



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ANNE VEYA BABASINDA BİPOLAR DUYGUDURUM
BOZUKLUĞU OLAN ERGENLERDE BAĞLANMA
ÖRÜNTÜLERİ VE PSİKOPATOLOJİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mustafa ERKAN

Antalya, 2012



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ANNE VEYA BABASINDA BİPOLAR DUYGUDURUM
BOZUKLUĞU OLAN ERGENLERDE BAĞLANMA
ÖRÜNTÜLERİ VE PSİKOPATOLOJİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mustafa ERKAN

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Esin ÖZATALAY

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2012

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa :</u>
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	iii
Şekiller ve Tablolar Dizini	iv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Bipolar Duygudurum Bozukluğu	2
2.1.1. Tanım	2
2.1.2. Tarihçe	2
2.1.3. Sınıflandırma	2
2.1.4. Epidemiyoloji	2
2.1.5. Etiyoloji	3
2.1.6. Tedavi	3
2.2. Bipolar Duygudurum Bozukluğu Olan Ebeveynin Çocuklarında Psikopatoloji	4
2.3. Bağlanma Kuramı	4
2.3.1. Bağlanmanın gelişimi	5
2.3.2. Bağlanmanın nörobiyolojisi	5
2.3.3. Bağlanma örüntüleri	6
2.3.4. Gelişimsel psikopatoloji ve bağlanma arasındaki ilişki	8
2.3.5. Ergenlik döneminde bağlanma ve psikopatoloji	10
2.3. Bipolar Duygudurum Bozukluğu Ve Bağlanma	11
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	12
3.1. Örneklem	12
3.2. Veri Toplama Araçları	12
3.2.1. Ergenlere ve ebeveynlere uygulanan anket ve ölçekler	13
3.2.1.1. İlişki Ölçekleri Anketi-Ergen (İÖA-E)	13
3.2.1.2. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları Ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi Ve Yaşam Boyu Versiyonu (K-SADS-PL)	13

3.2.1.3. SCID-I Klinik Versiyon	14
3.3. İstatistiksel Çözümleme	14
4. BULGULAR	15
4.1. Sosyodemografik Özellikler	15
4.2. Çocuklarda Psikopatoloji Açısından Değerlendirme Sonuçları	15
4.3. Ergenlerde Bağlanma Örüntüleri Açısından Değerlendirme Sonuçları	16
5. TARTIŞMA	20
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	25
7. ÖZET	27
8. ABSTRACT	28
9. KAYNAKLAR	29
10. EKLER	35

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BDB/BMD	Bipolar Duygudurum Bozukluğu/ Bipolar Mood Disorder
ÇDŞG-ŞY/K-SADS-PL	Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam boyu Versiyonu
DEHB /ADHD	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu/ Attention deficit hyperactivity disorder
EBBÖ	Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği
İÖA-E /A-RSQ	İlişki Ölçekleri Anketi – Ergen / Adolescent Relationship Scales Questionnaire
N	Kişi Sayısı
SCID-I	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders / DSM IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
YİYE	Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Örneklemeye ait sosyodemografik veriler	7

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
4.1. Örneklemeye ait sosyodemografik veriler	15
4.2. Ergenlerdeki psikiyatrik hastalıklar ve dağılımları	16
4.3. Araştırma ve kontrol grubunun İlişki Ölçekleri Anketinden aldıkları puanları	16
4.4. Örneklemenin cinsiyete göre ilişki ölçekleri anketinden aldıkları puanları	17
4.5. Araştırma ve kontrol grubundaki erkeklerin ve kızların kendi aralarındaki ilişki ölçekleri anketinden aldıkları puanları	17
4.6. Örneklemde psikopatoloji varlığı ve bağlanma ilişkisi	18
4.7. Psikopatoloji ve bağlanma ilişkisi	18
4.8. Anne ya da babada BDB bulunmasının bağlanmaya etkisi	19

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bağlanma, çocuk ve bakım veren kişi arasında gelişen; çocuğun bakım veren kişiyi arama ve yakınlık arayışı davranışları ile kendini gösteren, özellikle stres durumlarında belirginleşen, dayanıklılığı ve devamlılığı olan duygusal bir bağ olarak tanımlanmaktadır (1). Bebeklikte biçimlenen bağlanma örüntüleri yaşam süresince değişken ve esnek bir yapıya sahiptir. Bağlanmayı etkileyen üç temel faktör; çocuğun kişilik özellikleri, aile sistemiyle ilgili faktörler ve sosyokültürel etkenler olarak karşımıza çıkar (2). Ebeveynlerinin herhangi birinde BDB bulunması bu üç faktör üzerinden bağlanmayı olumsuz biçimde etkileyebilir. Özellikle ergenlik gibi önemli bir geçiş ve değişim döneminde bağlanma revizyona uğradığı için ebeveyndeki BDB güvensiz bağlanma örüntülerinin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

Bipolar duygudurum bozukluğu (BDB) hem toplumda sık olarak görülen, hem de mortalite ve morbitesi yüksek olan bir hastalıktır. Bu hastalıkta alkol ve madde kötüye kullanımı, boşanma, özkıyım oranı, hastaneye yatma ve tedavi giderleri nedeniyle ekonomik kayıplar, özellikle ataklar sırasında kazalar ve suça yönelme oranı yüksektir. Etiyolojide pozitif aile öyküsünün bulunması en güçlü risktir (3). Bundan dolayı bipolar bozukluğu olan anne babaların çocukları hem genetik açıdan hem de ciddi ve kronik gidişli bir ruhsal hastalığı olan ebeveynle birlikte yaşamanın getirdiği psikososyal etkileri nedeniyle yüksek risk altındadırlar. Bu nedenle bu çocuklardaki psikopatolojinin değerlendirilmesi koruyucu hekimlik açısından önemlidir.

Bu çalışmada; Anne veya babasında BDB olan ergenlerde bağlanma örüntüleri ve psikopatolojileri sağlıklı yaşlılarıyla karşılaştırılarak araştırılması amaçlanmıştır.

Varsayımlar;

1. Ebeveynlerinde BDB bulunan çocuklarda psikopatoloji oranları kontrol grubundan farklıdır, psikopatoloji oranları daha yüksektir.
2. Ebeveynlerinde BDB bulunan çocuklarda bağlanma örüntüsü diğer sağlıklı bireylerden (kontrol grubu) farklıdır, güvensiz bağlanma biçimleri daha sık görülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Duygudurum Bozukluğu

2.1.1. Tanım

BDB belli bir düzen olmadan tekrarlayan manik, depresif ya da karma dönemlerle seyreden, dönemler arasında kişinin tamamen sağlıklı duygudurumuna dönebildiği kronik seyirli bir duygudurum bozukluğudur (4). BDB’de önemli patoloji kişinin o anki emosyonel içeriğinin dışavurumu olan “duygulanım”da değil, kişinin sürekli içsel durumu olan “duygudurum”dadır (5).

2.1.2. Tarihçe

Mani ve melankoli tanımlanan en eski hastalıklardandır. Hipokrat melankoli ve maniyi sistematik olarak tanımlayan ilk düşünürdür (6).

Kraepelin (1896) ise mani ve melankolinin değişik türlerini ve klinik belirtilerini “psikoz manyak depresif” adı altında toplamış ve hastalığın belirtilerini, gidiş ve sonlanışının tanımlanmasını yapmıştır (7).

Betimleyici yaklaşımın temelini oluşturan ICD ve DSM sınıflandırma sistemlerinde ise Leonhard’ın (1957) “bipolar bozukluk” kavramı kullanılmaktadır (8). 1980’de DSM-III’ün kullanıma girmesiyle “duygulanım bozukluğu” tanımı kabul edilmiş, DSM-III-R’de ise “duygudurum bozuklukları” tanımı benimsenmiştir (4). ICD-10’da ise bipolar bozukluklar “bipolar affektif bozukluk” olarak tanımlanmıştır (7).

2.1.3. Sınıflandırma

DSM-IV-TR ye göre BDB epizodları aşağıdaki gibi tanımlanmıştır (9);

- Major depresif epizod
- Manik epizod
- Karma epizod
- Hipomanik epizod

2.1.4. Epidemiyoloji

Epidemiyolojik çalışmalar BDB’nin toplumun önemli bir kesimini etkilediğini ve önemli bir sağlık sorunu oluşturduğunu göstermektedir (5).

Bipolar I bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %0-2.4 arasında değişmektedir. Bipolar II bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı ise %0.3-3 ve siklotiminin yaşam boyu yaygınlığı ise %0.5-6.3 arasındadır. Tüm BDB spektrumu için verilen yaşam boyu yaygınlık oranının %2,6-7,8 arasında; nokta yaygınlık oranının ise %0.4-0.5 arasında olduğu belirtilmektedir (5).

BDB'nin başlangıç yaşı sıklıkla 20 civarındadır. Bipolar I ve bipolar II bozukluğun başlangıç yaşları birbirine yakındır (10). Ailesel öyküsü olan BDB hastalarında başlangıç yaşı daha erkendir. İleri yaşlarda ise daha çok organik beyin hastalıklarına bağlı olarak BDB ortaya çıkmaktadır (11).

Görülme sıklığı açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır, kadın ve erkeklerde eşit oranda görülür. Kadınlarda bipolar II bozukluk, karma disforik mani, atipik klinik görünümlü bipolar depresyon ve hızlı döngülü bipolar depresyon gibi BDB alt tiplerinin daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Erkeklerde başlangıç en sık manik dönemle olur (10).

Risk etkenleri arasında bekâr olmak, boşanmış ya da ayrı yaşıyor olmak önemlidir. Çalışmalarda bipolar I bozukluk ile düşük sosyoekonomik düzey arasındaki ilişkinin zayıf olduğu bulunmuştur. Bipolar II bozuklukta ise farklı olarak eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzey toplum ortalamasının üzerindedir (5).

BDB, hastaların üçte ikisinde düzensiz bir mevsimsel gidiş göstermekle birlikte, mani yaz mevsiminde, depresyon ise ilkbahar ve sonbaharda daha sık görülür. Mevsimsel seyir %20-25 oranında görülür (5).

2.1.5. Etiyoloji

BDB'nin etyolojisi henüz kesin olarak gösterilememiştir. Biyolojik ve psikososyal etkenlerin etkileşimiyle ortaya çıkan duygudurum bozukluklarının biyolojik etkenleri arasında genetik etkenler, nöroendokrin etkenler ve nörotransmitter etkenler ana başlıklar olarak sayılabilir (7).

2.1.6. Tedavi

BDB'nin tedavisi temel olarak akut dönem ve koruyucu tedavi olarak ikiye ayrılır. Belirti dönemlerinin tedavisi ise hipomanik-manik, depresif ve karma dönem tedavisi olarak ayrılır (7). Tedavisinde duygudurum düzenleyiciler ve antipsikotikler kullanılır.

2.2. Bipolar Bozukluğu Olan Ebeveynlerin Çocuklarında Psikopatoloji

Ruhsal hastalıkların erken dönemde tanınması ve koruyucu stratejilerin geliştirilebilmesi için hastalığın öncül belirtilerinin ve risk etmenlerinin belirlenmesi önemlidir.

BDB, belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan mani, depresyon ve karma ataklarla giden ve ataklar sırasında kişinin ötimik duyguduruma geri dönebildiği süregelen bir duygudurum bozukluğudur (12).

