



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA
YETİŞKİN AYRILIK ANKSİYETESİ
KOMORBİDİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Ali TAŞDEMİR

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Yunus Emre EVLİCE**

ADANA-2014

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasında ve uzmanlık eğitimim süresince bana yardımcı olan; Prof. Dr. Yunus Emre EVLİCE' ye, uzmanlık eğitimime katkıda bulunan Prof. Dr. Nurgül ÖZPOYRAZ' a, Doç. Dr. Gonca KARAKUŞ' a, Uz. Dr. Soner ÇAKMAK' a, emekli öğretim üyelerimizden Prof. Dr. Bekir Aydın LEVENT' e, Prof. Dr. Mehmet ÜNAL' a, tezimin hazırlanma aşamasındaki ve istatistiksel konulardaki yardımlarından dolayı Prof. Dr. Lut TAMAM' a, tüm çalışma arkadaşlarıma, desteğiyle hep yanımda olan eşim Elif, kızım Nil ve aileme teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	I
TABLO LİSTESİ.....	V
KISALTMA LİSTESİ.....	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT.....	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Bipolar Bozukluk.....	3
2.1.1. Epidemiyoloji.....	3
2.1.2.Etiyoloji	4
2.1.3.Klinik Özellikler	5
2.1.4.Ayrııcı Tanı ve Eşlik Eden Durumlar	6
2.1.5.Tedavi	7
2.2. Çocukluk Çağı Ayrılık Anksiyetesi	9
2.2.1. Epidemiyoloji.....	11
2.2.3. Etiyoloji	11
2.2.4. Klinik Özellikler	12
2.2.5. Ayrııcı Tanı.....	13
2.2.6. Gidiş ve Prognoz.....	13
2.3. Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi	13
2.3.1. Epidemiyoloji.....	15
2.3.2. Etiyoloji.....	16
2.3.3. Klinik	22
2.3.4. Ayrııcı Tanı ve Eşlik Eden Durumlar	24
2.3.5. Gidiş ve Prognoz.....	27
2.3.6. Tedavi	28
2.4. Bipolar Bozukluk ve Ayrılık Anksiyetesi.....	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. Verilerin Toplanması	31
3.2. Veri toplama Araçları	32

3.2.1. Sosyodemografik veri formu	32
3.2.2. Bipolar Bozukluk Veri Formu	32
3.2.3. Kullanılan Ölçekler	33
3.2.3.1. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I)	33
3.2.3.2. DSM-IV Eksen II bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID- II)	33
3.2.3.3. Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMÖ)	33
3.2.3.4. Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ)	34
3.2.3.5. Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ)	34
3.2.3.6. Standardize Minimental Test (MMT)	35
3.2.3.7. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği	35
3.2.3.8 Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAAA)	35
3.2.3.9. Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE)	36
3.2.3.10. Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi.. (AAB–YKG)	36
3.3. İstatistiksel İşlemler	36
4. BULGULAR	37
4.1. Sosyodemografik Özellikler	37
4.2. Ek Tanılar	40
4.3. Bipolar Bozukluk Özellikleri	45
4.4. Ölçekler	48
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	56
7. KAYNAKLAR	58
8. EKLER	69
EK-1	69
EK-2	70
EK-3	72
EK-4	75
EK-5	76
EK-6	78
EK-7	80
EK-8	82
EK-9	83
EK-10	85

EK-11.....	87
EK-12.....	88
EK-13.....	89
9. ÖZGEÇMİŞ	90

TABLO LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 1. Bipolar bozuklukla birliktelik gösteren durumların yaşam boyu prevalansı.....	7
Tablo 2. Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi tanı ölçütleri.....	23
Tablo 2 devamı. Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi tanı ölçütleri.....	24
Tablo 3. Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi Eşlik Eden Durumlar	27
Tablo 4. Bipolar Bozukluğu olan hastaların sosyodemografik özellikleri	37
Tablo 5. Bipolar Bozukluğu olan hastaların soygeçmiş ve özgeçmiş özellikleri	38
Tablo 6. Yetişkin ayrılık anksiyetesi bozukluğu olan ve olmayan bipolar hastaların sosyodemografik değişkenlerinin karşılaştırılması.....	38
Tablo 6 devamı. Yetişkin ayrılık anksiyetesi bozukluğu olan ve olmayan bipolar hastaların sosyodemografik değişkenlerinin karşılaştırılması.....	39
Tablo 7. Çocukluk ve erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyeteli bipolar bozukluklu hastaların sosyodemografik verileri, özgeçmiş ve soygeçmiş özelliklerinin karşılaştırılması.....	39
Tablo 7 devamı. Çocukluk ve erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyeteli bipolar bozukluklu hastaların sosyodemografik verileri, özgeçmiş ve soygeçmiş özelliklerinin karşılaştırılması.....	40
Tablo 8. Yetişkin ayrılık anksiyetesi olan ve olmayan bipolar bozukluklu hastaların ek tanımlar	40
Tablo 8 devamı. Yetişkin ayrılık anksiyetesi olan ve olmayan bipolar bozukluklu hastaların ek tanımlar	41
Tablo 9. Yetişkin ayrılık anksiyetesi olan ve olmayan bipolar bozukluklu hastalarda anksiyete bozuklukları ek tanımları	41
Tablo 9 devamı. Yetişkin ayrılık anksiyetesi olan ve olmayan bipolar bozukluklu hastalarda anksiyete bozuklukları ek tanımları	42
Tablo 10. Çocukluk ve erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyetesi olan bipolar bozukluk hastaların yaşam boyu ek tanımlarının karşılaştırılması.....	42
Tablo 10 devamı. Çocukluk ve erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyetesi olan bipolar bozukluk hastaların yaşam boyu ek tanımlarının karşılaştırılması.....	43
Tablo 11. Yetişkin ayrılık anksiyetesi olan ve olmayan bipolar bozukluklu hastaların kişilik bozukluğu ek tanımları	44

Tablo 12. Çocukluk ve erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyetesi olan bipolar bozukluk hastaların kişilik bozukluğu ek tanılarının karşılaştırılması	45
Tablo 13. Yetişkin ayrılık anksiyetesi olan ve olmayan hastalarda bipolar bozukluk özelliklerinin karşılaştırılması.....	46
Tablo 14. Yetişkin ayrılık anksiyetesi olan ve olmayan bipolar bozukluklu hastalarda ilaç tedavisinin değerlendirilmesi	47
Tablo 15. Çocukluk ve erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyeteli hastaların bipolar bozukluk özelliklerinin karşılaştırılması.....	48
Tablo 16. Yetişkin ayrılık anksiyetesi olan ve olmayan bipolar bozukluklu hastalarda işlevsellik düzeyi ve Hamilton anksiyete puanlarının karşılaştırılması.....	49
Tablo 17. Çocukluk ve erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyetesi olan bipolar bozukluk hastalarda işlevsellik düzeyi ve Hamilton anksiyete puanlarının karşılaştırılması.....	49
Tablo 17 devamı. Çocukluk ve erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyetesi olan bipolar bozukluk hastalarda işlevsellik düzeyi ve Hamilton anksiyete puanlarının karşılaştırılması.....	50

KISALTMA LİSTESİ

DSM-IV	:Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
DSM-V	:Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
ICD-10	:Clasification of Mental and Behavioural Disorder
YAAB	:Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu
ÇAAB	:Çocukluk Çağı Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu
Ç-YAAB	:Çocukluktan Erişkinliğe Devam Eden Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu
TSSB	:Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YAB	:Yaygın Anksiyete Bozukluğu
OKB	:Obsesif Kompulsif Bozukluk
PB	:Panik Bozukluğu
SF	:Sosyal Fobi
ÖF	:Özgül Fobi
AGF	:Agarofobi
MDB	:Major Depresif Bozukluk
BPB I	:Bipolar Bozuklu Tip 1
BPB II	:Bipolar Bozukluk Tip 2
SCID-I	:DSM-IV için yapılandırılmış görüşme ölçeği
AABE	:Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri Envanteri
YAAA	:Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi
AAB-YKG	:Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
HDÖ	:Hamilton Depresyon Ölçeği
HAÖ	:Hamilton Anksiyete Ölçeği
YMÖ	:Young Mani Ölçeği
MMT	:Minimental Test
BDT	:Bilişsel Davranışçı Terapi
SSRI	:Selective Serotonin Reuptake Inhibitors
EKT	:Elektrokonvulsif Tedavi
DDD	:Duygudurum Düzenleyici
TSPO	:Trombositlerdeki 18kDA transkolatör protein
HPA	:Hipofiz-pitüiter-adrenal

ÖZET

BİPOLAR BOZUKLUK TANILI HASTALARDA YETİŞKİN AYRILIK ANKSİYETESİ KOMORBİDİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği Bipolar Bozukluk Birimi tarafından takip edilen bipolar bozukluğu olan hastalardaki erişkin ayrılık anksiyetesi komorbiditesinin tespiti ile işlevsellik ve hastalığa etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Görüşmeler iki aşamada gerçekleştirildi; yaklaşık 45-60 dk süren ilk aşamada klinisyen tarafından Sosyodemografik Veri Formu, DSM-IV Eksen I bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I), bipolar bozukluk veri formu, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme yapıldı. İkinci aşamada hastalardan DSM-IV EksenII bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeğini (SCID-II), Bipolar Bozukluk işlevsellik ölçeğini, Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanterini, Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi Anketini doldurmaları istendi.

Bulgular: 70 BPB hastasının 38'i (%54) YAAB tanısı almıştır. YAAB tanısı alanların, 14' ü (%36) yetişkin başlangıçlı, 24' ü (%64) çocukluk çağından erişkinliğe uzanan ayrılık anksiyetesi bozukluğu olduğu bulunmuştur. YAAB olan ve olmayan bipolar hastalarda sosyodemografik değişkenler, özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Kişilik bozukluğu ek tanısına bakıldığında çocukluk başlangıçlı ayrılık anksiyetesinde yüksek oran saptanmıştır. YAAB olan BPB hastalarda yaşam boyu ÖF ek tanısı, YAAB tanısı olmayanlara göre daha yüksek oranda saptanmıştır. YAAB olan bipolar hastalarda olmayanlara göre özkıym oranı yüksek bulunmuştur. Ortalama atak sayısı, başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastane yatış sayısı, EKT tedavisi, mevsimsellik özelliği ve ilaç tedavisi açısından YAAB olan ve olmayan bipolar bozukluklu hastalar arasında fark olmadığı gözlenmiştir. HAÖ puanları YAAB eşlik eden BPB grubunda daha yüksek saptanmıştır. Damgalanma hissi ve toplam işlevsellik puanları karşılaştırıldığında YAAB olan BPB hastalarında istatistiksel olarak anlamlı denebilecek düzeyde düşük saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışma bipolar bozukluk hastalarında %54 gibi yüksek oranlarda YAAB ek tanısı aldığı ve tanı alan YAAB' lerin 1/3 erişkin başlangıçlı olduğunu göstermektedir. YAAB'nin özkıym girişimi oranı, işlevsellik düzeyi üzerinde olumsuz etkileri olduğu görülmüştür. Psikiyatrik görüşmelerde BPB hastalarında ayrılık anksiyetesi bozukluğu mutlaka sorgulanması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Ayrılık anksiyetesi, bipolar bozukluk, komorbidite

ABSTRACT

ASSESSMENT OF COMORBIDITY OF ADULT SEPERATION ANXIETY IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER

Aim: The aim of this study was establishing the comorbidity and the effects on the functionality and the illness of adult separation anxiety in patients with bipolar disorder followed up in Cukurova University Faculty of Medicine Psychiatry Outpatient Clinic

Material and Method: The interventions were completed at two steps. At the first step sociodemographic data form, Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I disorders (SCID-I), Bipolar Disorder Data Form, Hamilton Anxiety Scale, Structured Clinical Interview for Adult Separation Anxiety Symptoms were filled by clinician. At the second step Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II disorders, Functionality Scale for Bipolar Disorder, Symptom Inventory for Separation Anxiety, Survey for Adult Separation Anxiety were filled by patients

Findings: 38 (54%) of 70 bipolar disorder patients had the diagnosis of ASAD. 14(36%) of the 38 ASAD patients were adult onset, 24 of the 38 ASAD patients were childhood onset. There were no significant differences between the bipolar disorder patients with or without ASAD in the areas of sociodemographic variables, medical history or family history. There was a high ratio in the personality disorder comorbidity in the group of childhood onset separation anxiety. Life long specific phobia comorbidity in the group of bipolar disorder patients with ASAD is higher than bipolar disorder patients without ASAD. Suicide ratio is higher in the group of bipolar disorder patients with ASAD. There were no significant differences between the bipolar disorder patients with or without ASAD in the areas of number of episodes, age of onset, time for illness, hospitalisation, electroconvulsive therapy, seasonality or medical therapy. Hamilton Anxiety Scale points were higher in the group of bipolar disorder patients with ASAD. Feeling of stigmatization and total functionality degrees were significantly lower as statistically in the group of bipolar disorder patients with ASAD.

Result: This study shows 54 % of bipolar disorder patients had the diagnosis of ASAD and 1/3 of ASAD patients were adult onset. This study also shows ASAD has negative effects on suicide attempt ratio and functionality. Separation anxiety disorder must be checked during the psychiatric interviews of bipolar disorder patients

Key Words: Separation Anxiety, bipolar disorder, comorbidity

1. GİRİŞ

Ayrılma anksiyetesi temel bağlanma figüründen; ölüm, boşanma, hastalık ve diğer nedenlere bağlı olarak ayrılma sonucunda ortaya çıkan aşırı anksiyete durumudur. Bu durum sadece gerçek ayrılma durumlarında değil, ayrılma beklentisi durumunda da oluşabilmektedir. Ayrılma anksiyetesi kavramı, gelişimsel araştırmalardan ve bağlanma kuramından temel almaktadır. Bu kurama göre, bağlanma, yaşamın erken dönemlerinde başlar. Kendini korumada yetersiz olan çocuğun annesini ya da bakım veren bir erişkini yakınında tutmasını sağlayan evrimsel adaptif bir mekanizmadır. Bakım veren kişi tarafından bu anksiyete giderilir.^{1,2,3,4} Bu anksiyete özellikle 1 yaş öncesi bebeklerde, annesinden ayrıldıktan sonra gözlenir. 8. ayda başlar ve 12-15 aylarda en yüksek seviyeye ulaşır. Anksiyete 3-5 yaşlarda yatıştır. Bazen okula başlayan çocuklarda kısa süreli ve bir miktar ayrılık anksiyetesi görülebilir.⁵ Ayrılma anksiyetesi uzun sürdüğünde, şiddetli ve gelişimsel olarak uygunsuz olduğunda ya da işlevselliği engellediğinde bir ruhsal bozukluğa dönüştüğü kabul edilir.

Çocukluk çağında ayrılık anksiyetesi bozukluğu genellikle 7-8 yaşlarında saptanır.^{6,7,8} Erişkinliğe uzanmadığı varsayılır. DSM IV-TR de erişkinliğe uzanmayan bir bozukluk olarak tanımlanır. Bu tanımlama; çocukluk çağı ayrılık anksiyetesi bozukluğu olan bireylere, ileride ne olduğu ve erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyetesi olabilir mi gibi soruları akla getirmektedir. Bu sorulara cevap oluşturan çalışmalara baktığımızda, çocukluk çağı ayrılık anksiyetesinin erişkin dönemindeki birçok hastalıkla ilişkisi olduğu bulunmuştur. Özellikle panik bozukluk, agarofobi başta olmak üzere tüm anksiyete bozuklukları ile yakından ilişkili olduğuna dair çalışmalar mevcuttur.^{9,10,11,12,13} Diğer yandan çocukluk çağı ayrılık anksiyetesinin yetişkin çağda devam edebileceği ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. Bu konuda Costello ve ark., yaptıkları uzunlamasına bir çalışmayla çocuklukta başlayan ayrılma anksiyetesinin erişkinliğe uzanmadığını bildirmişlerdir.¹⁴ Foley ve ark.'nın, 3 yıllık izlem çalışmalarında, ÇAAB'si olan çocukların bir kısmında belirtilerin kaybolduğunu, çocukluk ve ergenlik ile sınırlı olduğunu savunmuşlardır.¹⁵ Manicavsagar ve ark. ise çocukluk ayrılma anksiyetesinin erişkinlik dönemine uzandığını belirtmiştir.¹⁶ Bir grup araştırmacı erişkin ayrılma anksiyetesinin çocukluktan bağımsız ilk olarak erişkinlikte ortaya çıkabileceğini ileri sürmüş ve araştırmalarıyla bu görüşü

desteklemişlerdir.^{16,17} Erişkin ayrılık anksiyetesini yaygınlığının araştırıldığı bir epidemiyolojik çalışmada yaşam boyu yaygınlığının %6.6, bir yıllık prevalansın %1.9 olduğu bulunmuştur.¹⁸ Tüm bu bilgiler erişkin ayrılık anksiyetesinin psikiyatri sınıflandırmalarında yer almasına neden olmuştur.

İlerleyen çalışmalar erişkin ayrılık anksiyetesi ile diğer psikiyatrik bozuklukların ilişkisine odaklanmıştır. Başta panik bozukluk olmak üzere diğer anksiyete bozuklukları ile ilişkisi gözden geçirilmiş. Ayrıca kronik nitelik taşıyan ve işlevselliği büyük ölçüde etkileyen bipolar bozukluk gibi hastalıklardaki rolü üzerinde de durulmuştur. Yapılan bir çalışmada duygu durum bozukluklarında %61.7, distimide %8.9, majör depresyonda %40.8, bipolar bozuklukta % 19,4 oranında erişkin ayrılık anksiyetesinin eşlik ettiği saptanmış.¹⁹ Yapılan bir çalışmada erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyetesi olan hastalarda bipolar bozukluk daha erken yaşlarda başladığı sonucu edinilmiş.¹⁶⁷ Başka bir çalışmada ise eksen I anksiyete ve duygudurum bozukluğuna eşlik eden erişkin ayrılık anksiyetesi olan hastalarda işlevsellikte düşmenin daha belirgin olduğu öne sürülmüştür.²⁰

Bu çalışmanın amacı Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği Bipolar Bozukluk Birimi tarafından takip edilen bipolar hastalardaki erişkin ayrılık anksiyetesi komorbiditesinin tespiti, işlevselliğe ve hastalığa etkisini değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk yineleyen mani, hipomani, depresyon ve karma ataklar ile karakterize bir hastalıktır.²¹ Ataklar arasında kişi hastalık öncesi işlevsellik düzeyine genellikle dönebilir.²¹ Süreğen seyir gösterir. Mesleki ve sosyal işlevsellikte bozulmaya neden olur. Yeti yitimine neden olabilir.²¹ BPB I mani ve depresyon ataklarının gözlemlendiği tipidir.²² Tip II BPB ise hipomani ve depresyon atakları ile giden BPB tipidir.²²

Manik atak en az bir hafta süren ve kişinin geçmişten beri süregelen olağan işlevsellik düzeyinin değiştiği, kendini aşırı biçimde neşeli ve iyi hissetme (öfori) ya da öfkenin hakim olduğu irritabl duygu durumu ile birlikte izlenen birbozukluktur.²² Tanı kendini büyük görme (grandiozite), uyku azlığı ya da kaybı, aşırı derecede hızlı ve araya girip durdurmanın zorlastığı biçimde (basınçlı) konuşma, bir düşünceden diğerlerine süratle geçildiği fikir uçuşmaları, dikkat dağınıklığı (distraktibilite) ile psikomotor davranışlarda artma (ajitasyon) ve zevk veren aktivitelere aşırı düşkünlük gibi tipik belirtilerin 3 ya da daha fazlasının izlenmesi durumunda konur.²²

Hipomanik atak, en az 4 gün süren, Bipolar I'in mani belirtilerine oranla daha az şiddette olan ve hastanın işlevselliği görece daha az bozan bir klinik tablodur.²²

2.1.1. Epidemiyoloji

Bipolar bozukluk için yaşam boyu prevalans % 0.7-1.6 (ort %1.2) olarak saptanmıştır.⁵ Yaşam boyu prevalans oranları BPB-1 için %0.4-1.6, BPB-2 için %0.5 olarak saptanmıştır.⁵ Duygudurum bozuklukların %18'i bipolar tip 1, %18 Bipolar tip 2 oluşturduğu söylenebilir.²³ Her ne kadar BPB en sık 20'li yaşlarda başlasa da ilk belirtilerin ortaya çıkması en sık 15-19 yaşları arasında ve ikinci olarak da 20-24 yaşları arasında olur.^{5,24,25} Kadın ve erkek arasında başlama yaşı açısından fark yoktur.^{5,26,27,28} Çalışmalarda maninin ilk başlangıç yaşı erkeklerde ortalama 24,4 yıl, kadınlarda 24,8 yıl bulunmuştur.²⁹

Ayrı ve boşanmış olmak, ailede bipolar olması, üst sosyoekonomik düzeyde olmak risk teşkil etmektedir.²¹ Irk ve etnisite açısından fark yoktur.²³

2.1.2.Etiyoloji

Birinci derece akrabalarında bipolar bozukluk olanların bipolar olma olasılığı 5-10 kat artmıştır.³⁰ Bipolar bozukluğu olan hastaların akrabalarında bipolar olma riski %4.5'tir.³⁰ Monozigotlarda 0.67, dizigotlarda 0.22 bipolar bozukluk konkordans oranı öne sürülmüştür.³⁰ Evlatlık alışmaları da genetik faktörlerin daha ön planda olduğunu göstermiştir.³⁰ DISC1, MAO-A, COMT, serotonin taşıyıcısı, BDNF, dysbindin, nöregülin, G72/G30, triptofan hidroksilaz başta olmak üzere bir çok genin etyolojide rol oynadığı çalışmalar ile gösterilmiştir.²¹² Ayrıca X,3,5,6,11,12,16,21 kromozomları ile bipolar bozukluğun genetik aktarımının olabileceği öne sürülmüştür.³⁰

Manide noradrenalin ve dopamin aktivasyonun olduğu söylenmiştir.³¹ Lityumun etki mekanizması göz önüne alındığında serotonin sisteminin de etkili olduğu söylenilebilir.³¹ Bipolar hastalarda GABA seviyelerinde azalma ve glutamat blokajının olumlu duygudurum etkileri gözlemlenmiştir.³¹ Kolinerjik / nörodranerjik sistemler arasında dengesizlik olabileceği belirtilmiştir.³⁰

Manide hücre içi sodyum düzeyinin arttığı, antikonvülzanlar ile sodyum kanallarının inhibisyonunun olduğu ve etkinliğin olduğu bilinmektedir.³⁰ Bipolar bozuklukta, hücre içi kalsiyum seviyesinin arttığı ve ikincil haberci sisteminin aktive olduğu gösterilmiştir. Bu sayede sinaptik aralığa nörotransmitter salınımı, sinaptik plastisite, hücre ölümü ve gen ekspresyonlarının düzenlendiği gösterilmiştir.³⁰

Kindling fenomeni, stresli yaşam olaylarıyla tetiklenen ilk manik ya da depresif atak sırasında oluşan bazı biyokimyasal etkilerin yapısal ve işlevsel değişikliklere yol açarak hastayı stresörlere karşı duyarlı kıldığını önerir. Duyarlılaşma, sonuçta stresör olmadan da atakların oluşmasına olanak verecektir. Bu modelle hastalık seyrinde atakların giderek sıklaşıyor olması açıklanabilmektedir.³⁰

Abraham manik atakların altta yatan depresyona karşı bir savunma düzeneği olduğunu düşünmüştür. Manik atak, depresyona yol açan katı ve baskıcı üstbenliğe (süperegoya) bir başkaldırıdır. Onun yasaklarına karşı, manik atakta yasaklarda hiçbir sınırlama kalmamaktadır.

Klein, maninin depresyona karşı bir savunma olduğu düşüncesine katılmakla birlikte, bu durumu katı süperegö yerine depresif pozisyonla açıklar. Ona göre depresif pozisyon, kişi için önemli olan bir sevgi nesnesinin kaybıyla ortaya çıkan agresyonun oluşturduğu yoğun anksiyetedir. Sevgi nesnesi olan “iyi nesne”nin korunması ve yeniden inşası amacıyla manik savunma gelişmekte, manik durumdaki omnipotans, yadsıma, idealizasyon, kurallara karşı gelme ve karşıdakini küçük görme ile kişinin, kaybedilen “iyi nesne”ye ihtiyaç duymadan da yaşayabileceği kanıtlanmaya çalışılmaktadır.

2.1.3.Klinik Özellikler

Bipolar bozukluk, yineleyici gidiş gösteren ve yineleme riski yüksek bir hastalıktır. Hastalığın ilk dönemi genellikle depresif özelliktedir. Olgulara göre yıllar içindeki seyri değişkenlik gösterir. Hastaların bir kısmı hem manik hem de depresif ataklar yaşarken, %10-20’si sadece manik ataklar yaşar.⁵

Mani atakta hastalar yükselmiş duygudurum, grandiyozite ve psişik hızlanma, motor eksitasyon ve riskli davranışlar, uyku gereksiniminde azalma ve libido artışı gibi belirtiler gösterirler. Mani atakta bazı hastalarda genellikle duygudurumla uyumlu psikotik belirtiler de gözlenebilir. Ayrıca bu ataklarda, artan dürtüsellik ve risk alma davranışı nedeniyle alkol ve madde kötüye kullanımı tabloya eklenebilir.³¹ Bipolar bozukluklu hastalarda 3 kat artmış özkıyım riski vardır.^{33,34}

Hipomanik atak genelde işlevsellikte daha az bozulmaya neden olur ve daha kısa sürer. Psikotik belirtiler genellikle gözlenmez.³⁵ Hipomanik atak kadınlarda daha sıklıkla görülür.³⁵

Depresif ataklar çökkün duygudurum, anhedoni ve ilgi kaybı, psikomotor yavaşlama ve ajitasyon, uyku-iştah düzensizlikleri gibi vejetatif belirtileri de gösteren bir dönemdir. Bu ataklarda genellikle duygudurumla uyumlu psikotik belirtiler, pseudodemans, stupor durumları eşlik eder. BPB hastalarının yaklaşık yarısında, hastalık depresif dönemle başlar. Depresif atak özkıyım riskinde artışla ilişkili bulunmuştur.

Karma atak manik ve depresif belirtilerin bir arada bulunduğu dönem olarak tanımlanır.²⁷ DSM IV her iki atak belirtilerinin tam olarak aynı anda görülmesi gerektiğini belirtse de bazı yazarlar manik atak içinde bir-iki depresif belirtinin bile bulunması durumunda karma atak tanısının koyulması gerektiğini ileri sürmektedir.^{5,36} Karma mani

tüm mani ataklarının %16-37' sini oluşturmaktadır.³⁷ Karma atak BPB I hastalarının hastalık seyri sırasında %40 oranında görülebilir. Karma atak kadınlarda daha sık görülür.³⁶ Karma atakların süresi daha uzundur ve tedavisi de daha güçtür.^{38,39} Karma atakta psikotik belirtiler, alkol madde kötüye kullanımı daha sıklıktır.^{40,41}

Hızlı döngülü kavramı bir yılda en az dört atağın ortaya çıkmasını ifade eder.²² Bu nedenle hızlı döngülü hastalarda belirtileri neredeyse hiç kaybolmaz ve sürekli işlevsellikte bozulma gözlenir.^{5,42} Karma atak geçiren hastalar genellikle siklotimik bir zemine sahiptir. Bu da çoğu hızlı döngülü olgunun BPB II olduğunu düşündürür. Karma atak kadınlarda daha sık görülür. Tedavisi manik kayma riskinin yüksek olması nedeniyle güçtür ve genellikle antikonvulzan tedaviye cevap verir. Ultra hızlı döngülü grupta; hipomanik, manik ve depresif ataklar birkaç günde bir hızla değişmektedir.⁵ Çoğunda ataklar belirli bir düzen içerisinde oluşur. Erkek hastalarda daha sık görülür.⁵

2.1.4.Ayrııcı Tanı ve Eşlik Eden Durumlar

Bipolar bozukluk olan kişiler ilk defa depresif atak tanısı ile hekime başvurabilir. Hastalar majör depresyon tanısı alabilir. Özellikle genç yaş, postpartum başlangıç, ailede bipolar öyküsü olması, antidepresan tedaviye kötü cevap, aşırı uyuma ve apati gibi belirtilerin bulunması bipolar bozukluk depresif atak için risklidir.⁴³ İlerleyen dönemde hipomanik ve ya manik atak geçirme ihtimaline karşı dikkat ile takip edilmelidirler. Tanı ancak manik veya hipomank ataklardan sonra konulabilir.

