anksiyete bozukluğu ek tanısına sahip olan hastaların oranı % 45 olarak bulunmuştur (70). Hastalar YAAB tanısı olup olmamasına göre 2 gruba ayrılarak diğer ek tanıların varlığına göre karşılaştırıldığında; YAAB dışında yaşam boyu herhangi bir ek tanı alan hasta sayısı YAAB tanısı olan grupta 24 (%85,7), olmayan grupta 42 (%58,3) olarak saptandı. İki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu görüldü. Yaşam boyu en az bir anksiyete bozukluğu ek tanısına sahip hasta sayısı ve yaşam boyu çoklu anksiyete bozuklukları tanılarına sahip hasta sayısı, YAAB tanısı olan hasta grubunda sırasıyla 23 (%82,1), 9 (%32,1) ile diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark gösterecek şekilde yüksek saptandı. Ayrı ayrı tanılara bakıldığında yaşam boyu agorafobi ve SAB ek tanılarına sahip hasta sayıları YAAB tanısı olan grupta sırasıyla 7 (%25,0), 7 (%25,0) ile YAAB tanısı olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görüldü. Diğer ek tanıların yaşam boyu görülme oranlarına göre iki grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı. Yapılan bir çok çalışmada özellikle çocukluk çağı ayrılma anksiyetesi bozukluğu ile erişkin dönem panik bozukluğu ve agorafobi arasında devam eden bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir (93-96). Manicavasagar ve arkadaşları tarafından yapılan bir epidemiyolojik çalışmada, PB'ye YAAB'nin eşlik etme sıklığı % 65 olarak saptanmıştır (84). Silove ve arkadaşlarının bir anksiyete bozuklukları kliniğinde yaptığı çalışmada YAAB tanısı konan hastaların panik-agorafobik bozukluk ile diğer anksiyete bozukluklarına göre daha fazla komorbidite gösterdiği gösterilmiştir (87). Yapılan başka bir epidemiyolojik çalışmada yaşam boyu YAAB tanısı alan hastaların % 65,6'sının herhangi başka bir anksiyete bozukluğu tanısı aldığı belirtilmiştir (11). Bizim çalışmamızda saptanan YAAB olan

grupta yaşam boyu en az bir anksiyete bozukluğu ek tanısına sahip hasta oranı (%82,1) ve yaşam boyu çoklu anksiyete bozuklukları tanılarına sahip hasta oranı (%32,1) literatüre göre yüksek bulunmuştur. Bu yükseklik, bizim örneklemimizin birincil hastalığının BB olması ve BB'nin kendisinin de anksiyete bozuklukları ile yüksek oranda birliktelik gösteriyor olması ile ilişkili olabilir. Çalışmamızda YAAB tanısı olan grupta agorafobi ve SAB ek tanıların anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptandı. Çalışmamızdaki agorafobi tanısının YAAB grubunda anlamlı düzeyde daha fazla olması YAAB'ye panik bozukluğu ve agorafobinin sıklıkla eşlik ediyor olması ile ilgili literatür bulguları ile uyumludur. Panik bozukluğu tanısının ise çalışmamızda iki grup arasında anlamlı farklılık göstermese de YAAB grubunda daha fazla olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda YAAB tanısı alan hastaların %28,6'sında OKB tanısı saptanmıştır ve diğer grupla OKB tanısı açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Pini ve arkadaşlarının çalışmasında ayrılma anksiyetesi semptomlarının, BB'ye panik bozukluğun eşlik ettiği grupta anlamlı derecede daha fazla olduğu, komorbid sosyal anksiyete bozukluğu ile anlamlı bir ilişki bulunmadığı, komorbid OKB varlığında ise daha az ayrılma anksiyetesi semptomu olduğu belirtilmiştir (12). Çalışmamızın komorbid SAB ve OKB ile ilgili bulguları Pini ve arkadaşlarının bulguları ile örtüşmemektedir. Bu duruma örneklem sayısının ve farklılığının sebep olmuş olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda intihar girişimi öyküsü olan grupta kadın cinsiyet, hastalık başlangıç yaşı, erken başlangıçlı BB (<18 yaş), toplam epizod sayısı, ilk epizodun tipi olarak depresyon ve çocukluk çağı travmatik yaşantısı varlığının anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu bulgular YAAA skoru dahil edilerek çok değişkenli lojistik regresyon analizine alındı ve yapılan analizde YAAA skoru dışında diğer değişkenlerin intihar girişimi için yordayıcı değişkenler olmadığı saptandı. YAAA skoru için ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık olsa da intihar girişimi için bu modelde yordayıcı bir değişken olmadığı bulunmuştur (p:0,014) (OR:1,045) (%95GA:1,009-1,082). Bu analize kategorik olarak YAAB tanısı değişkeni dahil edilmemiştir. Örneklemimizde YAAB tanılı 28 hastanın sadece 4'ünde (%14,3) YAAB dışında başka bir ek tanıya rastlanmamıştır. Bu nedenle regresyon analizine yetişkin ayrılma anksiyetesi belirti şiddeti dahil edilmiştir.