BDB genetik geçişi yüksek psikiyatrik hastalıklardandır (13). Patofizyolojisinde genetik etkenlerin önemli rolü olduğunun ortaya çıkması ve bazı BDB'li erişkinlerin hastalıklarının başlangıcının çocuk ve ergenlik yıllarına rastlaması nedeniyle BDB'si olan ailelerin çocuklarında psikopatoloji araştırmak önemlidir. BDB'si olan ailelerin çocukları hem genetik açıdan hem de ciddi ve süregelen gidişli bir ruhsal hastalığı olan ebeveyn ile birlikte yaşamının psikososyal etkileri ile karşı karşıya gelme nedeniyle yüksek risk altındadırlar.

2.3. Bağlanma Kuramı

Bağlanma [attachment], yaşamın ilk günlerinde başlayan, çevreyle olan etkileşim sonucu gelişen ve duygusal yönü ağır basan bir durumdur. Aynı zamanda bağlanma, çocuk ve bakım veren kişi arasında gelişen; çocuğun bakım veren kişiyi arama ve yakınlık arayışı davranışları ile kendini gösteren, özellikle stres durumlarında belirginleşen, dayanıklı ve devamlılığı olan duygusal bir bağ olarak da tanımlanmaktadır (14).

Bowlby (15) bağlanmayı, bakıcıya yönelik yakınlığı sürdürmeye hizmet eden içgüdüsel bir süreç ya da insanların kendileri için önemli gördükleri kişilere karşı geliştirdikleri güçlü duygusal bağlar olarak tanımlamaktadır. Bağlanma kuramı, anne ve bebek arasındaki bağın işlevini, bağın zarar görmesinin çocuğun gelişimi üzerindeki olumsuz etkilerinin sonuçlarını inceler.

Bu kavram, bireyin diğerleriyle daha sağlam duygusal bağlar kurma eğilimini ve istenmeyen ayrılıklarla kayıp durumlarında gelişen kaygı, kızgınlık, depresyon gibi duygusal sıkıntıları açıklar. Kuramın temeli 1950'lerin sonlarında ebeveyninden ayrılan çocukların çektiği yoğun sıkıntıyı anlamaya çalışan İngiliz psikanalist John Bowlby (1907-1990) tarafından atılmıştır (16).

Bowlby'e göre bağlanma bebeklik bitiminde sona ermemekte, güvenli bağlanma erken çocukluk boyunca sürmekte, bebeklik döneminde, çocuklukta, ergenlikte ve erişkinlikte farklı güven temelli bağlanma davranışları gözlenmektedir. Bowlby, bağlanma davranışının gelişimini 4 evrede inceler:

1. Bebeğin çevresindekilere vereceği yanıtı ayırt edememesi,
2. Özel birine ve yeni kişilere odaklanma,
3. Güven temelli davranışın ortaya çıkması,
4. Güven temelli davranışla çocuk-anne/baba ilişkisinin sağlıklı bir hale gelmesi.

2.3.1. Bağlanmanın gelişimi

Bowlby'e göre temel bağlanma yaşamın ilk dokuz ayında gelişmekle birlikte, bağlanmanın tam olarak biçimlenme süreci iki ya da üç yıl sürmektedir. Temel bağlanma, bakım verenin yokluğuna karşı öngörülebilir davranışlar şeklinde kendini gösterir. Bu dürtüsel bir işlevdir, güvenliği ve hayatta kalmayı sağlayan bir özelliğe sahiptir. Bağlanma nesnesinin arzu edilen konumuyla gerçek konumu arasında bir çelişki doğduğunda bağlanma sistemi aktif hale gelir (17).

2.3.2. Bağlanmanın nörobiyolojisi

“Anne” beyni daha fazla bakım verme için hazırlanmıştır. Limbik sistemin evriminde dişilerin beyni bebeğin stresli çağrılarına daha duyarlı olma, çocuklarla daha yakın ilişki içinde olma ve daha çok oyun oynamak üzere yapılanmıştır (18). Çeşitli deneylerle anatomik olarak incelenen bağlanmada en önemli beyin bölgelerinin amigdala, septal alan ve singulat korteks olduğu bildirilmiştir (19).

Sosyal bağlanmanın ele alındığı bu çalışmalar sonucunda, bakım verenleri tarafından yeteri kadar bakım, sevgi ve destek alan çocukların bağımsız ve ilişkilerinde güvenli erişkinler olmasının temellerinin nörobiyolojik dengelerde bulunduğu söylenebilir. Bir karşılıklılık içeren anne çocuk ilişkisinde, eğer çocuk iyi bakım alırsa beyin de biyokimyasal düzenini “her şey yolunda” olarak oluşturmakta ve kaydetmekte, eğer çocuk reddediliyor veya ihmal ediliyorsa nöronal düzenekler de ona göre oluşmaktadır. Sonuç olarak araştırmalardan elde edilen veriler doğrultusunda bağlanmanın bilişsel süreçler yanında nörohormonların etkisiyle de şekillendiği anlaşılmaktadır. Tartışılması gereken bir diğer durum da bunun tam tersi

olarak bağlanma sorunları nedeniyle de bazı nörohormonal düzensizliklerin meydana gelebilmesi olasıdır (18).

2.3.3. Bağlanma örüntüleri

Bağlanma şekillerini ilk kez Ainsworth tanımlamıştır. Ainsworth laboratuvar ortamında annesinden ayrılan ve sonradan annesiyle buluşturulan çocukların tepkilerini incelemiştir. Bunları güvenli, kaygılı-kararsız ve kaçınan-dirençli olarak 3 ayrı gruba ayırmıştır. Son yıllarda bu sınıflandırmaya dezorganize-dezoryante bağlanma da eklenmiştir (20). Ainsworth'e (21) göre güvenli bağlanma gösteren çocuklar annelerinin her zaman yanlarında olup, stres durumlarında yardımcı olacaklarından emin olan çocuklardır. Bu çocuklar anne ayrıldığında tepki göstermelerine karşın döndüğünde kolaylıkla yatışırlar.

Kaygılı kararsız bebek ise, anneden ayrılırken ağlamaya ve sıkıntı duymaya çok yatkındır. Bu bebekler gereksinme duyduklarında anne-babalarının karşılık verebileceklerinden, yardımcı olabileceklerinden emin değildir. Bu belirsizlik yüzünden ayrılık anksiyetesi duymaya yatkındırlar. Kaçınan bebek ise, annenin reddedici davranışını aynalamakta, kendisini korumak için anneden kopmaktadır. Hayatını, annesinin sevgisi ya da desteği olmadan sürdürmeye çalışır (22).

Son yıllarda ergen ve yetişkin yakın ilişkilerinde bağlanmanın rolünü inceleyen Bartholomew ve Harowitz Bowlby'nin (23,24,25,27) bağlanma sisteminin benliğe ve başkalarına ilişkin içsel modelleri içerdiği görüşünden yola çıkarak "Dörtlü Bağlanma Modeli"ni oluşturmuşlardır. Buna göre, benlik ve başkaları modelleri olumlu ve olumsuz olma durumuna göre dört kategoride değerlendirilmektedir.

Benlik modelinin olumlu olması başkalarının onayından bağımsız olarak var olan, içselleştirilmiş öz saygı ve "sevebilirlik" duygusu olarak betimlenebilir. Benlik modelinin olumsuz olması düşük özsaygı ve başkalarından onay alma gereksinimiyle ilişkilidir (24,26). Başkaları modelinin olumlu olması, yakın ilişkilerde destek ve yakınlık aramaktan çekinmemeye ve başkaları hakkında olumlu beklentilere sahip olmaya; başkaları modelinin olumsuz olması ise başkalarına ilişkin olumsuz beklentiler taşımaya karşılık gelmektedir (24). Bu bağlanma örüntüleri güvenli, saplantılı, kayıtsız, korkuludur (Şekil 2.1) (27,28).

BARTHOLOMEW VE HOROWITZ'E GÖRE DÖRTLÜ BAĞLANMA MODELİ		
BAŞKALARI MODELİ	KENDİLİK MODELİ	
Olumlu	Olumlu	Olumsuz
	GÜVENLİ	SAPLANTILI
Olumsuz	KAYITSIZ	KORKULU

Şekil 2.1. Bartholomew ve Horowitz'e göre dörtlü bağlanma modeli.

1. **Güvenli bağlanma örüntüsünde** hem benlik hem de başkaları modelleri olumludur. Bu örüntüye sahip kişiler kendilerini değerli olarak algılar ve diğerlerini kabul eder ve destekleyici olarak görürler (26). Bu kişiler hem başkalarıyla kolaylıkla yakınlık kurar hem de özerk kalmayı başarabilirler (24,29). İhtiyaç duyduklarında diğerlerinden destek alma konusunda rahattırlar.
2. **Saplantılı bağlanma örüntüsü** olumsuz benlik modeli ve olumlu başkaları modeliyle ilişkilidir (27). Bu grup Hazan ve Shaver'in kaygılı/kararsız örüntüsüyle kavramsal olarak ilişkilendirilir. Kendilerini değersiz hissetme eğilimindedirler. Temelde kaygılıdırlar. Negatif duygudurumlarını abartılı ve sürekli bir biçimde eşlerinin onayını arayarak gösterirler. Başkalarının onay ve görüşüne bağımlıdırlar. Kaygılı-kaçınan olarak sınıflandırılabilirler. Diğerlerine yakın olmayı isterler fakat ihtiyaç duyduklarında diğerlerinin hazır bulunması veya elde edilebilirliği konusunda güvenleri eksiktir. Bir insanın iyi olduğunu düşünüp yaklaşmak isterler fakat reddedilecekleri veya terk edilecekleri konusunda yüksek düzeyde kaygı yaşarlar (29). Bu kişiler sürekli olarak ilişkileri konusunda takıntılıdır ve ilişkilerinde pek gerçekçi olmayan beklentilere sahiptirler (24).
3. **Kayıtsız bağlanma örüntüsü** benlik modelinin olumlu olduğu fakat başkaları modelinin olumsuz olduğu örüntüdür (28). Kayıtsız bağlananlar temelde kaçınmacıdırlar çünkü kendileri ile ilgili olumlu ama başkaları ile ilgili olumsuz görüşlere sahiptirler. Negatif duyguları baskı altında tutma

eğilimindedirler ve kaçınma stratejilerini temel başa çıkma stratejileri olarak kullanırlar. Bu örüntüde başkalarına karşı reddeder bir tutum vardır. Kişi özerkliğine aşırı derecede önem verir (24). Bağlanma figürünü elde edilemez ve sorumsuz olarak kabul ederler. Diğerlerinden uzak durarak ve bağlanma ihtiyaçlarını reddederek olası bir reddedilmeye karşı olumlu kendilik imajını korumaktadırlar (28,29). Başkalarına karşı güvensiz oldukları, başkalarını destekleyici olarak algılamadıkları, kendilerini başkalarına açma ve yakınlık kurmada isteksiz oldukları (30) akranları tarafından daha düşmanca algılandıkları bulunmuştur (24).