Siklotimi daha az şiddetli ve genellikle tedavi arayışına yönelenmeyi gerektirmeyen bir durumdur. Fakat siklotimik hastaların 1/3 daha sonra bipolar tanısı almaktadır.⁴⁴

Distimi de ise süregiden depresif duygudurum ile ayrılır.

Bipolar bozukluğun özellikle mani ataklarında varsanı, sanrı gibi psikoza benzer belirtiler sıklıkla gözlenir. Ayrımında geçmiş öyküdeki duygudurum atakları, atak sonrası işlevselliğin iyi olması önemli rol oynamaktadır.⁴⁵

Şizoaffektif bozuklukta da mani, depresif ataklar gözlemlenebilir. Burada ataklar arası dönemlerde psikotik belirtilerin devam etmesi ayrımında önemli rol oynar.⁴³

Sınırdaki kişilik bozukluğu ile ayrımı bazen zor olabilir. Sınırdaki kişilik bozukluğu ergenlik sonrası duygudurum belirtileri verirken, bipolarlarda duygudurum belirtileri ergenlik öncesi dönemde gözlenir. Sınırdaki kişilik bozukluğunda genelde hastalar depresif ruh

halinde gözlemlenir.⁴⁴ Olgularda belirtiler dönemsel değildir.⁴⁴ Çoğu zaman dürtüsel davranışlar, tekrarlayıcı öz kırım girişimleri, kişiler arası ilişki problemleri, düşünce ve duygulardaki ambivalanslar dikkati çeker. Bipolar hastalar gibi ötimik dönemlerdeki iyi işlevsellik düzeyi sınırdaki kişilik bozukluklarında gözlemlenmez.⁴⁴

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile ayrımında; döngüsel yapısı, başlangıç yaşı, aşırı ve yıkıcı davranışları ile ayrılır. Dikkat eksikliği 3-4 yaşında başlar. Belirtiler süreklilik gösterir. Stimulan ilaçlara iyi cevap verir.⁴³

Bipolar bozukluğu olan hastalarda madde kullanımı sıktır. Madde kötüye kullanımında belirtiler genelde madde alımına sekonder oluşur. Süreklilik gösterir. Ergenlik çağında başlar. Hipomani veya mani atağı gözlenmez.⁴⁴

Tablo 1. Bipolar bozuklukla birliktelik gösteren durumların yaşam boyu prevalansı⁴⁴

Birliktelik gösteren durumlar	BPB 1	BPB 2
Panik bozukluk	%20-29,1	%27,2-51
Agorafobi	%18,3-51,6	%28,6-54,6
Sosyal fobi	%18,5	%10,2
Özgül fobi	%47,1	%57,1
OKB	%21,7-25,2	%20,8-22,4
Yaygın anksiyete bozukluğu	%7,7-38,7	%2,1-37
Travma sonrası stres bozukluğu	%30,9	%34,3
Yeme bozuklukları	%1,6	%4,1
Madde kötüye kullanımı	%12,6-48,3	%16,3-23,7
Madde bağımlılığı	%30,4	%8,7
Alkol kullanım bozuklukları	%4,8-38	%6,1-19
Aralıklı patlayıcı bozukluk	%38,1	%22,9
Davranış bozuklukları	%59	
Antisosyal kişilik bozuklukları	%29	

2.1.5.Tedavi

Bipolar bozukluk tedavisi mani ve depresif atakların tedavisi, yeni atakların engellenmesi, ataklar arası işlevsel yönden düzelme sağlanmasını içerir.⁴⁴

Mani atakta sıklıkla yargılama bozukluğu nedeniyle acilen hastaneye yatırma veya yoğun ayaktan sağaltıma karar vermeyi gerektirir. Her görüşmede özkıym riski değerlendirilmeli, güvenlik konusunda dikkatli olmalıdır. Tedavide işbirliğinin arttırılması, hasta ve ailesinin eğitimi önemli rol oynamaktadır.⁴⁶ Duygudurum düzenleyicilerin tek başına verilmesi ya da kombinasyon tedavilerine karar vermek için atağın şiddeti göz önde bulundurulmalıdır. Şiddetli mani durumlarında ve karma ataklarda kombinasyon tedavileri öncelikli olmalıdır.⁴⁶ Özellikle hafif ve orta mani atak tedavisinde lityum, valproik asit gibi duygudurum düzenleyicileriyle olanzapin kombinasyonu iyi bir seçenektir.⁴⁶ Akut mani durumlarında A sınıfı duygudurum dengeleyiciler olan; lityum, valproik asit, olanzapin, klorpromazin, ketiapin, risperidon, aripiprazol, uzun salınlı karbamezapin, ziprasidon gibi ilaçlar tercih edilmelidir.⁴⁶ Bu ilaçların tercihlerinde tolerans ve hasta tercihi dikkate alınmalıdır. Alternatif olarak; klozapin, klasik antipsikotikler, lamotrijin ve okskarbazepin kullanılabilir.⁴⁶ Eksiyasyonu olan hastalarda duygudurum dengeleyicilere ek olark tipik veya atipik antipsikotiklerin başlanması gerekebilir.⁴⁷ Ayrıca oral alımı sorunlu olan hastalarda kas içi enjeksiyon antipsikotik ilaçlar uygulanabilir. Gerekirse benzodiazepinler tedaviye eklenebilir.⁴⁷

Depresif atağın maniyeye göre tedavisi daha güç olduğu bilinmektedir. Klasik antidepresanların bipolar depresyonda kullanımı ile ilgili yeteri kadar çalışma yoktur. Ayrıca döngü hızlanması, ya da manik kayma riskinden dolayı kullanımından kaçınılması konusunda fikir birliği oluşmuş durumdadır. Klasik antidepresan tedavisini içermeyen ve güvenli sayılan B sınıfı duygudurum düzenleyicilerinin kullanılması önerilmiştir.⁴⁶ Akut dönemde olanzapin-fluoksetin kombinasyonu önerilmiştir.⁴⁶ Ayrıca alternatif olarak lamotrijin, lityum, ketiapin ve diğer antipsikotiklerin kullanılması önerilmektedir.⁴⁶ Bipolar II depresif atak tedavisinde de benzer ilaçlar önerilmiştir.⁴⁶ Gerektiğinde atipik antipsikotik, bupropion veya SSRI, tiroid hormonları tedaviye eklenebilir.⁴⁶

Süredürüm tedavisi ise tedavi edilen atağa göre değişiklik gösterebilmektedir. Mani atak sonrası süredürümde lityum, valproik asit, karbamezapin, olanzapin ve diğer atipik antipsikotikler düşünülmelidir.⁴⁶ Depresif atak sonrası lityum, lamotrijin, olanzapin-fluoksetin kombinasyonu öncelikli tercihler arasında olması gerektiği belirtilmiştir.⁴⁶ Gerektiğinde atipik antipsikotik, bupropion veya SSRI, tiroid hormonları tedaviye eklenebilir.⁴⁶

Elektrokonvülsif tedavi hezeyanlı, stuporlu ve yoğun süisidal düşüncesi olan depresif ataktaki hastalarda, ilaç tedavisinden yarar görmeyen bipolar hastalarda ve hızlı döngülü bipolar hastalarda kullanılabilir.⁴⁷

Psikoeğitim başta olmak üzere, kişiler arası ve sosyal ritim tedavisi, kişiler arası tedavi, bilişsel davranışçı tedavi, aile odaklı tedaviler uygun vakalarda uygulanması olumlu sonuçlar vermiştir.

2.2. Çocukluk Çağı Ayrılık Anksiyetesi

Ayrılık anksiyetesi sıklıkla çocukluk yıllarında gözlenen bir dizi anksiyete belirti kümesi olarak tanımlanır.²² Anormal bağlanma yaşantılarına sahip çocuklarda gözlenen patolojik stresi tanımlamak için de kullanılır.⁴⁸ Ayrılma anksiyetesi geleneksel olarak bir çocukluk çağı psikiyatrik bozukluğu olarak kabul edilmiştir. Bu bozukluk kavramsal olarak köklerini bağlanma kuramından almaktadır. Kişinin bağlanma figüründen ayrılması üzerine anksiyete yaşanması erken çocukluk esnasında var olan gelişimsel bir mekanizma olarak kabul edilmektedir.^{2,3,49} Bakım verenden ayrılma sırasında yaşanan bu anksiyete, evrimsel açıdan, savunmasız çocuğun bakım verene yakın mesafede kalmasını sağlayan uyumsal bir mekanizma olarak görülmektedir.^{2,3} Bu mekanizma çocuğu tehlikeden korur.^{3,49,50} Bağlanma ilişkileri güvenli ve tutarlı olduğunda, ayrılık sonrası oluşan anksiyete yoğunluğu ve süresi daha az olmaktadır. Anksiyetenin yoğun ve uzamış olması bağlanma güçlüğünün olduğunu gösterir.

Bağlanma kuramına göre bakım veren ile güvenli bir ilişki sağlandığında çocuk bakım verenden aldığı destek ile huzurlu ve rahat hisseder. Oluşan bu güven duygusu bağlanma figürlerinden sonra oluşan anksiyete ile başa çıkmada geliştirdiği örüntülere bağlıdır. Çocuğun bakım veren ile yaşadığı ilişki ambivalan olduğunda hissedilen anksiyete yoğun olmaktadır. Bakım veren ile kurulan erken ilişkinin önemli olduğu düşünülmektedir.^{2,3,4,51} Çocuğun ileriki yıllarda kuracağı ilişkilerin öncülünü temsil etmektedir. Erken bağlanma ilişkisinin niteliği zayıf olduğunda yaşamın ileriki yıllarında çeşitli psikopatolojiler ve kişiler arası ilişkilerde güçlükler oluşabilmektedir.^{52,53}

Bebekler doğum sonrası ilk yılında bakım veren kişiden (muhtemel anne) ayrı kaldıklarında ayrılma anksiyetesi sergilerler. Bu anksiyete 3-5 yaşlarında yatıştır. Bazen okula başladığı ilk günlerde de bir miktar gözlenebilir. Bu anksiyete gelişimsel açıdan

uygunsuz ve aşırı olursa bir bozukluktan bahsedilmektedir.⁵ Bu anksiyete çocuğun günlük aktivitelerini ve gelişimsel görevlerini yerine getirmesini önemli ölçüde engellemektedir. Bozukluğun başlangıç yaşı 7-8 yaş civarındır.⁵⁴

Çocukluk çağı ayrılık anksiyetesi bozukluğu, DSM-IV'te "Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk, ya da Ergenlik Dönemi'nde Tanısı Konan Bozukluklar" arasında yer almaktadır.²² Tanı ölçütleri şu şekildedir:

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

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

(2) Bağlandığı başlıca kişileri yitireceğine ya da onların başına bir iş geleceğine ilişkin sürekli ve aşırı bir kaygı duyma,

(3) Kötü bir olayın, bağlandığı başlıca kişiden ayrılmasına yol açacağına ilişkin sürekli ve aşırı bir kaygı duyma,

(4) Ayrılma korkusundan ötürü, sürekli olarak, okula ya da başka bir yere gitmek istememe ya da gitmeyi reddetme,

(5) Tek başına evde kalma, evde bağlandığı başlıca kişiler olmaksızın kalma ya da kendisi için önemli erişkin insanlar olmadan diğer ortamlarda bulunma konusunda isteksizlik gösterme ya da bu konuda sürekli ve aşırı bir korku duyma,

(6) Bağlandığı başlıca kişinin yakınında olmadan ya da evin dışında uyuma konusunda sürekli bir isteksizlik gösterme ya da uyumayı reddetme,

(7) Ayrılma konusunda sürekli kâbus görme,

(8) Bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da böyle bir ayrılma beklendiğinde yineleyici bir biçimde fiziksel yakınmalar getirme (baş ağrıları, karın ağrıları, bulantı ya da kusma gibi).

B. Bu bozukluğun süresi en az 4 haftadır.

C. Başlangıcı 18 yaşından önce olur.

D. Bu bozukluk klinik açıdan önemli bir sıkıntıya ya da toplumsal, okulda (mesleksenel) ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

E. Bu bozukluk sadece bir yaygın gelişim bozukluğu, şizofreni ya da diğer bir psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve agarofobiyle giden panik bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz.

Varsa Belirtiniz: *Erken Başlangıçlı*: Başlangıcı 6 yaşından önce olursa.²²

2.2.1. Epidemiyoloji

Ayrılık anksiyetesi sıklıkla 7-8 yaşlarda gözlenmektedir fakat okul öncesi dönemde de olabileceği bilinmektedir. Araştırmalar ergenlikte sıklığının daha az olduğu göstermektedir.^{55,56} Çalışmalar çocukluk çağı ayrılık anksiyetesi sıklığının %3-5 oranında olabileceğini bildirmiştir.^{57,58,59}

2.2.3. Etiyoloji

Ayrılık anksiyetesi bağlanma kuramı temel olarak açıklandığında, temel bağlanma figürünün ve bağlanma ilişkisinin etyolojide rol alabileceği ön görülmüştür. Ebeveyn tutumlarının ve bağlanma biçimlerinin önemi ön plana çıkmıştır. Güvenli bağlanma ilişkisine sahip çocuklar ebeveynleri yanlarında olmasa da kendilerini güvende ve rahat hissederler. Bu da çocuğun iyi işlevsellik düzeyine sahip olmasına ve gelişimsel basamakların doğal ilerleyişine katkıda bulunur. Güvensiz bağlanma ilişkisine sahip çocuklar ise ebeveynlerinden ayrılmakta güçlük yaşarlar ve yoğun anksiyete hissederler. Ayrılık anksiyetesi sahip çocukların güvensiz bağlanma stiline sahip olduğu söylenilebilir.⁶⁰ Ebeveynler yokluklarında çocuklarının kendilerini güvende hissetmelerine yardımcı olacak uygun başa çıkma stillerini öğretmeleri gerekmektedir. Ebeveynlerin endişeli bir yapıya sahip olmaları çocukların fobik tepkiler vermesinde etkili olmaktadır. Bunu tehlikeler karşısında ebeveynlerin abartılı bir şekilde çocuklarını korumaya alarak anksiyeteli olmayı öğrettiği ve pekiştirdiği öne sürülerek açıklanmıştır.⁵

Biyolojik etkenler, genetik etkiler ve hastalık öncesi mizaç özelliklerinin ayrılık anksiyetesi etiyolojisine katkıda bulunabileceği ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışma sonuçları farklı sonuçlar vermiştir. Tüm bu çalışmaların sonuçları özgül bir

anksiyete bozukluğundan çok, tüm anksiyete bozuklukları ile ilişkin genetik bir yatkınlığın varlığını ortaya koymaktadır.⁶¹

2.2.4. Klinik Özellikler

Ayrılık anksiyetesinde temel özellik bakım verenden, evden ya da diğer bir tanıdık çevreden ayrılmanın başlattığı aşırı anksiyetedir.²² Çocuğun anksiyetesi panik düzeyine ulaşabilir. Çocuğun yaşadığı anksiyete, çocuğun gelişimsel düzeyi için beklenenden daha fazladır ve başka bir bozuklukla açıklanamamaktadır. Fobiye benzer olmakla birlikte belirli sembolik bir nesneye yönlendirilmemiştir. Aşırı korkular, zihin uğraşları ve ruminasyonlar ayrılık anksiyetesinin özellikleridir. Çocuklar bakım verenlerden uzaktayken onların başına kötü bir şey geleceği ve zarar görecekları konusunda aşırı bir korku yaşamaktadır. Çocuklarda kendilerinin de kaybolacağı, kaçırılacağı ve bir daha ebeveynlerini göremeyeceklerine ilişkin korkulara sıklıkla rastlanmaktadır.²² Ergenler ise daha çok evden ayrılırken huzursuzluk sergilemek, tek başına yapılan aktiviteler ya da toplumsal ve eğlencesel aktivitelere katılacaklarında annelerini de yanlarında istemek gibi davranış örüntüleri ayrılma anksiyetesini yansıtabilmektedir.⁵

Çocuklardaki ayrılma anksiyetesi sıklıkla ailesinden veya evden ayrılmak zorunda kaldığında ortaya çıkar. Çocuk yeni bir okula, kampa veya hatta bir arkadaşının evine gitmeyi reddeder. Huzursuzluk, iştahsızlık, ebeveynlerin yanından ayrılmak istememe, sürekli ebeveynlerini takip etme isteği, yalnız kalamama gibi davranışlar gözlenir. Anneler çocuklarını ‘yapışkan’ olarak nitelendirir. Yeni duruma ve ortama uyum sağlamakta büyük güçlük çekerler ve güvende hissettiği ortama dönme hayali kurarlar. Uykuya dalıncaya dek yakınında ebeveynlerinin kalmasını isterler. Ayrılma temalı kabuslar görürler.²² Sıklıkla gastrointetinal sistem belirtileri (bulantı, kusma, karın ağrısı) ya da boğaz ağrısı ve grip benzeri belirtiler görülebilir. Daha büyük çocuklarda çarpıntı, baş dönmesi, baygınlık ve boğulma hissi gibi kardiyovasküler ve solunumsal belirtiler de bildirilmiştir.⁶⁰

2.2.5. Ayrıcı Tanı

Yaygın anksiyete bozukluğundan farkı, ayrılık anksiyetesinde anksiyete ayrılma üzerine odaklanmamıştır. Yaygın anksiyete bozukluğunda ise tüm işlevsellik gösterilen alanların hepsi ile ilgili anksiyete vardır. Ayrıca çocukluk çağında yaygın anksiyete bozukluğu nadiren gözlenir. Yaygın gelişimsel bozukluklar ve şizofrenide, bozuklukların neden olduğu ikincil bir durum olarak görülmektedir. Panik bozukluğunda ise anksiyete panik atak geçirmeye odaklanmıştır. Karşıt gelme bozukluğunda okuldan kaçmaya sıklıkla rastlanır, buradaki kaçmalar eve giderek anksiyeteyi yatıştırma amacı taşımaz. Çocuklar ayrılma ile anksiyete hissetmezler. Okul reddi, ayrılık anksiyetesinde sıklıkla rastlanan bir belirtidir fakat ona özgül bir belirti değildir. Fobi gibi diğer tanılara sahip çocuklarda da okul reddi olabilir. Okul reddinde başlangıç yaşı daha geç olabilir ve çok daha şiddetlidir.^{5,22,60}

2.2.6. Gidiş ve Prognoz

Akut başlangıca sahip bazı çocuklar ve okula gitmeyi başarabilen küçük çocuklarda prognoz daha iyidir. Uygun ebevyn tutumları ve tedavi öneriler ile tamamen düzelebilir. Bazı çocuklarda daha kronik ve ısrarcı bir gidiş gözlenmektedir. Geç başlangıç, eşlik eden komorbid başka ruhsal hastalık ve ailevi yüklülüğün bulunması prognozu kötü etkiler. Ayrıca ayrılık anksiyetesi olan çocukların başta anksiyete bozukluğu olmak üzere yetişkinlik döneminde birçok psikiyatrik hastalık için öncül olabileceği söylenmiştir.^{9,16,60,62,63,64} Bazı izlem çalışmaları, ayrılık anksiyetesine bağlı olan okul reddi için tedavi gören çocukların okula dönmelerine karşın önemli sosyal ve affektif güçlüklerin sürdüğünü göstermiştir.^{65,66}

2.3. Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi

Ayrılık anksiyetesi uzun zamandır çocukluk ve adölesan zamanında olan bir durum olarak kabul edildi.²² DSM-IV ve ICD-10 bu bozukluğun 18 yaş öncesi oluştuğunu

vurguladı. Çocukluk çağı boyunca sürebileceğini ve yetişkinlik döneminde başlamayacağını ve adölesan dönemde nadiren olabileceği belirtildi.²² Tüm bu önermelere, kaynak gösteremeyen tanı klavuzlarına karşı yapılan araştırmalar aksi sonuçlar ortaya çıkarmıştır.⁶³ Zamanla bu bozukluğun juvenil ve erişkin formlarının olabileceği öne sürülmüştür.⁶³ 1990 yıllarından sonra bu alanda yapılan çalışmalar erişkin ayrılık anksiyetesinin ayrı bir tanı olarak yer almasına yardımcı olmuştur. 2013 yılında yenilenen DSM-5 tanı klavuzunda ayrılık anksiyetesinde yer alan yaş sınırlaması kaldırılmıştır.

Yetişkin ayrılık anksiyetesi bireyin güçlü emosyonel bağlar ile bağlandığı yer veya kişiden ayrıldıktan sonra oluşan anksiyete olarak tanımlanmıştır.¹⁹ Buradaki bağlanma çocuğun annesine bağlanmasına benzer.¹⁹ Erişkinlerde sıklıkla eş veya partnere bağlanma gözlenir.¹⁹ Erişkin ayrılık anksiyetesi 18 yaş öncesi başlayan ayrılık anksiyetesinin devamı veya erişkin yaş başlangıçlı olabilir. Evden ayrılma, çocuk sahibi olma ve duygual bir ilişki yaşamanın başlatıcı bir faktör olduğu ileri sürülmüştür.⁶² Yapılan bir prospektif çalışmada erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyetesinin başlangıç yaşının 20 yaş ve üzeri olduğu vurgulanmıştır.⁶⁷ Aynı çalışmada ayrılık anksiyetesinin genel olarak 2-20 yaş arasında başladığı saptanmıştır.⁶⁷ Klinik hastaları ile yapılan bir çalışmada erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyetesinin başlangıç yaşının ortalama 23,1 olduğu, ÇAAB olgularının ortalama başlangıç yaşının 8,3 olduğu tespit edilmiştir.²⁰ Yapılan epidemiyolojik çalışmada ise çocuklu çağı ayrılık anksiyetesinin erken çocukluk döneminde başladığı, çocukluk çağından başlayıp erişkinliğe uzanan ayrılık anksiyetesinin 10'lu yaşlarda başladığı, erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyetesinin ise 20'li yaşlarda başladığı vurgulanmıştır.¹⁸ Aynı çalışmada yaşam boyu YAAB tanısı konulan hastaların %77,5'nin ve 12 aylık periyodda YAAB tanısı alan hastaların %75,2'in erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyetesi olduğu saptanmıştır.¹⁸ Yapılan klinik bir çalışmada erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyetesi ile çocukluk çağından erişkinliğe kadar devam eden ayrılık anksiyetesinin benzer oranlarda olduğu tespit edilmiştir.²⁰ Diğer 2 klinik çalışmada erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyetesinin tüm ayrılık anksiyetesine olan oranının 1/4, 1/3 olarak saptanmış.^{13,64} Okula başlama sonrası oluşan anksiyete ile ilgili yapılan bir çalışmada 72 kişinin 16'sının YAAB olduğu tespit edilmiş.⁶⁸ ÇAAB geliştirme oranın YAAB'a göre 8 kat fazla olduğu bulunmuş. Ayrıca YAAB tanısı alanların %25 erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyetesi olduğu tespit edilmiş.⁶⁸

Tüm bu çalışmalar YAAB tanısı alanların bir kısmının erişkin başlangıçlı olabileceğini göstermiştir. Klinik çalışmalarda YAAB'lı olgularda erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyetesinin oranının %25-50 oranında olduğu, geniş çaplı çalışmalarda ise bu oranın %75 lere yükseldiği görülmektedir.

2.3.1. Epidemiyoloji

2006 yılında yapılan epidemiyolojik çalışmada yaşam boyu tahmini prevelansın ÇAAB için %4.1, YAAB için %6,6 olduğu tespit edilmiştir.¹⁸ Aynı çalışmada erişkin başlangıçlı YAAB'ın yaşam boyu prevelansının %1.5 olduğu tespit edilmiştir.¹⁸ 18-44 yaş aralığındaki kişilerdeki tahmini yaşam boyu YAAB görülmeoranını %5.2, bir yıllık prevalans oranını %0.9 olarak bildirmiştir.⁶⁹ Küçük bir örnekleme 60 yaş üstü geriyatrik grupta YAAB sıklığı %6 bulunmuştur.⁷⁰ Yaş ve eğitim görme yılı arttıkça YAAB oranı azalmaktadır.¹⁸ Ayrılmış veya dul olanlarda YAAB oranı evli veya ilişkisi olanlara göre yüksek saptanmıştır.¹⁸ Herhangi bir işte çalışmayanlarda YAAB oranı diğer gruplara göre (emekli, çalışan, öğrenci) daha yüksek saptanmıştır.¹⁸ Buna karşılık yapılan klinik bir çalışmada YAAB'ın evlilik durumu, işsizlik ve eğitim düzeyi ile ilişkisinin olmadığı belirtilmiştir.²⁰ %42.4 anksiyete ve duygudurum bozukluğu olan hasta grubunda yapılan klinik çalışmada hastaların, %20,7 ÇAAB, %21,7 erişkin başlangıçlı YAAB tespit edilmiştir.

ÇAAB özellikle kamlarda fazla olduğu, YAAB'da cisiyet farkının azaldığı gözlenmiştir.¹⁸ Erişkin başlangıçlı YAAB'ın erkeklerde daha fazla olduğu rapor edilmiştir.^{13,18}

Ayrılık anksiyetesinin kültürel yapıdan etkilendiği öne sürülmüştür. Bireysel olmaktansa topluluk halinde yaşayan toplumlarla ayrılık anksiyetesinin daha fazla ilişkili olduğu öne sürülmüştür.⁷¹ Bireysel kültürün daha ön planda olduğu batı toplumlarında anneden ayrıldıktan sonra görülen anksiyetesinin daha sık olduğu düşünülmüştür. Fakat ayrılık anksiyetesinin bireysel olmaktansa bağımlı olmayla daha ilişkili olduğu belirtilmiştir.^{72,73} Toplulukçu kültürde bağımlılığın daha fazla olduğu bilinmektedir. Doğu toplumlarının bu yapıya sahip olduğu düşünülmektedir. Bu tarz toplumlarda anneden ayrılma anksiyetesinin, annenin kendini farklılaştırması ile ilişkili olduğu gözlenmiştir.

Toplumdan farklılaşma ve otonomi kazanmanın ayrılık anksiyetesinde önemli olabileceği ileri sürülmüş.^{72,73}

2.3.2. Etyoloji

Ayrılık anksiyetesi oluşumu bağlanma kuramından köken alır. Bu kurama göre bağlanma figüründen ayrıldıktan sonra oluşan stresle başa çıkma biçimi, çocuğun duygularını düzenlemede ve güven duygusunu hissetmede ana rol oynar. Bu kurama göre ilk oluşan bağlanma biçimi içselleştirilir ve bundan sonra oluşacak bağlanma biçimleri için temel oluşturur. Bu nedenle anne-bebek arasında oluşan bağlanma biçimi çok önemlidir. Sorunlu ve zayıf bağlanma biçimleri ilerde oluşabilecek psikopatolojilerden sorumludur.⁵³ YAAB tanısı konan hastaların annelerinin aşırı koruyucu olduğu saptanmıştır. Bu da anksiyöz bağlanma biçimine neden olmaktadır.⁷⁴ Yapılan araştırmalarda anksiyöz bağlanma biçiminin ayrılık anksiyetesi ile olan ilişkisinin, panik bozukluk ile olan ilişkisinden daha güçlü olduğu gösterilmiştir.⁷⁵

YAAB'nun ailevi yüklülüğü ile yapılmış bir çalışma yoktur. Yapılan araştırmalar genelde ÇAAB üzerine yoğunlaşmıştır. ÇAAB olguların birinci ve ikinci derece akrabalarına yüksek oranda ÇAAB saptanmıştır.⁷⁶ Ayrılık anksiyetesi belirtileri fazla olan çocukların kardeşlerinde okul reddinin sık olduğu gözlenmiştir.⁷⁷ ÇAAB olan olguları ailesinde panik bozukluk sıklığı, annede anksiyöz kişilik özellikleri sıklığı ve kardeşlerde ÇAAB olma sıklığı yüksek bulunmuştur.^{78,79} Annede olan YAAB ve fobik anksiyete ile çocuklarında bulunan ayrılık anksiyetesi belirtilerinin şiddeti ile anlamı kolerasyon olduğu gösterilmiştir.^{73,80} Yapılan bir çalışmada ÇAAB olan hastaların en az bir ebeveyninde %63 oranında YAAB, %47 oranında anksiyete bozukluğu, %42 oranında depresif bozukluk olduğu saptanmıştır.⁸¹ Ailevi birliktelikte özellikle anne-kız evlat arasındaki ilişkinin daha güçlü olduğu gösterilmiştir.⁶³ ÇAAB olan ve olmayan olguların ebeveynlerini inceleyen bir çalışmada, evlatlarında ÇAAB olan ebeveynlerinde daha çok OKB, MDB, SF, ÖF olduğu saptanmıştır.⁸² OKB ve sağlıklı kontrol grubunun akrabalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, OKB hastaların akrabalarında dah yüksek oranda YAAB, YAB, PB, AGF ve MDB olduğu gösterilmiştir.⁸³ Benzer bir çalışma anoreksia nervoza tanılı olan hastaların aileleri ve normal popülasyon karşılaştırılarak yapılmıştır. Anoreksia nervozalı hastaların akrabalarında sadece YAAB değil tüm anksiyete bozuklukları daha yüksek oranda olduğu

saptanmıştır.⁸⁴ Sonuç olarak yapılan çalışmalarda ÇAAB ailevi yüklülüğü ile ilgili kesin kanıtlar sunmamakta ve YAAB ile ilgili bilgi vermemektedir. Tüm bu çalışmalardan ÇAAB ile hastaların ebeveynlerindeki psikopatolojiler arasında ilişki olduğu sonucu elde edilebilmektedir. Fakat ÇAAB bir kısmının YAAB devam ettiği ve bağlanma kuramına göre benzer ruhsal dinamikleri olduğu düşünüldüğünde bu çalışmaları YAAB ailevi yüklülüğü konusunda sınırlı bilgiler verdiği düşünülebilir.