Son olarak çalışmamızda YAAB tanısı bulunup bulunmamasına göre iki gruba ayrılarak BBİÖ toplam skoru ve alt ölçek skorları açısından karşılaştırıldı. BBİÖ toplam skoru ortalaması YAAB tanısı bulunmayan grupta $105,65 \pm 15,51$ değeri ile YAAB tanısı bulunan grubun BBİÖ toplam skor ortalamasından ($99,35 \pm 15,69$) yüksek saptandı. İki grup arasında BBİÖ toplam skor ortalama değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi ancak sınırda anlamlılık gözlemlendi. BBİÖ ölçeğinde yer alan duygusal işlevsellik ve damgalanma hissi alanlarına ait skor ortalamaları da YAAB tanısı bulunmayan grupta diğer gruba göre yüksek seyretti. ve her iki alanda da iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptandı. Pini ve arkadaşlarının çalışmasında BB tanılı hastalarda diğer anksiyete bozuklukları komorbiditesine sahip olmanın karıştırıcı etkileri düzeltildikten sonra YAAB ek tanısının mesleki ve sosyal işlevsellikte anlamlı derecede bozulmaya neden olduğu belirlenmiştir (13). Türkiye’de yapılan BB’de ayrılma anksiyetesi belirtilerinin işlevsellikle ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, YAAA toplam puanı ile BBİÖ toplam puanı ve zihinsel işlevsellik, cinsel işlevsellik, ev içi ilişkiler alt boyut puanları arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur (107). Çalışmamızdaki bulgular farklı alanlarda olsa da BB’de YAAB’nin işlevsellikte azalmaya neden olduğu yönündeki literatür ile uyumludur.

Daha önce yapılmış sınırlı sayıdaki çalışmalarda ve bizim çalışmamızda da görüldüğü üzere YAAB, BB için sık görülen bir komorbiditedir. BB hastalarında klinik seyri ve işlevselliği olumsuz yönde etkiliyor olması açısından önem taşımaktadır. BB gibi intihar sorunun çok önemli olduğu bir hastalıkta çalışmamızda da gösterilmiş olan YAAB tanısı ve YAAB semptom şiddetinin intihar girişimi ve intihar davranışı ile ilişkili olması, klinik alanda BB hastalarında YAAB komorbiditesinin tanı ve tedavisinin önemini göstermektedir.

6. KISITLILIKLAR

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Bunlardan en önemlisi, çalışmaya dahil edilen hastalarda kişilik bozukluklarının araştırılmamış olmasıdır. Kişilik bozuklukları ek tanılara sahip olmanın artmış intihar riski ile ilişkili olduğu bilinmektedir ve bu bağlamda kişilik bozukluklarının araştırılmamış olması önemli bir kısıtlılıktır. Diğer önemli kısıtlılık ise YAAB tanısı alan hastaların önemli bir oranında diğer anksiyete bozukluklarının da eşlik ediyor olması ve bu nedenle intihar girişimi öyküsü ve intihar davranışı ile olan ilişkiyi ortaya koyabilmek için yeterli sayıda yalnızca YAAB ek tanısı olan hasta sayısının olmamasıdır. Bu karşılaştırmayı yapabilmek için daha geniş bir örneklemde çalışılması gerektiği görülmüştür. ÇAAB tanısı, AABE ve AAB-YKG formunun çocukluk dönemi için olan kısmındaki sorulara geriye dönük hatırlama usulü ile cevap verilmesi ile konmuştur. ÇAAB tanısının geriye dönük konması yine çalışmamız için bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir.

7. SONUÇLAR

1. Çalışmamızda BB hastalarının 28'ine (%28,0) YAAB tanısı konulmuştur. YAAB tanısı alan hastaların %60,7'sinin çocukluk başlangıçlı, %39,3'ünün ise erişkin başlangıçlı olduğu saptanmıştır.
2. YAAB komorbiditesi olan grupta diğer gruba göre ilk epizodun depresyon olması, mevsimsel özellik ve kısmi ya da kötü işlevsellikle giden hastalık seyri daha yüksek bulunmuştur.
3. YAAB komorbiditesi olan grupta intihar girişim öyküsü, İDÖ total skoru ortalama değerleri daha yüksek bulunmuştur.
4. Hastaların %33'ünde geçmişinde en az bir kez intihar girişimi öyküsü olduğu saptanmıştır.
5. İntihar girişimi öyküsü olan grupta olmayan gruba göre YAAA skoru ortalama değerleri daha yüksek bulunmuştur.
6. İntihar girişimi olan hasta grubunda kadın cinsiyet oranı, erken başlangıçlı hastalık, ilk epizodun depresyon olması, toplam epizod sayısı ve çocukluk çağı travmatik yaşantısı daha yüksek bulunmuştur.
7. YAAB tanısı olan hastaların %85,7'sinde yaşam boyu en az bir ek tanı, %82,1'inde yaşam boyu en az bir anksiyete bozukluğu ve %32,1'inde yaşam boyu çoklu anksiyete bozukluğu saptanmıştır.
8. YAAB tanısı olan hastalarda BBİÖ alt ölçekleri olan duygusal işlevsellik ve damgalanma hissi puanları, YAAB tanısı olmayan gruba göre daha düşük saptanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Merikangas KR, Jin R, He JP, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 241–251.
2. Pini S, de Queiroz V, Pagnin D, Pezawas L, Angst J, Cassano GB, vd. Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2005;15(4):425-34.
3. Krahn GL. WHO World Report on Disability: A review. *Disabil Health J.* 2011;4(3):141-2.
4. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*, 2nd Edition. 2 edition. New York, N.Y: Oxford University Press; 2007. 1262 s.
5. Valtonen H, Suominen K, Mantere O, Leppämäki S, Arvilommi P, Isometsä ET. Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders. *J Clin Psychiatry.* 2005;66(11):1456–1462.
6. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck Jr PE, Frye MA, Denicoff KD, vd. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 2001;158(3):420–426.
7. Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, H Moreno D, Turecki G, Reis C, vd. International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2015;17(1):1–16.
8. Akkaya C, Altın M, Kora K, Karamustafalıoğlu N, Yaşan A, Tomruk N, vd. Türkiye’de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri-HOME Çalışması. *Klin Psikofarmakol Bül-Bull Clin Psychopharmacol.* 2012;22(1):31–42.
9. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR)*. Çev. ed.: Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.
10. Amerikan Psikiyatri Birliği, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı’ndan*, çev. Köroğlu E, Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
11. Shear K, Jin R, Ruscio AM, Walters EE, Kessler RC. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry.* 2006;163(6):1074–1083.
12. Pini S, Abelli M, Mauri M, Muti M, Iazzetta P, Banti S, vd. Clinical correlates and significance of separation anxiety in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2005;7(4):370–376.
13. Pini S, Abelli M, Shear KM, Cardini A, Lari L, Gesi C, vd. Frequency and clinical correlates of adult separation anxiety in a sample of 508 outpatients with mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2010;122(1):40–46.
14. Tasdemir A, Tamam L, Keskin N, Evlice YE. Assessment of co-morbidity of adult separation anxiety in patients with bipolar disorder. *Nord J Psychiatry.* 2016;70(2):93–102.
15. Cullen B, Ward J, Graham NA, Deary IJ, Pell JP, Smith DJ, vd. Prevalence and correlates of cognitive impairment in euthymic adults with bipolar disorder: A systematic review. *J Affect Disord.* 15 Kasım 2016;205:165-81.