4. **Korkulu örüntü** her iki modelinde olumsuz olduğu örüntüdür. Bu örüntüye sahip kişilerin hem benlik hem de başkaları modeli olumsuzdur (27). Diğerlerine aşırı bağımlıdır. Bunlar kendilerini değersiz ve sevilmez olarak algılamak başkalarını da güvenilmez ve reddedici olarak algılar. Diğerleri tarafından kabul edilmeyi istemelerine rağmen reddedilme beklentileri ya da korkuları yüzünden yakın olmaktan korkarlar (26). Kendilerini başkalarına açma, yakınlık kurma ve stres anında başkalarından destek isteme konusunda rahatsızlık duydukları, kendilerine güvenlerinin az olduğu, sosyal ortamlarda atılganlık gösteremeyen kişiler oldukları bulunmuştur (26,30).

2.3.4. Gelişimsel psikopatoloji ve bağlanma arasındaki ilişki

Gelişimsel psikopatoloji ve bağlanma arasındaki ilişkiyi gösteren iki temel yol bulunmaktadır. İlki yaşamın ilk yılları içinde ortaya çıkan bazı atipik bağlanma özelliklerinin kendisi, bir bozukluk ya da psikopatoloji belirtisi olarak ele alınabilir. Bu durumda, çocuğun yetiştiği ortamdaki diğer risk faktörleriyle birlikte erken dönem ilişkilerinin mevcut davranış sorunlarına yol açtığı ve tedavi edilmesi gerektiği düşünülür. Diğer yol ise bağlanmanın ileri yıllarda ortaya çıkan ruhsal ve davranışsal sorunlar için artan bir risk oluşturması ya da diğer risk faktörlerinin etkisini artırması şeklinde açıklanabilir. Yaşamın ilk iki yılında temel bakım verenlerle güvenli bağlanma geliştiren bebeklerle yapılan birçok klinik araştırma sonucuna göre, bu bebeklerin diğer yetişkinlerle ve bebeklerle daha kolay sosyal ilişki kurabildikleri, ebeveynleriyle daha uyumlu oldukları ve coşkusal düzenlemelerinin

daha etkin olduğu bulunmuştur. Aksine, iki yaş öncesi güvensiz bağlanma geliştiren bebeklerin, düşük sosyalleşme, zayıf akran ilişkisi, öfke yakınmaları, okul öncesi ve sonrası zayıf davranış kontrolü gösterdikleri saptanmıştır. Ancak bağlanma kuramıyla ilgili ortak yanlış anlayış, güvenli bağlanmanın normal, güvensiz bağlanmanın da tam tersi patolojik kabul edilmesidir. Her ne kadar güvensiz bağlanma daha sonraki uyum ve davranım sorunlarıyla ilişkilendirilmeye çalışılmaktaysa da, bunun kesinlikle böyle olacağını söylemek doğru değildir. Ancak güvensiz bağlanmanın psikopatoloji gelişimi için bir risk ve kırılganlık oluşturduğu söylenebilir. Greenberg'in (17) psikopatoloji gelişimini açıklamaya çalıştığı modelde, 4 temel risk faktörü tanımlanır. Bunlar, çocuğun karakteri yani mizacı, kendine ait özellikleri, bağlanma öyküsü, ebeveynlerin anne-babalık örüntüsü ve aile içi dengedir. Ergenlik döneminde yaşanan depresyon ve intiharlarda, ergenin annesiyle güvensiz bağlanması arasında pozitif ilişki bulunmuştur.

Anne-babaların birinde ya da ikisinde birden görülen depresyon, şizofreni, duygulanım bozuklukları gibi ruhsal bir hastalık çocuklarla güvenli bağlanma ilişkisi kurulmasını engelleyebilir (21), çocuğun ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamasına neden olabilir. Ebeveynlerdeki bu hastalıklar ebeveyn ile çocuk arasında kurulan ilişkiyi, annenin bebek bakımını, ebeveyn rolünü öğrenmesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (31). Brockington'a (32) göre bağlanma bozukluğu ile istenmeyen gebelikler ve gebelik sırasında fetusla ilişki kurulmaması arasında güçlü bir ilişki vardır. Özellikle prematüre bebekler, çoğul gebelikler, duyu kusuru veya ciddi hastalığı olan bebekler, istismar edilenler ile evlatlık alınan bebeklerde bağlanma sorunları yaşanabilir. Bunun dışında bebeğin mizacı, gelişimsel geriliği, geçirdiği hastalıklar, deneyimsizlik (ergen yaşta anne olma) aile içi stres de, bağlanma üzerinde olumsuz rol oynayabilir (33).

Çocuğunu kaybedecek olma olasılığı bile anne-babanın yakın ilişkiye girmesine engel olabilmektedir. Anne-babanın kendi anne-babasına bağlanma şekli de kendi çocuğunun bağlanma şeklini belirlemektedir. Çocuk ve anne-baba özellikleri dışında genetik, kardeş ilişkileri ve yaşam koşullarının da bağlanma üzerinde etkili olduğu kabul edilir (20).

2.3.5. Ergenlik döneminde bağlanma ve psikopatoloji

Ergenlik döneminde biyolojik, mental ve sosyal değişim ön plana çıkar ve başkasıyla ilişkideki kendilik oldukça önem kazanır. Bu dönem çok önemli bir geçiş dönemidir. Bu dönemde ergenin bağlanma örüntüsünde, anne-baba-ergen arasındaki ilişkilerde temel dönüşümler yaşanır ve bağlanma özellikleri de revizyona uğrar. Anne-babaya güvenli bağlanma, ergenin kimlik ve özerklik gelişimine yardım eder. Bireylerin bağlanma örüntüleri anne-babaların çocuk yetiştirme tutumlarına göre şekillenir.

Anne-babası tarafından tutarsız, zarar verici, ambivalan ya da tepkisiz kalma gibi uygunsuz bir tutumla karşılaşan çocuk güvensiz bağlanma geliştirir ve stresle karşı karşıya kaldığında mahremiyetini yitirdiğini hisseder. Güvensiz bağlanma geliştiren ergenlerse, çevrelerindeki güvenemediklerinden genellikle kişileri kontrolleri altına alma eğiliminde olurlar, öfkelerini doğrudan ifade edemezler, bütünlük duygusuna sahip olamaz ve özdeğer duygusunu sürdüremezler. Bu kişilerin kimlik organizasyonlarında sorunlar yaşanır. Sonuç olarak, anne-babalar tarafından yön verilen bağlanma süreci gelecekteki kişiliğin gelişimi için önemlidir. Bağlanma bozuklukları ergenlik ve yetişkinlik psikopatolojilerinin kaynağı olabilir (34). Ergenlik döneminde bir yandan bağlanmanın güvenliği ve psikososyal işlev üzerine etkisi araştırılırken, diğer yandan bağlanmanın klinik düzeyde etkilerine de bakılmıştır. Özellikle de gelişimsel psikopatoloji açısından ergenlik döneminde biyopsikososyal değişimler dramatik boyuttadır ve buna bağlı olarak da yeme bozuklukları, davranım bozuklukları ve intihar girişimi gibi patolojiler bu dönemde artar (17). Bebeklikte şekillenen bağlanma örüntüleri, bireyin yaşamının her adımında önemli rol oynamaktadır. Süt çocuklarında saptanan bağlanma özelliklerinin ergenlik döneminde de devam ettiğine ilişkin kanıtlar vardır. Güvensiz bağlanan çocuklarsa okul dönemi ve ergenlikte daha fazla duygusal sorun yaşandığı tespit edilmiştir (35).

Güvensiz bağlanma yeme bozukluğu gelişiminde ve hastalığın sürmesinde rol oynayabilmektedir. Güvensiz bağlanan bireylerde olduğu gibi yeme bozukluğu hastalarında da düşük benlik saygısı, yetersizlik ve işe yaramazlık duyguları gelişebilmektedir. Bulimik hastaların normal bireylere göre güvensiz bağlanma alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları dikkati çekmiştir. Daha da önemlisi bulimik

hastaların %36'sının (normallerin %17'si) güvensiz bağlanma puanları patolojik olarak değerlendirilebilecek kadar yüksek bulunmuştur (36). Yeme bozukluğu hastalarının önemli bir kısmında söz konusu olan güvensiz bağlanma, bireysel yatkınlık ile bir araya geldiğinde yeme bozukluğu belirtileri ortaya çıkmaktadır (37).

Bağlanma ve davranım bozukluğunun ilişkisine bakılan son çalışmalarda, antisosyal davranım sorunlarının kaçınan ve çözülmemiş bağlanma süreçleriyle ilişkisi gösterilmiştir (38).

Bowlby'nin çalışmalarından başlamak üzere güvensiz bağlanma biçimi daha sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olarak düşünülmüşken güvenli bağlanma sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilmiştir (39,40). Major depresyon, sosyal kaygı bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk ve kronik ağrı bozukluklarının güvensiz bağlanma biçimiyle ilişkileri araştırmalarda gösterilmiştir (41-43).

2.3. Bipolar Duygudurum Bozukluğu ve Bağlanma

BDB; depresyon, mani ya da karma gibi alt tipleri olan ve yineleyen hastalık dönemleri ile seyreden bir bozukluktur (44).

BDB'si olan ebeveynlerde, özellikle doğum sonrası dönemde hastalık tekrarlayabilir (45) ve bu durumda ebeveyn-çocuk ilişkisindeki süreklilik kesintiye uğrar. Doğum sonrası yaşamın erken evrelerinde annenin hastalık belirtilerinin zaten olumsuzluklara duyarlı süt çocuğuna getirdiği ek yük, çocuğun bağlanmasını olumsuz yönde etkileyecektir. Diğer taraftan anne bebek ilişkisini olumsuz etkilemesi ve bunun sonraki dönemlere yansıyan sonuçları durumun önemini artıracaktır. Doğumla birlikte ebeveyn ile kurulan bağlanma ilişkisinin niteliği, bebek ebeveyn arasında kurulacak olan iletişimin kalitesini de belirlemektedir. Erken dönemde ebeveyn hastalıklarının (örneğin; BDB, psikotik bozukluk) güvensiz bağlanmaya ve erişkin dönemde kişilik patolojilerine neden oldukları bilinmektedir. Bebeğin, sosyal ve duygusal açıdan gelişebilmesinde, kendini ifade edebilmesinde ve ortaya koyabilmesinde zihinsel ve ruhsal açıdan sağlıklı ebeveyn önemlidir (46,47). İnsan yaşamındaki en önemli kişilerin anne-babası olduğu ve onlarla ilişkide bulunmanın çocukların ruh sağlığında belirleyici olduğu bilinmektedir. Ebeveynlerinin süregelen bir hastalığı olması ruh sağlığını ve bağlanmalarını olumsuz yönde etkilemektedir.

3. YÖNTEM ve GEREÇLER

3.1. Örneklem

Araştırma grubu için Ocak - Eylül 2011 tarihleri arasında, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Psikiyatri Anabilim Dalı Duygudurum Polikliniği'nde rutin takipleri için başvuran 25 BDB (17 kadın, 8 erkek) hastanın 12-17 yaşları arasındaki çocukları araştırmaya dahil edilmiştir. Hem ebeveynlerden, hem de araştırmaya katılmaya gönüllü olan 25 ergenden yazılı onamları alınmıştır (Ek 1). Araştırma grubundaki ebeveynler belirlenirken BDB tanılı ebeveyn dışındaki anne ya da babada herhangi bir psikiyatrik bozukluğun bulunması ve ergende okuma-yazma bilmeme dışlama kriteri olarak belirlenmiştir.