Ayrılık anksiyetesinin tanısında kullanılabilecek tanımlanmış bir biyolojik işaretleyici yoktur. Anksiyete bozukluklarında (OKB hariç) akut veya kronik strese anksiyete hallerinde, TSPO (Trombositlerdeki 18kDA transkolatör protein, eski adıyla periferik tip benzodiazepin reseptör bağlanma yerleri) yoğunluğunun değiştiği gösterilmiştir. Yapılan bir araştırmada panik bozukluk ve ayrılık anksiyetesi birlikteliğinde sağlıklı gruba göre anlamlı derecede TSPO düzeyi düşük saptanmıştır.⁸⁵ Bipolar bozukluğu olan ve YAAB eşlik eden hastalarda da TSPO düzeyleri diğer gruplara göre düşük saptanmıştır. MDB olan 40 ayaktan hasta üzerinde yapılan çalışmada YAAB eşlik eden MDB hastalarda sadece MDB olan hastalara oranla daha düşük seviyede TSPO saptanmıştır.⁸⁶ Bu çalışmaların tamamında TSPO düzeyinin özellikle eşlik eden psikopatolojilerden dolayı özgül olmayan biyolojik işaretleyici olduğu belirtilmiştir.

HPA (hipofiz-pitüiter-adrenal) eksenin erken yaşta ebeveyn kaybı ve ebeveynden ayrılma durumlarında aktive olduğu kalıcı etkiler yarattığı bilinmektedir.^{87,88} Yetişkinlerde de ayrılık durumlarında oluşan anksiyete ile kortizol yanıtı arasında ilişki olduğu gösterilmiştir.⁸⁹ ÇAAB'da HPA aksında kalıcı değişiklikler olduğu bilinmektedir.⁹⁰

Panik bozuklukta CO₂ hipersensitivitesinin olduğu bilinmektedir. Çocukluk çağı ayrılık anksiyetesinin PB için öncül olduğu düşünülmektedir. Ayrıca PB hastalarında yüksek oranda ayrılık anksiyetesinin eşlik ettiği bilinmektedir.^{91,92} Bu bilgilerden yola çıkarak 104 çocuk üzerinde yapılan bir çalışmada CO₂ hipersensitivitesinin ayrılık anksiyetesi olanlarda yüksek olduğu saptanmıştır.⁹³ 135 ailenin ve 212 çocuğun katıldığı bir çalışmada, ÇAAB olan çocuklar ve ebeveynlerinde PB olan çocukların CO₂ maruziyeti sonrası daha sık anormal solunum fizyolojisi bulguları verdiği gösterilmiştir.⁹⁴ Norveçte yapılan ikiz olguların değerlendirildiği bir çalışmada ÇAAB ve yaşam boyu PB ilişkisinin %89 oranında kalıtsal bir boyutu olduğu ve her iki grupta CO₂ hipersensitivitesinin altta yatan değişken olduğu idda edilmiştir.⁹⁵ Tüm bu sonuçlara göre CO₂ hipersensitivitesinin

ayrılık anksiyetesi ve panik bozukluk için özgül biyolojik belirteç olabileceği düşünülmüştür.

Annenin kayıp ve travmalarının, çocukta bağlanma sorunlarına neden olmasında DRD4 7 tekrarlıma polimorfizminin aracılık ettiği gösterilmiştir.⁹⁶ Bunu ÇAAB oluşumunda rol oynayabileceği diğer çalışmalar ile desteklenmiştir.^{97,98} DRD2 dopamin reseptör gen polimorfizminin anksiyöz bağlanma, 5HT2A serotonin reseptör genin polimorfizmin kaçınan bağlanma ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir.⁹⁹

Oksitosin sosyal bağların gelişmesinde rol oynadığı bilinmektedir. Bu nedenle ayrılık anksiyetesi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Olumlu bağların kortizon ve oksitosin düzeylerini dengelediği bilinmektedir.¹⁰⁰ Yapılan genetik bir çalışmada oksitosin prohormon bölgesi ve promoter bölgenindeki mutasyonlar, polimorfiziler incelenmiştir. Hastalar MDB+YAAB, MDB ve kontrol grubu olarak 3 ayrılmıştır. Her 3 gruptaki polimorfizim oranlarının birbirine yakın olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlara göre oksitosinin sadece ayrılık anksiyetesinde değil OKB, otizm, MDB gibi bir çok hastalıkta rol oynadığı bildirilmiştir.¹⁰¹

Yapılan bir çalışmada Ala 147 Thr adlı taşıyıcı proteinin ayrılık anksiyetesi ile ilişkili olabileceği belirlenmiştir.¹⁰²

Sadece ayrılık anksiyetesi olmamak kaydıyla tüm anksiyete bozukluklarında özellikle YAAB, SF'de Williams Sendromunun ilişkili olduğuna dair bulgular gösterilmiştir.¹⁰³

TSPO, oksitosin düzeyleri ve CO₂ hipersensitivitesi gibi fizyolojik belirteçlerin varlığı bağlanmanın altında yatan biyolojik etmenler olduğunu, bunlarda olan disregülasyonun çevresel etmenler varlığında (bakıcının ayrılması, yüksek oranda CO₂ solunması, savunmasız hissettirebilecek yaşantılar) klinik tabloya neden olabileceği vurgulanmıştır.^{20,86}

YAAB'nun genetik geçişi ile ilgili çalışmalar yoktur. Monozigot ve dizigot çocuklarda yapılan çalışmada yaşam boyu ayrılık anksiyetesi prevalansının yüksek olduğu saptanmıştır.^{104,105,106} Monozigotlardaki oran daha yüksek bulunmuştur. Özellikle kız çocuklarda oranları yüksek oluşu dikkati çekmiştir.¹⁰⁷ Bu sonuçlara rağmen çevresel etkinin önemli olduğuna dikkat vurgulanmıştır.¹⁰⁸

İkiz olgularda yapılan bir çalışmaya göre ÇAAB %28-30, ergenlerde PB %41-48 oranlarında olduğu rapor edilmiş. Kalıtım ile ilgili oranların panik bozukluk ve ayrılık anksiyetesinde benzer olduğu vurgulanmıştır.¹⁰⁹

Tüm bu kalıtsal etkinin sadece ayrılık anksiyetesinde olmadığı, diğer anksiyete bozukluklarında da olabileceği, kalıtımın hastalığa küçük katkısı olduğu düşünülmüştür.¹¹⁰ Ayrılık anksiyetesi oluşumunda kalıtsal etkinin başlatıcı bir rol oynadığı, kadınlarda bunun daha belirgin olduğu söylenilebilir.

Ayrılık anksiyetesinin oluşumunda annede olan ayrılık anksiyetesinin katkısı olabileceği düşünülmüş. Buna yönelik ölçekler (maternal separation anxiety scale) geliştirilmiştir.¹¹¹ Bu ölçekte annenin çocuktan ayrıldıktan sonra hissettiği suçluluk, üzüntü, çocuğun adaptasyon ile ilgili annenin inançları, annenin bakım ve diğer işleri arasında oluşturduğu denge sorgulanmıştır. Annede oluşan ayrılık anksiyetesinde, annenin daha az olgunlaşmış bir kişiliğe sahip olduğu, düşük benlik saygısı, olumsuz kendilik algısı, reddedilmeye karşısındaki başetme yolları, güvensiz bağlanma figürleri ve kendi ailesinden ayrıldıktan sonra gösterdiği cesaretin önemli olduğu vurgulanmış. Annede, annesinden ayrıldıktan sonra yüksek anksiyete olması, güvensiz bir şekilde bebeğine bağlanmasına neden olduğu, bebek bakımı konusunda güvensiz davranışlar geliştirmesine ve aşırı koruyucu olmasına neden olduğu belirtilmiştir. Bununda çocuktaki ayrılık anksiyetesi gelişimine katkı sağladığı düşünülmektedir.¹¹¹

Ayrılık anksiyetesi etyolojisine yönelik yapılan çalışmaların sonuçları net sonuçlar ortaya koymasa da nevrozizm ile ilişkisinin olduğuna dair kanıtlar mevcuttur. Ayrılık anksiyetesi olan nevrozizmlı olgularda anksiyete ve duygudurum değişikliklerinin kalıtsal bir alt yapısı olduğu öne sürülmüştür.¹¹² Özellikle bu genetik alt yapının kadınlarda daha belirgin olduğu idda edilmiştir.¹¹³ Bulgulara rağmen bazı çalışmacılar nevrozizm ile ayrılık anksiyetesi arasındaki ilişkinin özgül olmadığını ve kişiler arası ilişkinin bir parçası olduğunu savunmuşlardır.¹¹⁴ Yapılan diğer bir çalışmada YAAB olan olguların nevrozizm ile ilgili skorlarında anlamlı yükselmeler gösterilmiştir.¹³ 2009 yılında yapılan bir çalışmada hastalık öncesi karakter özelliklerinin net sonuçlar vermediğini, YAAB ve PB olan olguların semptomatik olmadan önce ilişkilerindeki bağlanma tipinin güvensiz olabileceğini belirtmişlerdir.⁷⁵

ÇAAB gelişiminde çevresel etkenlerin önemli olduğu düşünülmüş, özellikle panik benzeri semptomlara neden olabilecek düzeydeki ayrılık anksiyetesinde bağlanmayı

sekteye uğratan yaşam olaylarının olduğu belirlenmiştir.^{108,115-122} Özellikle erkek ÇAAB olgularında özgün çevresel faktörlerle olan ilişkisinin belirgin olduğu gözlenmiştir. YAAB ve çevresel faktörler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar yoktur. YAAB eşlik ettiği diğer psikiyatrik durumlar ile ilgili yapılan çalışmalardan fikir edinilebilir. YAAB ve TSSB olan olgularda yapılan çalışmada, güvenlik kaybına bağlı oluşan endişenin YAAB için risk faktörü olduğu belirtilmiştir. YAAB ve komplike yas olan olgularda yapılan çalışmalar sonucunda, sevgi nesnesi (ölüm, boşanma, bakıcı değişikliği) kaybıyla YAAB arasında güçlü bir ilişki olduğu vurgulanmıştır. 2006 yılında yapılan bir çalışmada YAAB'nin ÇAAB ile komplike yas arasında aracı rol oynadığı ileri sürülmüş.¹²³ Ebeveyn kaybı ve boşanmanın AGF eşlik ettiği PB ile ilişkisi olduğu belirlenmiş. Bu çalışmada ayrılık anksiyetesi yer almasada, PB ve ayrılık anksiyetesinin yakın ilişkide olduğu bilinmektedir.¹²⁴ Çevresel faktörler arasında anne çocuk ilişkisinin önemli bir yer tuttuğu bilinmektedir. YAAB ve PB olan olguların annelerinin aşırı koruyucu olduğu belirlenmiştir.⁷⁴ Bu ilişkinin diğer bir bakış açısıyla kişiler arası duyarlılık olarak görüldüğü belirtilmiştir.¹¹⁴ ÇAAB ile annenin aşırı müdahaleci tutumları ile ilişkisi olduğusaptanmıştır.¹²⁵ ÇAAB ve SF olan çocukların ebeveynleri ile ilgili yapılan bir çalışmada, yetersiz kendilik algılarının ÇAAB sahibi ebeveynlerde daha yüksek olduğu belirtilmiş ve bu grupta ebeveynlik becerilerinin de daha yetersiz olduğu saptanmış.¹²⁶ Ayrıca başka bir çalışmada ÇAAB ile ebeveyn kokain kullanımı arasında ilişki olabileceği belirtilmiştir.¹²⁷

YAAB inceleyen nörogörüntüleme çalışmaları sınırlı bilgiler sunmaktadır. Bağlanma anksiyetesi ile sol hipokampal hücre sayısında azalma arasında ilişki olabileceği bildirilmiştir.¹²⁸ Bağlanma anksiyetesinde temporal lobunda etkin rol oynadığı belirtilmiştir.¹²⁹ Ayrıca anksiyöz bağlanma biçimine sahip erişkinlere öfkeli yüz resimleri gösterildiğine sol amigdala aktivite artışı gösterilmiştir.¹³⁰ Oksitosin sonrası korkulu imgelere verilen bilateral amigdala aktivitesinin düzenlendiği işlevsel görüntüleme yöntemleri ile gösterilmiştir. Tüm bu çalışma sonuçlarında ayrılık anksiyetesi ile diğer anksiyete bozukluklarının nöroanatomik olarak net bir şekilde ayrılmadığı bulunmuştur.¹³¹

Anksiyete bozukluklarında bilgi işlem sürecinde çeşitli sorunlar olduğu bilinmektedir. Bilgi işlem süreci olaylar ve sonrasında oluşan duygusal tepkiler ve yargıları içerir. Bu sürecin etyolojide ve tedavide önemli bir yer tuttuğu düşünülmektedir. Sıklıkla anksiyete bozukluklarında seçici dikkat, yanlış yargılar, yanlış yargıları tetikleyen

uyaranlar söz konusudur. YAAB bilgi işlen sürecini inceleyen çalışmalar yoktur. Genellikle ÇAAB üzerinde durulmuştur. ÇAAB olan ve olmayan çocukları karşılaştıran bir çalışmada, ÇAAB olan olgularda artmış tehdit algısı, daha fazla kaçınma davranışı, daha az tehlikeyle başa çıkma becerisi görülmüştür.¹³² Buna karşın yanlış yargıların anksiyöz çocuklar ile tutarlı bir ilişkisinin olmadığı vurgulanmıştır.⁶ Başka bir araştırmacı yanlış yargıların depresyon ile ilişkisinin daha fazla olduğunu belirtmiştir.¹⁰⁸

Artmış dikkatin tehdit algısını arttırdığı böylece bilgi işlem sürecini başlattığı ve anksiyete durumunu büyüttüğü idda edilmiştir. Bu durumda yanlış yargılara neden olduğu öne sürülmüştür.^{133,134} YAB, SF, ÇAAB olan çocuklar ile kontrol grubu karşılaştırıldığına, anksiyete bozukluğu olan grubun tehdit karşısında daha fazla dikkat gösterdikleri belirlenmiştir. Başka bir deneysel çalışmada ÇAAB ve SF olan çocuklara ile kontrol grubuna zorlu seçim reaksiyon zamanı gibi bir dizi metodlar uygulanmış, sonuçta ÇAAB olan olgularda kontrol grubuna göre daha fazla uyarılmışlık hali tespit edilmiştir.¹³⁵ Benzer bir deneysel çalışmada ÇAAB ve kontrol grubunun tehdit algısına bağlı dikkat eğilimleri ölçülmüş, ÇAAB olan olguların ilk periyotta tehdit içerikli resimleri daha fazla gözle takip ettikleri tespit edilmiştir.¹³⁶ 10 yaş üstü çocuklarda yapılan bir çalışmada ÇAAB semptom şiddeti ile korkunç yüzlere karşı gösterilen dikkat arasında kolerasyon olduğu gösterilmiştir.¹³⁷

Olumsuz kognisyonlar üzerine yapılan bir çalışmada anksiyöz çocuklarda kontrol grubuna göre olumsuz kognisyonların daha sık olduğu gösterilmiştir. Kaçınma ve aktivasyon planlama açısından iki grup arasında belirgin bir fark bulunamamıştır.¹³⁸ Çalışmalarda olumsuz kognisyonların ÇAAB için etikleyici olduğu, ailesel faktörlere bağlı olduğu, özellikle ebeveyn karakteri ile yakından ilişkili olduğu vurgulanmıştır.¹³⁹

Görsel ve işitsel bellek fonksiyonları ile ilgili çocuklar ve aileleri üzerinde yapılan bir çalışmada bellek defistinin; PB, MDB ile ilişkili olduğu, ÇAAB, SF ve YAB ile ilişkisi olmadığı bulunmuştur. Fakat görsel bellek defistinin ÇAAB ile ilişkisi olabileceğine vurgu yapılmıştır.¹⁴⁰ Başka bir çalışmada işitsel ve görsel bellek defistinin tüm anksiyete bozuklukları için predikte edici bir faktör olduğu ileri sürülmüştür.¹⁴¹ ÇAAB seçici bellek defistlerine neden olabileceği bununda beyinde gerilemeye neden olabileceği sonuçta YAAB oluşabileceği ileri sürülmüştür. Özellikle bellek defistlerinin, artmış seçici dikkatin ve olumsuz kognisyonların medial temporal lop ile ilişkisi olduğu vurgulanmıştır.^{134,142}

Sonuç olarak ÇAAB için bilgi işlem süreçleri ile ilgili bilgiler belirsiz olması ve YAAB ile ilgili çalışmaların olmamasından dolayı sonuçlar yetersiz olduğu düşünülmektedir.

2.3.3. Klinik

Bulgular ÇAAB'nin yetişkinlik döneme uzandığını hatta erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyetesi olduğunu göstermektedir. Buna karşılık DSM-IV ayrılık anksiyetesini çocukluk dönemine ait bir bozukluk olduğunu, 18 yaş öncesinde ortaya çıktığını belirtmiştir.²² Bu tanımla nedeniyle erişkin çağda ayrılık anksiyetesi tanısı konmamaktadır. Çoğu kez ayrılık anksiyetesi belirtileri diğer anksiyete bozukluklarının bir parçası olara görülmüştür. Özellikle de panik bozukluk ve YAB ensık akla gelen bozuluklardandır. ÇAAB olgularının yaşamlarının ileri yıllarında stresli yaşam olayları veya sevdiklerinden ayrılma durumlarında anksiyete belirtilerinin tekrardan ortaya çıktığı bilinmektedir. YAAB olan olguları 2/3'ü çocukluk yıllarından beri ayrılma anksiyetesi belirtilerinin olduğunu ve ilerideki yaşamlarında bir stres ya da yakınlarından ayrılma tehdidi sonrasında belirtilerin tekrar ortaya çıktığını bildirmişlerdir.^{64,143} YAAB'si tanısını alan hastaların çocukluk çağına ayrılık anksiyetesini, diğer anksiyete hastalarına kıyasla, daha şiddetli yaşadığı gösterilmiştir.^{68,144} YAAB belirtileri, eşten ya da çocuklardan ayrılma veya yakınlarının başlarına bir zarar geleceği konusunda aşırı anksiyete ve korku duymayı içermektedir. Hastalar kendilerinin terk edileceğinden çok sevdiklerinin başına kötü bir olay geleceğinden endişe duymaktadır.¹⁷ Bu endişe aşırı, ego distonik ve gerçek dışıdır.⁶⁴ Hastalar bağlanma figürleriyle yakınlığı ya da yakın iletişimi sürdürme gereksinimlenerinden dolayı yoğun endişe ve korku yaşamaktadır.¹⁴⁵ Yapılan bir çalışmada hastaların %69'u evde yakınlarıyla birlikteyken kendilerini daha güvende hissettiklerini bildirmişlerdir.¹⁴⁶ Kendilerini güvende hissetmek için sık sık telefon etmek, çok konuşmak, rutini aksatmamak gibi stratejiler geliştirirler. Ayrılıkla ilgili kâbuslar sıktır. Tek başlarına uyumaktan kaçınırlar. Bazen ayrılma durumları veya beklentisinde panik atak yaşayabilirler.¹⁴³

YAAB önemli yetiyitimlerine sebep olmaktadır. Ek tanı varlığı yetiyitimini daha da şiddetlendirmektedir.^{18,147} YAAB olan hastaların %40'dan fazlası hayatlarında şiddetli

işlevsellik kaybına yol açan bir dönem olduğunu belirtti.¹⁸ Özellikle mesleki ve toplumsal işlevlerde kayıp olurken, partner ile ilişkiler etkilense bile aile ilişkilerindeki işlevsellik görece korunduğu belirlendi.^{20,64} Yapılan epidemiyolojik araştırma sonucunda YAAB olan olguların %21.1'i ev işlerinde,%21.7'si iş hayatında, %28'i kişisel ilişkilerinde, %31,5'i sosyal ilişkilerinde çok bozulma olduğunu bildirmiştir.¹⁸ Anksiyete ve depresif bozukluğu olan 508 hastada yapılan çalışmaya göre YAAB performans ve kişiler arası ilişkilerde belirgin etkilenmeye neden olduğu, bu etkilenmenin aile yaşantısına etkisinden daha fazla olduğu belirtilmiştir. Ayrıca ÇAAB, ÇAAB+YAAB ve YAAB'nin işlevsellik düzeyine etkisinin benzer olduğu saptanmıştır.²⁰ Sonuç olarak yapılan çalışmalarda yüksek komorbidite oranlarının olması ve kesitsel olması nedeniyle YAAB ve işlevsellik düzeyi arasında nedensellik ilişkisinin belirsiz olduğu söylenebilir.

Tanı koymak amacıyla DSM-IV'de tanımlanan çocukluk çağı ayrılık anksiyetesinden yetişkinlere uyarlanarak tanı ölçütleri geliştirilmiştir. Bu ölçütte yer alan 8 maddeden 3'ünün varlığında tanı konulabilmektedir.¹⁷ Ayrıca yetişkinlerdeki ayrılma anksiyetesini değerlendirmede "Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi" ve çocukluk dönemi ayrılma anksiyetesi belirtilerini geriye dönük sorgulayan "Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri" geliştirilmiştir.^{77,148}

Tablo 2. Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi tanı ölçütleri

1. Hiç, bir aile üyenize, eşinize ya da bir başka kişiye, fazlaca bağımlı olduğunuzu hissettiniz mi ya da onları kaybetmekten korktuğunuz için onlara yapıştınız mı? Hiç, bu kişiden ya da evden uzak kalmak zorunda olduğunuzda kendinizi çok altüst olmuş ya da üzgün hissettiniz mi? Örneğin; ağladınız mı, evde kalması için ona yalvardınız mı? Öfkelendiniz ya da kıskançlaştınız mı? Gitmesin diye onu durdurmayı ya da ardından gitmeyi denediniz mi? Evden ya da bu kişiden uzak kaldığınızda, hiç kendinizi çok üzgün veya altüst olmuş ya da sanki başka hiçbir şey umurunuzda değilmiş gibi hissettiniz mi? Eve erkenden gelmek istediniz mi? Bir bağlantınız olsun diye bu kişiyi sık sık arar mıydınız?/telefon eder miydiniz? Ölçüt: Evden ya da temel bağlanma figüründen ayrıldığında ya da ayrılma beklendiğinde ortaya çıkan yineleyici aşırı distres.
2.Hiç, bu kişiye kötü bir şey olacağından ve onu kaybedebileceğinizden endişe duydunuz mu? Örneğin; onunla tartışaydınız, o kişi hastalansaydı, bir kazada ya da bir başka şekilde yaralansa ya da incinseydi çok fazla endişelenir miydiniz? Hiç, onun sizi terk edebileceğinden ya da ölebileceğinden dolayı çok fazla endişelendiniz mi? Ölçüt: Temel bağlanma figürünü kaybedeceği ya da onun olası bir zarar göreceği hakkında duyulan ısrarlı ya da aşırı endişe.
3. Hiç sizin başınıza, sizi bu kişiden ayıracak, kötü bir şey geleceğinden endişendiniz mi (kaybolmak, kaçırılmak, kaza geçirmek ya da öldürülmek gibi)?

Tablo 2 devamı. Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi tanı ölçütleri

4. Evden ayrılmaktan korktuğunuz için ya da evde kalmak istediğiniz için dışarıya çıkmakla ilgili güçlük yaşadınız mı? Hiç evde kalabilmek için dışarı çıkmadığınız oldu mu? Ev dışı işlerinizi yapması için başka birine ihtiyaç duydunuz mu? Dışarı çıktığınızda yanınızda birinin olması gerekli midir? Ölçüt: Ayrılma korkusu yüzünden evden dışarı çıkmaya ya da herhangi başka bir yere gitmeye karşı ısrarlı gönülsüzlük ya da reddetme.
5. Sizin için yalnız kalmak, hatta bir odada tek başınıza kalmak bile çok zor mudur? Yalnız kalmamak için, hiç etraftaki birilerinin peşine takıldığınız oldu mu? Hiç, birileri çok “yapışkan”, “bağımlı” olduğunuzdan ya da sizin onu “boğduğunuzdan” şikâyet etti mi? Ölçüt: Yalnız kalmaktan veya önemli bağlanma figürü olmadığına evde kalmaktan ya da önemli yetişkinlerden biri olmadığına diğer ortamlarda kalmaktan ısrarlı ve aşırı korku ya da gönülsüzlük.
6. Hiç, sevdiğiniz birileri yanınızda değilken ya da siz evinizden uzaklardayken yatıp uyumak istemediğinizi hissettiğiniz oldu mu? Hiç, gecenin yarısında uyanıp onun iyi olup olmadığını kontrol ettiğiniz oldu mu? Ölçüt: Temel bir bağlanma figürü yanında olmaksızın uyumaya ya da evden başka yerlerde yatmaya karşı ısrarlı bir gönülsüzlük ya da reddetme.
7. Hiç, sizi ailenizden ya da diğer önemli kişilerden ayırabilecek kötü şeylerin olduğu hakkında yineleyici kâbuslarınız oldu mu (yangın, cinayet, ya da diğer felaketler gibi şeyleri de içeren)? Ölçüt: Ayrılma temasını içeren yineleyici kâbusların olması.
8. Hiç, dışarı çıkmak zorunda kaldığınızda, fiziksel olarak hasta olduğunuzu hissettiniz mi? (örneğin; baş ağrısının, karın ağrısının, mide bulantısının ya da diğer fiziksel belirtiler olması) Eğer evde kalsaydınız, kendinizi daha iyi hisseder miydiniz? Ölçüt: Temel bağlanma figüründen ayrıldığında ya da ayrılık beklentisinde iken yineleyici fiziksel belirtilerden yakınmalarının olması.