16. Vieta E, Berk M, Schulze TG, Carvalho AF, Suppes T, Calabrese JR, vd. Bipolar disorders. *Nat Rev Dis Primer*. 08 Mart 2018;4(1):1-16.
17. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry*. 15 Eylül 2000;48(6):445-57.
18. Khan, O., & Youssef, N. A. (2018). A brief history of polarity in mood and its diagnostic evolution. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 30(1), 61-66.
19. Falret, J. P. (1854). *Mémoire sur la folie circulaire, forme de la maladie mentale caractérisée par la reproduction...* Bulletin de l'Académie impériale de médecine. Paris 1854; 19: 382, 400.
20. Baillarger J. De la folie à la double forme. *Ann. Med. Psychol*. 1854; 6:367- 391.
21. Kraepelin E. *Psychiatrie von E. Kraepelin*. 6th ed. Leipzig, Germany: J.A. Barth Leipzig; 1899.
22. Oral T. İki uçlu bozukluk. İstanbul: WPA serisi, CSA Medikal Yayın Ajansı, 2002. İçinde.
23. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık, 2003.
24. Dunner DL, Gershon ES, Goodwin FK. Heritable factors in the severity of affective illness. *Biol. Psychiatry*. 1976; 11:31-42.
25. American Psychiatric Association, "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)," *Diagnostic Stat. Man. Ment. Disord*. 4th Ed. TR., p. 280, 2013.
26. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Le'pine JP, Newman SC, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen H, Yeh EK. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*. 1996;276(4):293-299.
27. Blanco, C. et al. Epidemiology of DSM-5 bipolar I disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions — III. *J. Psychiatr. Res*. 84, 310–317 (2017).
28. Gureje O, Lasebikan VO, Kola L, Makanjuola VA. Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Well-Being. *Br J Psychiatry*. 2006;188:465-471.
29. Grant BF, Stinson FS, Hasin DS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Huang B. Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(10):1205-1215.
30. Nivoli, A. M. A. et al. Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: the role of predominant polarity. *J. Affect. Disord*. 133, 443–449 (2011).
31. Kroon JS, Wohlfarth TD, Dieleman J, et al. Incidence rates and risk factors of bipolar disorder in the general population: a population-based cohort study. *Bipolar Disord* 2013; 15: 306–313.
32. Dagani, J. et al. Meta-analysis of the interval between the onset and management of bipolar disorder. *Can. J. Psychiatry* 62, 247–258 (2017).
33. Dols, A. et al. The prevalence of late-life mania: a review. *Bipolar Disord*. 16, 113–118 (2014).

34. Kennedy N, Boydell J, Kalidindi S, Fearon P, Jones PB, van Os J, vd. Gender Differences in Incidence and Age at Onset of Mania and Bipolar Disorder Over a 35-Year Period in Camberwell, England. *Am J Psychiatry*. 01 Şubat 2005;162(2):257-62.
35. Ertan, T. (2008). Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu (Eds M Uğur, İ Balcıoğlu, N Kocabaşoğlu), 25-30.
36. Weissman MM and Myers JK. Affective disorders in a US urban community: the use of research diagnostic criteria in an epidemiological survey. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 1304–1311.
37. Petterson U. Manic-depressive illness. A clinical, social and genetic study. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1977; 56: 1–93.
38. Forstner, A. J. et al. Genome-wide analysis implicates microRNAs and their target genes in the development of bipolar disorder. *Transl Psychiatry* 5, e678 (2015).
39. O’Dushlaine, C. et al. Psychiatric genome-wide association study analyses implicate neuronal, immune and histone pathways. *Nat. Neurosci.* 18, 199–209 (2015).
40. Lichtenstein, P. et al. Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. *Lancet* 373, 234–239 (2009).
41. Craddock N and Jones I. Genetics of bipolar disorder. *J Med Genet* 1999; 36: 585–594.
42. Stringaris A, Youngstrom E. Unpacking the differences in US/UK rates of clinical diagnoses of early-onset bipolar disorder. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53(6):609-11.
43. Group PGCBDW. Large-scale genome-wide association analysis of bipolar disorder identifies a new susceptibility locus near ODZ4. *Nature Genet* 2011; 43: 977–983.
44. Goes, F. S. Genetics of bipolar disorder: recent update and future directions. *Psychiatr. Clin. North Am.* 39, 139–155 (2016).
45. Aas M, Haukvik UK, Djurovic S, et al. Interplay between childhood trauma and BDNF val66met variants on blood BDNF mRNA levels and on hippocampus subfields volumes in schizophrenia spectrum and bipolar disorders. *J Psychiatr Res* 2014; 59: 14–21.
46. Oliveira J, Etain B, Lajnef M, et al. Combined effect of TLR2 gene polymorphism and early life stress on the age at onset of bipolar disorders. *PLoS One* 2015; 10: e0119702.
47. Oliveira J, Kazma R, Le Floch E, et al. Toxoplasma gondii exposure may modulate the influence of TLR2 genetic variation on bipolar disorder: a gene-environment interaction study. *Int J Bipolar Disord* 2016; 4: 11.
48. Hosang GM, Fisher HL, Cohen-Woods S, et al. Stressful life events and catechol-O-methyltransferase (COMT) gene in bipolar disorder. *Depress Anxiety* 2017; 34: 419–426.
49. De Pradier M, Gorwood P, Beaufils B, et al. Influence of the serotonin transporter gene polymorphism, cannabis and childhood sexual abuse on phenotype of bipolar disorder: a preliminary study. *Eur Psychiatry* 2010; 25: 323–327.
50. Simanek AM and Meier HC. Association between prenatal exposure to maternal infection and offspring mood disorders: a review of the literature. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2015; 45: 325–364.