Kontrol grubu için ise AÜTF Hastanesi personelinden araştırmaya katılmayı kabul eden 28 aile ele alınmıştır. Araştırmaya ergenlerin anne-babalarının tümü katılmıştır. Hem ebeveynlerden hem de araştırmaya katılmaya gönüllü olan 28 ergenden yazılı onamları alınmıştır. Bu grupta ebeveynlerde herhangi bir psikiyatrik hastalığın bulunması dışlama kriteri olarak kabul edilmiştir.

Araştırma için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırma ve kontrol grubundaki ergenlere; sosyodemografik veri formu (Ek 2) ve İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA-E) verilmiş (Ek 3) ve K-SADS (Okul çağı çocukları için duygudurum bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi – Şimdi ve yaşam boyu versiyonu) uygulanmıştır. Araştırma grubundaki BDB olmayan ebeveyne ve kontrol grubundaki her iki ebeveyne SCID-I Klinik Versiyon (DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yarı Yapılandırılmış Klinik Görüşme) uygulanarak psikopatoloji dışlanmıştır.

3.2.1. Ergenlere ve ebeveynlere uygulanan anket ve ölçekler

3.2.1.1. İlişki Ölçekleri Anketi-Ergen (İÖA-E)

Bartholomew ve Horowitz tarafından geliştirilen, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sümer ve Güngör tarafından yapılan bu ölçek ergenlerin bağlanma stillerini ölçmek için kullanılmıştır. Ölçeklerin iç tutarlılığı 0.82'dir. Ölçek 17 maddeden oluşmakta, yakın duygusal ilişkilerden kastedilen arkadaşlık, dostluk ve benzerlerini ve bağlanma stillerini tanımlamayı amaçlamaktadır. Korkulu, kayıtsız, güvenli, saplantılı bağlanma olmak üzere 4 farklı derecede değerlendirme yapılmaktadır. Ölçekteki her madde 1-7 arasında puanlanmaktadır. Korkulu bağlanmayı gösteren sorular 1, 4, 9, 14; kayıtsız bağlanmayı gösteren sorular 2, 5, 12, 13, 16; güvenli bağlanmayı gösteren sorular 3, 7, 8, 10, 17; saplantılı bağlanmayı gösteren sorular 5, 6, 11, 15. sorulardır. Ölçekte yer alan bir madde (5. madde) hem kayıtsız hem de saplantılı bağlanma stili için kullanılmaktadır. Ölçekteki ters maddeler 5, 7, 17. maddelerdir. Güvenli bağlanma boyutu dışındaki etkenlerde puan artışı sağlıklı bağlanmayı göstermektedir. Ölçekten toplam puan elde edilmemekte, faktör puanları değerlendirilmektedir (Ek 3).

3.2.1.2. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (K-SADS-PL)

K-SADS-PL, çocuk ve ergenlerin DSM-III ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla geliştirilmiş, orijinali (K-SADS-PL), Dr. Joan Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. 2004 yılında Gökler ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmıştır, yarı yapılandırılmış bir tanı görüşmesidir. K-SADS-PL Major depresyon, distimi, mani, hipomani, siklotimi, bipolar bozukluk, şizoafektif bozukluklar, şizofreni, şizofreniform bozukluk, kısa tepkisel psikoz, panik bozukluk, agorafobi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, kaçınma bozukluğu, basit fobi, sosyal fobi, aşırı anksiyete/yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, karşı olma-karşıt gelme bozukluğu, enürezis, enkoprezis, anoreksiya nervroza, bulimiya, geçici tik bozukluğu, Tourette bozukluğu, kronik motor ya da vokal tik bozukluğu, alkol ve madde kötüye kullanımı ve travma sonrası stres bozukluğu temel tanımlarını içerir.

K-SADS-PL, anne-baba ve çocuğun kendisiyle görüşme yoluyla uygulanır ve en sonunda tüm kaynaklardan alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapılır. Eğer farklı kaynaklardan gelen bilgiler arasında uyumsuzluk varsa klinisyen kendi klinik yargısını kullanır. K-SADS-PL belirtileri şimdi ve geçmişte olmak üzere “yok”, “eşik altı” ve “var” şeklinde değerlendirilir, belirtilerin şiddetini değerlendirmez.

3.2.1.3. SCID-I Klinik Versiyon

SCID-I: (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, DSM IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme), Eksen I bozuklukları için DSM-IV’e göre yarı-yapılandırılmış, bireysel olarak uygulanan tanı koyma ve tarama testidir. Spitzer, Gibbon ve Williams tarafından 1987’de geliştirilmiştir. First ve ark. 2000 yılında DSM-IV-TR için uyarlamıştır. Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından 1999 senesinde yapılmıştır.

3.3. İstatistiksel Çözümleme

Veriler SPSS (version 11.0) (SPSS Inc., Chicago, USA) kullanılarak analiz edildi. Örneklemi tanımlamak için frekans dağılımı, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Parametrik test varsayımlarının sağlandığı durumlarda bağımsız iki grup ortalamalarının farkı “Student t testi”, bağımlı iki grup ortalamalarının farkı “iki eş arası fark testi”, ikiden fazla grup arası fark ise “varyans analizi” ile araştırıldı. Parametrik test varsayımlarının sağlanmadığı durumlarda ise bu testlerin parametrik olmayan alternatifleri, “Mann-Whitney U”, “Wilcoxon işaretli sıra” ve “Kruskall Wallis” testleri kullanıldı. Ayrıca sürekli değişkenler arasındaki ilişki durumu da normal dağılım varsayımı kontrol edilerek non parametrik Spearman korelasyon katsayısı kullanılarak analiz edildi. Kategorik veriler ise “Ki-kare anlamlılık testi” ile incelendi.

Analizlerde farklılıkların belirlenmesi için %95 anlamlılık düzeyi (ya da $p=0.05$ hata payı) kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Bu araştırmaya katılmaya gönüllü olan deneklerin sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur. Buna göre araştırma ve kontrol grubunu oluşturan ergenlerin yaş, cinsiyet dağılımı ve eğitim düzeyleri birbirine benzerdir ($p>0.05$). Ebeveynler açısından ise iki grubun birbirlerinden sadece babaların eğitim düzeyleri açısından farklılaştığı görüldü. Buna göre kontrol grubundaki babalar araştırma grubundakilere göre daha yüksek eğitim düzeyine sahiptirler ($p=0.028$).

Tablo 4.1. Örneklemeye ait sosyodemografik veriler *.

	Araştırma grubu n=25	Kontrol grubu n=28	p
Cinsiyet (E/K) (%)	15 /10 (60/40)	15/13 (54/46)	0.637
Yaş **	14,20 ± 1,73	14,21 ± 1,72	0.971
Eğitim**	7,88 ± 2,20	8,54 ± 1,43	0.293
Anne Yaş **	39,28 ± 5,09	41,39 ± 4,49	0.059
Anne Eğitim**	8,00 ± 4,24	10,35 ± 4,34	0.121
Baba Yaş **	42,80 ± 5,35	44,46 ± 4,21	0.140
Baba Eğitim **	9,00 ± 4,45	12,17 ± 3,86	0.028

* Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

** Ortalama yıl ± standart sapma

4.2. Çocuklarda Psikopatoloji Açısından Değerlendirme Sonuçları

Araştırma ve kontrol grubundaki çocuklarda genel psikopatoloji varlığı ve psikopatoloji türlerinin dağılımı yönünden karşılaştırılması yapılmıştır (Tablo 4.2).

Gruplardaki ruhsal bozuklukların varlığı, tanılarının dağılımı incelendiğinde araştırma grubundaki ergenlerin %48’inde ($n=12$), kontrol grubunda ise %17.9’unda ($n=5$), en az bir psikiyatrik tanı aldığı görülmüştür. Bir başka deyişle araştırma grubunda kontrol grubuna göre psikiyatrik bir bozukluğun görülme oranı anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0.019$). Araştırma ve kontrol grubundaki ergenlere Ki-kare testi yapılarak çoklu tanı yönünden karşılaştırıldı. Buna göre BDB olgularının çocuklarında birden fazla ruhsal bozukluk görülme oranı (%20, $n=5$), kontrol grubundan ($n=0$) daha fazladır ($p=0.013$). Ergenlerde görülen ruhsal hastalıklar ve dağılımları Tablo 4.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Ergenlerdeki psikiyatrik hastalıklar ve dağılımları *.

Tanımlar	Araştırma grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	P
Depresyon	4 (16)	1 (3.6)	0.122
Anksiyete bozuklukları	3 (12)	3 (10.7)	0.883
BDB	1(4)	0	0.285
DEHB	2(8)	1 (3.6)	0.486
Davranım bozukluğu	2(8)	0	0.127
Tik bozukluğu	1(4)	0	0.285
Madde kullanım bozukluğu	2(8)	0	0.127
Enürezis nokturna	2(8)	0	0.127
En az bir psikiyatrik tanı	12 (48)	5 (17.9)	0.019

BDB: Bipolar Duygudurum Bozukluğu,

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

* Ki-kare testi uygulanmıştır.

Araştırma grubunda depresyon(%16), anksiyete bozukluğu (%12) en fazla görülen ruhsal hastalıklardır. Bu grupta sadece 1 ergende (%4) BDB olduğu saptanmıştır. Tek tek hastalıkların gruplarda görülme oranları karşılaştırıldığında iki grup arasında fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

4.3. Ergenlerde Bağlanma Örüntüleri Açısından Değerlendirme Sonuçları

Tablo 4.3. Araştırma ve kontrol grubunun İlişki Ölçekleri Anketinden aldıkları puanları*.

Değişkenler	Araştırma grubu (n=25)	Kontrol grubu (n=28)	P
Güvenli Bağlanma**	3.92±0,89	4,07±1,32	0,367
Korkulu Bağlanma**	3,15±1,43	3,63±1,32	0,181
Saplantılı Bağlanma**	3,69±1,11	3,26±1,21	0,221
Kayıtsız Bağlanma**	4,26±1,09	3,35±0,09	0,002

* Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

** Ortalama Puan ± Standart Sapma.

Tablo 4.3'te araştırma ve kontrol gruplarındaki ergenlerin İÖA-E puanları görülmektedir. Buna göre BDB olan ebeveynlerin çocuklarının kayıtsız bağlanma puanlarının sağlıklı yaşlılarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır

(p=0.002). Diğer bağlanma örüntüleri açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır.

Tablo 4.4. Örneklemen cinsiyete göre ilişki ölçekleri anketinden aldıkları puanları*.

	Araştırma grubu			Kontrol grubu		
	Erkek (n=15)	Kız (n=10)	p	Erkek (n=15)	Kız (n=13)	P
Güvenli Bağlanma**	3,84±0,83	4,06±1,01	0,597	4,68±1,16	3,55±1,25	0,016
Korkulu Bağlanma**	3,11±1,29	3,20±1,69	0,934	3,06±1,08	4,29±1,29	0,013
Saplantılı Bağlanma**	3,80±1,01	3,52±1,29	0,696	2,93±1,07	3,65±1,30	0,106
Kayıtsız Bağlanma**	4,18±1,30	4,38±0,71	0,717	3,26±0,79	3,44±1,03	0,763

* Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

** Ortalama Puan ± Standart Sapma.

Cinsiyetin bağlanma örüntüleri ile olan ilişkileri incelendiğinde araştırma grubunu oluşturan ergenlerde kız ve erkekler arasında İÖA-E’de alınan puanlar arasında fark olmadığı görülmüştür. Kontrol grubunda ise erkek ergenlerin kızlara göre güvenli bağlanma puanlarının daha yüksek (p=0.016), korkulu bağlanma puanları ise daha düşük olduğu (p=0.013) olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5. Araştırma ve kontrol grubundaki erkeklerin ve kızların kendi aralarındaki ilişki ölçekleri anketinden aldıkları puanları.