2.3.4. Ayrıcı Tanı ve Eşlik Eden Durumlar

YAAB semtomlar PB ile karışabilir. YAAB endişe bağlanma figüründen ayrılmaya odaklıdır. Panik bozukluğundaki endişenin odak noktası kişinin kendisidir.⁶²

AGF ise endişe içinde bulunduğu durum veya yerden uzaklaşamama, yardım alamayacağı düşüncesi üzerine odaklanmıştır. Bu olguların semptomları bazan panik düzeyini alabilir. AGF kişiler toplumda sıklıkla güven arayışı içindedirler.⁶²

YAB olan çocuk ve ergenlerde ebeveynlerine kötü bir şey oacağı endişesi sıklıkla gözlenen bulgulardandır. Çoğu kez budurm yırlık anksiyetesi ek tanısı konulmasına neden olmaktadır. Fakat YAB endişe sadece ebeveynlere duyulan endişe ile sınırlı değildir. Çoğu kez hayatın her alanı ile ilgili kişinin işlevselliğini düşüren yoğun endişeler yer alır.⁶²

YAAB ile bağımlı kişilik bozukluğu ayrımı önemli bir konudur. Bağımlı kişilik bozukluğunda temel endişe kendi fiziksel durumu ve ya duygusal durumuyla başa çıkamayacağı ile ilgilidir. YAAB temel endişe ise kaybetme ile ilintilidir. Bağımlı kişilik bozukluğu olan kişiler diğerlerine güven duyma ihtiyacı hissederler. Güven duydukları kişiler rastgele ve yaygındır. Belirli figürlere odaklanmıştır.⁶²

Borderline kişilik bozukluğunda terke edilmeye karşı aşırı duyarlılık görülebilir. Bu durum YAAB ile karışabilir. Borderline kişilik bozukluğunda kişiler duygusal dalgalanmalar ve dürtüsel davranışlar sergilerler. Buna bağlı olarak kişiler arası ilişkileri stabil değildir. YAAB ise terke edilmekten ziyade kişiler sevdiklerinin başına kötü bir şey geleceğini ve onları kaybedeceğinden dolayı yoğun endişe duyarlar. Bu nedenle ilişkilerinin düzenli bir şekilde sürdürmek için çaba gösterirler.¹⁴⁹

YAAB ile PB ve AGF birlikteliği sıklıkla gözlenmektedir. Son yapıla çalışmalarile TSSB ve komplike yas ile olan birlikteliğine dikkat çekilmiştir.⁶²

OKB'ye eşlik eden durumları araştıran bir vaka kontrol çalışmasında; Tik Bozukluğu, PB+AGF, YAB, Ayrılık Anksietesi, MDB, beden Dismorfik Bozukluk, Hipokondriyazis, Patolojik Cilt Yolma yada Tırnak Yeme ve Yeme Bozuklukları incelenmiş. Çalışma sonucunda ÇAAB veya YAAB gibi ayrımlar yapılmamış. Ayrılık anksietesi olanlarada %10.7 hipokondriyazis, %7,4 PB+AGF, %6.3 OKB, %4.2 patolojik cilt yolma ve tırnak yeme, %3.7 YAB, %2.6 MDB saptanmış.⁸³

520 kişilik hasta grubunda anksiyete bozuklukları ile ilgili yapılan çalışmada %23 PB %31 PB+AGF, %26 YAB, %20 SF bulunmuş. Aynı hasta grubuna YAAB kriterleri uygulanmış ve hastalık dağılımları tekrar hesaplanmış. %23 YAAB, %12 pb, %11 PB+AGF, %21 YAB, %14 SF bulunmuş. Bu sonuçlara göre en büyük küçülme PB+AGF grubunda olmuş. PB+AGF grubunun %49'u YAAB tanısı almış. Sadece PB olan grubun %35 YAAB tanısı almış. Bu çalışma ile YAAB en sık eşlik eden hastalığın PB ve AGF olabileceği belirlenmiş.¹³

508 kişiliden oluşan duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu olan hasta grubunda yapılan bir çalışmada ÇAAB olup erişkin döneme devam eden hastalarda PB daha sık eşlik ettiği sonucuna varılmış.²⁰

Komplike yas ve YAAB ilişkisi olduğuna dair çalışmalar mevcuttur. Travmatik kayıpların YAAB için başlatıcı bir rol oynadığı düşünülmektedir. Ayrıca YAAB'nin ÇAAB ve komplike yas arasında geçiş rolü üstlendiği ileri sürülmüştür. ÇAAB ileri dönemde komplike yas için kolaylaştırıcı bir etmen olduğu düşünülmektedir. Bulgular erken ayrılık anksiyetesinin ve sevgi nesnesinin kaybının ileri dönemde komplike yas ve YAAB ile sonuçlanabileceğini göstermektedir.⁷⁰

Bosna savaşından kaçan mülteciler ile yapılan bir çalışmada tüm YAAB alan grunun ayrıca TSSB olduğu, tüm TSSB tanısı alangrubun ise yarısının YAAB tanısı aldığı belirtilmiştir.¹⁵⁰

Duygudurum bozukluğu olan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada depresif atak sayısı ile YAAB varlığı arasında ilişki olabileceği vurgulanmış.²⁰

708 kişilik kontrol ve alkol kullanım bozukluğu, yeme bozukluğu olan 3 grupta YAAB ve bağımlı kişilik bozukluğunun araştırıldığı çalışmada; şimdiki YAAB prevelansı kontrol grubunda %2, alkol kullanım bozukluğu grubunda %6, bulimia nervroza grubunda %15 oranında tespit ediliş. Yaşam boyu YAAB prevelansı, kontrol grubunda %5, alkol kullanım bozukluğu grubunda %16, bulimia nervroza grubunda %31 olarak bulunmuş. Bu araştırmada YAAB olan olgular çocukluk çağından erişkinliği uzanan ayrılık anksiyetesine sahip kişilerden oluşmaktaymış. Sonuçlara göre en yüksek oran bulimia nervrozada saptanmış.¹⁵¹

136 ayaktan kasta ve 176 kontrol grubundan oluşan bir çalışmada YAAB ile kişilik bozuklukları ilişkisi araştırılmış. Hastalar kişilik bozukluğu olmayan ve en az bir kişilik bozukluğu olan olmak üzere 2 gruba ayrılmış. Kişilik bozukluğu olan grupta ayrılık anksiyetesi belirtilerinin erken başıldığı, ayrılık anksiyetesi skorlarının daha yüksek olduğu, daha kötü işlevsellik düzeyine sahip oldukları bulunmuş. Ayrılık anksiyetesi belirti skorları ile kişilik bozukluğu sayısı arasında bir ilişki olabileceği belirtilmiş.¹⁵²

2006 yılında yapılan epidemiyolojik çalışmaya göre YAAB'ye %91.1 oranında en az bir DSM-IV kriterlerini karşılayan bir psikiyatrik hastalık eşlik etmektedir. YAAB olan hastalarda, olmayanlara göre, 3 kat fazla ilaç kötüye kullanımı, 5 kat fazla anksiyete bozukluğu, 4 kat fazla duygudurum bozukluğu olduğu gözlenmiştir. YAAB bulunması tüm anksiyete bozuklukları için, relapların daha fazla olmasına ve tedaviye rağmen kalıcı semptomların olmasına neden olduğu belirtilmiş. Ayrıca anksiyete bozukluklarına yönelik yapılan ilaç ve terapi tedavilerinde daha fazla direnç olduğu vurgulanmış. Bu bulguların sadece anksiyete bozuklukları değil tüm psikiyatrik hastalıklar için geçerli olabileceği öne sürülmüş.¹⁸

Tablo 3. Yetişkin Ayrılık Anksiyetesine Eşlik Eden Durumlar¹⁸

Birliktelik gösteren durumlar	Yüzde (%) oranları
Panik Bozukluk	14.8
Agarofobi	5.8
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	16.1
Özgül Fobi	35.8
Sosyal Fobi	34.5
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	23.7
Obsesif Kompulsif Bozukluk	9.9
Anksiyete Bozuklukları	65.6
Majör Depresyon	40.8
Distimi	8.9
Bipolar Bozukluk	19.4
Duygudurum Bozuklukları	61.7
Alkol Kötüye Kullanımı	33.1
Alkol Bağımlılığı	20.1
Madde Kötüye Kullanımı	22.5
Madde Bağımlılığı	12.6

2.3.5. Gidiş ve Prognoz

YAAB gidiş ve prognozu hakkında çalışmalar yetersizdir. Genellikle ÇAAB'nin erişkin dönemdeki bulguları ile ilgili çalışmalar vardır. Yapılan retrospektif çalışmalarda YAAB olan olguların büyük bir kısmında ÇAAB olduğunu gösterilmiştir. Yapılan epidemiyolik çalışmada ÇAAB öyküsü veren olguların %36'sında YAAB saptanmış.¹⁸ Fakat ÇAAB sadece YAAB ilişkili olmadığı tüm anksiyete bozuklukları ile de ilişkisi olabileceği öne sürülmüştür.^{68,153} Yapılan bir çalışmada YAAB'nin YAB ve PB birlikteliğinin sık olduğu ve ayrılık anksiyetesi belirti skorlarının daha yüksek olmasının bu birlikteliğe bağlı olduğu düşünülmüş. YAAB belirtilerinin diğer anksiyete bozuklukları için predikte edici bir faktör olduğu belirtilmiştir.¹⁶

Panik bozukluğu olan olgularda ÇAAB'nin sıklıkla yer aldığının belirlenmesinden sonra iki hastalığın benzer bir patogeneze den geliştiği iddia edilmiştir.¹⁵⁴ Benzer çalışmalarda bu hipotez doğrulanmamıştır.¹⁵⁵ 14-22 yaş aralığında olan olgularda yapılan 4

yıllık izlem çalışmasında, ayrılık anksiyetesi olan hastalarda 4 yıllık izlem süresinde gelişen PB ve AGF ile ayrılık anksiyetesinin ilişkisi olduğu, benzer ilişkinin diğer anksiyete bozuklukları, alkol kullanım bozuklukları ve bipolar bozukluklarda olmadığı gösterilmiştir.⁶⁷

86 yaşlı hastada yapılan çalışmada YAAB tanısı alan olguların olduğu rapor edilmiştir. YAAB olan yaşlı hastalarda süreklilik ve durumsal kaygı punları yüksek saptanmıştır. Bu durumun diğer anksiyete bozukluklarının ve duygudurum bozukluklarının yüksek oranda olması ile ilişkilendirilmiştir.⁷⁰

2.3.6. Tedavi

ÇAAB'de bilişsel davranışsal terapi yöntemi kullanılmaktadır. Bu konuyla ilgili kısıtlı bilgi vardır. 2008 yılında 'yaz kampı' şeklinde yapılan bilişsel davranışçı terapi tedavisinden sonuçlar elde edilmiştir.¹⁵⁶ Ayrıca SSRI'lerden özellikle fluoksetinin çocukluk çağı anksiyete bozukluklarında tercih edilmektedir. Fakat ÇAAB yönelik özgül farmakolojik yaklaşım yoktur.

YAAB için geçerli bir tedavi metodu yoktur. PB ve YAAB olan olgulara yönelik yapılan bilişsel davranışçı terapi tedavisi sonuçlarından bilgi edinilmektedir.¹⁵⁷ YAAB eşlik eden grubun bilişsel davranışçı terapi tedavisine daha kötü cevap verdiği bildirilmiştir.¹⁵⁷

2.4. Bipolar Bozukluk ve Ayrılık Anksiyetesi

Literatürde bipolar bozukluk ve ayrılık anksiyetesi birlikteliğini araştıran çalışma sayısı azdır. Yapılan çalışmalarda genellikle katılımcıların bipolar bozukluk yönünden homojen olmadığı diğer bozuklukların (Major depresyon, panik bozukluk gibi) eşlik ettiği görülmüştür. Bu nedenle yalnızca bipolar bozukluk ve ayrılık anksiyetesi birlikteliğini araştıran çalışma yoktur. Ayrıca ayrılık anksiyetesine diğer anksiyete bozukluklarının özellikle panik bozukluğun sıklıkla eşlik etmesi, ayrılık anksiyetesinin bipolar bozukluk üzerine etkisinin araştırılmasını güçleştirmiştir.

2006 yılında yapılan epidemiyolojik araştırmada YAAB'ye %19.4 oranında bipolar bozukluğun eşlik ettiği görülmüştür.¹⁸ Bir çalışmada bipolar bozukluğu olanlarda %15.9 oranında ÇAAB,%7.7 oranında YAAB olduğu saptanmıştır.¹⁶⁷ Duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu olan 508 kişinin katıldığı çalışmada YAAB oranı %20, Ç-YAAB oranı %21 ve ÇAAB oranı %8 olarak bulunmuştur.²⁰ 454 duygudurum ve anksiyete bozukluğu olan katılımcıların bulunduğu çalışmada YAAB oranı %40.7 oranında bulunmuştur.¹⁶⁹ Aynı çalışmada YAAB olanların %52'sinin Ç-YAAB olduğu görülmüştür.¹⁶⁹ Başka bir çalışmada Panik bozukluk ve Bipolar Bozukluk II olan hastaların %46.1'inde çocukluk ve yetişkinlik çağı ayrılık anksiyetesi saptanmıştır.¹⁷¹

Pini ve arkadaşlarının 53'ü bipolar bozukluk olan 97 katılımcı ile yaptığı çalışma sonucunda, ÇAAB'nin bipolar bozukluğunu predikte ettiği, YAAB'nin ise erken başlangıçlı bipolar bozuklukla ilişkili olduğu saptanmıştır.¹⁶⁷ Bu çalışmada çocukluk çağı ayrılık anksiyetesinin, bipolar ve panik bozukluk birlikteliğinden daha çok panik bozukluğun eşlik etmediği bipolar bozuklukta olduğu bulunmuştur. Bu durum çocukluk çağındaki ayrılık anksiyetesi gibi zorlu psikososyal durumların bipolar bozukluğun oluşumunda rol oynayabileceğini düşündürmektedir.¹⁶⁷

Pini ve arkadaşlarının 508 duygudurum ve anksiyete bozuklukları olan katılımcılar üzerinde yaptığı çalışmada, Ç-YAAB olan grubunda olanların diğer gruplara (ÇAAB, YAAB, Ayrılık Anksiyetesi Olamayan) göre daha erken yaşta duygudurum bozukluğu tanısı aldığı bulunmuştur.²⁰ Aynı çalışmada YAAB olan grubun daha düşük işlevsellik düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Özellikle sosyal ve iş hayatındaki işlevselliğin etkilendiği, aile ile ilgili işlevselliğin etkilenmediği görülmüştür.²⁰

Ayrılık anksiyetesi ve komplike yasın, duygudurum ve anksiyete bozukluklarına etkisini inceleyen bir çalışmada, komplike yas ile beraber YAAB eşlik ettiği duygudurum+anksiyete bozukluklu hastaların en düşük yaşam kalitesine sahip olduğu gösterilmiştir.¹⁶⁹

Perris ve arkadaşlarının 1986 yılında 73 hasta bipolar bozukluk depresif atağı olan ve onların sağlıklı kardeşleri ile yapılan karşılaştırmalı çalışmada, 15 yaş altı bipolar bozukluk depresif atak tanılı hastalarda anlamlı derecede fazla ebeveyn ayrılık deneyimlerinin olduğu saptanmıştır.¹⁷²

73 bipolar bozukluklu hasta ile 122 kontrol grubu ile yapılan karşılaştırmalı çalışmada erken ebeveyn kayıp oranlarının her iki grup arasında farklı olmadığı saptanmıştır.¹⁶⁸ Buna karşılık depresyonlu hastalarda erken ayrılık deneyimlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlara göre bipolar bozukluğun, major depresyona göre daha çok biyolojik kökenli bir hastalık olduğu düşünülmüştür.¹⁶⁸

YAAB ve komplike yasin depresif ve hipomanik semptomlara etkisini araştıran bir çalışmada; sık depresif ve hipomanik dönemler ile siklotimik özelliklerin yetişkin ayrılık anksiyetesi ile yakından ilişkisi olduğu bulunmuştur.¹⁷⁰

Sonuç olarak ayrılık anksiyetesinin bipolar bozukluk başlangıç yaşı, işlevsellik düzeyleri, depresif atak sayısı üzerine etkisi olduğu gösterilmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Verilerin Toplanması

Çalışmaya 15.04.2013–15.04.2014 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği Bipolar bozukluk birimine ayaktan başvuran hastalar alındı. Dışlama ölçütleri olarak Psikotik bozukluk, deliryum, mani atak, karma atak, depresyon atağı, demansiyel süreç ve zihinsel yetersizliğin olmaması olarak belirlendi. Ayrıca öz bildirim testlerini doldurabilmesi için hastaların ilköğretim ve üzeri eğitim almış olması şartı arandı. Toplamda 80 hasta katıldı. 10 hasta çalışmayı tamamlayamadı.

Çalışmaya alınan 70 katılımcının 45'i kadın, 25'i erkekti. Katılımcıların yaş aralığı 20-64 (Ort. 38.7±11.1) yılıdır. Çalışmaya başlamadan önce Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındı. Katılımcılara çalışma öncesi çalışma hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamları alındı.

Çalışmaya katılan hastalara Hamilton Depresyon ölçeği, Young Mani Ölçeği, Minimental Test uygulandı. Young Mani Ölçeğinden 7 puan altında alan, Hamilton Ölçeğinden 13 puan altında alan, Minimental Test sonucu ve klinik görüşme sonucunda demansiyel bulgusu olmayan çalışmaya dahil edildi. Hastalara, Sosyodemografik Veri Formu, DSM-IV Eksen I bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I), DSM-IV Eksen II bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-II), Bipolar Bozukluk Veri Formu, Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme uygulandı.

Bütün görüşmeler aynı kişi tarafından yapıldı. Görüşmeler iki aşamada gerçekleştirildi. Görüşmeler yaklaşık 45-60 dk sürdü. İlk aşamada klinisyen tarafından Sosyodemografik Veri Formu, DSM-IV Eksen I bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I), bipolar bozukluk veri formu, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme yapıldı. İkinci aşamada hastalar DSM-IV Eksen II bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeğini (SCID-II), Bipolar Bozukluk işlevsellik ölçeğini, Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanterini, Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi Anketini doldurmaları istendi.

Çalışmaya katılan hastalara uygulanan Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri ve Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi Anketi sonuçlarına göre hastalara YAAB, ÇAAB, Ç-YAAB tanıları konmuştur. YAAB tanısı için YAAA'sinden 25 puan ve üstünü almak veya AAB-YKG erişkinler için oluşan 8 maddelik bölümden en az 3'nün varlığı kabul edilmiştir. ÇAAB tanısı için AABE'den 12 puan veya üstü almak veya AAB-YKG çocuklar için oluşan 8 maddelik bölümden en az 3'ünün varlığı kabul edilmiştir. Ç-YAAB tanısı için ÇAAB ve YAAB tanılarının her ikisinin mevcut olması kabul edilmiştir.

3.2. Veri toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik veri formu

Çalışmada tarafımızca hazırlanan veri formu kullanıldı. Bu form kullanılarak hastaların yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü, fiziksel hastalık gibi sosyodemografik verileri hastaların verdiği bilgilerden elde edilen verilerle görüşmeci tarafından dolduruldu.

3.2.2. Bipolar Bozukluk Veri Formu

Çalışma için tarafımızca hazırlanan veri formunda; bipolar bozukluğun tipi, atak sayısı, baskın ucu, hastalık yılı, hastalık süresi, hastalık başlama yaşı, atak döngüsü, hızlı döngülü olup olmadığı, mevsimsellik içerip içermediği, atak esnasında psikotik belirti olup olmadığı, atak arası dönemde belirti olup olmadığı, alınan tedavi, hastane yatışı, EKT alıp almadığı ve özkıyım girişimi olup olmadığı ile ilgili sorular yer almaktadır.

3.2.3. Kullanılan Ölçekler

3.2.3.1. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I)

Eksen-I psikiyatrik bozukluk tanılarını araştırmak amacıyla görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış klinik görüşme çizelgesidir. Altı modülden oluşmaktadır. Toplam 38 tane birinci eksen bozukluğunun tanı ölçütleri ve 10 tane birinci eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. İki modül duygudurum epizotları ve duygudurum bozuklukları, iki modül psikotik semptomlar ve psikotik bozukluklar için ayrılırken madde kullanım bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ve diğer bozukluklar birer modülde yer almaktadır. Bilgi kaynakları hasta, hastanın ailesi ve yakınları, klinik ortamdaki gözlemler ve tıbbi kaynaklardır. Uygulama ortalama 30–60 dakika sürmektedir. First ve ark. tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması DSM-IV Eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme adı ile Özkürkçügil ve ark. tarafından yapılmıştır.¹⁵⁸

3.2.3.2. DSM-IV Eksen II bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID- II)

SCID-II, yarı yapılandırılmış klinisyen tarafından uygulanan bir testtir. İkinci eksen de tanımlanan tanımlanan kişilik bozukluk tanıları için kullanılmaktadır. Türkçe versiyonu Soriaş ve ark. tarafından geliştirilmiştir. SCID II bireysel uygulamalı bir form olup, sorular hastaya yöneltilerek alınan yanıtlara ve görüşme esnasındaki klinik yargıya göre hastalar değerlendirilmektedir.

3.2.3.3. Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMÖ)

Bu ölçek 11 maddeden oluşmakta ve her biri 5 aşamalı belirti şiddeti içmektedir.¹⁵⁹ Ölçekteki maddeler, BPB'un manik dönemindeki tanımlanmış çekirdek belirtileri (hafiften

ağıra doğru derecelendirecek biçimde) kapsamaktadır. Ölçeğin doldurulması hastayla son 48 saatlik süre dilimi içindeki durumu esas alınarak yapılan görüşmeye ve görüşme sırasındaki gözlemlere dayanarak yapılır. İki bağımsız görüşmecinin toplam puanlar arasındaki doğrusal bağıntı katsayısı 0,93 ve her bir madde puanları arasındaki doğrusal bağıntı kat sayılarının 0,66–0,92 arasında değiştiği bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında içtutarlık katsayısı %79 olarak bulunmuş, çalışmacıların ölçek maddeleri arasındaki fikir birliği %63,3-%95,5, kappa değerleri 0,114-0,849 arasında bulunmuştur.¹⁶⁰

3.2.3.4. Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ)

Hastada depresyonun düzeyini ve şiddetini ölçer. Görüşmeci tarafından uygulanır. 17 maddeden oluşur. Hamilton tarafından 1960 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmıştır.¹⁶¹ Ölçeğin Türkçe formunun güvenirliği, içtutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değerleri 0,75, Sperman Brown güvenirlik katsayısı 0,76'dır. Değerlendiriciler arası güvenirlik katsayısı 0,86 ile 0,98 değerleri arasındadır.

3.2.3.5. Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ)

Hastalarda anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddetini ölçmek amacı ile kullanılır. 1959 yılında Hamilton tarafından geliştirilmiştir. 1998 yılında Yazıcı ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılarak kullanıma sunulmuştur.¹⁶² Toplam puan için güvenirlik katsayısı 0.94, değerlendiriciler arası güvenirlik katsayısı 0.94-0.95 olarak bulunmuştur.

3.2.3.6. Standardize Minimental Test (MMT)

Hastaların bilişsel yetilerini kısa sürede değerlendirmek için hazırlanmıştır. İlk ez Folstein tarafından 1975 yılında geliştirilmiştir. Güngen ve arkadaşları tarafından 1992 yılında geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılarak Türkçeye uyarlanmıştır.¹⁶³ 23/24 değerinin 0.91 duyarlılık, 0.95 özgüllük katsayısı vardır. Uygulayıcılar arası güvenirlik incelemesinde r:0.99, kappa:0.92 olarak elde edilmiştir.

3.2.3.7. Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeği

Bipolar bozuklukta belirli dönemlerde, dönemler arasında gösterdikler işlevsellik düzeyini belirlemek için kullanılır. 11 alt ölçekten ve 52 sorudan oluşur. Bunlar duygusal ilevsellik, zihinsel işlevsellik, cinsel işlevsellik, damgalama hissi, içe kapanıklılık, ev içi ilişkiler, arkadaşlarıyla ilişkiler, toplumsal etkinliklere katılma, günlük etkinlikler ve hobiler, insiyatif alma/potansiyelini kullanabilme ve iş/meslek olarak ayrılmıştır. Öz bildirim testidir. Son 1 ay içindeki yaşantılarına bakarak hastalar tarafından doldurulur. Aydemir ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.¹⁶⁴ Güvenirlik analizinde güvenirlik katsayıları düşük olan 6 madde çıkarıldıktan sonra, Cronbach alfa katsayısı 0.91 dir. Test-yeniden test güvenirliğinde, r:0.82 bulunmuştur.

3.2.3.8 Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi(YAAA)

Yetişkinlik dönemindeki ayrılma anksiyetesi belirtilerini sorgulamaktadır. Öz bildirim testidir. 27 maddeden oluşur. 4'lü likert tipi ölçüm yapılır. Kesme puanı 25 'dir. Manicavasagar ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir. Diriöz ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır.¹⁶⁵ 5 faktörlü yapıya sahip olup 24.5 puanın duyarlılığı %85, özgüllüğü %75 dir. Chonbach alfa değeri 0.93 olarak hesaplanmıştır. Test-yeniden test güvenirliğinde r: 0.93 olarak bulunmuştur.

3.2.3.9. Ayrılma Anksiytesi Belirti Envanteri(AABE)

Çocukluk dönemindeki ayrılma anksiytesi belirtilerini değerlendirmek için geliştirilmiştir. 15 maddeden oluşur. 4'lü likert tipi ölçüm yapar. Kesme puanı 12 olarak hesaplanmıştır. Silove ve arkadaşları tarafından 1993 yılında geliştirilmiştir. Diriöz ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır.¹⁶⁵ Cronbach alfa değeri 0.89 olarak hesaplanmıştır. 3 faktörlü bir yapıya sahip olduğu bulunmuştur. 12 puan için %83 duyarlılık, %76 özgüllüğü olduğu belirlenmiştir.

3.2.3.10. Ayrılma Anksiytesi Belirtileri İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (AAB–YKG)

Yetişkinde ayrılma anksiytesini sistematik biçimde taramak ve tanı koymak amacı ile geliştirilmiştir. 8 maddeli 2 kısımdan oluşur. İlk 8 madde çocukluk yılları ile ilgilidir. İkinci 8 madde yetişkinlik dönemine aittir. Her bir kısım için en az 3'nün varlığı tanı koydurucudur. İlk kez Cyranowoski ve arkadaşları tarafından 2002 yılında geliştirilmiştir. Diriöz ve arkadaşları tarafından Türkçe uyarlaması yapılmıştır.¹⁶⁶ Cronbach alfa değeri çocuklar için olan bölüm:0.57, yetişkinler için olan bölüm:0.59 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenirliliği 0.90-0.92 olarak bulunmuştur.

3.3. İstatistiksel İşlemler

Tüm istatistiksel değerlendirmeler SPSS for Windows 11,0 paket programı yardımıyla yapıldı. Kategorik değişkenlerin, sıklıkların ve oranların karşılaştırılmasında Ki-kare, gerekli yerlerde Fisher kesin ki-kare testi kullanılmıştır. İki grubun sürekli değişkenlerin ortalamalarının karşılaştırılmasında t-testi kullanılmıştır. Ayrıca ölçeklerin korelasyonlarına bakılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya katılan 70 hastanın 45'i kadın (%64), 25'i erkek (%36) erkek olduğu görülmüştür. Kadınların yaş ortalaması 36.8 ± 9.49 , erkeklerin yaş ortalaması 42.1 ± 13.3 olarak hesaplanmıştır. Aralarında istatistiksel fark ($p=0.063$) yoktur. Katılımcıların genellikle orta-üst sosyoekonomik düzeye sahip oldukları, çekirdek ailede yaşadıkları ve iş sahibi oldukları görülmektedir. Evli ve bekar olanların eşit olduğu görülmüştür. Katılımcıların çocukluk çağı yaşam alanlarına bakıldığında, şehir ve şehir olmayan grupların eşit olduğu, erişkinlikte ise şehirde yaşayanların çoğunlukta olduğu görülmüştür. Katılımcıların detaylı sosyodemografik verileri tablo 4'de sunulmuştur.

Tablo 4. Bipolar Bozukluğu olan hastaların sosyodemografik özellikleri

	N	%
Yaş (yıl) (ort. $\pm$SS)	38.7($\pm$ 11.1)	
Cinsiyet		
Kadın	45	64.3
Erkek	25	35.7
Medeni Hal		
Evli	35	50
Bekar/dul	35	50
Sosyoekonomik durum		
Alt	16	22,9
Orta-Üst	54	77,1
Eğitim Düzeyi		
İlköğretim altı	20	28.6
İlköğretim üstü	50	71.4
Çocukluk yaşam yeri		
Şehir olmayan	35	50
Şehir	35	50
Erişkinlik yaşam yeri		
Şehir olmayan	20	28.6
Şehir	50	71.4
Çalışabilirlik durumu		
Çalışıyor	50	71.4
Çalışmıyor	20	28.6
Yaşadığı aile		
Çekirdek	64	91.4
Geniş-Yalnız	6	8.6
Sosyal Destek		
Yok	18	25.7
Var	52	74.3

Tıbbi hastalığı olan ve olmayan, ailede ruhsal hastalık eşlik eden ve etmeyen bipolar hastaların benzer oranlarda olduğu görülmüştür. Tablo 5’te detaylı soygeçmiş ve özgeçmiş bilgileri verilmiştir.