51. Barichello T, Badawy M, Pitcher MR, et al. Exposure to perinatal infections and bipolar disorder: a systematic review. *Curr Mol Med* 2016; 16: 106–118.
52. De Barros JL, Barbosa IG, Salem H, et al. Is there any association between *Toxoplasma gondii* infection and bipolar disorder? A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2017; 209: 59–65.
53. Watson S, Gallagher P, Dougall D, et al. Childhood trauma in bipolar disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2014; 48: 564–570.
54. Etain B, Mathieu F, Henry C, et al. Preferential association between childhood emotional abuse and bipolar disorder. *J Trauma Stress* 2010; 23: 376–383.
55. Agnew-Blais J and Danese A. Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 342–349.
56. Vieta, E. et al. Enhanced corticotropin response to corticotropin-releasing hormone as a predictor of mania in euthymic bipolar patients. *Psychol. Med.* 29, 971–978 (1999).
57. Daban C, Vieta E, Mackin P, Young AH. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis and bipolar disorder. *The Psychiatric clinics of North America* 2005; 28(2): 469–80.
58. Marangoni C, Hernandez M and Faedda GL. The role of environmental exposures as risk factors for bipolar disorder: a systematic review of longitudinal studies. *J Affect Disord* 2016; 193: 165–174.
59. Gilman SE, Dupuy JM and Perlis RH. Risks for the transition from major depressive disorder to bipolar disorder in the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2012; 73: 829–836.
60. Kenneson A, Funderburk JS and Maisto SA. Substance use disorders increase the odds of subsequent mood disorders. *Drug Alcohol Depend* 2013; 133: 338–343.
61. Tijssen MJ, Van Os J, Wittchen HU, et al. Risk factors predicting onset and persistence of subthreshold expression of bipolar psychopathology among youth from the community. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 122: 255–266.
62. Feingold D, Weiser M, Rehm J, et al. The association between cannabis use and mood disorders: a longitudinal study. *J Affect Disord* 2015; 172: 211–218.
63. Brambilla P, Glahn DC, Balestrieri M, Soares JC. Magnetic resonance findings in bipolar disorder. *The Psychiatric clinics of North America*. 2005; 28(2):443– 67.
64. Hibar, D. P. et al. Cortical abnormalities in bipolar disorder: an MRI analysis of 6503 individuals from the ENIGMA Bipolar Disorder Working Group. *Mol. Psychiatry* (2017).
65. Cao, B. et al. Hippocampal volume and verbal memory performance in late-stage bipolar disorder. *J. Psychiatr. Res.* 73, 102–107 (2016).
66. López-Larson MP, DelBello MP, Zimmerman ME, Schwiers ML, Strakowski SM. Regional prefrontal gray and white matter abnormalities in bipolar disorder. *Biol. Psychiatry*. 2002; 52: 93–100. 15.
67. Coulston CM, Bargh DM, Tanious M, et al. Is coping well a matter of personality? A study of euthymic unipolar and bipolar patients. *J Affect Disord* 2013; 145: 54–61.