	Erkek			Kız		
	Araştırma grubu (n=15)	Kontrol grubu (n=15)	p	Araştırma grubu (n=10)	Kontrol grubu (n=13)	P
Güvenli Bağlanma**	3,84±0,83	4,68±1,16	0,474	4,06±1,01	3,55±1,25	0,093*
Korkulu Bağlanma**	3,11±1,29	3,06±1,08	0,909	3,20±1,69	4,29±1,29	0,094
Saplantılı Bağlanma**	3,80±1,01	2,93±1,07	0,032	3,52±1,29	3,65±1,30	0,816
Kayıtsız Bağlanma**	4,18±1,30	3,26±0,79	0,027	4,38±0,71	3,44±1,03	0,018

* Mann-Whitney U testi kızlarda güvenli bağlanma karşılaştırılmasında uygulandı, diğerlerinde Student t testi uygulandı.

** Ortalama Puan ± Standart Sapma.

Araştırma ve kontrol grubundaki erkeklerin ve kızların kendi aralarındaki bağlanma örüntüleri karşılaştırıldı. Erkeklerde araştırma grubunda saplantılı ve kayıtsız bağlanma örüntüsü puanları anlamlı oranda yüksek (p=0,032, p=0,032), kızlarda ise araştırma grubunda kayıtsız bağlanma örüntüsü puanları anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (0,018).

Örnekleme psikopatoloji varlığının bağlanma örüntüleri ile ilişkisi incelenmiştir. Tablo 4.6’da sunulan sonuçlara göre örnekleme tanı alan ve almayan ergenlerde İÖA-E’ye göre bağlanma puanları açısından fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Örnekleme psikopatoloji varlığı ve bağlanma ilişkisi*.

	Tanı var (n=17)	Tanı yok (n=36)	P
Güvenli Bağlanma**	4,01±1,23	4,00±1,10	0,990
Korkulu Bağlanma**	3,33±1,38	3,43±1,40	0,832
Saplantılı Bağlanma**	3,50±1,24	3,45±0,17	0,897
Kayıtsız Bağlanma**	3,87±1,11	3,74±1,08	0,721

* Student t testi uygulanmıştır.

** Ortalama Puan ± Standart Sapma.

Tablo 4.7’de sunulan sonuçlara göre araştırma grubunda tanı alan ve almayan ergenlerde İÖA-E’ye göre bağlanma puanları açısından fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Benzer şekilde kontrol grubunda da tanı alanlar ve almayanların bağlanma puanları arasında fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Psikopatoloji ve bağlanma ilişkisi*.

	Araştırma grubu			Kontrol grubu		
	Tanı var (n=12)	Tanı yok (n=13)	p	Tanı var (n=5)	Tanı yok (n=23)	P
Güvenli Bağlanma**	3,73±1,19	4,03±0,69	0,477	4,51±1,28	3,98±1,33	0,384
Korkulu Bağlanma**	3,22±1,73	3,10±1,29	0,910	3,55±0,32	3,65±1,45	0,764
Saplantılı Bağlanma**	3,75±1,41	3,65±0,96	0,955	3,06±0,81	3,31±1,29	0,787
Kayıtsız Bağlanma**	4,20±1,23	4,30±1,04	0,733	3,28±0,57	3,36±0,96	1,000

* Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

** Ortalama Puan ± Standart Sapma.

Araştırma grubundaki ebeveynlerde BDB’nin anne ya da babada olmasının ergenlerin bağlanma örüntülerine etkisi incelenmiştir (Tablo 4.8). BDB’nin anne ya da babada olmasının bağlanma örüntülerinin puanlarına etkisinde anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Anne ya da babada BDB bulunmasının bağlanmaya etkisi*.

	Anne (n=17)	Baba (n=8)	P
Güvenli Bağlanma**	4,09±0,88	3,57±0,85	0,279
Korkulu Bağlanma**	3,02±1,22	3,40±1,87	0,815
Saplantılı Bağlanma**	3,67±1,19	3,71±1,01	0,770
Kayıtsız Bağlanma**	4,29±1,11	4,20±1,11	0,792

* Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

** Ortalama Puan ± Standart Sapma.

5. TARTIŞMA

BDB'si olan anne babaların çocukları hem genetik açıdan hem de ciddi ve kronik gidişli bir ruhsal hastalığı olan ebeveynle birlikte yaşamının getirdiği psikososyal etkileri nedeniyle yüksek risk altındadırlar. Ayrıca ebeveynlerinin süregelen bir hastalığı olması ruh sağlığını ve bağlanmalarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu çalışmanın başlangıcındaki ebeveynlerinde BDB bulunan ergenlerde psikopatoloji oranları kontrol grubundan daha yüksektir, güvensiz bağlanma biçimleri daha sık görülmektedir varsayımlarımız bulgularımızla desteklenmiştir.

Bu çalışmada BDB'li ebeveynlerin çocuklarının yaklaşık yarısında en az bir ruhsal hastalık saptanmıştır. Bu sonuç kontrol grubundaki çocuklara kıyasla istatistiksel anlamlı oranda yüksektir. Literatürde de benzer şekilde birçok çalışmada BDB'si olan anne babaların çocuklarında psikiyatrik tanı oranlarının arttığı gösterilmiştir (48-51). On yedi çalışmanın incelendiği bir metaanaliz çalışmasında BDB'si olan ebeveynlerin çocuklarındaki psikiyatrik hastalıkların yaygınlığı gözden geçirilmiş; araştırma grubunda psikopatoloji 2,7 kat, duygudurum bozukluğu ise 4 kat fazla bulunmuştur (52). Bazı çalışmalarda ise bu çalışmadakinin tersine BDB'si olan ebeveynlerin çocuklarında psikiyatrik tanı oranlarının artmadığı gösterilmiştir (53). BDB, belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan mani, depresyon ve karma ataklarla giden ve ataklar sırasında kişinin ötimik duyguduruma geri dönebildiği süregelen bir duygudurum bozukluğudur (12) ve BDB'nin etyolojisinde pozitif aile öyküsünün bulunması en güçlü risk faktörüdür (3). Bundan dolayı bipolar bozukluğu olan anne babaların çocukları hem genetik açıdan hem de ciddi ve kronik gidişli bir ruhsal hastalığı olan ebeveynle birlikte yaşamının getirdiği psikososyal etkileri nedeniyle psikopatoloji geliştirmeleri açısından yüksek risk altındadırlar.

Bu çalışmada araştırma grubunda saptanan psikiyatrik tanılar depresyon, anksiyete bozuklukları, BDB, DEHB, davranım bozukluğu ve tik bozukluğu gibi bozukluklardır. Bu psikiyatrik bozukluklar, ayrı ayrı araştırma grubu ile kontrol grubu arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Önceki yapılan çalışmalara bakacak olursak BDB'si olan ebeveynlerin çocuklarında BDB ve diğer psikiyatrik hastalıklar, her bir psikiyatrik hastalık açısından da belirgin

olarak artmış bulunmuştur (50,51,54,55). Bu çalışmada kontrol grubuna göre ayrı ayrı psikiyatrik bozukluk sıklığı açısından istatistiksel olarak fark bulunmamasının nedeni örneklemin sayısının az olmasına bağlanabilir. Bununla birlikte depresif bozukluk sıklığını ele alacak olursak her iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmasa da araştırma grubundaki depresyon tanısı alanların oranı (%16), kontrol grubundakine (%3.6) kıyasla önemli sayılabilecek düzeyde fazladır. BDB için genetik yatkınlıkları olan ve depresyon tanısı alan çocuklarda ileride BDB gelişmesi olasıdır. Zira erişkin BDB ile yapılan çalışmalarda hastaların %20-40'ında bipolar bozukluğun çocukluk döneminde başladığı ve ilk atağın depresyon olduğu bilinmektedir (56). Major depresyonun ortaya çıkmasında ailede BDB olmasının yanında, stresli yaşam olayları, ailenin işlevselliği ve kişilik özellikleri gibi birçok etken de rol oynamaktadır (57). Dolayısıyla çevresel etkenlerin de göz önünde bulundurulduğu geniş serili izlem çalışmalarıyla daha doğru değerlendirme yapılabilir.

Davranım bozukluğu da BDB'si olan ailelerin çocuklarında normal popülasyondan anlamlı oranda yüksek bulunan diğer bir önemli psikiyatrik hastalıktır (48,58,59). Bu bozukluğun normal popülasyonla aynı oranda olduğunu bildiren az sayıda çalışma da mevcuttur (60).

DEHB yönünden bakıldığında ise; birçok çalışmada BDB'si olan ailelerin çocuklarında DEHB'nin artmış olduğu gösterilmiştir (48,55,59,61,62). Bu alanda yapılan çok sayıda çalışma sonucu, DEHB ve BDB arasında bir ilişki olduğunu, BDB için aile öyküsü olan çocuklarda DEHB'nin BDB'nin öncülü olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca çocuk ve ergenlerde DEHB ve BDB'nin birlikteliğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (63,64).

Anksiyete bozukluklarında ise; birkaç çalışmada BDB'si olan anne babaların çocuklarında yaygın anksiyete bozukluğu ve ayrılık anksiyetesi bozukluğunun görülebileceği belirtilmekle birlikte (48,61), genel kabul gören düşünce anksiyete bozuklukları ile BDB arasında özgül ilişki bulunmadığıdır.

Bu çalışmada BDB'si olan anne babaların çocuklarında aynı anda birden fazla tanı sıklığı, kontrol grubundaki çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. BDB'si olan ebeveynlerin çocuklarıyla sağlıklı ebeveynlerin çocuklarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, araştırma grubunda depresyona kız

çocuklarında YAB'nun, erkek çocuklarda ise DEHB'nin sıklıkla eşlik ettiği görülmüştür (61). Başka bir çalışmada ise; depresyon, anksiyete bozukluğu ve davranım bozukluğu başta olmak üzere iki ya da daha fazla psikiyatrik tanı oranları artmıştır (58). Bu sonuçlar ebeveynlerinde BDB'si olan çocukların çoklu psikiyatrik tanı açısından risk altında olduğunu ve bu çocuklara bir psikiyatrik tanı konulduğunda diğer psikiyatrik hastalıkların da gözden geçirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada ayrıca BDB'li ebeveynlerin çocuklarının bağlanma örüntüleri incelenmiş güvensiz bağlanma olan kayıtsız bağlanma örüntüsü ortalama puanlarının sağlıklı kontrollere kıyasla farklı bulunmuştur. Bizim çalışmamıza benzer bir çalışma Kökçü ve Semenci tarafından yapılmıştır. Kökçü çalışmasında BDB'si olan ebeveynlerin 16 yaş üzerinde ergen ve yetişkin yaşta olan 44 çocuğunun bağlanma örüntüsünü Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği (EBBÖ)'ne göre değerlendirmiş ve güvensiz bağlanma olan kaçınan, kaygılı / kararsız bağlanma örüntüsü puanlarını sağlıklı kontrollerden yüksek bulmuştur (65).