Tablo 5. Bipolar Bozukluğu olan hastaların soygeçmiş ve özgeçmiş özellikleri

	N	%
Ailede ruhsal hastalık		
Var	31	44.3
Yok	39	55.7
Tıbbi hastalık		
Var	32	45.7
Yok	38	54.3

Katılımcıların 38’i (%54) YAAB tanısı almıştır. YAAB tanısı alanların; 14’ü (%36) yetişkin başlangıçlı, 24’ü (%64) çocukluk çağından erişkinliğe uzanan ayrılık anksiyetesi bozukluğu olduğu bulunmuştur. YAAB olan ve olmayan bipolar hastalarda sosyodemografik değişkenlerde anlamlı fark bulunmamıştır. YAAB olan ve olmayan bipolar hastaların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6. Yetişkin ayrılık anksiyetesi bozukluğu olan ve olmayan bipolar hastaların sosyodemografik değişkenlerinin karşılaştırılması

	YAAB(+) (n=38)	YAAB(-) (n=32)	P
Yaş (yıl) (ort. ±SS)	38.1±10.9	39.5±11.6	0.608
Cinsiyet (N %)			0.086
Kadın	28(73.7)	17(53.1)	
Erkek	10(26.3)	15(35.7)	
Medeni Hal (N %)			0.230
Evli	16(42.1)	19(59.4)	
Bekar/dul	22(57.9)	13(40.6)	
Sosyoekonomik durum (N %)			0.544
Alt	9(23.7)	7(21.9)	
Orta-üst	29(76.3)	25(78.1)	
Eğitim Düzeyi (N %)			0.116
İlköğretim altı	14(36.8)	6(18.8)	
İlköğretim üstü	24(63.2)	26(81.2)	
Çocukluk yaşam yeri (N %)			0.811
Şehir	20(52.6)	15(46.9)	
Şehir olmayan	18(47.4)	17(53.1)	

Tablo 6 devamı. Yetişkin ayrılık anksiyetesi bozukluğu olan ve olmayan bipolar hastaların sosyodemografik değişkenlerinin karşılaştırılması

	YAAB(+) (n=38)	YAAB(-) (n=32)	P
Erişkinlik yaşam yeri (N %)			0.603
Şehir	26(68.4)	24(75)	
Şehir olmayan	12(31.6)	8(25)	
Çalışabilirlik durumu (N %)			0.035
Çalışıyor	23(60.5)	27(84.4)	
Çalışmıyor	15(39.5)	5(15.6)	
Yaşadığı aile (N %)			0.681
Çekirdek	34(89.5)	30(93.8)	
Geniş-yalnız	4(10.5)	2(6.2)	
Sosyal Destek (N %)			0.414
Yok	8(21.1)	10(31.2)	
Var	30(78.9)	22(68.8)	
Ailede ruhsal hastalık birlikteliği (N %)	15(39.5)	16(50)	0.471
Tıbbi hastalık birlikteliği (N %)	17(44.7)	15(46.9)	1.0

Katılımcılarından 28 (%40) kişi ÇAAB tanısı almıştır. Bunlardan 4'nün sadece çocukluk ayrılık anksiyetesi olduğu, diğer 24 kişide ise ayrılık anksiyetesinin erişkinlik döneme uzadığı görülmüştür. Ayrılık anksiyetesi olan hastaların başlangıç şekline göre sosyodemografik verileri değerlendirilmiştir. Her iki grupta anlamlı fark bulunmamıştır. Tablo 7’de sosyodemografik verilerin karşılaştırılması detaylı bir şekilde verilmiştir.

Tablo 7. Çocukluk ve erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyeteli bipolar bozukluklu hastaların sosyodemografik verileri, özgeçmiş ve soygeçmiş özelliklerinin karşılaştırılması

	Çocukluk başlangıçlı (n=28)	Erişkin başlangıçlı (n=14)	P
Yaş (yıl) (ort. ±SS)	39±11.6	35.8±8.5	0.377
Cinsiyet (N %)			0.277
Kadın	18(64.3)	12(85.7)	
Erkek	10(35.7)	2(14.3)	
Medeni Hal(N %)			1.0
Evli	16(57.1)	8(57.1)	
Bekar/dul	12(42.9)	6(42.9)	
Eğitim Düzeyi (N %)			0.738
İlköğretim altı	10(35.7)	4(28.6)	
İlköğretim üstü	18(64.3)	10(71.4)	
Çocukluk yaşam yeri (N %)			0.744
Şehir	15(53.6)	6(42.9)	
Şehir olmayan	13(46.4)	8(57.1)	

Tablo 7 devamı. Çocukluk ve erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyeteli bipolar bozukluklu hastaların sosyodemografik verileri, özgeçmiş ve soygeçmiş özelliklerinin karşılaştırılması

	Çocukluk başlangıçlı (n=28)	Erişkin başlangıçlı (n=14)	P
Erişkinlik yaşam yeri (N %)			0.729
Şehir	8(28.6)	5(35.7)	
Şehir olmayan	20(71.4)	9(64.3)	
Çalışabilirlik durumu (N %)			1.0
Çalışıyor	18(64.3)	9(64.3)	
Çalışmıyor	10(35.7)	5(35.7)	
Yaşadığı aile (N %)			0.677
Çekirdek	24(85.7)	13(92.9)	
Geniş-yalnız	4(14.3)	1(7.1)	
Ailede ruhsal hastalık birlikteliği (N %)			1.0
Tıbbi hastalık birlikteliği (N %)	13(46.4)	6(42.9)	0.747

4.2. Ek Tanılar

Katılımcılara SCID-I ve SCID-II uygulanmıştır. YAAB olan ve olmayan bipolar bozukluklu hastalarda ek tanı özellikleri karşılaştırılmıştır. YAAB tanısı olanlarda olmayanlara oranla anksiyete bozuklukları yaşam boyu (n=22, %52.9) ve şu an (n=12, %31.6) ek tanıları daha çok olduğu görülmüştür. İstatiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (p=0.086) Diğer tanılarda anlamlı fark bulunmamıştır. Yetişkin ayrılık anksiyetesi olan ve olmayan bipolar bozukluklu hastaların ek tanıları tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Yetişkin ayrılık anksiyetesi olan ve olmayan bipolar bozukluklu hastaların ek tanıları

(n%)	YAAB(+) (n=38)	YAAB(-) (n=32)	P
Anksiyete bozuklukları şu an	12(31.6)	4(12.5)	0.086
Anksiyete bozuklukları yaşam boyu	22(52.9)	12(37.5)	0.100
Somatoform bozukluklar şu an	3(7.9))	0(0)	0.245
Somatoform bozukluklar yaşam boyu	7(18.4)	2(6.2)	0.166
Disosiyatif bozukluklar şu an	0(0)	0(0)	
Disosiyatif bozukluklar yaşam boyu	1(2.6)	0(0)	1.0
Alkol kullanım bozuklukları şu an	0(0)	0(0)	
Alkol kullanım bozuklukları yaşam boyu	3(7.9)	3(9.4)	1,0

Tablo 8 devamı. Yetişkin ayrılık anksiyetesi olan ve olmayan bipolar bozukluklu hastaların ek tanıları

n (%)	YAAB(+) (n=38)	YAAB(-) (n=32)	P
Madde kullanım bozuklukları şu an	0(0)	0(0)	
Madde kullanım bozuklukları yaşam boyu	1(2.6)	1(3.1)	1.0
Yeme bozuklukları şu an	0(0)	0(0)	
Yeme bozuklukları yaşam boyu	3(7.9)	0(0)	0.245
Dürtü denetim bozuklukları şu an	2(5.3)	1(3.1)	1.0
Dürtü denetim bozuklukları yaşam boyu	4(10.5)	2(6.2)	0.681

Anksiyete bozukluklarının sıklıkla ayrılık anksiyetesi bozukluğuna eşlik ettiği bilinmektedir. Çalışmamızda bipolar bozukluk hastalarında yaşam boyu anksiyete bozukluklarını görülme oranı %48 (n=34) bulunmuştur. Bu nedenle anksiyete bozukluklarının alt tanı gruplarının değerlendirilmesi düşünülmüştür. YAAB olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarında yapılan karşılaştırmada; yaşam boyu ve şu an YAB, yaşam boyu ve şuan OKB, şu an PB ve şu an SF tanıları istatistiksel olarak anlamlı olmasada YAAB tanısı alanlarda daha fazla olduğu görülmüştür. YAAB olan hastalarda yaşam boyu ÖF ek tanısı, YAAB tanısı olmayanlara göre daha yüksek oranda saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p=0.001) Anksiyete bozuklukları ek tanıları ayrıntılı olarak tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9. Yetişkin ayrılık anksiyetesi olan ve olmayan bipolar bozukluklu hastalarda anksiyete bozuklukları ek tanıları

n (%)	YAAB(+) (n=38)	YAAB(-) (n=32)	P
Panik bozukluk şu an	3(7.9)	0(0)	0.245
Panik bozukluk yaşam boyu	7(18.4)	6(18.8)	1,0
Panik bozukluk + Agarofobi şu an	0(0)	0(0)	
Panik bozukluk + Agarofobi yaşam boyu	1(2.6)	0(0)	1.0
Yaygın anksiyete bozukluğu şu an	4(10.5)	1(3.1)	0.366

Tablo 9 devamı. Yetişkin ayrılık anksiyetesi olan ve olmayan bipolar bozukluklu hastalarda anksiyete bozuklukları ek tanıları

n (%)	YAAB(+) (n=38)	YAAB(-) (n=32)	P
Yaygın anksiyete bozukluğu yaşam boyu	5(13.2)	1(3.1)	0.209
Obsesif kompulsif bozukluk şu an	2(5.3)	0(0)	0.496
Obsesif kompulsif bozukluk yaşam boyu	5(13.2)	1(3.1)	0.209
Sosyal fobi şu an	3(7.9)	0(0)	0.245
Sosyal fobi yaşam boyu	5(13.2)	4(12.5)	1.0
Özgül fobi şu an	7(18.4)	2(6.2)	0.166
Özgül fobi yaşam boyu	10(26.3)	0(0)	0,001
Akut stres bozukluğu şu an	0(0)	0(0)	
Akut stres bozukluğu yaşam boyu	2(5.3)	2(6.2)	1.0
Post travmatik stres bozukluğu şu an	0(0)	0(0)	
Post travmatik stres bozukluğu yaşam boyu	1(2.6)	0(0)	1.0
Ayrışmamış anksiyete bozukluğu şu an	0(0)	1(3.1)	0.457
Ayrışmamış anksiyete bozukluğu yaşam boyu	1(2.6)	1(3.1)	1.0

Çocukluk ve yetişkinlik başlangıçlı ayrılık anksiyetesi bipolar hastaların yaşam boyu ek tanıları tablo 10'da karşılaştırılmıştır. İstatiksel olarak her iki grup arasında fark olmasa da PB, YAB, OKB, SF, alkol kullanım bozuklukları, yeme bozuklukları ve dürtü denetim bozuklukları çocukluk başlangıçlı ayrılık anksiyetesi olanlarda yüksek oranda bulunmuştur.

Tablo 10. Çocukluk ve erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyetesi olan bipolar bozukluk hastaların yaşam boyu ek tanılarının karşılaştırılması

n (%)	Çocukluk başlangıçlı (n=28)	Erişkin başlangıçlı (n=14)	P
Anksiyete bozuklukları	17(60.7)	7(50)	0.530
Panik bozukluk	8(28.6)	1(7.1)	0.230
Panik bozukluk+Agarofobi	1(3.6)	0(0)	1.0

Tablo 10 devamı. Çocukluk ve erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyetesi olan bipolar bozukluk hastalarının yaşam boyu ek tanılarının karşılaştırılması

n (%)	Çocukluk başlangıçlı (n=28)	Erişkin başlangıçlı (n=14)	P
Yaygın anksiyete bozukluğu	4(14.3)	1(7.1)	0.650
Obsesif kompulsif bozukluk	5(17.9)	0(0)	0,151
Sosyal fobi	4(14.3)	1(7.1)	0.650
Özgül fobi	6(21.8)	4(28.6)	0.707
Akut stres bozukluğu	2(7.1)	0(0)	0.545
Posttravmatik stres bozukluğu	1(3.6)	0(0)	1.0
Ayrışmamış anksiyete bozukluğu	0	1(7.1)	0.333
Somatoform bozukluklar	4(14.3)	3(21.4)	0.668
Disosiyatif bozukluklar	1(3.6)	0(0)	1.0
Alkol kullanım bozuklukları	3(10.7)	0(0)	0.539
Madde kullanım bozuklukları	1(3.6)	0(0)	1.0
Yeme bozuklukları	3(10.7)	0(0)	0.537
Dürtü denetim bozuklukları	4(14.3)	0(0)	0.283

Kişilik bozuklukları ek tanısı değerlendirildiğinde YAAB olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel açıdan belirgin fark olmadığı görülmüştür. Alt tanı grupları değerlendirildiğinde B kümesi kişilik bozuklukları YAAB tanısı olanlarada, C kümesi kişilik bozuklukları YAAB tanısı olmayan bipolar bozukluk hastalarında daha çok görülmüştür. Özellikle de Borderline kişilik bozukluğu tanısı YAAB tanısı olan BPB hastalarında yüksek oranda bulunmuştur. Bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kişilik bozukluğu ek tanıları tablo 11’ de sunulmuştur.

Tablo 11. Yetişkin ayrılık anksiyetesi olan ve olmayan bipolar bozukluklu hastaların kişilik bozukluğu ek tanıları

n (%)	YAAB(+) (n=38)	YAAB(-) (n=32)	P
Kişilik bozukluğu tanısı	8(21.1)	6(18.8)	1.0
A kümesi KB	1(2.6)	0(0)	1.0
Paranoid KB	1(2.6)	0(0)	1.0
Şizoid KB	0(0)	0(0)	
Şizotipal KB	0(0)	0(0)	
B kümesi KB	4(10.5)	0(0)	0.120
Histiriyonik KB	2(5.3)	0(0)	0.496
Narsistik KB	0(0)	0(0)	
Borderline KB	3(7.9)	0(0)	0.245
Antisosyal KB	0(0)	0(0)	
C kümesi KB	3(7.9)	6(18.8)	0.283
Obsesif kompulsif KB	2(5.3)	4(12.5)	0.402
Kaçıngan KB	1(2.6)	2(6.2)	0.589
Bağımlı KB	0(0)	1(3.1)	0.457

Kişilik bozukluğu tanısı ayrılık anksiyetesi başlangıç şekli açısından değerlendirilmiştir. B kümesi kişilik bozuklukları, borderline kişilik bozukluğu ve C kümesi kişilik bozuklukları, çocukluk başlangıçlı ayrılık anksiyetesi olan bipolar bozukluk hastalarında yüksek oranda görülmüştür. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Buna karşın genel kişilik bozukluğu ek tanısına bakıldığında çocukluk başlangıçlı ayrılık anksiyetesinde yüksek oran saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (p=0.037) Ayrılık anksiyetesi başlangıç şekline göre kişilik bozukluğu ek tanıları tablo 12’de değerlendirilmiştir.

Tablo 12. Çocukluk ve erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyetesi olan bipolar bozukluk hastaların kişilik bozukluğu ek tanılarının karşılaştırılması

n (%)	Çocukluk başlangıçlı (n=28)	Erişkin başlangıçlı (n=14)	P
Kişilik bozukluğu tanısı	8(28.6)	0(0)	0.037
A kümesi KB	1(3.6)	0(0)	1.0
Paranoid KB	1(3.6)	0(0)	1.0
Şizoid KB	0(0)	0(0)	
Şizotipal KB	0(0)	0(0)	
B kümesi KB	4(14.3)	0(0)	0.283
Histiriyonik KB	2(7.1)	0(0)	0.545
Narsistik KB	0(0)	0(0)	
Borderline KB	3(10.7)	0(0)	0.539
Antisosyal KB	0(0)	0(0)	
C kümesi KB	3(10.7)	0(0)	0.539
Obsesif kompulsif KB	2(7.1)	0(0)	0.545
Kaçıngan KB	1(3.6)	0(0)	1.0
Bağımlı KB	0(0)	0(0)	

4.3. Bipolar Bozukluk Özellikleri

Çalışmamızda ayrılık anksiyetesinin bipolar bozukluk üzerine etkisi araştırılmıştır. Bu amaçla bipolar bozukluğun tipi, baskın ucu, atak sayısı, başlangıç yaşı, süresi, tedavisi, mevsimsellik özelliği ve bipolar bozuklukta özkıyım girişimi gibi parametreler değerlendirilmiştir. İstatiksel olarak anlamlı olmasada YAAB olan bipolar hastalarda tip 2 bipolar bozukluğun, depresif atak sayısının daha fazla olduğu görülmüştür. Bunun dışında ortalama atak sayısı, başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastane yatış sayısı, EKT tedavisi, mevsimsellik özellik açısından YAAB olan ve olmayan bipolar bozukluklu hastalar arasında fark olmadığı gözlenmiştir. Buna karşın YAAB olan bipolar hastalarda özkıyım girişiminin %60.5 (n=23) oranında olması dikkati çekmiştir. Bu sonuca göre YAAB olan

bipolar hastalarda olmayanlara göre özkıyım oranı yüksek bulunmuştur. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. ($p<0.001$) YAAB varlığının BPB üzerine etkisi tablo 13’de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 13. Yetişkin ayrılık anksiyetesi olan ve olmayan hastalarda bipolar bozukluk özelliklerinin karşılaştırılması

	YAAB(+) (n=38)	YAAB(-) (n=32)	P
Tipi (N%)			0.209
Tip 1	33(86.8)	31(96.9)	
Tip 2	5(13.2)	1(3.1)	
Baskın uç (N%)			0.200
Mani	24(63.2)	25(78.1)	
Depresyon	14(36.8)	7(21.9)	
Ortalama atak sayısı (ort. ±SS)	6±3.5	5.7±3.7	0.748
Başlangıç yaşı (yıl) (ort. ±SS)	25.8±9.9	26.4±9.2	0.796
Süresi (yıl) (ort. ±SS)	11.5±7.3	12.5±7.4	0.586
Hastane yatış sayısı (ort. ±SS)	2.2±1.8	2.2±2.3	0.971
EKT tedavisi (N%)			0.799
Var	12(31.6)	9(28.1)	
Yok	26(68.4)	23(71.9)	
Uzunlamasına gidiş (N%)			0.427
Ataklar arası tam düzelme	29(76.3)	21(65.6)	
Ataklar arası kısmi-kötü işlevsellik	9(23.7)	11(34.4)	
Mevsimsellik (N%)			0.617
Var	23(60.5)	22(68.8)	
Yok	15(39.5)	10(31.2)	
Ataklardaki psikotik belirti (N%)			0.603
Var	26(68.4)	24(75)	
Yok	12(31.6)	8(25)	
Özkıyım (N%)			<0.001
Var	23(60.5)	5(15.6)	
Yok	15(39.5)	27(84.4)	

Bipolar bozukluk tedavisinde YAAB etkisi araştırılmıştır. Bunun sonucunda duyudurum düzenleyiciler, tipik antipsikotik, atipik antipsikotik kullanımı açısından YAAB olan ve olmayan BPB hastalarında anlamlı fark gözlenmemiştir. Buna karşın istatistiksel anlam ifade etmese de antidepresan kullanımı ve diğer ek tedavi önerilerini uygulayan hastaların YAAB olan BPB hastalarında daha fazla olduğu gözlenmiştir. YAAB’nin BPB tedavisi üzerine etkisini ayrıntılı olarak tablo 14’de verilmiştir.

Tablo 14. Yetişkin ayrılık anksiyetesi olan ve olmayan bipolar bozukluklu hastalarda ilaç tedavisinin değerlendirilmesi

n(%)	YAAB(+) (n=38)	YAAB(-) (n=32)	P
Duygudurum düzenleyici			1.0
Var	36(94.7)	31(96.9)	
Yok	2(5.3)	1(3.1)	
Lityum			0.439
Var	10(26.3)	12(37.5)	
Yok	28(73.7)	20(62.5)	
Valproik asit			0.477
Var	19(50.0)	13(40.6)	
Yok	19(50.0)	19(59.4)	
Karbamezapin			1.0
Var	2(5.3)	2(6.2)	
Yok	36(94.7)	30(93.8)	
Lamotrijin			
Var	0	0	
Yok	38(100)	32(100)	
Kombinasyon			0.745
Var	6(15.8)	4(12.5)	
Yok	32(84.2)	28(87.5)	
Ek tedavi			0.567
Var	31(81.6)	24(75)	
Yok	7(18.4)	8(25)	
Tipik antipsikotik			0.245
Var	3(7.9)	5(15.6)	
Yok	35(92.1)	27(84.4)	
Atipik antipsikotik			0.455
Var	25(65.8)	22(68.8)	
Yok	13(34.2)	10(31.2)	
Antidepresan			0.116
Var	6(15.8)	1(3.1)	
Yok	32(84.2)	31(96.9)	
Diğer ilaç tedavisi			0.120
Var	4(10.5)	0(0)	
Yok	34(89.5)	32(100)	

Ayrılık anksiyetesi başlangıç şeklinin BPB özelliklerine etksi değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme sonucunda istatistiksel anlamlılık olmasa da çocukluk başlangıçlı ayrılık anksiyetesi bozukluğu olanlarda tip 2 BPB oranı (%17.9, n=5) daha fazla görülmüştür. (p=0.151) Bunun yanında ortalama eatak sayısının ve mevsimsellik özelliğinin bulunma oranının erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyetesinde daha fazla olduğu gözlenmiştir. Bu sonuçlar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (sırasıyla p=0.253, p=0.085) Erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyetesi olan BPB hastalarının daha erken yaşta BPB başladığı gözlenmiştir. Bu farklılık istatistiksel anlamlılığa yakın bulunmuştur. (p=0.125) Bunun

dışındaki parametrelerde anlamlı farklar gözlenmemiştir. Ayrılık anksiyeteis başlangıç şeklinin BPB özelliklerine etkisi ayrıntılı olarak tablo 15’de sunulmuştur.

Tablo 15. Çocukluk ve erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyeteli hastaların bipolar bozukluk özelliklerinin karşılaştırılması

	Çocukluk başlangıçlı (n=28)	Erişkin başlangıçlı (n=14)	P
Tipi (N%)			0.151
Tip 1	23(82.1)	14(100)	
Tip 2	5(17.9)	0(0)	
Baskın uç (N%)			0.490
Mani	20(71.4)	8(57.1)	
Depresyon	8((28.6)	6(42.9)	
Ortalama atak sayısı (ort. ±SS)	5.6±3.0	6.9±4.2	0.253
Başlangıç yaşı (yıl) (ort. ±SS)	27.5±10.5	22.5±7.7	0.125
Süresi (yıl) (ort. ±SS)	11.3±5.7	11.8±9.2	0.830
Hastane yatış sayısı (ort. ±SS)	2.5±1.6	2±2.1	0.475
Uzunlamasına gidiş (N%)			0.277
Ataklar arası tam düzelme	18(64.3)	12(85.7)	
Ataklar arası kısmi-kötü işlevsellik	10(35.7)	2(34.3)	
Mevsimsellik (N%)			0.085
Var	21(75)	6(42.9)	
Yok	7(25)	8(57.1)	
Ataklardaki psikotik belirti (N%)			0.491
Var	21(75)	9(64.3)	
Yok	7(25)	5(35.7)	
Özkıyım (N%)			0.747
Var	16(57.1)	9(64.3)	
Yok	12(42.9)	5(35.7)	

4.4. Ölçekler

Yetişkin ayrılık anksiyetesi varlığının BPB hastalarda işlevsellik düzeyine ve anksiyete belirtilerine etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır. Bu amaçla katılımcılara Hamilton anksiyete ölçeği ve 11 alt ölçeğe sahip BPB işlevsellik ölçeği uygulanmıştır. Değerlendirme sonucunda YAAB olan BPB hastalarında ortalama HAÖ puanı 6.1±6.3(ort. ±SS), YAAB olmayan BPB hastalarında HAÖ puanı 1.3±3.0(ort. ±SS) olarak bulunmuştur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p < 0.001$) İşlevsellik alt ölçek puanlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da zihinsel işlevsellik, ev içi ilişkiler ve iş puanları YAAB olanlarda daha düşük saptanmıştır. (sırasıyla $p = 0.098$, $p = 0.159$, $p = 0.076$) Damgalanma hissi ve toplam işlevsellik puanları karşılaştırıldığında

YAAB olan BPB hastalarında istatistiksel olarak anlamlı denebilecek düzeyde düşük saptanmıştır. (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.037$) Diğer işlevsellik alt ölçek puanlarında farklılık gözlenmemiştir. YAAB'nin BPB hastaların anksiyetesi ve işlevselliğine etkisi ayrıntılı olarak tablo 16'da sunulmuştur.

Tablo 16. Yetişkin ayrılık anksiyetesi olan ve olmayan bipolar bozukluklu hastalarda işlevsellik düzeyi ve Hamilton anksiyete puanlarının karşılaştırılması

(ort. $\pm$ SS)	YAAB(+)	YAAB(-)	P
Hamilton anksiyete	6.1 $\pm$ 6.3	1.3 $\pm$ 3.0	<0.001
Duygusal işlevsellik	7,3 $\pm$ 1.4	7.4 $\pm$ 1.6	0,685
Zihinsel işlevsellik	9,3 $\pm$ 2,2	10,2 $\pm$ 2,0	0,098
Cinsel işlevsellik	8,2 $\pm$ 2,6	9,0 $\pm$ 2,6	0,241
Damgalanma hissi	7,6 $\pm$ 2,3	9,8 $\pm$ 2,2	<0.001
İçe kapanıklık	6,3 $\pm$ 1,5	6,3 $\pm$ 1,2	0,985
Ev içi ilişkiler	13,0 $\pm$ 3,2	14,0 $\pm$ 2,3	0,159
Arkadaşlarıyla ilişkiler	10,9 $\pm$ 2,3	11,1 $\pm$ 2,2	0.709
Toplumsal etkinliklere katılım	12,4 $\pm$ 3,0	12,2 $\pm$ 3,0	0.789
Günlük etkinlikler ve hobiler	12,6 $\pm$ 2,9	12,6 $\pm$ 2,8	0.978
İnisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme	5,2 $\pm$ 1,6	5,6 $\pm$ 1,5	0.278
İş	9,1 $\pm$ 2,2	10,0 $\pm$ 2,0	0.076
Toplam işlevsellik	101,4 $\pm$ 15,4	108,4 $\pm$ 11,4	0.037

Ayrılık anksiyetesi başlangıç şeklinin BPB hastalarda anksiyete ve işlevsellik düzeylerine etkisi değerlendirilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da çocukluk başlangıçlı ayrılık anksiyetesi olanlarda ev içi ilişkiler işlevsellik puanı, erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyetesi olanlarda insiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme işlevsellik puanı düşük bulunmuştur. (sırasıyla $p=0.087$, $p=0.095$) HAÖ ve işlevsellik düzeylerinde her iki grup arasında belirgin fark gözlemlenmemiştir.