68. Mitchell PB, Johnston AK, Frankland A, et al. Bipolar disorder in a national survey using the World Mental Health Version of the Composite International Diagnostic Interview: the impact of differing diagnostic algorithms. *Acta Psychiatr Scand* 2013; 127: 381–93.
69. National Comorbidity Survey–Replication. 2003. <http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/> (accessed June 8, 2015).
70. Pavlova B, Perlis RH, Alda M, Uher R. Lifetime prevalence of anxiety disorders in people with bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. Augustos 2015;2(8):710-7.
71. Hawke LD, Provencher MD, Parikh SV, Zagorski B. Comorbid anxiety disorders in Canadians with bipolar disorder: clinical characteristics and service use. *Can J Psychiatry* 2013; 58: 393–401.
72. Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, et al. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2222–29.
73. Gaudiano BA, Miller IW. Anxiety disorder comorbidity in bipolar I disorder: relationship to depression severity and treatment outcome. *Depress Anxiety* 2005; 21: 71-77.
74. Boylan KR, Bieling PJ, Marriott M, Begin H, Young LT, MacQueen GM. Impact of comorbid anxiety disorders on outcome in a cohort of patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 1106–13.
75. Gao K, Chan PK, Verduin ML, et al. Independent predictors for lifetime and recent substance use disorders in patients with rapid-cycling bipolar disorder: focus on anxiety disorders. *Am J Addict* 2010; 19: 440–49.
76. Koyuncu A, Tükel R, Ozyildirim I, Meteris H, Yazici O. Impact of obsessive-compulsive disorder comorbidity on the sociodemographic and clinical features of patients with bipolar disorder. *Compr Psychiatry*. Haziran 2010;51(3):293-7.
77. Zutshi A, Reddy YC, Thennarasu K, Chandrashekhar CR. Comorbidity of anxiety disorders in patients with remitted bipolar disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006;256:428-36.
78. Goes FS, McCusker MG, Bienvenu OJ, et al. Co-morbid anxiety disorders in bipolar disorder and major depression: familial aggregation and clinical characteristics of co-morbid panic disorder, social phobia, specific phobia and obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med* 2012; 42: 1449–59.
79. Young LT, Cooke RG, Robb JC, Levitt AJ, Joffe RT. Anxious and non-anxious bipolar disorder. *J Affect Disord* 1993;29:49-52.
80. Cassano GB, Pini S, Sacttoni M, Dell’Osso L. Multiple anxiety disorder comorbidity in patients with mood spectrum disorders with psychotic features. *Am J Psychiatry* 1999;156:474-6.
81. Perroud N, Baud P, Preisig M, et al. Social phobia is associated with suicide attempt history in bipolar inpatients. *Bipolar Disord* 2007; 9: 713–21.
82. Thibodeau MA, Welch PG, Sareen J, Asmundson GJ. Anxiety disorders are independently associated with suicide ideation and attempts: propensity score matching in two epidemiological samples. *Depress Anxiety* 2013; 30: 947–54.
83. Bowlby J. *Attachment And Loss: Separation: Anxiety and Anger*, Basic Books, Newyork, p. 25-225, 1973.

84. Manicavasagar V, Silove D, Curtis J, Wagner R. Continuities of separation anxiety from early life into adulthood. *J Anxiety Disord.* Şubat 2000;14(1):1-18.
85. Kessler RC, Wang PS. The Descriptive Epidemiology of Commonly Occurring Mental Disorders in the United States. *Annu. Rev. Public Health* 29:115-29, 2008.
86. Seligman LD, Wuyek LA. Correlates of separation anxiety symptoms among firstsemester college students: an exploratory study, *Journal of Psychology*,45:135-141, 2007.
87. Silove DM, Marnane CL, Wagner R, Manicavasagar VL, Rees S. The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic. *BMC Psychiatry.* 10 Mart 2010;10:21.
88. Silove D, Alonso J, Bromet E, et al. Pediatric-onset and adult-onset separation anxiety disorder across countries in the World Mental Health Survey. *Am J Psychiatry.* 2015; 172(7): 647–656.
89. Costa B, Pini S, Martini C, Abelli M, Gabelloni P, Ciampi O, et al. Mutation analysis of oxytocin gene in individuals with adult separation anxiety. *Psychiatry Res.* 2009;168(2):87– 93.
90. Chelli, B., et al., Platelet 18 kDa Translocator Protein density is reduced in depressed patients with adult separation anxiety. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2008. 18(4): p. 249-54.
91. Pini S, Martini C, Abelli M, Muti M, Gesi C, Montali M, Chelli B, Lucacchini A, Cassano GB. Peripheral-type benzodiazepine receptor binding sites in platelets of patients with panic disorder associated to separation anxiety symptoms. *Psychopharmacology (Berl)* 181(2): 407-11, 2005.
92. Abelli M, Chelli B, Costa B, Lari L, Cardini A, Gesi C, vd. Reductions in platelet 18-kDa translocator protein density are associated with adult separation anxiety in patients with bipolar disorder. *Neuropsychobiology.* 2010;62(2):98–103.
93. Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y. The risk of early adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 56–64.
94. Otto MW, Pollack MH, Maki KM et al. Childhood history of anxiety disorders among adults with social phobia: rates, correlates, and comparisons with patients with panic disorder. *Depress Anxiety* 2001; 14: 209– 213.
95. Gittelman R, Klein D. Relationship between separation anxiety and panic and agoraphobic disorders. *Psychopathology* 1984; 17: 56–65.
96. Pollack MH, Otto MW, Sabatino S, Majcher D, Worthington JJ, McArdle ET. Relationship of childhood anxiety to adult panic disorder: correlates and influence on course. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 376–381.
97. Aaronson, C. J., Shear, K., Goetz, R. R., Allen, L. B., Barlow, D. H., White, K. S., et al. (2008). Predictors and time course of response among panic disorder patients treated with cognitive-behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(3), 418–424.
98. Klein, D. F. (1980). Anxiety reconceptualized. Early experience with imipramine and anxiety. *Comprehensive Psychiatry*, 21, 411–427.
99. Roberson-Nay, R., Eaves, L., Hettema, J., Kendler, K., & Silberg, J. (2012). Childhood separation anxiety disorder and adult onset panic attacks share a common genetic diathesis. *Depression and Anxiety*, 29, 320–327.
100. Silove D, Marnane C. Overlap of symptom domains of separation anxiety disorder in adulthood with panic disorder–agoraphobia. *J Anxiety Disord.* 2013;27(1):92–97.