Bowlby'e göre en temel bağlanma davranışı, genellikle yaşamın ilk dokuz ayı içinde gelişmekle birlikte, bağlanmanın tam olarak biçimlenme süreci iki ya da üç yıl sürmektedir. Bağlanma kuramcılarına göre süt çocuğu döneminde bağlanma güvenli ya da güvensiz olarak belirlendikten sonra çok az değişkenlik gösterir (66). Bağlanmanın en önemli dönemi olan ilk iki yılda annenin hastalığı bağlanmayı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. BDB'de doğum sonrası nökslerin fazla olduğu bilinmektedir. BDB'si olan ebeveynlerin tekrarlayan hastalık dönemleri ve bunun dışında artık belirtilerle bozulan psikososyal işlevsellikleri nedeni ile bu ebeveynlerin çocukları diğer çocuklardan ayrılır. BDB'nin atak dönemlerinde çocukların korunma ve bakımları ile ebeveyn-çocuk ilişkisinde önemli sorunlar olur. Ataklar sırasında ebeveyn çocuklarını ihmal edebilir. Çocuklar uygun ve yerinde açıklamalar olmadığında ya da olsa bile (içinde bulunduğu durum ya da yaşı nedeniyle) ebeveyni ya da kendisi ile ilgili çarpık algılar geliştirebilir. Başlıca bakım verenle reddedici ilişki yaşayan bireylerin, erişkinlikte kayıtsız bağlanma örüntüsü geliştirme eğiliminde oldukları ve yakın ilişkilerde kaygılı/kayıtsız bağlanma örüntüsü geliştirdikleri bulunmuştur (67). Ayrıca ebeveynde ötimik zamanlarda çocuğuna karşı suçluluk, yetersizlik ve alınganlık duyguları gelişebilir. Bu durum da ebeveyn

çocuk ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu şartlarda güvenli bağlanma olması da güçleşmektedir. Bu çalışmadaki araştırma grubundaki çocuklarda kayıtsız bağlanmanın ortalama puanlarının yüksek olması buna bağlanabilir. Bu çalışmada araştırma grubunda 17 annede ve 8 babada BDB tanısı vardı. BDB'nin anne ya da babada olmasının bağlanma örüntüsüne anlamlı bir etkisi görülmemiştir.

Kontrol grubundaki ergenlerde ise güvenli bağlanma örüntüsü ortalama puanları yüksek düzeyde bulunmuştur. Kültürlerarası bağlanma örüntüsünün dağılımını karşılaştıran çalışmalar güvenli bağlanmanın hemen her kültürde en yaygın bağlanma örüntüsü olduğunu göstermektedir (68). Ülkemizde sağlıklı ergen grubu (n=384) ile yapılan başka bir çalışmada ergenlerin İÖA-E'nin alt ölçeklerinden aldıkları en yüksek ortalama puanın güvenli bağlanma alt ölçeğine ait bulunmuştur (69). Yine ülkemizdeki 212 sağlıklı üniversite öğrencisinin alındığı ve Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri (YİYE)'nin kullanıldığı başka bir çalışmada en yaygın bağlanmanın güvenli bağlanma örüntüsü olduğu bulunmuştur (70). Bunun aksini gösteren çalışmalar da vardır. Örneğin; 432 sağlıklı lise öğrencisinin İÖA'ya göre bağlanma örüntülerine bakılmış ve ergenler en yüksek puanı kayıtsız bağlanma alt ölçeğinden aldıkları görülmüş. Bu çalışmalarda en yaygın bağlanma kayıtsız bağlanma örüntüsü bulunmuştur (71).

Bu çalışmada ayrıca cinsiyetin bağlanma örüntüleri ile ilişkileri incelenmiş, araştırma grubundaki kız ve erkeklerin İÖA-E'den aldıkları puanlar arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Kontrol grubunda ise; erkeklerin kızlara göre güvenli bağlanma puanlarının daha yüksek, korkulu bağlanma puanlarının ise daha düşük olduğu saptanmıştır. Tablo 4.5'de ise araştırma ve kontrol grubundaki erkekler ve kızlar kendi aralarında karşılaştırılmış; erkeklerde her iki grupta kayıtsız ve saplantılı bağlanma, kızlarda ise araştırma grubunda kayıtsız bağlanma farklı bulunmuştur. Keskin ve Çam (69)'ın çalışmasında; 11-15 yaş arası 384 sağlıklı ergen alınmış ve bu çalışmada, ergenlerin bağlanma örüntüleri İÖA-E'ye göre değerlendirilmiş olup, güvenli bağlanma ve saplantılı bağlanma alt ölçeklerde erkeklerin kızlardan daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Bizim toplumumuzda kızlar çocukluktan itibaren daha dikkatli, daha temkinli olmaları yönünde uyarılarla büyümekte diğer insanlara özellikle de karşı cinse güvenmemeleri gerektiği yönde öğütler almaktadırlar. Ayrıca erkeklere göre daha çok tehdit algılamaktadırlar. Erkeklerde

ise; erkeklerin başkalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurmak istemeleri, başkalarına güvenmek, bağlanmak ve başkalarının da kendilerine güvenip bağlanma konusunda kendilerini oldukça rahat hissetmeleri ve birilerinin kendilerini kabul etmemesi ya da yalnız kalmanın onları fazla kaygılandırabileceği ile açıklanabilir. Önceki çalışmalarda cinsiyetler arasında bağlanma örüntüleri açısından farklılık saptandığı gibi bu çalışmada da kontrol grubunda cinsiyetler arasında bir fark bulunmuştur fakat araştırma grubunda fark bulunmamıştır (69,72,73).

Çalışmamızda ruhsal hastalıklar ile bağlanma örüntüleri arasındaki ilişki hem örnekleme genel olarak hem de araştırma ve kontrol grubunda ayrı ayrı değerlendirilmiştir; ruhsal hastalıklar ile bağlanma örüntüleri arasında ilişki bulunmamıştır.

İtalya’da üniversiteye başlayan erkeklerde yapılan bir çalışmada, depresif semptomlar ile güvensiz bağlanma arasında pozitif ilişki bulunmuştur (74). Bizim çalışmamızda tanılara semptom bazında bakılmamıştır ve bu da çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Kaygılı/ kaçınan bireylerde agorofobi, depresyon, intihar düşüncesi ya da girişimlerinin, konversiyon semptomları yada yeme bozukluklarının görülebileceği bulunmuştur (75). Aynı çalışmada kaçınan bireyler destek ve ilgi ihtiyaçlarını inkar ettikleri ya da önledikleri, savunmacı biçimde diğerlerine güvenme korkusunu gizleyerek kendi kendine yetme duygusu geliştirdikleri ve bu durumun onları depresyon, psikosomatik yakınmalar, kişilik bozuklukları, alkolizm ya da intihara meyilli kıldığı belirtilmiştir. Yeme bozukluğunun gelişimindeki etmenleri açıklayan bir çalışmada bağlanma ve yeme sorunu olanlarda kontrol grubuna göre saplantılı ve korkulu bağlanma biçimleri daha fazla bulunmuştur (76). Bir grup üniversite öğrencisinde sosyal fobi yaygınlığının belirlenmesi ve baş etme stratejilerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada anksiyete bozukluklarının özellikle sosyal fobinin temelinde güvensiz bağlanma örüntüsünün yattığı belirlenmiştir (77). Sonuç olarak literatürde bağlanma ile psikopatoloji arasında genel olarak olumsuz ilişki olduğu görülmektedir.

Bulgularımız literatürle tutarlı görünmemektedir. Bu uygunsuzluğun sebebi örneklemin küçük olmasıyla açıklanabilir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Sonuçlar

Çalışmamızda BDB'si olan ebeveynlerin ergen çocuklarında depresyon, DEHB, davranım bozukluğu, anksiyete bozukluğu gibi psikopatolojilerin görüldüğü ve bu psikopatolojilerin eş zamanlı olarak, kontrol grubundan daha yüksek oranda bulunduğunu saptadık.

Çalışmamızda ayrıca BDB'li ebeveynlerin ergen çocuklarının bağlanma örüntüleri inceledik ve bu ergenlerde güvensiz bir bağlanma olan kayıtsız bağlanma örüntüsü ortalama puanlarının sağlıklı kontrollerden anlamlı oranda yüksek olduğunu saptadık ve bu sonucu da ebeveynlerin herhangi birisinde BDB'nin bulunması çocuklarda bağlanma örüntülerini olumsuz yönde etkileyebilir şeklinde yorumladık.

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Bunlara bakacak olursak; örneklemin az sayıda kişiden oluşması toplumun genelini yansıtmamaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynlerin çocuklarının değerlendirilmiş olması da bu araştırmanın kısıtlılıklarından biridir. Bu ebeveynlerin çocuklarında ruhsal bir sorun olduğunu düşündükleri için araştırmaya katılmış olmaları olasıdır. Dolayısıyla bu çocuklardaki psikopatoloji yaygınlığının araştırmanın sonucunda elde edilenden daha düşük olması beklenebilir.

Bağlanmayı etkileyen diğer faktörler; çocuğun mizaç özellikleri, ebeveynlerin bağlanma örüntüleri, ebeveynlerin tutumu, kalıtımla ilgili özellikler bu çalışmada göz ardı edilmiştir. Bu da çalışmanın bir kısıtlılığı olabilir.

Bu araştırma kesitsel bir araştırma olup katılımcıları izleme söz konusu değildir. Bu nedenle katılımcıların sadece araştırmanın yapıldığı dönemdeki bağlanma örüntüleri değerlendirilmiştir. Bu nedenlerle daha geniş ve farklı kesimlerden katılımcıların oluşturduğu bir örnekleme boyamsal olarak yapılacak araştırma, bulguların genellenebilirliğini sağlayacaktır.

Bu çalışmanın sonuçları klinikte çalışan hekimlerin, ebeveynlerinde BDB olan çocuklarla karşılaştığında, bu çocukların sorunlarını anlamalarında ve bu sorunlarla baş etmelerinde hekimlere yol gösterici olabilir.

Öneriler

1. Ailede BDB olması çocukta psikopatoloji gelişimi için risk faktörüdür, bu çocuklarda psikopatoloji gelişimini etkileyen biyolojik ve psikososyal risk etkenlerinin daha büyük gruplarda çalışılmasına gereksinim duyulmaktadır.
2. BDB'si olan ebeveynlerin çocuklarında yüksek oranda ruhsal hastalık görülmesi nedeniyle, bu hastaları değerlendiren ya da izleyen hekimlerin çocuklardaki psikiyatrik belirtileri sorgulaması ve gerektiğinde psikiyatrik yardım almaya yönlendirmesi uygun olacaktır.
3. Bağlanmayı etkileyen diğer faktörler; çocuğun mizaç özellikleri, ebeveynlerin bağlanma örüntüleri, ebeveynlerin tutumu, kalıtımla ilgili özelliklerdir. Bu faktörlerin de göz önüne alındığı geniş serili çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. ÖZET

ANNE VEYA BABASINDA BİPOLAR DUYGUDURUM BOZUKLUĞU OLAN ERGENLERDE BAĞLANMA ÖRÜNTÜLERİ VE PSİKOPATOLOJİ

Bu araştırmada, BDB'si olan ebeveynlerin ergen çocukları ile kontrol grubunu bağlanma örüntüleri ve psikopatoloji açısından karşılaştırmayı hedefledik.