Tablo17. Çocukluk ve erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyetesi olan bipolar bozukluk hastalarda işlevsellik düzeyi ve Hamilton anksiyete puanlarının karşılaştırılması

(ort. $\pm$ SS)	Çocukluk başlangıçlı (n=28)	Erişkin başlangıçlı (n=14)	P
Hamilton anksiyete	6.0 $\pm$ 5.4	4.9 $\pm$ 7.7	0,605
Duygusal işlevsellik	7.1 $\pm$ 1.6	7.3 $\pm$ 1.2	0,621

Tablo 17 devamı. Çocukluk ve erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyetesi olan bipolar bozukluk hastalarda işlevsellik düzeyi ve Hamilton anksiyete puanlarının karşılaştırılması

Zihinsel işlevsellik	9.2±2.1	9.6±2.3	0,559
Cinsel işlevsellik	8.4±2.8	8.0±2.3	0,657
Damgalanma hissi	7.6±2.4	8.0±2.1	0,612
İçe kapanıklık	6.1±1.6	6.5±1.6	0,400
Ev içi ilişkiler	12.3±3.2	14.1±2.7	0,087
Arkadaşlarıyla ilişkiler	10.9±2.3	10.7±2.7	0,853
Toplumsal etkinliklere katılım	12.9±3.6	11.5±2.0	0,173
Günlük etkinlikler ve hobiler	13.2±3.0	11.5±2.6	0,086
İnisiyatif alma ve potansiyelini kullanabilme	5.5±1.5	4.7±1.5	0,095
İş	9.5±2.0	8.7±2.4	0,324
Toplam işlevsellik	102.1±16.7	100.9±11.8	0,810

5. TARTIŞMA

Ayrılık anksiyetesi bozukluğu son yıllarda ilgi çeken bir konu olmuştur. Özellikle 2000’li yıllardan sonra yapılan çalışmalar ile sadece çocukluk ve ergenliğe özgü bir bozukluk olmadığı ilk kez erişkinlik döneminde de başlayabileceği gösterilmiştir. Bunun üzerine yetişkin ayrılık anksiyetesi bozukluğu üzerine çalışmalar yoğunlaşmıştır. Bu çalışmalardan bazıları ek tanı olan YAAB’nin birincil tanı ile birlikteliği ve etkisi üzerinedir. Bu bağlamda bipolar bozukluk gibi kronik seyirli hastalıklara olan etkisi ilgi çekmiştir. Bu konu üzerine yapılan çalışmalar kısıtlı olsa da ayrılık anksiyetesi ektanısının varlığının bipolar bozuklukta hem hastalık seyrini hem de tedavi yanıtını etkilediği bilinmektedir.

Çalışmamızda ayrılık anksiyetesi tanısı konurken DSM-IV-TR tanı kriterleri temel alınmıştır. Bu kriterlerden köken alan yarı yapılandırılmış görüşme klavuzu, ayrıca Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış ayrılık anksiyetesi tanısında yardımcı ölçekler kullanılmıştır.

Bu çalışmanın en önemli özelliği ülkemizde bipolar bozuklukta ayrılık anksiyetesinin değerlendirildiği başka bir çalışmaya rastlanılmamış olmasıdır. Ayrıca literatürde sadece bipolar bozukluk hastalarından oluşan homojen grupla yapılmış bir çalışmanın olmamasıda dikkete değer özelliğinden biridir.

Bu çalışmaya polikliniğimiz bipolar bozukluk biriminde takipli, çalışmada belirlenen süre içinde ayaktan başvuran ve dışlama kriterlerimize uygunluk gösteren hastalardahil edilmiştir.

YAAB’nin yaşamboyu sıklığı %6.6,ÇAAB’nin yaşam boyu sıklığı %4.1 olarak tahmin edilmektedir.¹⁸ YAAB tanısı alan olguların 1/3’ü çocukluk çağı, 2/3’ü ise erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyetesi olduğu düşünülmektedir.¹⁹

Pini ve ark. tarafından yapılan, bipolar bozukluk, panik bozukluk ve major depresif bozukluk tanılı hastalarla sağlıklı bir kontrol grubunda ayrılık anksiyetesi belirtilerinin seyrinin ve ayrılık anksiyetesi bozukluğunun sıklığının araştırıldığı bir çalışmada bipolar bozuklukta çocukluk çağı ve erişkin ayrılık anksiyetesi ektanılarının yaygınlık oranı sırasıyla %15.9 ve %7.7 olarak bulunmuştur.¹⁶⁷ Duygudurum ve anksiyete bozukluğu olan 508 hastada yapılan bir çalışmada YAAB yaygınlık oranı %42 olarak saptanmıştır.²⁰ Bu çalışmada YAAB olgularının %48’i erişkin başlangıçlı, %52’si çocukluk başlangıçlı

olduğu bulunmuştur.²⁰ Bir başka çalışmada duygudurum veya herhangi bir anksiyete bozukluğu olan 454 hastada %40.7 oranında YAAB olduğu bildirilmiştir.¹⁶⁹ YAAB tanılı hastaların %48'inde erişkin yaşamda, %52'sinde çocukluk çağında başlamıştır. Bizim çalışmamızda 70 katılımcıdan 38' i (%54) YAAB tanısı almıştır. YAAB tanısı alanların; 14' ü (%36) yetişkin başlangıçlı, 24' ü (%64) çocukluk çağından erişkinliğe uzanan ayrılık anksiyetesi bozukluğu olduğu bulunmuştur. Pini ve ark. yapmış olduğu çalışma ile karşılaştırıldığında çalışmamızda daha yüksek oranda YAAB tanısı olduğu görülmektedir. Buna karşın diğer çalışmalar ile benzer oranda YAAB tanısı oranı dikkati çekmiştir. Burada tanı koymada kullanılan yöntemlerden dolayı farklılık olduğu söylenebilir. Bizim çalışmamızda AAB-YKG (Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri için Yapılandırılmış Klinik Görüşme) klavuzu dışında YAAB tanısı koymak için YAAA (Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi Anketi) 25 ve üzeri puan almakta yeterli görülmüştür. Bu nedenle YAAB oranı yüksek saptanmış olabilir. Bunun dışında bizim çalışmamızda saptanan YAAB oranının diğer çalışmalarda saptanan %42, %40,7 gibi YAAB oranlarına yakın olduğuda görülmektedir. Fakat bu çalışmalarda da BPB yönünden homojen olmayan katılımcılar mevcuttur. Sonuç olarak çalışmamız mevcut eski çalışmalara oranla BPB'taki YAAB oranının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bunun dışında çalışmamızda YAAB tanısı alan hastalarda daha yüksek oranda çocukluk çağından erişkinliğe uzanan YAAB oranının daha yüksek olduğu da dikkati çekmiştir.

Pini ve ark. 53'ü BPB tanılı 97 katılımcı ile yaptığı çalışmada YAAB'nun erken başlangıçlı BPB ile ilişkili olduğunu belirtmiştir.¹⁶⁷ Pini ve arkadaşlarının 508 duygudurum ve anksiyete bozuklukları olan katılımcılar üzerinde yaptığı çalışmada, Ç-YAAB olan grubunda olanların diğer gruplara (ÇAAB, YAAB, Ayrılık Anksiyetesi Olamayan) göre daha erken yaşta duygudurum bozukluğu tanısı aldığı bulunmuştur.²⁰ Bizim çalışmamızda ise YAAB olan BPB hastalarda başlangıç yaşı 25.8 ± 9.9 yıl, YAAB olmayanlarda ise 26.4 ± 9.2 yıl olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar istatistiksel açıdan benzer bulunmamıştır. ($p=0.796$) Fakat BPB başlangıç yaşı, ayrılık anksiyetesinin başlangıç şekillerine göre karşılaştırıldığında, çocukluk çağı başlangıçlı ayrılık anksiyetesinde BPB'nin daha erken yaşlarda başladığı tespit edilmiştir. Yetişkinlik çağı başlangıçlı olan grupta 27.5 ± 10.5 yıl, çocukluk çağı başlangıçlı grupta 22.5 ± 7.7 yıl olarak bulunmuştur. ($p=0.125$) Ayrıca çocukluk çağı başlangıçlı ayrılık anksiyetesi olan BPB hastalarının (%40, $n=28$), erişkinlik çağı başlangıçlı BPB hastalarından (%20, $n=14$) daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu sonuç,

Pini ve ark. yapmış olduğu çalışmada çocukluk çağı ayrılık anksiyetesinin bir kısmı düzelmekte bir kısmı da psikosoyal zorlanmalarla bipolar bozukluk gelişiminde rol oynamaktadır. ÇAAB'nin BPB hastalığını predikte ettiği ileri sürülmüştür.¹⁶⁷ Bizim çalışmamızda istatistiksel anlamlılık olmasa da çocukluk başlangıçlı ayrılık anksiyetesi bozukluğu olanlarda tip 2 BPB oranı (%17.9, n=5) daha fazla görülmüştür. (p=0.151) Bunun yanında mevsimsellik özelliğinin bulunma oranının erişkin başlangıçlı ayrılık anksiyetesinde daha fazla olduğu gözlenmiştir. (p=0.085) Çalışmamızda YAAB olan bipolar hastalarda olmayanlara göre özkıyım oranı yüksek bulunmuştur. (sırasıyla n=23 %60.5, n=5 %15.6) Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. (p=<0.001) Bu sonuçlar literatürde ilk defa saptanmış olup ileriki çalışmalar ile desteklenmeye ihtiyaç duymaktadır.

1986 yılında Perris ve ark. tarafından sağlıklı hasta grularıyla karşılaştırmalı olarak yapılan çalışmada, bipolar bozukluk depresif atak tanılı hastalarda anlamlı derecede fazla ebeveyn ayrılık deneyimlerinin olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda YAAB olan BPB hastalarında daha fazla oranda depresif baskın ucu olduğu görülmektedir. YAAB olan BPB hastalardaki depresif uç oranı %36.8 (n=14), olmayanlarda %21.9 (n=7) olarak saptanmıştır. (p=0,200) Bu sonuçlar Perris ve ark. tarafından yapılan çalışmalar ile uyumlu görülmüştür.

Yapılan bir çalışmada panik bozukluğun eşlik ettiği bipolar hastalarda eşlik etmeyenlere göre ayrılık anksiyetesi yaygınlık oranı daha yüksek bulunmuştur.¹⁶⁷ Başka bir çalışmada ise panik bozukluğu ya da sosyal fobisi olanlarda çocukluk çağı ayrılık anksiyetesi yaygınlık oranları açısından fark olmadığı bildirilmiştir.²⁰ Bizim çalışmamızda ise YAAB olan BPB hastalarında PB oranı %18.4, olmayanlarda ise %18.8 saptanmıştır. İstatistiksel fark yoktur. Ayrıca çalışmamızda yaşam boyu ve şuan YAB, yaşam boyu OKB, şuan SF tanıları istatistiksel olarak anlamlı olmasada YAAB tanısı alanlarda daha fazla olduğu görülmüştür. (sırasıyla p=0.366, p=0.209, p=0.209, p=0.245)

Ayrılık anksiyetesinin etkisi bipolar bozuklukta işlevselliği olumsuz etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada sosyal ve iş hayatındaki işlevselliğin etkilendiği, aile ile ilgili işlevselliğin etkilenmediği görülmüştür.²⁰ Ayrılık anksiyetesi ve komplike yasın, duygudurum ve anksiyete bozukluklarına etkisini inceleyen bir çalışmada, komplike yas ile beraber YAAB eşlik ettiği duygudurum+anksiyete bozukluklu hastaların en düşük yaşam kalitesine sahip olduğu gösterilmiştir.¹⁶⁹ Bizim çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı

olmasa dazihinsel işlevsellik, ev içi işlevsellik ve iş hayatındaki işlevsellik puanları YAAB olanlarda daha düşük saptanmıştır. (sırasıyla $p=0.098$, $p=0.159$, $p=0.076$) Damgalanma hissi ve toplam işlevsellik puanları karşılaştırıldığında YAAB olan BPB hastalarında istatistiksel olarak anlamlı denebilecek düzeyde düşük saptanmıştır. (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.037$) Bu sonuçların geçmişte yapılan çalışmalar ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda kişilik bozuklukları ek tanılarına bakıldığında özellikle de B kümesi kişilik bozuklukları ek tanısı YAAB tanısı olan BPB hastalarında yüksek oranda bulunmuştur. ($p=0.120$) Bunun yanında ayrılık anksiyetesi başlangıç şekillerine göre yapılan karşılaştırmada kişilik bozukluğu tanılarının çocukluk çağı başlangıçlı ayrılık anksiyetesinde (%28.6, $n=8$), yetişkin çağ başlangıçlı ayrılık anksiyetesine (%0, $n=0$) göre daha yüksek oranda olduğu görülmüştür. ($p=0.037$) Literatürde ayrılık anksiyetesi ve kişilik bozukluğu üzerine yapılan çalışmalar azdır. Fakat yapılan 136 ayaktan kasta ve 176 kontrol grubundan oluşan bir çalışmada YAAB ile kişilik bozuklukları ilişkisi araştırılmış. Kişilik bozukluğu olan grupta ayrılık anksiyetesi belirtilerinin erken başladığı, ayrılık anksiyetesi skorlarının daha yüksek olduğu, daha kötü işlevsellik düzeyine sahip oldukları bulunmuş. Ayrılık anksiyetesi belirti skorları ile kişilik bozukluğu sayısı arasında bir ilişki olabileceği belirtilmiş.¹⁵² Çalışmamızda ise ayrılık anksiyetesinin erken yaşta olmasının kişilik bozukluğu gelişmesi açısından öncül olabildiği sonucu elde edilmiştir. Bu sonuçlara göre ÇAAB oluşumunda rol oynayabilecek çocukluk çağında olan psikososyal stres faktörlerinin kişilik bozukluğu gelişimine katkıda bulunduğu düşünülebilir.

Ayrılık anksiyetesi görülme sıklığının cinsiyetler arasında farklılık gösterdiği bilinmektedir.²⁰ Yapılan bir çalışmada duygudurum veya anksiyete bozukluğu olan hastaların %40.7'sinde erişkin ayrılık anksiyetesi saptanmış, bunların %32.6'sının erkek, %67.4'ünün kadın olduğu bildirilmiştir.¹⁶⁹ Çalışmamızda YAAB olan BPB hastalarının %73.7'i ($n=28$) kadın, %26.3'ü ($n=10$) erkek olduğu saptanmıştır. Bu sonular geçmişte yapılan çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur. YAAB kadın popülasyonda daha sık görüldüğü sonucunu düşündürmektedir.

Ayrılık anksiyetesi hekimler tarafından yeterince önem verilmemiş ve bilgi sahibi olunmamış bir konudur. Literatürdeki çalışmalarda ve bizim çalışmamızda ayrılık anksiyetesi tanısı ayrıntılı psikiyatrik görüşme sonrasında ortaya çıkarılabilmektedir. Bu konu üzerinde yapılan çalışmaların artmasıyla gereken önemin verileceği ve hekimlerin konu hakkında daha fazla bilgiye sahip olacağı düşünülmektedir. Özellikle kronik seyirli

hastalıklara olan etkisinin detaylandırılması tedavi, hastalık seyri ve yaşam kalitesi üzerine olumlu etkiler oluşturacağı ön görülmüştür.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında örneklem grubunun azlığı, çocukluk çağı ayrılık anksiyete tanısının erişkinlerden alınan öyküler temelinde koyulmuş olması yer almaktadır. Ayrıca ayrılık anksiyetesi olan olgulara sıklıkla ayrıcı tanısında yer alan diğer anksiyete bozukluklar eşlik etmiştir. Bu nedenle ayrılık anksiyetesinin BPB üzerinde etkilerinin dışlanmamış ek faktörlerden etkilenebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmanın güçlü olan yönü ise hastaların BPB hastalığı açısından homojen olması ve bu konu üzerinde ülkemizde yapılan ilk çalışma olması yer almaktadır. Ayrıca seçilen örneklem grubunun katı dışlama kriterleri ile oluşturulması da önemli bir faktördür. Tanı koymada yapılandırılmış görüşme, geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış psikometrik testlerin kullanılması önemli bir unsurdur.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

1. Ayrılık anksiyetesi son yıllarda üzerinde çalışmalar yapılan ve giderek hakkında daha fazla bilgi edindiğimiz bir konudur. Yapılan çalışmalar ayrılık anksiyetesinin ilk kez erişkinlik çağında başlayabileceğini de göstermiştir. Çalışmamız da bu bulguyu desteklemektedir. 70 katılımcıdan 14'ünde ilk kez erişkin çağda başlayan ayrılık anksiyetesi olduğu belirlenmiştir.
2. 2013 yılında yayınlanan DSM-5'te ayrılık anksiyetesi çocukluk ve ergenlik çağında görülen bir bozukluk olmaktan çıkmış, yetişkinlerde de görülebileceği vurgulanmıştır. Anksiyete bozukluklar başlığı altında tanımlanan bir tanı olarak yer almıştır.
3. 70 BPB hastasının 38'i (%54) YAAB tanısı almıştır. YAAB tanısı alanların; 14'ü (%36) yetişkin başlangıçlı, 24'ü (%64) çocukluk çağından erişkinliğe uzanan ayrılık anksiyetesi bozukluğu olduğu bulunmuştur.
4. YAAB olan ve olmayan bipolar hastalarda sosyodemografik değişkenler, özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır.
5. Ayrılık anksiyetesi olan hastaların başlangıç şekline göre sosyodemografik verileri değerlendirilmiş, her iki grupta anlamlı fark bulunmamıştır.
6. Kişilik bozukluğu ek tanısına bakıldığında çocukluk başlangıçlı ayrılık anksiyetesinde yüksek oran saptanmıştır. ($p=0.037$)
7. YAAB olan BPB hastalarda yaşam boyu ÖF ek tanısı, YAAB tanısı olmayanlara göre daha yüksek oranda saptanmıştır. ($p=0.001$)
8. YAAB olan bipolar hastalarda olmayanlara göre özkıyım oranı yüksek bulunmuştur. ($p<0.001$)
9. Ortalama atak sayısı, başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastane yatış sayısı, EKT tedavisi, mevsimsellik özellik ve ilaç tedavisi açısından YAAB olan ve olmayan bipolar bozukluklu hastalar arasında fark olmadığı gözlenmiştir.
10. YAAB olan BPB hastalarında ortalama HAÖ puanı 6.1 ± 6.3 (ort. $\pm$ SS), YAAB olmayan BPB hastalarında HAÖ puanı 1.3 ± 3.0 (ort. $\pm$ SS) olarak bulunmuştur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p<0.001$)
11. Damgalanma hissi ve toplam işlevsellik puanları karşılaştırıldığında YAAB olan BPB hastalarında istatistiksel olarak anlamlı denebilecek düzeyde düşük saptanmıştır.

(sırasıyla $p < 0.001$, $p = 0.037$) Diğer işlevsellik alt ölçek puanlarında farklılık gözlenmemiştir.

- 12.** Bu çalışma ile BPB hastalarındaki YAAB ek tanısını etksi değerlendirilmiştir. İstatiksel anlamda fark olmayan fakat YAAB hastalarında gözlenen değişkenlerin geniş örneklemli çalışmalar ile tekrar değerlendirilmesi gerekmektedir.
- 13.** Anlamlı farklılık gösteren değişkenlerin yapılacak çalışmalar ile desteklenmesi durumunda BPB hastalarının tedavisi ve hastalık seyri konusunda önemli bilgiler edinileceği düşünülmektedir. Özkıyım gibi BPB hastalarında topluma göre yüksek olan değişkenin YAAB ile yakın ilişkisi buna örnek gösterilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. **Ainsworth MDS.** *The place of attachment theory in human behavior.* New York: Basic Books. **1982.**
2. **Bowlby J.** *Attachment and loss. Attachment.* London: Penguin. **1969.**
3. **Bowlby J.** *Attachment and loss. Separation: Anxiety And Anger.* New York: Basic Books. **1973.**
4. **Bowlby J.** *Loss. Sadness and depression.* London: Penguin. **1980.**
5. **Kaplan HL., Sadock BJ., & Grebb JA.** *Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences, Clinical psychiatry* Seventh Edition **1994.**
6. **Alfano CA, Beidel DC, Turner C.** Cognition in childhood anxiety: Conceptual, methodological, and developmental issues. *Clinical Psychology Review* **2002**; 22: 1209–1238.
7. **Bögels SM, Van Dongen L, Muris PU.** Family influences on dysfunctional thinking in anxious children. *Infant and Child Development* **2003**; 12: 43–252.
8. **Last CG, Perrin S, Hersen M.** DSM-III-R anxiety disorders in children: sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **1992**; 31: 1070-1076.
9. **Kossowsky J, Monique, C. Pfaltz, Schneider S, Taeymans J, Locher C, Gaab J.** The Separation Anxiety Hypothesis of Panic Disorder Revisited: A Meta-Analysis *Am J Psychiatry* **2013**; 170:768–781
10. **Silove D, Marnanea C.** Overlap of symptom domains of separation anxiety disorder in adulthood with panic disorder–agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders* **2013**; 92– 97
11. **Silove D, Manicavasagar V.** Adults who feared school: Is early separation anxiety specific to the pathogenesis of panic disorder? *Acta Pscyhiatrica Scandinavica* **1993**; 88: 385–390.
12. **Silove D, Manicavasagar V, Curtis J, Blaszczyński A.** Is early separation anxiety a risk factor for adult panic disorder? A critical review. *Comprehensive Psychiatry* **2004**; 37: 167–179.
13. **Silove D, Marnane C, Wagner R, Manicavasagar V, Rees S.** The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic. *BMC Psychiatry* **2010**; 10: 21–27.
14. **Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G ve ark.** Prevalance and development of psyhiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, **2003**; 60: 837-844.
15. **Foley DL, Pickles A, Maes HM, Silberg JL ve ark.** Course and short-term outcomes of separation anxiety disorder in a community sample of twins. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* **2004**; 43: 1107-1114.
16. **Manicavasagar V, Silove D, Franzcp Curtis J, Franzcp Wagner R.** Continuities of separation anxiety from early life into adulthood. *Journal of Anxiety Disorders* **2000**; 14: 1–18.
17. **Cyranowski JM, Shear MK, Rucci P, Fagiolini A** Adult separation anxiety: Psychometric properties of a new structured clinical interview. *Journal of Psychiatric Research* **2002**; 36: 77-86.
18. **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. *The American Journal of Psychiatry* 2006; 163: 1074–1083.

19. **Nichols M.** Adult Seperation Anxiety Disorder. **2008**
20. **Pini S, Abelli M, Shear KM, Cardini A, Lari L, Gesi C.** Frequency and clinical correlates of adult separation anxiety in a sample of 508 outpatients with mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **2010**; 122: 40–46.
21. **Angst J, Sellaro R.** Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry*.
22. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı. DSM-IV. Köroğlu E. (Çev.), Ankara Hekimler Yayın Birliği. **1994**.
23. **Işık E, Işık U.** *Çocuk, Ergen , Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar*, Ankara: Rotatıp Kitapevi, **2013** :327-334
24. **Bellivier F, Goldmard JL, Rietschel M, Schulze TG, M alafosse A, Preisig M, McKeon P, Mynett- Johnson L, Henry C, Leboyer M.** Age at onset in bipolar I affective disorder: further evidence for three subgroups. *Am J Psychiatry* **2003**:160:999-1001
25. **Suominen K, Mantere O, Valtonen H, Arvilommi P, Leppamaki S, Paunio T, Isometsa E.** Early age onset of bipolar disorder associated with more severe clinical features but delayed treatment seeking. *Bipolar Disorder*, **2007**;9:698-705
26. **Işık E.** *Depresyon ve Bipolar Bozukluklar*, İstanbul: Görsel Santalar Basımevi, **2003**: 467-540
27. **Güleç C, Köroğlu E.** *Psikiyatri Temel Kitabı*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara. Cilt 1 **1997**:429-448
28. **Bebbinton P, Ramana R.** The epidemiology of bipolar disorder. *Soc Psychiatry Epid*, **1995**;30:279-292
29. **Oral T.** *İki uçlu bozukluk*, cilt 5, WPA serisi, CSA Medikal Yayın Ajansı, **2002**:1-188
30. **Işık E, Işık U.** *Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar*, Ankara: Rotatıp Kitapevi, **2013**: 361-378
31. **Winokur G, Turvey C, Akiskal HS, Coryell W, Solomon D, Leon A, Mueller T, Eindcott J, Maser J, Keller M.** Alcolism and drug abuse in three groups-bipolar I, unipolars and therir acquaintances. *J Affect Disorder* **1998**; 50: 81-89
32. **Stahl S.** *Depresyon ve Bipolar Bozukluk* , 3. Baskı, Edt: Oral T. Has Matbaacılık, **2010**: 1-59
33. **Schou M.** The effect of prophylactic treatment on mortality and suicidal behavior : a review for clinicans. *J .Affect Disorder* **1998**; 50: 253-259
34. **Simpson SG, Jamison KR.** The risk of suicide in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* **1999**; 60: 53-56
35. **Ceylan ME, Oral T.** *Duygudurum bozuklukları*. Birinci baskı. İstanbul, **2001**.
36. **Akiskal HS, HAntouche EG, Bourgeois ML, Azorin JM, Sechter D, Allilaire JF, LAncrenon S, Fraud JP, Chatenet-Duchene L.** Gender, Temperament and clinical Picture in dysphoric mixed mania: findings from a French national study. *J Affect Disorder* **1998**; 50: 175-186
37. **Mc Elror SL, Keck PE, Pope HG.** Clinical research implications of the diagnosis of dysforic or mixed mania or hypomania. *American J Psychiatry* **1992**; 149: 1633-1644
38. **Bebbinton P, Ramana R.** The epidemiology of bipolar disorder. *Soc Psychiatry Epid* **1995**; 30: 279-292

39. **Dilsaver SC, Swan AC, Shoaib AM, Bowers TC, Halle MT.** Depressive mania associated with non response to antimanic agents. *Am J Psychiatry* **1993**; 150: 1548-1551
40. **Perugi G, Akiskal HS, Micheli C, Musatti L, Paiano A, Quilici C, Rossi L, Cassano GB.** Clinical subtypes of bipolar mixed states: validating a broader European definition in 143 cases. *J. Affect. Disorder* **1997**; 43: 169- 180.
41. **Goldberg JF, Gamo JL, Leon AC, Kocsis JH, Poetera L.** Association of recurrent suicidal ideation with nonremission from acute mixed mania. *Am J Psychiatry* **1998**; 155: 1753-1755
42. **Oquendo MA and et al.** Suicidal behavior in bipolar mood disorder clinical characteristics of attempters and non attempters. *J Affect Disorder* **2000**; 59: 110-117
43. **Öztürk O, Uluşahin A.** *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Cilt 1, 11baskı, Ankara: Tuna matbaacılık, **2008**: 337-427
44. **Işık E, Işık U.** *Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar*, Ankara: Rotatıp Kitapevi, **2013**: 383-388
45. **Köroğlu E, Güleç C.** *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2. Baskı, Ankara: HYB Basın Yayım, **2007**:265-278
46. **Stein D, Kupfer D, Schatzberg A.** *Dygudurum Bozuklukları Temel Kitabı*, İlk baskı, Edt: Oral T., İstanbul: Sigma Publishing, **2007**: 547-561
47. **Işık E, Işık U.** *Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar*, Ankara: Rotatıp Kitapevi, **2013**: 388-412
48. **Ollendick TH, Mattis S, King N.** Panic in children and adolescents: a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **1990**; 35: 113-134.
49. **Ainsworth MDS.** *The development of infant-mother interaction among the Ganda*. New York: Wiley **1963**.
50. **Berman WH, Sperling MB.** Parental attachment and emotional distress in the transition to college. *Journal of Youth and Adolescence*, **1991**; 20: 420-440.
51. **Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S.** *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale NJ: Erlbaum, **1978**.
52. **Cicchetti D, & Toth SL.** *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* London: Analytic Press. **1995**: 279-308
53. **Weinfield NS, Ogawa JR, Sroufe LA.** Early attachment as a pathway to adolescence peer competence. *Journal of Research on Adolescence*, **1997**; 7: 241-265.
54. **Vladan Starcevic.** Separation anxiety disorder in adults: Is the neglect real? *Aust N Z J Psychiatry* **2013**; 47
55. **Kashani JH, Orvaschel H.** Anxiety disorders in mid-adolescence: a community sample. *American Journal of Psychiatry*, **1988**; 145: 960-964.
56. **Kashani JH, Orvaschel H.** A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, **1990**; 147: 313-318.
57. **Anderson JC, Williams S, McGree R.** DSM-III disorders in preadolescent children: prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, **1987**; 44: 69-76.