101. Franz AP, Rateke L, Hartmann T, et al. Separation anxiety disorder in adult patients with obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical correlates. *Eur Psychiatry*. 2015; 30(1): 145–151.
102. Mroczkowski MM, Goes FS, Riddle MA, et al. Separation anxiety disorder in OCD. *Depress Anxiety*. 2011; 28(3): 256–262.
103. Bögels SM, Knappe S, Clark LA. Adult separation anxiety disorder in DSM-5. *Clin Psychol Rev*. 2013; 33(5): 663–674.
104. Dell’Osso L, Carmassi C, Musetti L, et al. Lifetime mood symptoms and adult separation anxiety in patients with complicated grief and/ or post-traumatic stress disorder: a preliminary report. *Psychiatry Res*. 2012; 198(3): 436–440.
105. Pini S, Gesi C, Abelli M, et al. The relationship between adult separation anxiety disorder and complicated grief in a cohort of 454 outpatients with mood and anxiety disorders. *J Affect Disord*. 2012; 143(1–3): 64–68.
106. Verduin TL, Kendall P. Differential occurrence of comorbidity within childhood anxiety disorders. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2003; 32(2): 290–295.
107. Şahin, G., Durat, G., & Şahin, S. (2019). Bipolar bozukluk hastalarında ayrılma anksiyetesi ve işlevselliğin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(1), 60-67.
108. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative: World Health Organization. 2014.
109. Ekşioğlu, S., Güleç, H., Şimşek, G., & Semiz, Ü. B. (2015). intihar girişimi bulunan duygudurum bozukluğu tanılı hastalarda mizaç özellikleri. *Türk Psikiyatri Derg*, 26, 99-106.
110. Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British journal of psychiatry*, 170(3), 205-228.
111. Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Suicide in bipolar disorder: a review. *Psychiatr Danub*. 2014;26(2):108-14.
112. Uğur, K., & Tamam, L. (2019). Bipolar bozuklukta özk. *Cukurova Medical Journal*, 44(2), 1.
113. Schaffer A, Isometsä ET, Azorin J-M, Cassidy F, Goldstein T, Rihmer Z, vd. A review of factors associated with greater likelihood of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder: Part II of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 01 Kasım 2015;49(11):1006-20.
114. Güleç G. Psikiyatrik bozukluklar ve intihar. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*. 2016; 9(3): 21-5.
115. Miniati M, Callari A, Pini S. Adult Attachment Style and Suicidality. *Psychiatr Danub*. Eylül 2017;29(3):250-9.
116. Russell PS, Nair MK, Chandra A, Subramaniam VS, Bincymol K, George B, et al.: ADad 9: Suicidal Behavior in Anxiety Disorders Among Adolescents in a Rural Community Population in India. *Indian J Pediatr* 2013; 2:175-80.
117. First, M. B., Williams, J. B., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2015). User’s guide to structured clinical interview for DSM-5 disorders (SCID-5-CV) clinical version. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

118. DSM-5 Bozuklukları (SCID-5-CV) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen için. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2018.
119. Linehan, M. M., &Nielsen, S. L. (1981). Assessment of suicideideationandparasuicide: Hopelessnessandsocialdesirability. *Journal of ConsultingandClinicalPsychology*, 49(5), 773.
120. Bayam, G., Dilbaz, N., Bitlis, V., Holat, H., Tuzer, T., (1995). SuicidalBehavior, Depression, DesperationandSuicidalIdeationRelation: A Study on ValidityandReliability of SuicidalBehaviorScale. *Kriz Dergisi* ; 3, 223-225.
121. Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord*. 1988;14(1):61–8.
122. Yazıcı M, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatr Derg*. 1998;9:114–7.
123. Hamilton M., “A ratingscalefordepression,” *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, vol. 23, pp. 56–62, 1960.
124. Akdemir, A., et al. "Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı." *Psikiyatri Psikoloji Psikiyatri Dergisi* 4.4 (1996): 251-259.
125. Young, R. C., et al. “A ratingscalefor mania: reliability, validityandsensitivity.” *The British Journal of Psychiatry* 133.5 (1978): 429-435.
126. Karadağ, Figen, et al. “Young mani derecelendirme ölçeğinin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği.” *Türk Psikiyatri Dergisi* 13.2 (2001): 107-114.
127. Cyranowski, Jill M., et al. “Adultseparationanxiety: psychometricproperties of a newstructuredclinicalinterview.” *Journal of psychiatricresearch* 36.2 (2002): 77-86.
128. Diriöz, Meliha, et al. “AyrılmaAnksiyetesi Belirtileri İçinYapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonunun Psikometrik Özellikleri/PsychometricProperties of theTurkishVersion of theStructuralClinicalInterviewforSeparationAnxietySymptoms.” *NoroPsikiyatriArsivi* 49.1 (2012): 6.
129. Silove, Derrick, et al. “Thedevelopment of theseparationanxietysymptominventory (SASI).” *Australian& New ZealandJournal of Psychiatry* 27.3 (1993): 477-488.
130. Diriöz, Meliha, et al. “Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri İle Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketinin Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenilirliği.” *Turk Psikiyatri Dergisi* 23.2 (2012): 108-116.
131. Manicavasagar, V., et al. “A self-reportquestionnaireformeasuringseparationanxiety in adulthood.” *ComprehensivePsychiatry* 44.2 (2003): 146-153.
132. Aydemir Ö, Eren Ğ, Savaş H, Oğuzhanoglu NK, Koçal N, Devrimci Özgüven H. Bipolar Bozuklukta ĞĞlevsellik Ölçeğinin Geliştirilmesi, Güvenilirlik Ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18: 344-352.
133. Gültekin BK, Kesbir S, Tamam L. Türkiye’de Bipolar Bozukluk. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar*. 06 Kasım 2014;6(2):199-209.
134. İbiloğlu AO, Çayköylü A. Bipolar-I, Bipolar-II ve Majör Depresif Bozuklukta Ayrıışan Sosyodemografik, Klinik ve Mizaç Özellikleri. *Turk Psikiyatri Derg*. 2011;22(3).