Araştırmaya ebeveynlerinden herhangi birisinde BDB olan 25 ergen, kontrol grubuna ise 28 sağlıklı ergen ve onların sağlıklı ebeveynleri dahil edildi. Katılan ergenler 12-17 yaş aralığında idi.

Araştırma ve kontrol grubundaki ergenlere; sosyodemografik veri formu ve İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA-E) verilmiş ve K-SADS (Okul çağı çocukları için duygudurum bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi – Şimdi ve yaşam boyu versiyonu) uygulanmıştır. Araştırma grubundaki BDB'si olmayan ebeveyne ve kontrol grubundaki her iki ebeveyne SCID-I Klinik Versiyon (DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yarı Yapılandırılmış Klinik Görüşme) uygulanarak psikopatoloji dışlanmıştır.

Araştırma sonucunda katılımcıların bağlanma örüntüleri ÖA-E'ye göre değerlendirilmiş olup araştırma grubundaki ergenlerde sağlıklı kontrollere göre kayıtsız bağlanma örüntüsü puanları istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Ayrıca değerlendirmeler sonucunda, araştırma grubundaki 25 ergenin 12 (%48)'sinde kontrol grubunda ise 28 ergenin 5 (%18)'inde en az bir DSM-IV Eksen I tanısı saptanmıştır. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). Ancak psikiyatrik tanılar ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise anlamlı bir fark bulunmadı.

Sonuçlarımıza göre; BDB'si olan ebeveynlerin ergen çocuklarında ruhsal hastalık gelişme riski yüksek bulunmuştur ayrıca bu çocuklarda kayıtsız bağlanma örüntüsü puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuçları genellemek için daha geniş katılımlı çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bipolar bozukluk, bağlanma, psikopatoloji, ergenlik, ebeveyn.

8. ABSTRACT

ATTACHMENT STYLES AND PSYCHOPATHOLOGY IN THE ADOLESCENT OF PARENTS WITH BIPOLAR MOOD DISORDER

The aims of this study were to examine the attachment styles and psychopathology in the adolescent children of parents with Bipolar Mood Disorder (BMD).

The study included 25 adolescents who had a parent BMD and 28 adolescents whose parents were both healthy, all the children included were between 12-17 years old.

All adolescents were screened by using Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children- Present and Life-time Version (K-SADS-PL). The Adolescent Relationship Scales Questionnaire (A-RSQ) were administered to determine attachment styles of adolescents. All parents, except parents with BMD, were screened by using half Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I Clinic Version) to exclude psychopathology.

In this study it was found that the adolescent children of BMD parents scored significantly higher on dismissing attachment style than adolescent who had healthy parents.

12 (48%) of 25 index adolescent were diagnosed with at least one DSM IV Axis I diagnosis as compared to 5 (18%) of 28 children of healthy control parents and this difference was statistically different ($p < 0.05$). However there were not any significant differences when certain psychiatric disorders were evaluated separately.

Although our results have suggested that adolescent with Bipolar parent may have elevated risk for developing psychiatric disorders and also have more dismissing attachment style these findings are needed to be confirmed with studies in larger samples.

Key words: bipolar disorder, attachment, psychopathology, adolescent, parent.

9. KAYNAKLAR

1. Ainsworth MS. The personal origins of attachment theory. An interview with Mary Salter Ainsworth. Interview by Peter L. Rudnytsky. *Psychoanal Study Child* 1997; 52: 386-405.
2. Biller HB. Father and families paternal factors in child development. London: Auburn House 1993; 88-9.
3. Merikangas KR, Prusoff BA, Weissman MM. Parental concordance for affective disorders: psychopathology in offspring. *J Affect Disord* 1998; 15: 279-90.
4. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Görsel Sanatlar Matbaacılık, İstanbul 2003; 156-63.
5. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Aydın H, bozkurt A (Çeviri Ed.) 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd Şti 2007; 1576-80.
6. Pies R. The historical roots of the "bipolar spectrum": did Aristotle anticipate Kraepelin's broad concept of manic-depression? *J Affect Disord* 2007;100:7-11.
7. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11. Basım, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd Şti, Ankara 2008; 337-428.
8. Ceylan ME, Oral ET. Duygudurum Bozuklukları. 1. Baskı, İstanbul 2001; 1-11.
9. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC 2000. Köroğlu E (Çeviri Ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2007; 494-513.
10. Kawa I, Carter JD, Joyce PR. Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity and symptom presentation. *Bipolar Disord* 2005; 7: 119-25.
11. McDonald WM, Nemeroff CB. The diagnosis and treatment of mania in the elderly. *Bull Menninger Clin* 1996; 60: 174-96.
12. Goodwin FK, Jamison KR. Manic Depressive Illness, New York: Oxford University 1990.
13. Merikangas KR, Prusoff BA ve Weissman MM. Parental concordance for affective disorders: psychopathology in offspring. *J Affect Disord* 1998; 15: 279-90.
14. Ainsworth MS. The personal origins of attachment theory. An interview with

- Mary Salter Ainsworth. Interview by Peter L. Rudnytsky. *Psychoanal Study Child* 1997; 52: 386-405.
15. Waters E, Posada G, Crowell JA, Lay KL. The development of attachment: from control system to working models. *Psychiatry* 1994; 57: 32-42.
 16. Ward A, Ramsay R, Turnbull S, Benedettini M, Treasure J. Attachment patterns in eating disorders: past in the present. *Int J Eat Disord* 2000; 28: 370-76.
 17. Güvenir T, Aysev AS, Taner YI (editörler). *Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları*. İstanbul: Golden Print 2007; 719-26.
 18. Özbaran B, Bildik T. Bağlanmanın Nörobiyolojisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2006; 13: 137-44.
 19. Winslow JT, Shapiro L, Carters S. Oxytocin and complex social behavior. Species comparisons. *Psychopharmacol Bull* 1993; 29: 409-14.
 20. Ward A, Gowers S. Attachment and childhood development. *Handbook of eating disorders*. England: Wiley Pres 2003; 45.
 21. Tosone C. Illusion, dillusion and reality in romantic love-attachment theory and its aplication to adult romantic love. *Love and attachment*. London: Jason Aronson Inc 1999.
 22. Bowlby J. Developmental psychiatry comes of age. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1-10.
 23. Farrugia CE, Hohaus L. Conceptualising the pair-bond: Attachmnet, caregiving and sexuality as predictors of intimacy in adult romantic relationships. 6th Australian Institute of Family Studies Conference, Melbourne 1998.
 24. Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma stili ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 14: 71-106.
 25. Brennan KA, Shaver PR. Attachment styles and personality disorders: Their connections to each other and to parental divorce, parental death and perceptions of parental caregiving. *J Pers* 1998; 66: 836-78.
 26. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of four- category model. *J Pers Soc Psychol* 1991; 61: 226-44.
 27. Sümer N, Güngör D. Çocuk yetiştirme stillerinin bağlanma stilleri, benlik değerlendirmeleri ve yakın ilişkiler üzerindeki etkisi. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 14: 35-58.
 28. Stanojevic TS. Adult attachment and prediction of close relationships. *Philosophy, Sociology and Psychology* 2004; 3: 67-81.

29. Collins NL, Feeney BC. Working models of attachment shape perceptions of social support: Evidence from experimental and observational studies. *J Pers Soc Psychol* 2004; 87: 363-83.
30. Mikulincer M, Nachshon O. Attachment styles and pattern of selfdisclosure. *J Pers Soc Psychol* 1991; 61: 321-31.
31. Moehler E, Brunner R, Wiebel A, Reck C, Resch F. Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding *Arch Womens Ment Health* 2006; 9: 273-8.
32. Brockington IF, Fraser C, Wilson D. The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9: 233-42.
33. Özmert EN. Erken Çocukluk Gelişiminin Desteklenmesi - III. Aile, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2006; 49: 256-73.
34. Keskin G, Çam O. Ergenlerin ruhsal durumları ve anne baba tutumları ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9: 139-47.
35. Hamilton CE. Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Dev* 2000; 7: 690-94.
36. Sharpe MT, Killen JD, Bryson SW. Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls. *Int J Eat Disord* 1998; 23: 39-44.
37. Alantar Z, Maner F. Bağlanma kuramı açısından yeme bozuklukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9: 97-104.
38. Rosentein DS, Horowitz HA. Adolescent Attachment and psychopatplogy. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64: 244-53.
39. Bowlby J. Attachment and loss: Separation, anxiety and anger. Vol 2. New York: Basic Books 1973.
40. Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D. Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 1111-23.
41. Winnie ENG, Richard GH, Trevor AH. Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion* 2001; 1: 365-80.84.
42. Sullivan M, Jensen M, Romano J. The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain* 2003; 104: 627-37.
43. Myhr G, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-

- patients and healthy controls. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 447-56.
44. Goodwin FK, Jamison KR. *Manic Depressive Illness*, New York: Oxford University 1990.
 45. Çakır S, Bensusan R, Akça YZ, Yazıcı O. Does a psychoeducational approach reach targeted patients with bipolar disorder? *J Affect Disord* 2009.
 46. Bifulco A, Figueiredo B, Guedeney N. Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study. *Br J Psychiatry* 2004; 46: 31-7.
 47. McMahon C, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C. Psychological factors associated with persistent postnatal depression: post and current relationships, defence styles and mediating role of insecure attachment style. *J Affect Disord* 2005; 84(1): 15-24.
 48. Gershon ES, McKnew D, Cytryn L. Diagnoses in school-age of bipolar affective disorder patient and normal controls. *J Affective Disord* 1985; 8: 283-91.
 49. Tamar M. Bipolar bozukluk tanılı hastaların çocuklarında psikopatoloji. *Psikiyatri Uzmanlık Tezi*. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir 1991.
 50. Henin A, Biederman J, Mick E. Psychopathology in the offspring of parents with bipolar disorder: a controlled study. *Biol Psychiatry* 2005; 58(7): 554-61.
 51. Manpreet KS, Melissa PD, Kevin ES. Psychopathology in children of bipolar parents. *J of Affective Disorders* 2007; 102: 131-6.
 52. LaPalme M, Hodgins S, LaRoche C. Children of parents bipolar disorder: a metaanalysis of risk for mental disorder. *Can J Psychiatry* 1997; 42: 623-31.
 53. Wals M, Hillegers MHJ, Reichart CG. Prevalence of psychopathology in children of a bipolar parents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 1094-102.
 54. Hirshfeld-Becker DR, Biederman J, Henin A. Psychopathology in the young offspring of parents with bipolar disorder: a controlled pilot study. *Psychiatry Res* 2006; 145(2-3): 155-67.
 55. Chang KD, Steiner H, Ketter TA. Psychiatric phenomenology of child and adolescent bipolar offspring. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 453-60.
 56. Lish JD, Dime-Meenan S, Whybrow PC. The National Depressive Association (NDA) survey of bipolar members. *J Affect Disord* 1994; 31: 281-94.
 57. Duffy A. Toward Effective Early Intervention and Prevention Strategies for Major Affective Disorder : A Review of Antecedents and Risk Factors. *Can J Psychiatry* 2000; 45: 340-8.