58. **Bird HR, Canino G, Rubio-Stipec M.** Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico: the use of combined measures. *Archives of General Psychiatry*, **1988**; 45: 1120-1126.
59. **Prior M, Sanson A, Smart D.** Psychological disorders and their correlates in an Australian community sample of preadolescent children. *Journal Child Psychol Psychiatry*, **1999**; 40: 563-580
60. **Jurbergs N, Ledley DR.** Separation anxiety disorder. *Psychiatric Annals*, **2005**; 35: 728-735.
61. **Suveg C, Aschenbrand SG, Kendall PC.** Separation anxiety disorder, panic disorder, and school refusal. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. **2005**;14: 773-795.
62. **Bögels SM, Knappe S, Clark LA.** Adult separation anxiety disorder in DSM-5. *Clinical Psychology Review*, **2013**; 33: 663–674
63. **Manicavasagar V, Marnane C, Pini S, Abelli M, Rees S, Eapen V.** Adult separation anxiety disorder: A disorder comes of age. *Current Psychiatry Reports*, **2010**; 12: 290–297.
64. **Manicavasagar V, Silove D, Curtis J.** Separation anxiety in adulthood: A phenomenological investigation. *Comprehensive Psychiatry*, **1997**; 38: 274–282.
65. **Berg I, Jackson A.** Teenage school refusers grow up: a follow-up study of 168 subjects, ten years on average after in-patient treatment. *British Journal of Psychiatry*, **1985**; 147: 366-370.
66. **Flakierska-Praquin N, Lindstrom M, Gillberg C.** School phobia with separation anxiety disorder: a comparative 20- to 29-year follow-up study of 35 school refusers. *Comprehensive Psychiatry*, **1997**; 38: 17-22.
67. **Brückl TM, Wittchen HU, Höfler M, Pfister H, Schneider S, Lieb R.** Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: Results from a community study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, **2006**; 76: 47–56.
68. **Silove D, Manicavasagar V, Drobny J.** Associations between juvenile and adult forms of separation anxiety disorder: A study of volunteers with histories of school refusal. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, **2002**; 190: 413–414.
69. **Kessler RC, Wang PS.** The Descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annu Rev Public Health*, **2008**; 29: 115-29.
70. **Wijeratne C, Manicavasagar V.** Separation anxiety in the elderly. *Journal of Anxiety Disorders*, **2003**; 17: 695–702.
71. **Heinrichs N, Rapee RM, Alden LA, Bögels SM, Hofmann SG, Ja Oh K.** Cultural differences in perceived social norms and social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 2006; 44: 1187–1197.
72. **Lutz W, Hock E.** Maternal separation anxiety: Relations to adult attachment representations in mothers and infants. *Journal of General Psychology*, 1995;156: 56–72.
73. **Peleg O, Halaby E, Whaby E.** The relationship of maternal separation anxiety and differentiation of self to children's separation anxiety and adjustment to kindergarten: A study in Druze families. *Journal of Anxiety Disorders*, **2006**; 20: 973–995.
74. **Manicavasagar V, Silove D, Wagner R, Hadzi-Pavlovic D.** Parental representations associated with adult separation anxiety and panic disorder—Agoraphobia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **1999**; 33: 422–428.

75. **Manicavisigar V, Silove D, Marnane C, Wagner R.** Adult attachment styles in panic disorder with and without adult separation anxiety disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **2009**; 43: 167–172.
76. **Last CG, Hersen M, Kazdin AE, Orvaschel H, Perrin S.** Anxiety disorders in children and their families. *Archives of General Psychiatry*, **1991**; 48: 928–934.
77. **Silove D, Manicavasagar V, O'Connell D, Blaszczyński A, Wagner R, Henry J.** The development of the Separation Anxiety Symptom Inventory. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **1993**; 27: 477–488.
78. **Biederman J, Faraone SV, Hirshfeld-Becker DR, Friedman D, Robins JA, Rosenbaum JF.** Patterns of psychopathology and dysfunction in high-risk children of parents with panic disorder and major depression. *The American Journal of Psychiatry*, 2001;158: 49–57.
79. **Motlagh M, Jazayeri MA, Mazaheri MA, Khoshabi K, Karimlo M.** Comparison of attachment style, personality and anxiety, in mothers of children with separation anxiety disorder and mothers of normal children. *Journal of Family Research*, 2008; 3: 709–726.
80. **Blunk EM, Williams SW.** A comparison of adolescent and adult mothers' maternal separation anxiety. *Social Behavior and Personality*, **1999**; 27: 281–288.
81. **Manicavasagar V, Silove D, Rapee R, Waters F, Momartin S.** Parent–child concordance for separation anxiety: A clinical study. *Journal of Affective Disorders*, **2001**; 65: 81–84.
82. **Kearney CA, Sims KE, Pursell CR, Tillotson CA.** Separation anxiety disorder in young children: A longitudinal and family analysis. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, **2003**; 32: 593–598.
83. **Nestadt G, Samuels J, Riddle MA, Liang K, Bienvenu OJ, Hoehn-Saric R.** The relationship between obsessive–compulsive disorder and anxiety and affective disorders: Results from the Johns Hopkins OCD family study. *Psychological Medicine*, **2001**; 31: 481–487.
84. **Strober A, Freeman R, Lampert C, Diamond J.** The association of anxiety disorders and obsessive compulsive personality disorder with anorexia nervosa: Evidence from a family study with discussion of nosological and neurodevelopmental implications. *International Journal of Eating Disorders*, **2007**; 40: 46–51.
85. **Pini S, Martini C, Abelli M, Muti M, Gesi C, Montali M.** Peripheral-type benzodiazepine receptor binding sites in platelets of patients with panic disorder associated to separation anxiety symptoms. *Psychopharmacology*, 2005; 181: 407–411.
86. **Chelli B, Pini S, Abelli M, Cardini A, Lari L, Muti M.** Platelet 18 kDa translocator protein density is reduced in depressed patients with adult separation anxiety. *European Neuropsychopharmacology*, **2008**; 18: 249–254.
87. **Nicolson NA.** Childhood parental loss and cortisol levels in adult men. *Psychoneuroendocrinology* **2004**; 29: 1–8.
88. **Pesonen AK, Räikkönen K, Feldt K, Heinonen K, Osmond C, Phillips DI.** Childhood separation experience predicts HPA axis hormonal responses in late adulthood: a natural experiment of World War II. *Psychoneuroendocrinology* **2010**; 35: 758–767.
89. **Quirin M, Pruessner JC, Kuhl J.** HPA system regulation and adult attachment anxiety: Individual differences in reactive and awakening cortisol. *Psychoneuroendocrinology* **2008**; 33: 581–590.
90. **Kallen VL, Tulen JH, Utens EM, Treffers PD, De Jong FH, Ferdinand RF.** Associations between HPA axis functioning and level of anxiety in children and adolescents with an anxiety disorder. *Depress Anxiety* **2008**; 25: 131–141.

91. **Capps L, Sigman M, Sena R, Henke B, Whalen C.** Fear, anxiety, and perceived control in children of agoraphobic parents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **1996**; 37: 445–452.
92. **Warner V, Mufson L, Weissman MM.** Offspring at low and high risk for depression and anxiety: Mechanisms of psychiatric disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **1995**; 34: 786–797.
93. **Pine DS, Klein RG, Coplan J D, Papp LA, Hoven CW, Martinez J.** Differential carbon dioxide sensitivity in childhood anxiety disorders and nonill comparison, **2000**
94. **Pine DS, Coplan, JD, Papp LA, Klein RG, Martinez JM, Kovalenko P.** Ventilatory physiology of children and adolescents with anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, **1998**; 55: 123–129.
95. **Battaglia M, Pesenti-Gritti P, Medland SE, Ogliari A, Tambs K, Spatola CAM.** A genetically informed study of the association between childhood separation anxiety, sensitivity to CO₂, panic disorder, and the effect of childhood parental loss. *Archives of General Psychiatry*, **2009**; 66: 64–71.
96. **VanIjzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ.** DRD4 7-repeat polymorphism moderates the association between maternal unresolved loss or trauma and infant disorganization. *AttachHum Dev* **2006**; 8: 291-307.
97. **Gadow KD, De Vincent CJ, Pisarevskaya V, Olvet DM, Xu W, Mendell NR.** Parent child DRD4 genotype as a potential biomarker for oppositional, anxiety and repetitive behaviors in children with autism spectrum disorder. *Prog NeuroPsychopharmacol Biol Psychiatry*, **2010**; 34: 1208-1214.
98. **Gadow KD, De Vincent CJ, Olvet DM, Pisarevskaya V, Hatchwell E.** Association of DRD4 polymorphism with severity of oppositional defiant disorder, separation anxiety disorder and repetitive behaviors in children with autism spectrum disorder. *Eur J Neuroscidoi*, **2010**; 1460-1468.
99. **Gillath O, Shaver PR, Baek JM, Chun S.** Genetic correlates of adult attachment style. *Pers Soc Psychol Bull*, **2008**; 34: 1396-1405.
100. **Tops M, van Peer JM, Korf J, Wijers AA, Tucker DM.** Anxiety, cortisol, and attachment predict plasma oxytocin. *Psychophysiology* **2007**; 44: 444-449.
101. **Costa B, Pini S, Martini C, Abelli M, Gabelloni P, Ciampi O.** Mutation analysis of oxytocin gene in individuals with adult separation anxiety. *Journal of Psychiatric Research*, **2009**; 168: 87–93.
102. **Costa B, Pini S, Martini C, Abelli M, Gabelloni P, Landi S.** Ala147Thr substitution in translocator protein is associated with adult separation anxiety in patients with depression. *Psychiatric Genetic*, **2009**; 19: 110–111.
103. **Leyfer O, Woodruff-Borden J, Mervis CB.** Anxiety disorders in children with Williams syndrome, their mothers, and their siblings: Implications for the etiology of anxiety disorders. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, **2009**; 1: 4–14.
104. **Bolton D, Eley TC, O'Connor TG, Perrin S, Rabee-Hesketh S, Rijdsdijk F.** Prevalence and genetic and environmental influences on anxiety disorders in 6-year-old twins. *Psychological Medicine*, **2006**; 36: 335–344.
105. **Ehringer MA, Rhee SH, Young S, Corley R, Hewitt JK.** Genetic and environmental contributions to common psychopathologies of childhood and adolescence: A study of twins and their siblings. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **2006**; 34: 1–17.

106. **Ogliari A, Spatola CAM, Pesenti-Gritti P, Meddaci E, Penna L, Stazi MA.** The role of genes and environment in shaping co-occurrence of DSM-IV defined anxiety dimensions among Italian twins aged 8–17. *Journal of Anxiety Disorders*, 2010; 24: 433–439.
107. **Silove D, Manicavasagar V, O'Connell D, Morris-Yates A.** Genetic factors in early separation anxiety: Implications for the genesis of adult anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1995; 92: 17–24.
108. **Eley TC, Rijdsdijk FV, Perrin S, O'Connor TG, Bolton, D.** A multivariate genetic analysis of specific phobia, separation anxiety and social phobia in early childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2008; 36: 839–848.
109. **Lau JYF, Gregory AM, Goldwin MA, Pine DS, Eley TC.** Assessing gene–environment interactions on anxiety symptom subtypes across childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 2007; 19: 1129–1146.
110. **Gregory AM, Eley TC.** Genetic influences on anxiety in children: What we've learned and where we're heading. *Clinical Child and Family Psychology*, 2007; 10: 199–212.
111. **Hock E, McBride SL, Gnezda T.** Maternal separation: Mother–infant separation from the maternal perspective. *Child Development*, 1998; 60: 793–802.
112. **Lahey BB.** Public health significance of neuroticism. *American psychology*, 2009; 64: 241–256
113. **Eaves L, Silberg JL, Meyer JM, Maes HH, Simonoff E, Pickles A.** Genetics and developmental psychopathology: 2. The main effects of genes and environment on behavioral problems in the Virginia twin study of adolescent behavioral development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2007; 38: 965–980.
114. **Wilhelm K, Boyce P, Brownhill S.** The relationship between interpersonal sensitivity, anxiety disorders and major depression. *Journal of Affective Disorders*, 2004; 79: 33–41.
115. **Eley TC.** Behavioral genetics as a tool for developmental psychology: Anxiety and depression in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychological Review*, 1999; 2: 21–36.
116. **Eley TC, Gregory AM, Lau JY, McGuffin P, Napolitano M, Rijdsdijk FV.** In the face of uncertainty: A twin study of ambiguous information, anxiety and depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2008; 36: 55–65.
117. **Evie Kins, Bart Soenens, and Wim Beyers.** Separation Anxiety in Families With Emerging Adults. *Journal of Family Psychology*, 2013; 27: 495–505.
118. **Fagiolini A, Shear MK, Cassano GB & Frank E.** Is life time separation anxiety a manifestation of panic spectrum? *CNS Spectrums*, 1998; 3: 63–72.
119. **Faith C.** Dependent personality disorder: A review of etiology and treatment. *Graduate Journal of Counseling Psychology*, 2008; 1: 65–75.
120. **First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J.** *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Clinician Version (SCID-CV)*. Washington: American Psychiatric Press. 1997.
121. **Feeney J, Noller P, Hanrahan M.** *Attachment in adults*. New York: Guilford Press, 1994: 128–152.
122. **Feigon SA, Waldman ID, Levy F, Hay DA.** Genetic and environmental influences on separation anxiety disorder symptoms and their moderation by age and sex. *Behavior Genetics*, 2001; 31: 403–411.

123. **Vanderwerken LC, Jacobs SC, Parkes CM, Prigerson HG.** An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, **2006**; 194: 121–123.
124. **Tweed JL, Schoenbach VJ, George LK, Blazer DG.** The effects of childhood parental death and divorce on six-month history of anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, **2008**; 154: 823–828.
125. **Wood JJ.** Parental intrusiveness and children's separation anxiety in a clinical sample. *Child Psychiatry and Human Development*, **2007**; 37: 73–87.
126. **In-Albon T, Schneider S.** Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, **2006**; 76: 15–24.
127. **Morrow CE, Accornero VH, Xue L, Manjunath S, Culbertson JL, Anthony JC.** Estimated risk of developing selected DSM-IV disorders among 5-year-old children with prenatal cocaine exposure. *Journal of Child and Family Studies*, **2009**; 18: 356–364.
128. **Quirin M, Gillath O, Pruessner JC, Eggert LD.** Adult attachment in security and hippocampal cell density. *Soc Cogn Affect Neurosci*, **2010**; 5: 39–47.
129. **Gillath O, Bunge SA, Shaver PR, Wendelken C, Mikulincer M.** Attachment style differences in the ability to suppress negative thoughts: exploring the neural correlates. *Neuroimage*, **2005**; 28: 835–47.
130. **Vriticka P, Andersson F, Grandjean D, Sander D, Vuilleumier P.** Individual attachment style modulates human amygdala and striatum activation during social appraisal. **2008**; 3.
131. **Kirsch P, Esslinger C, Chen Q, Mier D, Lis S, Siddhanti S.** Oxytocin modulates neural circuitry for social cognition and fear in humans. *J Neurosci*, **2005**; 25: 11489–11493.
132. **Bögels SM, Zigterman D.** Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **2000**; 28: 205–211.
133. **Roy AK, Vasa RA, Bruck M, Mogg K, Bradley BP, Sweeney M.** Attention bias toward threat in pediatric anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **2008**; 47: 1189–1196.
134. **Vasey MW, Daleiden E.** Childhood anxiety and memory functioning: A comparison of systemic and processing accounts. *Journal of Experimental Child Psychology*, **1996**; 68: 216–235.
135. **In-Albon T, Dubi K, Rapee RM, Schneider S.** Forced choice reaction time paradigm in children with separation anxiety disorder, social phobia, and nonanxious controls. *Behaviour Research and Therapy*, **2009**; 47: 1058–1065.
136. **In-Albon T, Kossowsky J, Schneider S.** Vigilance and avoidance of threat in the eye movements of children with separation anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, **2010**; 38: 225–235.
137. **Perez-Olivas G, Stevenson J, Hadwin JA.** Do anxiety-related attentional biases mediate the link between maternal over involvement and separation anxiety in children? *Cognition & Emotion*, **2008**; 22: 509–521.
138. **Bögels SM, Snieder N, Kindt M.** Specificity of dysfunctional thinking in children with symptoms of social anxiety, separation anxiety and generalised anxiety. *Behaviour Change*, **2003**; 20: 160–169.

139. **Hudson JL, Rapee RM.** Parent–child interaction in clinically anxious children and their siblings. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, **2002**; 31: 548–555.
140. **Vasa RA, Roberson-Nay R, Klein RG, Mannuzza S, Moulton JL, Guardino M.** Memory deficits in children with and at risk for anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, **2007**; 24: 85–94.
141. **Pine DS, Wasserman GA, Workman SB.** Memory and anxiety in prepubertal boys at risk for delinquency. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **1999**; 38: 1024–1031.
142. **Preston AR, Gabrieli DE.** Different functions for different medial temporal lobe structures? *Learning & Memory*, **2002**; 9: 215–217.
143. **Manicavasagar V, Silove D.** Is there an adult form of separation anxiety disorder? A brief clinical report. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **1997**; 31: 299–303.
144. **Ollendick TH, Lease CA, Cooper C.** Separation anxiety in young adults: A preliminary examination. *Journal of Anxiety Disorders*, **1993**; 7: 293–305.
145. **Silove D, Slade T, Marnane C, Wagner R, Brooks R, Manicavasagar V.** Separation anxiety in adulthood: Dimensional or categorical? *Comprehensive Psychiatry*, **2007**; 48: 546–553.
146. **Seligman LD, Wuyek LA.** Correlates of separation anxiety symptoms among first-semester college students: an exploratory study. *J Psychol* **2007**; 142: 135–45.
147. **Kessler RC, Wang PS.** The Descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annu Rev Public Health* **2008**; 29: 115–29.
148. **Manicavasagar V, Silove D, Wagner R, Drobny J.** A self-report measure for measuring separation anxiety in adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, **2003**; 44: 146–153.
149. **Alkın T,** Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* **2010**;3(4)
150. **Silove D, Momartin S, Marnane C, Steel Z, Manicavasagar V.** Adult separation anxiety disorder amongst war-affected Bosnian refugees: Comorbidity with PTSD and associations with dimensions of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, **2010**; 23: 169–172.
151. **Loas GE, Atger F, Perdereau F, Verrier A, Guelfi JD, Halfon O.** Comorbidity of dependent personality disorder and separation anxiety disorder in addictive disorders and in health subjects. *Psychopathology*, **2002**; 35: 249–253.
152. **Osone A, Takahashi S.** Possible link between childhood separation anxiety and adulthood personality disorder in patients with anxiety disorders in Japan. *The Journal of Clinical Psychiatry*, **2006**; 67: 1451–1457.
153. **Lipsitz JD, Martin LY, Mannuzza S, Chapman TF, Liebowitz MR, Klein DF.** Childhood separation anxiety disorder in patients with adult anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, **1994**; 151: 927–929.
154. **Klein DN, Riso LP.** *Psychiatric disorders: Problems of boundaries and comorbidities*. New York, Guilford, **1993**.
155. **Craske MG, Kircanski K, Phil C, Epstein A, Wittchen H, Pine DS.** Panic disorder: A review of DSM-IV panic disorder and proposals for DSM-V. *Depression and Anxiety*, **2010**; 1–20.
156. **Ehrenreich J, Santucci LC, Weiner CL.** Separation anxiety disorder in youth: Phenomenology, assessment, and treatment. *Psicologia Conductual*, **2008**; 1: 389–412.

157. **Aaronson CJ, Shear MK, Goetz R, Allen LB, Barlow DH, White KS.** Predictors and time course of response among panic disorder patients treated with cognitive-behavioral therapy. *The Journal of Clinical Psychiatry*, **2008**; 69: 418–424.
158. **Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M.** DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* **1999**; 12: 233
159. **Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA.** A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* **1978**; 133: 429-35
160. **Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F.** Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2002**; 13: 107-114.
161. **Akdemir A, Örsel S, Dağ İ.** Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği: bazı psikometrik ve ICD-10 depresyon tanısı ile karşılaştırılması. 2. Bahar Sempozyumu, Poster Bildiri **1998**
162. **Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P.** Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, görüşmeciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* **1998**; 9: 114-117
163. **Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F.** Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* **2002**; 13(4):273-281
164. **Aydemir Ö, Eren İ, Savaş H, Oğuzhanoglu NK, Koçal N, Devrimci Özgüven H.** Bipolar Bozuklukta İşlevsellik Ölçeğinin Geliştirilmesi, Güvenilirlik Ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* **2007**; 18: 344-352
165. **Diriöz M, Alkın T, Yemez B, Onur E, Eminağaoğlu N.** Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri İle Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketinin Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2011**; 22
166. **Meliha DİRİÖZ, Tunç ALKIN, Beyazıt YEMEZ, Neslihan EMİNAĞAOĞLU, Elif ONUR,** Ayrılma Anksiyetesi Belirtileri İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonunun Psikometrik Özellikleri. *Nöropsikiyatri Arşivi* **2012**; 49: 6-13
167. **Pini S, Abelli M, Mauri M, Muti M, Iazzetta P, Banti S.** Clinical correlates and significance of separation anxiety in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, **2005**; 7: 370–376.
168. **Furukawa TA, Ogura A, Hirai T, Fujihara S, Kitamura T, Takahashi K.** Early parental separation experiences among patients with bipolar disorder and major depression: a case-control study. *Jurnal of Affective Disorder*, **1999**; 52: 85-91
169. **Pini S, Gesi C, Abelli M, Muti M, Lari L, Cardini A, Manicavasagar V, Mauri M, Cassano GB, Shear KM.** The relationship between adult separation anxiety disorder and complicated grief in a cohort of 454 outpatients with mood and anxiety disorder. *Jurnal of Affective Disorder*, **2012**; 143: 64-68
170. **Liliano D, Carmassi C, Corsi M, Prigentini I, Socci C, Maremmani A, Perugi G.** Adult separation anxiety in patients with complicated grief versus healthy control subjects: relationships with lifetime depressive and hypomanic symptoms. *Annals of General Psychiatry*, **2011**; 10:29
171. **Toni C, Perugi G, Frare F, Tusini G, Fountoulakis KN, Akiskal KK, Akiskal HS.** The clinical-familial correlates and naturalistic outcome of panic-disorder-agoraphobia with and without lifetime bipolae II comorbidity. *Annals of General Psychiatry*, **2008**; 7:23

172. **Perris C, Holmgren S, Von Knorring L, Perris H.** Parental loss by death in the early childhood of depressed patients and of their healthy siblings. *Br. J. Psychiatry* **1986**; 165-169

8. EKLER

EK-1

**Ç.Ü. TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
BİPOLAR BOZUKLUK BİRİMİ
HASTA KAYIT VE İZLEM
FORMU**

1. ADI/SOYADI:.....
2. HASTANE PROT NO:.....
3. BİPOLAR POLİKLİNİK DOSYA NO:.....
4. ADRES:.....
.....
5. TELEFON:.....
6. BİPOLAR POLİKLİNİK BAŞLANGIÇ
TARİHİ:.....
7. GELİŞ BİÇİMİ:
 1. Kendi isteğiyle
 2. Yakının isteğiyle/zorla
 3. Resmi yazı ile (rapor amaçlı vs)
 4. Adli vaka

Dr. Ali TAŞDEMİR

EK-2

SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

1. CİNSİYET : 1. Kadın 2. Erkek
2. DOĞUM TARİHİ:
3. DOĞUM YERİ : 1. Köy 2. İlçe 3. Şehir 4. Yurt dışı
4. EĞİTİM DÜZEYİ : 1.Yok 2.Okur-yazar 3. İlköğretim 4.Lise 5. Lisans 6. Lisans üstü
5. BABASININ EĞİTİM DÜZEYİ :
6. ANNESİNİN EĞİTİM DÜZEYİ :
7. 12 YAŞINA KADAR YAŞADIĞI YER: 1. Köy 2. İlçe 3. Şehir 4. Yurt dışı
8. HALEN YAŞADIĞI YER:
9. MESLEK : 1.Yok/ işsiz 2.Ev hanımı 3.Öğrenci 4.İşçi 5.Çiftçi 6.Devlet memuru 7.Özel şirkette memur 8.Esnaf 9.İş adamı 10.Serbest meslek 11.Emekli
10. ÇALIŞABİLİRLİK: 1.Çalışıyor 2.Çalışmıyor
11. MEDENİ DURUM: 1. Bekar 2. Evli 3.dul/boşanmış/ayrı yaşıyor
12. EVLİLİK SÜRESİ:
13. EVLENDİĞİ YAŞ:
14. EVLENDİĞİNDE EŞİNİN YAŞI:
15. KAÇINCI EVLİLİĞİ:
16. EŞİNİN KAÇINCI EVLİLİĞİ:
17. ÇOCUK: 1. Yok 2. Var (sayısı.....)
18. EVLİLİK ŞEKLİ: 1. İsteyerek 2. İstemsiz
19. SOSOEKONOMİK DÜZEY: 1. Alt 2. Orta 3. Üst
20. SOSYAL GÜVENCE: 1. var 2. yok
21. YAŞADIĞI AİLE: 1. çekirdek aile 2. geniş aile 3. yalnız
22. SOSYAL DETEK: 1.var 2. yetersiz 3. yok
23. KARDEŞ SAYISI....

AİLE ÖYKÜSÜ

1. AİLEDE RUHSAL HASTALIK ÖYKÜSÜ: 1.Var 2.Yok

1. bp 2.mdd-up 3.skz 4.skzaff 5.alkol-madde kötü kul
6.alkol-madde bağ 7.okb 8.panik boz 9.yab 10. yeme boz
11.özkıymgirişimi 12.özkıymıla ex 13.diğer.....

2. BİRİNCİDERECE AKRABALARDA (kardeş-anne-baba): 1.Var 2. Yok

1. bp 2.mdd-up 3.skz 4.skzaff 5.alkol-madde kötü kul
6.alkol-madde bağ 7.okb 8.panik boz 9.yab 10. yeme boz
11.özkıymgirişimi 12.özkıymıla ex 13.diğer.....