135. Azorin J-M, Kaladjian A, Adida M, Fakra E, Hantouche E, Lancrenon S. Correlates of first-episode polarity in a French cohort of 1089 bipolar I disorder patients: Role of temperaments and triggering events. *J Affect Disord*. 01 Mart 2011;129(1):39-46.
136. Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yüncü Z. Bipolar bozuklukta mizaç ile klinik özelliklerin ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg*. 2005;16(3):164–169.
137. Tunç S, Yenilmez Y, Altınbaş K. Özkiyim girişimi öyküsü olan ve olmayan bipolar bozukluk olgularının mizaç ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması/Comparison of temperament| clinical features of bipolar disorder patients with| without suicide attempt history. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2014;15(3):214.
138. Goikolea JM, Colom F, Martínez-Arán A, Sánchez-Moreno J, Giordano A, Bulbena A, vd. Clinical and prognostic implications of seasonal pattern in bipolar disorder: a 10-year follow-up of 302 patients. *Psychol Med*. Kasım 2007;37(11):1595-9.
139. Geoffroy PA, Bellivier F, Scott J, Etain B. Seasonality and bipolar disorder: a systematic review, from admission rates to seasonality of symptoms. *J Affect Disord*. 2014;168:210–223.
140. Vieta E, Colom F, Corbella B, Martínez-Arán A, Reinares M, Benabarre A, vd. Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients. *Bipolar Disord*. 2001;3(5):253–258.
141. Azorin JM, Kaladjian A, Adida M et al. Risk factors associated with lifetime suicide attempts in bipolar I patients: findings from a French National Cohort. *Compr Psychiatry* 2009; 50: 115–120.
142. Dennehy EB, Marangell LB, Allen MH, Chessick C, Wisniewski SR, Thase ME. Suicide and suicide attempts in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *J Affect Disord* 2011; 133: 423–427.
143. Sanchez-Gistau V, Colom F, Mane A, Romero S, Sugranyes G, Vieta E. Atypical depression is associated with suicide attempt in bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 120: 30–36.
144. Simon GE, Hunkeler E, Fireman B, Lee JY, Savarino J. Risk of suicide attempt and suicide death in patients treated for bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2007a; 9: 526–530.
145. Malloy-Diniz LF, Neves FS, Abrantes SS, Fuentes D, Correa H. Suicide behavior and neuropsychological assessment of type I bipolar patients. *J Affect Disord* 2009; 112: 231–236.

EKLER

EK-1: ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU



"Bipolar Bozuklukta Erişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Komorbiditesinin İntihar davranışı ve Klinik Değişkenlerle İlişkisi " isimli bir çalışmada yer almak üzere davete dilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini, olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlıklarını bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırın ve çalışmacıyla tartışın. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Çalışmamızın, öne sürülen ilişkinin gösterilmesiyle birlikte, BB gibi intihar sorununun oldukça önemli olduğu bir hastalıkta, bir komorbidite olarak ayrılma anksiyetesi bozukluğunun klinik uygulamalarda intihar riskini ön görebilme adına daha fazla önemsenmesine ve klinik gidişatı olumsuz etkiliyor olması bağlamında tanınan olarak gözden kaçırılmamasına katkıda bulunacağını düşünmekteyiz. Araştırmada, araştırmacı tarafından hazırlanmış sosyodemografik veri formu, araştırma ile ilgili anket ve ölçekler kullanılacaktır, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde bu ölçek ve formları doldurmanız beklenmektedir.

Bu araştırmaya Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniklerinde tedavisi süren, 18-65 yaş aralığında, Bipolar bozukluk 1 tanısı olan, içerme ve dışlama kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 100 hasta alınması planlanmıştır, araştırma hakkında bilgilendirilen ve araştırmaya katılmayı kabul edenler dahil edilecektir. Araştırma Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılacaktır.

Bu çalışmaya katılmamalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirsiniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu, imzalanmak için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz..

Bana önerilen araştırma yöntemi dışında başka alternatif yöntemler var mı?

Çalışmamızda Bipolar bozukluk ve intihar davranışı ve ayrılma anksiyetesi bozukluğu arasındaki ilişkiler çeşitli ölçekler aracılığıyla değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Sözel değerlendirme dışında herhangi bir girişimsel uygulama yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?

Aşağıda belirtilen ölçek ve formları doldurmanız beklenmektedir

Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri ,Yetişkin Ayrılma AnksiyetesiAnketi ,Aydınlatılmış Onam Formu

Uygulanacak Ölçekler: Sosyodemografik veri formu: Kişisel bilgilerinizin kaydedildiği formdur, **SCID-5-CV (DSM 5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinisyen için),İntihar Davranış Ölçeği,Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HADÖ),Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği,YoungMani Derecelendirme Ölçeği,Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme ,Bipolar bozuklukta işlevsellik ölçeği**

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları nelerdir, göreceğim olası bir zarar durumunda ne yapılacak ?

Araştırmada hastalığınız açısından güvenli olmayan bir müdahale ya da girişim olmayacaktır. Bu inceleme sırasında herhangi bir komplikasyon veya yan etki beklenmemektedir. Bilinmeyen etkilerden dolayı değerlendirme sırasında ortaya çıkabilecek olası bir zararın giderilmesi için gerekli her türlü tıbbi müdahale yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar tarafımızca üstlenilecektir.

Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir ?

Çalışmamızın, öne sürülen ilişkinin gösterilmesiyle birlikte, Bipolar bozukluk gibi intihar sorununun oldukça önemli olduğu bir hastalıkta, bir komorbidite olarak ayrılma anksiyetesi bozukluğunun klinik uygulamalarda intihar riskini ön görebilme adına daha fazla önemsenmesine ve klinik gidişatı olumsuz etkiliyor olması bağlamında tanısız olarak gözden kaçırılmamasına katkıda bulunacağını düşünmekteyiz.

Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir ?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. (ulaşım ve yemek paraları da dahil olmak üzere gönüllülere herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.)

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak ?

Araştırma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz araştırma boyunca hekiminiz tarafından gizli tutulacaktır..Araştırmanın sonunda, bu bilgiler hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma sonuçları araştırma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Gönüllüler nasıl korunur ?

Gönüllünün serbest iradesi ile araştırmaya dahil edileceğine dair oluru alınır ve bu durum (c) bendinde yer alan bilgilendirmeye yönelik hususları kapsayan Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile belgelenir. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu iki nüsha halinde düzenlenir.Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllüye verilir, diğeri ise araştırmacıda kalır.

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim ?

Araştırma ile ilgili bir sorunuz olduğunda ya da araştırma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI: SITAR HEZER

GÖREVİ:PSİKİYATRİ HEKİMİ

TELEFON: +905545149799

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

S.B.Ü. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, Dr. Sitar HEZER tarafından tıbbi bi araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim)..

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Sıtar HEZER'i , +90 554 514 97 99 'dan arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşenhekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih



EK-2: SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU

Sıra No:

Adı – Soyadı:

Doğum Tarihi:

Adres:

Telefon No:

Protokol No:

Tarih:

1) Yaş:

2) Cinsiyet:

3) Doğum Yeri:

1. İl/ İlçe

2. Kasaba/Köy

4) Halen yaşadığı yer:

1. İl/ İlçe

2. Kasaba/Köy

5) Öğrenim düzeyi (Okuduğu yıl):

6) Medeni hali:

1. Bekar

2. Evli

3. Dul/ boşanmış

7) Çocuk sahibi olup olmadığı:

1. Yok

2. Var(sayı.....)

8) Kardeş sayısı:

9) Sosyo-ekonomik düzey:

1. Düşük

2. Orta

3. Yüksek

10) Kiminle yaşadığı:

1. Yalnız
2. Anne ve/veya baba
3. Eş ve/veya çocuklar
4. Diğer (.....belirtiniz)

11) Çocukluk döneminde (<18 yaş) kimlerle yaşadığı :

1. Anne – baba ile
2. Diğer (.....belirtiniz)

12) 1. derece aile bireylerinden kayıp olup olmadığı :

1. Yok
2. Var (ölüm, terk edilme, boşanma.....belirtiniz)

13) Çalışma durumu:

1. Çalışmıyor
2. Öğrenci
3. Düzenli çalışıyor
4. Ara sıra – düzensiz çalışıyor

14) Ailede psikiyatrik hastalık olup olmadığı:

1. Yok
2. Var (.....belirtiniz)

15) Hastalığın başlama yaşı:

16) İlk hastalık epizodunun tipi:

1. Mani/hipomani
2. Mikst özellikli
3. Depresyon

17) Hastalık epizodu sayısı:

18) Baskın epizodun tipi:

1. Mani/hipomani
2. Mikst özellikli
3. Depresyon

19) Mevsimsel özellik gösteriyor mu?:

1. Hayır
2. Evet

20) Hızlı döngülü özellik gösteriyor mu?:

1. Hayır
2. Evet

21) Epizodlarda psikotik özellik öyküsü

1. Yok
2. Var

22) Antidepresan tedaviye bağlı manik kayma varlığı:

1. Yok
2. Var

23) İlk yatış yaşı:

24) Toplam yatış sayısı:

25) En son yatışından bu yana geçen ay sayısı:

26) EKT öyküsünün olup olmadığı:

1. Yok
2. Var

27) Hastalık seyri:

1. Epizodlar arası tam düzelme
2. Tam düzelme olmayan(kısmi işlevsellik)
3. Epizodlar arası işlevsellik kötü

28) Tedavi uyumu:

1. Düzenli ilaç kullanımı
2. Kısmen düzenli ilaç kullanımı
3. Düzensiz ilaç kullanımı

29) Kullanılan duygudurum düzenleyicisi

1. Li
2. Vlp

3. Lmt
4. İkili duygudurum düzenleyicisi
5. Uzun etkili depo AP
6. Diğer

30) Duygudurum düzenleyici dışında ek tedavi gereksinimi:

1. Yok
2. Var

31) Kullanılan ek tedavi biçimi:

0. Yok
1. Tipik AP
2. Atipik AP
3. Antidepresan
4. Antipsikotik ve antidepresan

32) Madde kullanımı:

1. Yok
2. Var

33) Alkol kullanımı

1. Yok
2. Var

34) Çocukluk çağı travmatik yaşantı

1. Yok
2. Var

35) Erişkin çağı travmatik yaşantı

1. Yok
2. Var

36) Son bir yıl içinde yakın kaybı/ölümü?

1. Yok
2. Var

37) Ek tıbbi hastalık öyküsü:

1. Yok
2. Var (.....belirtiniz)

38) Daha önce intihar girişimi olup olmadığı:

1. Yok
2. Var

39) İntihar girişimi öyküsü var ise sayısı:

40) İntihar girişimi öyküsü var ise ilk girişim yaşı:

41) İntihar girişimi öyküsü var ise en son girişimin yaşı:

42) İntihar girişimi var ise seçilen yöntem (her bir girişim için ayrı ayrı):

1. İlaç içerek
2. Ası
3. Yüksekten atlama
4. Ateşli silah
5. Diğer (.....belirtiniz)

43) Ailede intihar ya da intihar girişimi öyküsü olup olmadığı:

1. Yok
2. Var

44) İntihar şiddeti

1. Yok
2. Var

45) İntihar hangi atakta:

0. Yok
1. Mani/hipomani
2. Mikst
3. Depresyon