58. Zahn-Waxler C, Mayfield A, Radke-Yarrow M. A Follow-up Investigation of Offspring of Parents With Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 506-9.
59. Grigoriu-Serbanescu M, Christodorescu D, Jipescu I. Psychopathology in children aged 10-17 of bipolar parents: psychopathology rate and correlates of the severity of the psychopathology. *J Affect Disord* 1989; 16: 167-79.
60. LaRoche C, Sheiner R, Lester EP. Children of parents with manic-depressive illness: a follow-up study. *Can J Psychiatry* 1987; 32: 563-9.
61. Decina P, Kestenbaum CJ, Farber S. Clinical and psychological assessment of children of bipolar probands. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 548-53.
62. Goldstein BI, Shamseddeen W, David A. Clinical, demographic and familial correlates of bipolar spectrum disorders among offspring of parents with bipolar disorder. *J Am Acad Psychiatry* 2010; 302: 388-96.
63. Wozniak J, Biederman J, Kiely K. Mania-Like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1995; 34: 867-76.
64. Faraone S, Biederman J, Mennin D. Attention –deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: a family subtype? *J Am Acad child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1378-87.
65. Kökçü F, Kesebir S. İki uçlu olgular ve çocuklarında bağlanma biçiminin mizaç, kişilik ve klinik özellikleri ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010; 21(4): 309-18.
66. Hamilton CF. Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Dev* 2000; 7: 690-94.
67. Miller L, Kramer R, Warner V, Wickramaratne P, Weissmann M. Intergenerational transmission of parental bonding among women. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(8): 1134-9.
68. Love KM, Murdock TB. Attachment to parents and psychological well-being: An examination of young adult college students in intact families and stepfamilies. *Journal of Family Psychology* 2004; 18(4): 600-8.
69. Von Ijzendoorn MH, Kroonenberg PM. Cross-cultural consistency of coding the strange situation. *Infant Behav Dev* 1988; 13: 469-85.
69. Keskin G, Çam O. Ergenlerin ruhsal durumları ve anne baba tutumları ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9: 139-47.
70. Morsümbül Ü. Ergenlikte Kimlik Statülerinin bağlanma stilleri, cinsiyet, eğitim düzeyi açısından incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye 2005.

71. Yıldırım A. Bağlanma stilleri ile bağışlama arasındaki ilişkide sorumluluk yüklemelerinin aracı rolü. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara Türkiye 2009.
72. Güroğlu B. Prediction of Academic Achievement in Turkish Adolescents from Attachment Style and Mother's Parenting Variables. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2002.
73. Matsuoka N, Uji M, Hiramural HZ, Chen Z, Shikai N, Kishida Y, et al. Adolescents' attachment style and early experiences: a gender difference. Arch Women's Ment Health 2006; 9: 23-9.
74. Erözkan A. Lise öğrencilerinin bağlanma stilleri ile yalnızlık düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2004; 4(2): 155-75.
75. Troisi A, D'Argenio A. The relationship between anger and depression in a clinical sample of young men: the role of insecure attachment. Journal of Affective Disorders 2004; 79: 269-72.
76. Sable P. Disorders of adult attachment. Psychotherapy 1997; 34(3): 286-96.
77. Batur S, Demir H, Ulu P, Güneş H, Irmak E, Aşkın A. Yeme tutumu ve cinsiyet ile bağlanma biçimleri arasındaki ilişki. Türk Psikoloji Yazıları 2005; 8 (15): 21-31.
78. Keskin G, Orgun F. Bir grup üniversite öğrencisinde sosyal fobi yaşama durumlarının ve başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi. Anatolian Journal of Psychiatry 2007; 8: 262-70.

10. EKLER

EK 1. Aydınlatılmış onam formu.

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI VE AMACI: Bipolar Duygudurum Bozukluğu Olan Bireylerin Ergen Çocuklarının Ruhsal Hastalıklar Açısından Taranması Ve Bu Çocukların Bağlanma Stilinin Belirlenmesi. Bu çalışmada anne veya babasında bipolar duygudurum bozukluğu olan ergenlik dönemindeki çocukların, anne-babaya bağlanma stili ve ruhsal hastalıkları yönünden, anne-babasinda ruhsal hastalığı olmayan ergenlerle karşılaştırılması planlanmıştır.

Bu çalışma klinik bir çalışma olup, gönüllülerin uygulama sırasında karşılaşılabileceği herhangi bir risk yoktur. Olgu ve kontrol grubundaki ergenlere 1 adet sosyodemografik veri formu, 1 adet öz bildirim ölçeği ve 1 adet yarı yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği verilecektir. Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin ebeveynlerine yarı yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği verilecektir.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlarla bipolar duygudurum bozukluğu olan bireylerin çocuklarının ruhsal hastalıklar açısından taranması ve ruhsal sorunları olanların tanımlanarak gerekli desteğin sağlanması mümkün olacaktır.

Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Sorumlu araştırmacı/ hekime haber vermek kaydıyla hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyacağım tıbbi bakımı hiçbir şekilde etkilemeyeceğini biliyorum.

Bu çalışmada elde edilen bilgiler, uygulanan yöntemin kullanımının onaylanması için verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak; bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği

ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacı- Hekimin Adı- Soyadı: Doç Dr Esin Özatalay

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı: Özlem Genç

İmzası:

Görevi: Anabilimdalı sekreteri

Tarih:

EK 2. Sosyodemografik Veri Formu.

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

KİŞİSEL BİLGİLER:

1. Adı Soyadı : 2. Yaş: 3. Telefon No:
4. Doğum Yeri: 5. Eğitimi:

AİLE BİLGİLERİ:

6. Anne Adı ve Soyadı:
Anne Yaşı: Eğitimi: İşi:
Baba Adı ve Soyadı: Eğitimi: İşi:
Evli: Boşanmış:

SOSYOEKONOMİK DURUM:

Aylık Gelir Düzeyi:.....TL

Evde Yaşayan Kişi Sayısı:.....

7. Affektif tanısı almış
ebeveyn:.....
.....

Annenin 1. Derece ya da 2. Derecede akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü:

.....
.....

Babanın 1. Derece ya da 2. Derecede akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü:

.....
.....

8. Aile Tipi:

- a) Çekirdek Aile (anne-baba ve çocuklar)
- b) Geniş Aile (anne-baba-çocuklar ve diğer akrabalar)
- c) Ölüm (Hangi ebeveyn? Siz kaç yaşındayken?)
- d) Evlat edinilme (Siz kaç yaşındayken?)
- e) Üvey anne-baba (Siz kaç yaşındayken?)

9. Kaç kardeşsiniz? Siz ailenin kaçınıcı çocuğusunuz?

10. İstenen, daha önceden planlanmış bir çocuk musunuz? 1) EVET 2) HAYIR

11. Sizi yaş dönemlerine göre asıl olarak kim /kimler büyüttü?

0-1

yaş:.....

1-3

yaş:.....

3-6

yaş:.....

6 yaş

üzeri:.....

12.Yaşamınızın ilk 3 yılında anne ya da babanızdan ayrıldığınız oldu mu? Ne zaman? Ne kadar süre?

.....

13.Babanız size sevgisini nasıl gösterir? (öpüp okşama,sevgi sözcükleri,birebir ilgilenme vb)

.....

14.Anneniz size sevgisini nasıl gösterir? (öpüp okşama,sevgi sözcükleri,birebir ilgilenme vb)

.....

15.Sizce anne babanızın ilişkisi nasıl?

0(çok kötü)..... 1(kötü)..... 2(orta)..... 3(iyi)..... 4(çok iyi).....
5(mükemmel).....

16.Hayatınız boyunca çok önemli bir tıbbi hastalık,kaza,düzenli doktor takibi gerektiren bir durumunuz oldu mu ? Ne zaman? Ne kadar süre?

.....

17.Şu ana kadar hiç evden kaçtınız mı? Kaç kez?

.....

18.Şu ana kadar hiç okuldan kaçtınız mı? Kaç kez?

.....

19.Şu an madde (sigara,alkol,uyuşturucu vb.) kullanıyor musunuz?

.....

20. Geçmişte hiç madde kullandınız mı? Ne-ne zaman-ne kadar süre kullandınız?

.....
.....

21. Ailenizde madde kullanan birileri var mı? Kimler?

.....
.....

22. Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı? Kimler?

.....
.....

23. Ailenizde tıbbi hastalığı olan var mı? Kimler?

.....
.....

24. Hayatınız boyunca hiç fiziksel şiddete uğradınız mı? Kim tarafından? Ne zaman? Kaç kez?

.....
.....

25. Hayatınız boyunca hiç sözel şiddete uğradınız mı?

.....
.....

26. Hayatınız boyunca hiç duygusal istismara uğradınız mı?

.....
.....

27. Hayatınız boyunca hiç cinsel istismara uğradınız mı? Kim tarafından? Ne zaman? Kaç kez?

.....
.....

28. Hayatınız boyunca hiç polisle başınız derde girdi mi? Ne zaman?

.....
.....

29. Hayatınız boyunca hiç kendinize zarar verici (kesme, tedbirsiz araba kullanma, vb.) davranışta bulunduğunuz oldu mu?

.....
.....
30.Hayatınız boyunca hiç intihar etmeyi düşündüğünüz ya da planladığınız oldu mu?

.....
.....
31.Hayatınız boyunca hiç intihar girişiminiz oldu? Kaç kez? Ne zaman?

EK 3. İlişki Ölçekleri Anketi-Ergen (İÖA-E).



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.

A - RSQ FORMU

ADI SOYADI :

NO :

Aşağıda yakın duygusal ilişkilerinizde kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin çeşitli ifadeler yer almaktadır. Yakın duygusal ilişkilerden kastedilen arkadaşlık, dostluk, romantik ilişkiler ve benzerleridir. Lütfen her bir ifadeyi bu tür ilişkilerinizi düşünerek okuyun ve her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını aşağıdaki 7 aralıklı ölçek üzerinde değerlendiriniz.

1. Başkalarına kolaylıkla güvenemem.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

2. Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

3. Başkalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

4. Başkalarıyla çok yakınlaşırsam incitileceğimden korkuyorum.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

5. Başkalarıyla yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Tamamıyla Beni kısmen Beni hiç
beni tanımlıyor tanımlıyor tanımlamıyor

6. Başkalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak istiyorum.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

7. Yalnız kalmaktan korkarım.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Tamamıyla Beni kısmen Beni hiç
beni tanımlıyor tanımlıyor tanımlamıyor

8. Başkalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

9. Başkalarına tamamiyle güvenmekte zorlanırım.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

10. Başkalarının bana dayanıp bel bağlaması konusunda oldukça rahatımdır.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

11. Başkalarının bana, benim onlara verdiğim değer kadar değer vermediğinden kaygılanırım.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

12. Kendi kendime yettiğimi hissetmem benim için çok önemli.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

13. Başkalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

14. Başkalarıyla yakın olmak beni rahatsız eder.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

15. Başkalarının bana, benim istediğim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

16. Başkalarına bağlanmamayı tercih ederim.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

17. Başkaları beni kabul etmeyecek diye korkarım.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Tamamıyla Beni kısmen Beni hiç
beni tanımlıyor tanımlıyor tanımlamıyor