3. AİLEDETİBBİ HASTALIK ÖYKÜSÜ: 1.Var 2.Yok

ÖZGEÇMİŞ

4. TIBBİ HASTALIKÖYKÜSÜ : 1.Var 2.Yok

1.HT 2.DM 3.KAH4.Obezite 5.Tiroid
6.Epilepsi 7.Kafa travması 8.Febril konvulsiyon 9.diğer

5. ADET SİKLUSLARI (Kadın Hastalar İçin):

1. Düzenli 2.Düzensiz 3. Menapozda (yaşı:.....)

6. DOĞUMKONTROL YÖNTEMİ:

1.Yok 2. Takvim yöntemi 3. Prezervatif 4.Spiral 5. Doğum kontrol hapi
6. Dışarıda boşalma

EK-3**EŞLİK EDEN HASTALIKLAR (KOMORBİDİTE)
SCID-I ANKSİYETE BOZUKLUĞU KOMORBİDİTESİ**

Hastalık Adı	VAR (şuanda)	VAR (yaşam boyu)	YOK
Panik Bozukluk			
Panik Bozukluk + agorafobi			
Yaygın Anksiyete Bozukluğu			
Obsesif Kompulsif Bozukluk			
Sosyal Fobi			
Özgül Fobi			
Akut Stres bozuk.			
Posttravmatik stres bozukluğu			
Ayrışmamış Anksiyete bozukluğu			
ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANISI			

Hastalık Adı	VAR (şuanda)	VAR (yaşam boyu)	YOK
Alkol Kötüye kullanımı			
Alkol Bağımlılığı			
Alkol kullanımı ile ilgili tanı			
Kullandığı miktar:		Kullanım süresi:	

Hastalık Adı	VAR (şuanda)	VAR (yaşam boyu)	YOK
Madde kötüye kullanımı			
Madde bağımlılığı			
Madde kullanımı ile ilgili tanı			
Madde cinsi: Kullandığı miktar: Kullanım süresi:			

TANI	VAR (şuanda)	VAR (yaşam boyu)	YOK
Somatizasyon Bozukluğu			
Konversiyon Bozukluğu			
Hipokondriyazis			
Vücut Dismorfik Bozukluğu			
Ağrı Bozukluğu			
Farklılaşmamış Somatoform Bozukluğu			
SOMATOFORM BOZUKLULUĞU			
Disosiyatif Amnezi			
Disosiyatif Füg			
Disosiyatif Kimlik Bozukluğu			
Depersonalizasyon			
DİSOSİYATİF BOZUKLUKLAR			
TOPLAM			

TANI	VAR (şuanda)	VAR (yaşam boyu)	YOK
Anoreksia Nevroza			
Bulimia Nevroza			
B.T.A. Yeme Bozukluğu			
YEME BOZUKLUKLARI			
Aralıklı patlayıcı bozukluk			
Kleptomani			
Patolojik Kumar			
Trikotilomani			
Piromani			
B.T.A. Dürtü denetim Bozukluğu			
DÜRTÜ DENETİM BOZUKLUKLARI			
PSİKOSOMATİK BOZUKLUKLAR			
ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU			
UYKU BOZUKLUKLARI			
DİĞER KOMORBİDİTELER			
TOPLAM			

EK-4**SCID-II KİŞİLİK BOZUKLUĞU KOMORBİDİTESİ**

TANI	VAR
Paranoid Kişilik bozukluğu	
Şizoid Kişilik Bozukluğu	
Şizotipal Kişilik Bozukluğu	
A KÜMESİ KİŞİLİK BOZUKLUKLARI	
Histirionik Kişilik Bozukluğu	
Narsistik Kişilik Bozukluğu	
Borderline Kişilik Bozukluğu	
Antisosyal Kişilik Bozukluğu	
B KÜMESİ KİŞİLİK BOZUKLUKLARI	
Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu	
Kaçıngan Kişilik Bozukluğu	
Bağımlı Kişilik Bozukluğu	
C KÜMESİ KİŞİLİK BOZUKLULARI	
<i>KİŞİLİK BOZUKLUĞU TANISI</i>	

EK-5

BİPOLAR BOZUKLUĞUN GENEL KLİNİK ÖZELLİKLERİ

- 1) BPB Tipi : 1.BP I 2.BP II 3. Diğer
2) Baskın uç:..... 1. Mani 2. Depresyon

EPİZOD TİPİ	EPİZOD SAYISI
Mani	
Depresyon	
Karma	
Hipomani	
TOPLAM	

- 3) Hastalık başlangıç yılı:
4) Hastalık süresi (yıl):
5) Hastaneye yatış sayısı:
6) Yatışlarda EKT uygulama sayısı (toplam kür):
7) Uzunlamasına gidiş:
1. Epizodlar arası tam düzelme
2. Tam düzelme olmayan(kısmi işlevsellik)
3. Epizodlar arası işlevsellik kötü
8) Epizodlar arası belirti
1. 1.yok
2. hafif
3. 3.orta
4. 4.kronik gidiş
9) Epizod örüntüsü (MDÖ, DÖM, MÖD vb)
10) Mevsimsel özellik: 1.var 2.yok
11) Hızlı döngülülük 1.var 2.yok
12) Epizodlarda psikotik özellik (genelde)
1.var
• 1.Duygudurumla uygun
• 2. Duygudurumla uygunsuz
• 3.herikisi
2.yok
13) Kullanılan duygudurum düzenleyicisi
1. Li
2. Vlp
3. Kbz
4. Lmt
5. Li+vlp
6. Li+kbz
7. Li+lmt
8. Diğer:.....
14) Ek tedavi gereksinimi: 1.var 2.yok
15) Ek tedavi gereksinimi

1. Tipik AP
 2. Atipik AP
 3. Antidepresan
 4. Diğer
- 16)Özkıyım girişimi 1.var (sayısı) 2.yok
- 17)Özkıyım girişiminin olduğu epizodun tipi:
- 18)Hastalık şiddeti:
1. hafif
 2. orta
 3. şiddetli psikotik özellik yok
 4. şiddetli psikotik özellikli
- 19) Yıllık doktor vizitleri:
1. Düzenli kontrol (yılda 4 ve fazlası ziyaret)
 2. Kısmi kontrol (yılda 1-4 kontrol)
 3. Kontrolsüz
- 20) İlaç kullanımı
1. Düzenli kullanım
 2. Kısmen düzenli kullanım
 3. Düzensiz kullanım

EK-6

YETİŞKİN AYRILIK ANKSİYETESİ ÖZBİLDİRİM LİSTESİ

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

Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

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

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

**AYRILIK ANKSİYETESİ BELİRTİLERİ İÇİN YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK
GÖRÜŞME
ÇOCUKLUK AYRILMA ANKSİYETESİ**

Yönerge: Çocukken yaşamış olabileceğiniz duygular hakkındaki sorularla başlamak isterim. Çocukken, annenizden ya da evden uzaklaşmak zorunda kaldığınızda kendinizi nasıl hissederdiniz? **Not;** Eğer katılımcı annesi dışında birinden bakım aldıysa ve kendine en yakın hissettiyse, bu soruda ve aşağıdaki diğer sorularda annenin yerine o kişiyi koyunuz.

Başlık	DSM-IV ölçütlerine uygun araştırma soruları
A.1.	Hiç annenizden ayrıldığınızda kendinizi çok üzgün ya da altüst olmuş hissettiniz mi? Örneğin; anneniz gittiğinde ya da bir seyahate çıktığında ağladınız mı, ona kalması için yalvardınız mı, öfkeleniniz mi, onu durdurmaya ya da arkasından gitmeye çalıştınız mı? Evden ya da annenizden uzaktayken kendinizi çok üzgün ya da altüst olmuş ya da sanki başka hiçbir şey umurunuzda değilmiş gibi hissettiniz mi? Erkenden eve dönmek istediniz mi? Annenizi sık sık aradınız mı? / telefon ettiniz mi? Ölçüt: Evden ya da temel bağlanma figüründen ayrı kalındığında ya da ayrılma beklendiğinde ortaya çıkan yineleyici aşırı distres.
A.2.	Hiç annenize kötü bir şey olacağından ve onu kaybedebileceğinizden endişendiniz mi (Örneğin, eğer hasta olursa diye çok endişendiniz mi veya bir kazada yaralanabilir ya da daha başka kötü bir şey olabilir diye endişendiniz mi)? Hiç annenizin gidip, bir daha hiç geri gelmeyeceğinden endişendiniz mi? Hiç annenizin öleceğinden endişendiniz mi? Ölçüt: Temel bağlanma figürünü kaybedeceği ya da onun olası bir zarar göreceği hakkında duyulan ısrarlı ya da aşırı endişe.
A.3.	Hiç, başınıza, sizi annenizden ayırabilecek kötü bir şey gelmesinden endişelendiniz mi (kaybolmak, kaçırılmak, bir kaza geçirmek ve hatta öldürülmek gibi)? Ölçüt: Olumsuz bir olayın temel bağlanma figüründen ayrılmaya neden olacağına dair duyulan ısrarlı ya da aşırı endişe.
A.4.	Evden ayrılmaktan korktuğunuz için ya da evde kalmak istediğiniz için, okula gitmekte sorun yaşadınız mı? Hiç evde kalarak annenizle olabilmek için okula gitmeyi reddettiniz mi? Hiç, ebeveynleriniz sizi okula gitmeniz için zorladılar mı? Okula gittiğinizde evden birinin de sizin yanınızda kalması gerekti mi? Ölçüt: Ayrılma korkusu yüzünden okula ya da herhangi başka bir yere gitmeye karşı ısrarlı gönülsüzlük ya da reddetme.
A.5.	Sizin için, yalnız kalmak, hatta bir odada tek başına kalmak bile çok zor muydu? Hiç, yalnız kalmamak için annenizin ya da evdeki diğer kişilerin peşinden gittiniz mi? Hiç, anneniz sizin çok “yapışkan” olduğunuzdan şikâyet etti mi? Ölçüt: Yalnız kalmaktan veya önemli bağlanma figürü olmadığında evde kalmaktan ya da önemli yetişkinlerden biri olmadığında diğer ortamlarda kalmaktan ısrarlı ve aşırı korku ya da gönülsüzlük.
A.6.	Hiç, anneniz yakınınızda olmaksızın uyumaya gitmek konusunda istekli olmadığınızı ya da sizin evden uzaklarda uyumak istemediğinizi hissettiniz mi? Hiç, gecenin yarısında uyanıp annenizin yanında uyumaya gittiğiniz ya da onun iyi olup olmadığını denetlediğiniz oldu mu? Ölçüt: Temel bir bağlanma figürü yanında olmaksızın ya da evden uzaktayken uyumaya karşı ısrarlı gönülsüzlük ya da reddetme.
A.7.	Hiç, sizi ailenizden ya da annenizden ayırabilecek kötü şeylerin olduğu hakkında yineleyici kâbuslarınız oldu mu (yangın, cinayet, ya da diğer felaketler gibi şeyleri de içeren)? Ölçüt: Ayrılma temasını içeren yineleyici kâbusların olması.
A.8.	Okula gitmek zorunda kaldığınızda, hiç kendinizi fiziksel olarak hasta hissettiniz mi? (örneğin; baş ağrısının, karın ağrısının, mide bulantısının olması) Eğer evde kalsaydınız kendinizi daha iyi hisseder miydiniz? Farklı bir nedenden dolayı evinizden ya da annenizden uzak kaldığınızda fiziksel olarak hastalanır mıydınız? Evde kendinizi daha iyi hisseder miydiniz? Ölçüt: Temel bağlanma figüründen ayrı kalındığında ya da ayrılık beklentisindeyken yineleyici biçimde fiziksel belirtilerden şikâyet etmek.

**AYRILIK ANKSİYETESİ BELİRTİLERİ İÇİN YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK
GÖRÜŞME
YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ**

Yönerge: Şimdi, size bir yetişkin olarak, sevdiğiniz birinden ayrılmayla ve genelde de yalnız olmayla ilişkili olan duygularınızı sormak istiyorum.

Başlık

DSM-IV ölçütlerine uygun araştırma soruları

- B.1.** Hiç, bir aile üyenize, eşinize ya da bir başka kişiye, fazlaca bağımlı olduğunuzu hissettiniz mi ya da onları kaybetmekten korktuğunuz için onlara yapıştınız mı? Hiç, bu kişiden ya da evden uzak kalmak zorunda olduğunuzda kendinizi çok altüst olmuş ya da üzgün hissettiniz mi? Örneğin; ağladınız mı, evde kalması için ona yalvardınız mı? Öfkelendiniz ya da kıskançlaştınız mı? Gitmesin diye onu durdurmayı ya da ardından gitmeyi denediniz mi? Evden ya da bu kişiden uzak kaldığınızda, hiç kendinizi çok üzgün veya altüst olmuş ya da sanki başka hiçbir şey umurunuzda değilmiş gibi hissettiniz mi? Eve erkenden gelmek istediniz mi? Bir bağlantınız olsun diye bu kişiyi sık sık arar mıydınız?/telefon eder miydiniz?
Ölçüt: Evden ya da temel bağlanma figüründen ayrıldığında ya da ayrılma beklendiğinde ortaya çıkan yineleyici aşırı distress.
- B.2.** Hiç, bu kişiye kötü bir şey olacağından ve onu kaybedebileceğinizden endişe duydunuz mu? Örneğin; onunla tartışsaydınız, o kişi hastalansaydı, bir kazada ya da bir başka şekilde yaralansa ya da incinseydi çok fazla endişelenir miydiniz? Hiç, onun sizi terk edebileceğinden ya da ölebileceğinden dolayı çok fazla endişelendiniz mi?
Ölçüt: Temel bağlanma figürünü kaybedeceği ya da onun olası bir zarar göreceği hakkında duyulan ısrarlı ya da aşırı endişe.
- B.3.** Hiç sizin başınıza, sizi bu kişiden ayıracak, kötü bir şey geleceğinden endişendiniz mi (kaybolmak, kaçırılmak, kaza geçirmek ya da öldürülmek gibi)?
Ölçüt: Tatsız bir olayın temel bağlanma figüründen ayrılmaya sebep olacağına dair duyulan ısrarlı ya da yineleyici endişe.
- B.4.** Evden ayrılmaktan korktuğunuz için ya da evde kalmak istediğiniz için dışarıya çıkmakla ilgili güçlük yaşadınız mı? Hiç evde kalabilmek için dışarı çıkmadığınız oldu mu? Ev dışı işlerinizi yapması için başka birine ihtiyaç duydunuz mu? Dışarı çıktığınızda yanınızda birinin olması gerekli midir?
Ölçüt: Ayrılma korkusu yüzünden dışarı çıkmaya ya da herhangi başka bir yere gitmeye karşı ısrarlı gönülsüzlük ya da reddetme.
- B.5.** Sizin için yalnız kalmak, hatta bir odada tek başınıza kalmak bile çok zor mudur? Yalnız kalmamak için, hiç etraftaki birilerinin peşine takıldığınız oldu mu? Hiç, birileri çok “yapışkan”, “bağımlı” olduğunuzdan ya da sizin onu “boğduğunuzdan” şikâyet etti mi?
Ölçüt: Yalnız kalmaktan veya önemli bağlanma figürü olmadığında evde kalmaktan ya da önemli yetişkinlerden biri olmadığında diğer ortamlarda kalmaktan ısrarlı ve aşırı korku ya da gönülsüzlük.
- B.6.** Hiç, sevdiğiniz birileri yanınızda değilken ya da siz evinizden uzaklardayken yatıp uyumak istemediğinizi hissettiğiniz oldu mu? Hiç, gecenin yarısında uyanıp onun iyi olup olmadığını kontrol ettiğiniz oldu mu?
Ölçüt: Temel bir bağlanma figürü yanında olmaksızın ya da evden uzaktayken uyumaya karşı ısrarlı gönülsüzlük ya da reddetme.
- B.7.** Hiç, sizi ailenizden ya da diğer önemli kişilerden ayırabilecek kötü şeylerin olduğu hakkında yineleyici kâbuslarınız oldu mu (yangın, cinayet, ya da diğer felaketler gibi şeyleri de içeren)?
Ölçüt: Ayrılma temasını içeren yineleyici kâbusların olması.
- B.8.** Hiç, dışarı çıkmak zorunda kaldığınızda, fiziksel olarak hasta olduğunuzu hissettiniz mi? (örneğin; baş ağrısının, karın ağrısının, mide bulantısının ya da diğer fiziksel belirtiler olması) Eğer evde kalsaydınız, kendinizi daha iyi hisseder miydiniz?
Ölçüt: Temel bağlanma figüründen ayrı kalındığında ya da ayrılık beklentisindeyken yineleyici biçimde fiziksel belirtilerden şikâyet etmek.

EK-8**Ayrılma Anksiyetesi Belirti Envanteri (AABE)**

Ad-Soyad:

Tarih:

No:

Aşağıdaki cümleler çocukluğunuzda (18 yaş altında) yaşayabileceğiniz bazı korkulara ilişkindir; lütfen hatırlamaya çalışarak, “tüm soruları” yanıtlayınız.

Ben 18 yaşından küçükken...

	Çok Sık Hissettim	Sıklıkla Hissettim	Nadiren Hissettim	Hiç Hissetmedi m
1- Okula gitmek istemezdim.				
2- Evde olmadığım zaman ebeveynlerimden birinin başına kötü bir şey gelebileceğinden korkardım.				
3- Evde tek başıma bırakılmak istemezdim.				
4- Okula gitmeden önce baş ağrısı, bulantı, mide ağrısı gibi bedensel şikayetlerim olurdu.				
5- Onların yanında olmadığımda, ailemden birilerinin başına kaza gelebileceğine dair korkularım vardı.				
6- Yabancı yerlerde bulunduğumda, kaybolmaktan korkardım.				
7- Gece yalnız kaldığımda, canavarların ya da hayvanların bana saldırabileceğini hayal ederdim.				
8- Tek başımayken, tanımadığım kimselerden çok korkardım.				
9- Kendimin ya da ailemin şiddete maruz kaldığı şeklinde kâbuslar görürdüm.				
10-Ailemden ayrılmışsam çok mutsuz olurum.				
11- Yalnız olduğumda, kaçırılacağımdan ya da zarar göreceğimden korkardım.				
12- Evden uzaktayken, ailemle birlikte olduğumu hayal ederdim.				
13- Yalnız başıma uyumaktan korkardım.				
14- Okula gitmeden önce çok gergin olurum.				
15- Karanlıktan korkardım.				

EK-9

Young Mani Derecelendirme Ölçeği

Orijinalinde son 48 saat, ancak son yıllarda yapılan pek çok çalışmada son bir hafta değerlendirmeye alınmaktadır. Hastanın söylediklerinden çok klinisyenin kanaati önemlidir. Bu çalışmada uygulanmadı ama katılınan bir geçerlik güvenilirlik çalışmasında 0-4 puanlı maddelerde klinisyen karar veremiyorsa (örneğin 2 mi, 3 mü gibi) daha büyük olan puanı vermesi, 0-8 puanlı maddelerde ise aradaki değeri alması (yani 2 mi, 4 mü karar verilemiyorsa 3 puan verilmesi gibi) önerilmiştir. Tanı koymak amacıyla değil, o anki manik durumun şiddetini belirlemek için kullanılır. Ölçekteki her bir üst basamağın kendinden önceki alt basamakları kapsadığı kabul edilir. 15- 30 dakikalık bir görüşme ile uygulanır. Hastanın kendi ifadelerine izin verilir. Görüşme anındaki değerlendirme dışında servis personeli ya da hasta ailesinden bilgi alınabilir.

YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1) Yükselmiş duygudurum

0. Yok

1. Hafifçe yüksek veya görüşme sırasında yükselebilen
2. Belirgin yükselme hissi; iyimserlik, kendine güven, neşelilik hali
3. Yükselmiş; yersiz şakacılık
4. Öforik; yersiz kahkahalar, şarkı söyleme

2) Hareket ve enerji artışı

0. Yok

1. Kendini enerjik hissetme
2. Canlılık; jestlerde artış
3. Artmış enerji; zaman zaman hiperaktivite, yatıştırılabilen huzursuzluk
4. Eksitasyon; sürekli ve yatıştırılamayan hiperaktivite

3) Cinsel ilgi

0. Artma yok

1. Hafif ya da olası artış
2. Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması
3. Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden belirtmesi
4. Hastalara tedavi ekibine ya da görüşmeciye yönelik aleni cinsel eylem

4) Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor

1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır
2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır
3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor
4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkar ediyor

5) İritabilite

0. Yok

2. Kendisi arttığını belirtiyor
4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları
6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor
8. Düşmanca. işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok

2. Kendini konuşkan hissediyor
4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı
6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma
8. Basınçlı. durdurulamayan, sürekli konuşma

7) Düşünce yapı bozukluğu

0. Yok

1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış
2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması
3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali
4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

8) Düşünce içeriği

0. Normal
2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar
4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar
6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri
8. Sanrılar; varsanılar

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

0. Yok, işbirliğine yatkın
2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor
4. Tehdide varacak derecede talepkar
6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç
8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10) Dış görünüm

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım
1. Hafif derecede dağınıklık
2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması
3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj
4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

11) İçgörü

0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor
1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor
2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor
3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor; ancak hastalığı reddediyor
4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor

EK-10

Hasta Adı soyadı:

Tarih:

BİPOLAR BOZUKLUK İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ

DUYGUSAL İŞLEVSELLİK

		Evet	Kısmen	Hayır
1	Çevrenizde gelişen olaylara yönelik uygun duygusal tepkiler gösterebiliyor musunuz? (ağlanacak şeylere ağlıyor, gülmeyecekler gülebiliyor musunuz?)			
2	Çevrenizdekiler duygularınızın küntleştiğini söylüyorlar mı?			
3	Arkadaş ortamında duygusal katılımınız size göre yeterli düzeyde oluyor mu?			

ZİHİNSEL İŞLEVSELLİK

		Evet	Kısmen	Hayır
4	Kitap yada gazete okurken, anlamakta güçlük çekiyor musunuz?			
5	Alışverişte basit hesapları zihninizden yapabiliyor musunuz?			
6	Sizden istenenleri kafanızda toparlayıp yerine getirmekte güçlük çekiyor musunuz?			
7	Sohbet ortamında, çevrenizde konuşulanlara yeterince kendinizi verebiliyor musunuz?			

CİNSEL İŞLEVSELLİK

		Evet	Kısmen	Hayır
8	Cinselliğe eskisi kadar ilgi duyuyor musunuz?			
9	Cinsel ilişkinin başlangıcında nefsinizin uyanmasında eskiye göre güçlük çekiyor musunuz?			
10	Cinsel ilişki sırasında eskisi kadar zevk alıyor musunuz?			
11	Cinsel ilişkinin sonunda eskisi kadar tatmin oluyor musunuz?			

DAMGALANMA HİSSİ

		Evet	Kısmen	Hayır
12	Hastalığınız nedeniyle kendinizi yetersiz ya da eksik gibi hissediyor musunuz?			
13	Çevrenizdeki diğer kişiler, sizin hastalığınızı biliyor olsalar, bu durum nedeniyle sizi aşağılar ya da eksikmiş gibi görürler mi?			
14	Başkaları hastalığınızı bilseler, bu durum evlenme konusunda sizin daha fazla zorluk yaşamınıza neden olabilir mi?			
15	Başkalarının hastalığınızı bilmeleri sizin bir işe alınmanızı daha fazla zorlaştırır mı?			

İÇE KAPANIKLIK

		Çok az	Orta	Yeterince fazla
16	Günlük faaliyetlerinizi ne ölçüde başkalarıyla geçiriyorsunuz?			
17	Topluluk içinde ne kadar sohbete katılıyorsunuz?			
18	Misafir geldiğinde, onların yanında ne kadar bulunuyorsunuz?			

EV İÇİ İLİŞKİLER

		Çok az	Orta	Yeterince fazla
19	Aile üyelerinin yanında ne kadar zaman geçiriyorsunuz?			
20	Ev içi sohbete ne ölçüde katılıyorsunuz?			
21	Ev içi işlere ne kadar yardım ediyorsunuz?			
22	Evde günlük ihtiyaçlara ne kadar katkıda bulunuyorsunuz?			
23	Evde ne kadar kendinizle ilgili konuşuyor, duygularınızı ifade ediyorsunuz?			
24	Evdeki genel sorunlarla ne ölçüde ilgileniyorsunuz?			

ARKADAŞLARIYLA İLİŞKİLER

		Çok az	Orta	Yeterince fazla
25	Arkadaşlarınızla ne kadar zaman geçiriyorsunuz?			
26	Arkadaşlarınızla ne derecede iyi geçiniyorsunuz?			
27	Arkadaşlarınızın sorunlarıyla ne kadar ilgileniyorsunuz?			
28	Arkadaşlarınızla birlikte olmaktan ne derecede memnun oluyorsunuz?			
29	Akrabalarınızla ne derecede ilişkilerinizi sürdürüyorsunuz?			

TOPLUMSAL ETKİNLİKLERE KATILIM

		Nadiren	Bazen	Sıklıkla
30	Arkadaşlarla gezmeye gider misiniz?			
31	Arkadaşlarla parka gider misiniz?			
32	Arkadaşlarla kahveye gider misiniz?			
33	Arkadaşlarla maç seyretmeye gider misiniz?			
34	Arkadaşlarla kafeye/pastaneye gider misiniz?			
35	Arkadaşlarla sinemaya/tiyatroya gider misiniz?			
36	Arkadaşlarınız ne sıklıkta size ziyarete gelir?			
37	Ne sıklıkta dernek/kulüp faaliyetlerine katılırsınız?			

GÜNLÜK ETKİNLİKLER ve HOBİLER

	Aşağıdaki etkinliklere ne ölçüde katılıyorsunuz?	Nadiren	Bazen	Sıklıkla
38	Alışverişe çıkma			
39	Evin faturalarını yatırma			
40	Müzik aleti çalma			
41	Çiçek yada bitki yetiştirme			
42	El işleriyle uğraşma			
43	Spor yapma			
44	Tamir işleriyle uğraşma			
45	Benzer etkinlikler için kurslara katılma (resim, boyama,vb)			

İNİŞİYATİF ALMA ve POTANSİYELİNİ KULLANABİLME

	Aşağıdaki etkinlikleri ne ölçüde yerine getiriyorsunuz?	Nadiren	Bazen	Sıklıkla
46	Kendisi için alışverişe çıkma			
47	İşsizse, iş başvurusunda bulunma			
48	Banka işlerini görme			

İŞ

		Evet	Kısmen	Hayır
49	Çalıştığınız işte emeğinizin karşılığını alıyor musunuz?			
50	Çalıştığınız işte sorumluluk alabiliyor musunuz?			
51	Çalıştığınız işte aktif/üretken görevde misiniz?			
52	Sık sık iş değiştirmek ve iş aramak durumunda kalıyor musunuz? (6 aydan kısa süreli iş deneyimleri)			

Not: Eğer işsizse, son çalıştığı dönem için sorgulayın.

EK-11

HAMILTON ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Lütfen her konu başlığı için 0-4 arası bir puan verin

PUAN

1. ANKSİYETELİ MİZAÇ	
2. GERİLİM	
3. KORKULAR	
4. UYKUSUZLUK	
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif)	
6. DEPRESİF MİZAÇ	
7. SOMATİK (muskuler)	
8. SOMATİK (duygusal)	
9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR	
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI	
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR	
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR	
14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ	
TOPLAM PUAN:	
PSİŞİK (1,2,3,5,6)	
SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13,14)	

EK-12**HAMILTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ****PUAN**

1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ	(1-5)	
2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER	(1-5)	
3. GENİTAL SEMPTOMLAR	(1-3)	
4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL	(1-3)	
5. KİLO KAYBI		
A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN	(1-4)	
B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ	(1-4)	
6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)	(1-3)	
7. UYKUSUZLUK (ORTA)	(1-3)	
8. UYKUSUZLUK (GEÇ)	(1-3)	
9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)	(1-3)	
10. SUÇLULUK DUYGULARI	(1-5)	
11. İNTİHAR	(1-5)	
12. PSİŞİK KAYGI	(1-5)	
13. SOMATİK KAYGI	(1-5)	
14. HİPOKONDİRİ	(1-5)	
15. İÇGÖRÜ	(1-3)	
16. YAVAŞLAMA	(1-5)	
17. AJİTASYON	(1-5)	
TOPLAM		

EK-13

STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

Ad Soyad: Tarih: Yaş:

Eğitim (yılı):

Meslek:

Aktif El:

T. Puan:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

- Hangi yıl içindeyiz..... ()
Hangi mevsimdeyiz ()
Hangi aydayız ()
Bu gün ayın kaç ()
Hangi gündeiz ()
Hangi ülkede yaşıyoruz ()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir ()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir ()
Şu an bu binada kaçınız katasınız ()

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın

(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanıyın) Her doğru isim 1 puan ()

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

100'den geriye doğru 7 çıkarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.

Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) ()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.

(Masa, Bayrak, Elbise)..... ()

LİSAN (Toplam puan 9)

a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut)

..... ()

b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar

edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan..... ()

c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi

yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere

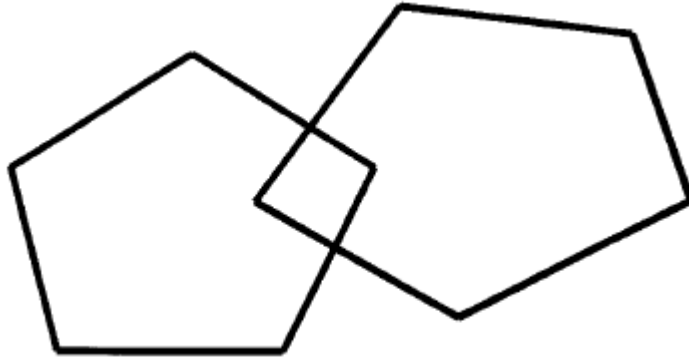
bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan..... ()

d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)

"GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada)..... ()

e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)..... ()

f) Size göstereceğim şeklin aynısını çiziniz. (arka sayfada) (1 puan) ()



9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı	: Ali TAŞDEMİR
Doğum Tarihi ve Yeri	: 1986- Ulukışla
Medeni Durumu	: Evli
Adres	: 2000 evler Mah. 76077 sok. Akgül 10 Sitesi E Blok
Telefon	: 0 553 396 24 61
Faks	:
E-mail	:drali4020@gmail.com
Mezun Olduğu Tıp Fakültesi	: Çukurova Üniveristesi Tıp Fakültesi
Mezuniyet Derecesi	:
Görev Yerleri	: Niğde Altunhisar Yakacık Sağlık Ocağı ÇÜTF Psikiyatri AD
Dernek Üyelikleri	: Türk Psikiyatri Derneği
Alınan Burslar	:
Yabancı Dil	: İngilizce
Diğer Hususlar	: