T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

İKİ UÇLU OLGULAR ve ÇOCUKLARINDA BAĞLANMA BİÇİMİ'nin MİZAÇ ve KLİNİK ÖZELLİKLER ile İLİŞKİSİ:

Kontrollu bir çalışma

UZMANLIK TEZİ

DR. FİLİZ KÖKCÜ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Sermin KESEBİR

AYDIN-2009

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

İKİ UÇLU OLGULAR ve ÇOCUKLARINDA BAĞLANMA BİÇİMİ'nin MİZAÇ ve KLİNİK ÖZELLİKLER ile İLİŞKİSİ:

Kontrollu bir çalışma

UZMANLIK TEZİ

DR. FİLİZ KÖKCÜ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Sermin KESEBİR

AYDIN-2009

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitim süreci uzun zorlu bir yol, bu yolu tamamlamamda en önemli basamak olan tez çalışmalarım süresince vaktini, emeğini ve desteğini esirgemeyen tez hocam sayın Doç. Dr. Sermin KESEBİR'e sonsuz teşekkür ederim. Aynı şekilde, uzmanlık eğitimim boyunca mesleki bilgilerini, her türlü katkılarını, zamanlarını, emeklerini esirgemeyen sayın hocalarım Prof. Dr. Ferhan DEREBOY, Prof. Dr. Levent SEVİNÇOK, Prof. Dr. Erkan ÖZCAN, Prof. Dr. Çiğdem DEREBOY, Prof. Dr. Mehmet ESKİN, Yard. Doç. Dr.Vesile ALTINYAZAR'A teşekkürlerimi sunarım. Uzmanlık eğitimimde önemli bir yer tutan dış rotasyonlarım sırasında; her türlü mesleki birikimlerini sunan ve misafirperverlik gösteren Ege Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki sayın hocalarım Prof.Dr.Cahide AYDIN, Prof.Dr.Müge TAMAR, Doç.Dr. Eyüp Sabri ERCAN, Doç.Dr. Serpil ERERMİŞ, Doç.Dr.Tezan BİLDİK, Uzman Dr.Burcu Özbaran, Uzman Dr.Saniye Korkmaz Çetin'e; Nöroloji Anabilim Dalı'ndaki sayın hocalarım Prof.Dr.Ali AKYOL, Doç.Dr.Nefati KIYLIOĞLU, Doç.Dr.Cengiz TATAROĞLU, Yard.Doç.Dr.Ayça Özkul'a; İç Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki sayın hocalarım Prof.Dr.Taşkın ŞENTÜRK, Prof.Dr.Hulki Meltem Sönmez, Doç.Dr.Sabri Barutça, Doç.Dr.Nezih Meydan'a teşekkürlerimi sunarım. Tez çalışmama katılan hastalarımıza, çocuklarına ve sağlıklı kontrol olarak katılan herkese içten teşekkür ederim. Uzmanlık eğitimim sırasında yakın dostluk ve desteklerini esirgemeyen asistan arkadaşlarıma ve huzurlu bir ortamda yakın bir şekilde çalışma ortamı sunan, hayatımın önemli bir dönemini paylaştığım hemşire, psikolog, sekreter ve diğer personelimize teşekkür ederim.

Sevgileri, ilgileri ve sonsuz destekleriyle her zaman yanımda olan aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr.Filiz KÖKÇÜ

İÇİNDEKİLER

I. GİRİŞ……...1

I.1. BAĞLANMA KURAMI……1

I.1.1. Ergenlikte ve Gençlikte Bağlanma……...3

I.1.2. Yetişkinlikte Bağlanma……5

I.2. BAĞLANMA…….....8

I.2.1. Bağlanma biyolojisi…….....8

I.2.2. Beyindeki yeri……..8

I.2.3. Ölçülebilir hali…….....9

I.2.4. Bağlanma ve Psikopatoloji……..……...10

I.2.5. Bağlanma ve Mizaç……14

I.2.6. Bağlanma ve İki uçlu Bozukluk……...……..16

II. AMAÇ……17

III. GEREÇ VE YÖNTEM.....17

III.1. Örneklem……...…….....17

III.2. Veri Toplama araçları……...……..18

III.3. Uygulama……20

III.4. İstatiksel Analiz……...……...21

IV. BULGULAR…….....21

IV.1. Örneklem…….....21

IV.2. Bağlanma Biçiminin Karşılaştırılması…….…….....22

IV.3. Bağlanma Biçimi ile Mizaç İlişkisi……23

IV.4. Bağlanma Biçimi ile Klinik Özelliklerin İlişkisi……24

IV.5. Bağlanma Biçimi ile Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisi……..30

V. TARTIŞMA…….....30
VI. SONUÇLAR……..35
ÖZET……..……..37
İNGİLİZCE ÖZET…….. 38
KAYNAKLAR…….....40
EKLER…….....49

TABLO DİZİNİ

Tablo I: İUB (iki uçlu bozukluk tanılı olgular), İUBÇ (iki uçlu bozukluk tanılı olguların çocukları) ve sağlıklı kontrol grubunun (SK) sosyodemografik özellikleri…….....21
Tablo-2a: Bağlanma Biçimleri …….……...22
Tablo-2b: Bağlanma Biçimi puanları..…….....23
Tablo-3: Mizaç puanları……...24
Tablo-4a: Bağlanma biçimi ve klinik özellikler arasında (İUB)…….....25
Tablo-4b: Bağlanma biçimi ve klinik özellikler arasında (İUÇB)……...27
Tablo-4c: İUB'ta güvensiz bağlanmanın yordayıcıları…….....28
Tablo-4d: İUBÇ'da güvensiz bağlanmanın yordayıcıları…….....29
Tablo-5: Bağlanma biçimi ile İUB kişilik bozukluğu karşılaştırılması……..….29

EKLER

EK 1. Duygudurum Birimi Hasta Kayıt Formu

EK 2. TEMPS-A Ölçeği

EK 3. EBBÖ Ölçeği

I. GİRİŞ

I.1. BAĞLANMA KURAMI

Bağlanma, çocuk ve bakım veren kişi arasında gelişen; ilişki kurma, çocuğun bakım veren kişiyi arama ve yakınlık arayışı davranışları ile kendini gösteren, özellikle stres durumlarında belirginleşen, dayanıklı ve devamlılığı olan duygusal bir bağ olarak tanımlanmaktadır. Yaşamın erken dönemlerinden itibaren çevreyle olan etkileşim sonucu gelişir (Thompson 2002). Bağlanma yalnızca çocukluk ile sınırlı olmayıp yaşam boyunca sürer. Çocuklar ve ergenler için bağlanma figürleri psikolojik ve duygusal uyum açısından önemlidir. Çocuk büyüdükçe, ona güvenlik ve bakım sağlayan kişilerle bağlanma düzeyi değişmeye başlar. Bağlanma devam eder ancak doğası ve ifade ediliş şekli değişir. İlk temel ilişki olan anne çocuk ilişkisi, sonraki yaşam dönemlerindeki bağlanmalar için örnek olur (Collins ve Laurson 2003).

Bowlby'nin (1969, 1979, 1986) bağlanma kuramına göre yeni doğan bebekler, yalnızca onlara bakmaya ve korumaya istekli bir yetişkinin varlığında yaşamlarını sürdürebilirler. Bebekler bakım veren kişi ile etkileşimi sağlamaya yardımcı davranışlar (emme, izleme, gülümseme, ağlama, dokunma) ile donanımlı olarak dünyaya gelirler. Bebeğin doğuştan getirdiği bu özellikleri, bakım veren ile düzenli ve tutarlı bir etkileşim sonucu giderek gelişir. Bağlanma sürecini dönemlere ayırdığımızda; doğumdan 8-12 haftaya kadar olan bağlanma öncesi dönemde bebek annenin uyaranları ile hareketlenir. Çevresindeki kişilere yönelme davranışı gösterir ancak kişileri ayırt edebilme yetisi yoktur ya da çok kısıtlıdır. Bağlanmanın ilk işaretleri 8-12 haftadan 6 aya kadar uzanan ikinci dönemde ortaya çıkar. Bu dönemde bebek anneyi yabancılardan ayırt etmeye ve dikkatini daha çok anneye yönlendirmeye başlar. Bağlanmanın tam olarak gözlendiği üçüncü dönem 6-24 ay arasıdır. Bağlanma davranışı yakınlık arayışı ile kendini gösterir ve küçük çocuklarda bağlanılan kişilerden ayrılma ile belirginleşir. Annenin yokluğunda gerginlik-huzursuzluk, varlığında ise rahatlık duygusu olur. Bowlby'e göre, dünya ile daha iyi başa çıktığı düşünülen bir kişi ile yakınlığı koruma (yakınlarda kalma ve ayrılıklara direnme) bağlanmanın tanımlayıcı özelliğidir. Bağlanmanın temel işlevi ise tehlikelerden korunmadır. Bağlanma davranışı ile keşfetme, araştırma davranışı arasında karşılıklı bir ilişki vardır.

Bowlby'e göre, erken çocukluk döneminde bağlanma figürü olan anne ve babaların tekrarlayan davranış örüntüleri çocukların bağlanma temelinde zihinsel şemalarını şekillendirir. Bu şemalar çocuk üzerinde yaşam boyu süren etkiler göstermektedir.

Bağlanma kuramına göre, ebeveyn davranışları ve etkileşim biçimi daha sonraki yıllarda yakın ilişkilerdeki beklenti, inanç ve tutumları yönlendiren ‘’içsel çalışma modelleri’’nin içeriğini oluşturur. Kurama göre anne ve çocuk etkileşimi sürecinde çocuklar iki temel zihinsel model geliştirler: Benlik ve başkaları (diğerleri) modelleri. Benlik modeli daha çok yakın ilişkilerde yaşanan bağlanma kaygısı ile ilişkilidir. Başkaları modeli ise daha çok yakın ilişkilerde mesafeyi koruma ve kaçınma davranışı ile ilişkilidir.

Bowlby tarafından ilk tanımlanan bağlanma kuramı, Ainsworth ve arkadaşları (1978) tarafından geliştirilmiştir. Ainsworth yabancı durum testi ile laboratuvar ortamında annesinden ayrılan ve sonradan annesiyle buluşturulan çocukların tepkileri ile güvenli ve güvensiz bağlanma örüntülerini (attachment patterns) değerlendirmiştir. Bunları güvenli (secure), kaygılı-ikircikli (anxious/ambivalent) ve kaçıngan (avoidant) olarak 3 ayrı gruba ayırmıştır.

Normal gelişmekte olan çocuğun bağlanma davranışı iki çeşit gözlem ile yapılmaktadır. Bunlardan birincisi, bebeğin sosyal tepkilerini diğer kişilerden çok bakım veren kişiye yönlendirmeyi tercih etmesi, ikincisi bebeğin bakım veren kişiden ayrılma ve yeniden birleşmeye anlamlı tepki göstermesidir. Güvenli bağlanma gösteren çocuklar, annelerinin her zaman yanlarında olup, stres durumlarında yardımcı olacaklarından emin olan çocuklardır. Anne ayrıldığında tepki göstermelerine karşın döndüğünde kolaylıkla yatışırlar. Güvenli bağlanmanın gelişmesi için çocuğun kesintisiz, tutarlı tepki veren, duyarlı ve her zaman ulaşılabilir bir bakım verene sahip olması önemlidir. Kaygılı-ikircikli bağlanma örüntüsü olan çocuklar, çağırdıklarında annenin yanıt vereceğinden ya da yardımcı olacağından emin olamayan çocuklardır. Bu nedenle ayrılığa direnirler ve anne döndüğünde yatışmazlar. Araştırıcı davranışlarda bulunmaya ilişkin kaygıları vardır. Bu anneler tepkilerinde tutarlı olmayan ve kontrol amaçlı terk etme tehditinde bulunan annelerdir. Kaçıngan bağlanma örüntüsü olan çocuklar ise annelerinin yardımcı olacağına ilişkin hiç güveni olmayan çocuklardır. Sürekli olarak çocuklarını geri çeviren ya da reddeden anneleri olan bu çocuklar ayrılığa tepkisiz kalıp anne döndüğünde yakın durmazlar. Güvenli, kaygılı-ikircikli ve kaçıngan bağlanma örüntülerine daha sonra Main ve Solomon tarafından dağınık bağlanma örüntüsü (disorganised/disoriented attachment pattern) eklenmiştir (aktaran Lamb ve ark. 2002). Stres ile baş etmede organize bir davranış göstermeme, yabancı durum testinde stereotipik, asimetrik ve zamansız hareketlerin varlığı, donup kalma ya da hareketlerde yavaşlama dağınık bağlanma ölçütü sayılmaktadır. Bu çocukların annelerinin fiziksel taciz ya

da ihmalde bulunan, psikiyatrik bozukluk oranları yüksek olan ya da kendi bağlanma nesneleri ile olan sorunlarını çözememiş anneler olduğu bildirilmektedir. Dağınık bağlanma örüntüsünün altında yatan nedenin bakım verenden korkma olduğu belirtilmektedir (Barnett ve ark.1999).

I.1.1. Ergenlikte ve Gençlikte Bağlanma

Bağlanmanın fiziksel ve psikolojik koruma işlevini ne kadar iyi yerine getireceği, bağlanmış olan kişi ile onun bağlandığı kişi arasındaki etkileşimlerin karşılıklı ihtiyaçlara yanıt verme kalitesine bağlıdır. Bağlanma ilişkileri, genç bireylerin bağlanmış oldukları kişi ile yaşamış oldukları etkileşim kalıplarından oluşturmuş oldukları içsel çalışma modelleri tarafından yönetilmeye başlanır. Bu içsel çalışma modelleri onların ortaklaşa etkileşim geçmişlerinden kaynaklı olarak kişinin kendisinin ve bağlanılan kişinin "işletilebilir modelleri" olarak algılanır. Bunlar hem bağlanılan kişinin hem de kişinin kendisinin bağlanma ile ilgili davranış, düşünce ve duygularını düzenleme, yorumlama ve yordama görevini görürler. Eğer gelişimsel ve çevresel değişikliklerle uyumlu bir biçimde yeniden ele alınırlarsa, içsel çalışma modelleri geçmiş ve gelecek bağlanma durumları ve ilişkileri konusunda iletişimi mümkün kılar. Böylece yakınlığın düzenlemesi ve ilişkilerde yaşanan çatışmaların çözümlenmesini kolaylaştırırlar. Ayrıca bağlandığı kişinin ihtiyaçlarına cevap vereceğine, destek sağlayacağına ve koruma sağlayacağına güvenen bir birey keşfetme ve arkadaşlık etkileşimi gibi diğer önemli olaylara tüm dikkatini verebilir (Bretherton ve ark.1999).

Gençlik dönemlerinde ebeveynlere olan bağlantı zayıflar. Ebeveynlerle aynı öneme sahip ya da daha önemli bireyler gençlerin hayatına girebilir ve aynı yaştaki akranlarda cinsel çekicilik bu çerçevenin daha da genişlemesine sebep olur. Sonuç olarak zaten büyük olan bireysel farklılıklar daha da büyük olur. Bir tarafta ebeveynleri ile bağlantısını kopartan gençler yer alırken diğer bir tarafta ebeveynleriyle hala yoğun bir bağlantı içerisinde olan ve diğerleri ile bağlanma davranışlarını yönlendiremeyenler yer alır. Bu iki uç durum arasında ise ebeveynlerine olan bağlantıları güçlü olmaya devam eden ama diğer bazı kişilerle olan bağlantıları da çok önemli gören çoğunluk yer alır. Çoğu bireyin ebeveynleri ile olan bağlantısı yetişkin hayatında da devam eder.

Çocuk gençlik dönemine ulaştıkça ebeveynlerle olan bağlanma ilişkilerinden uzaklaşma eğilimindedir. Genç ile ebeveynleri arasında var olan bağlar artık sığınılacak güvenli bağlar olarak algılanmaktan çok sınırlayıcı bağlanmalar olarak görülmeye başlanır.

Bu yüzden bir gencin temel hedefi hiçbir kimseye bağlı kalmaksızın dünyada kendi yolunu bulmak için bağımsızlığa olan ihtiyaç olur (Lee 2003). Gençlik esnasında yeni bir bağlanma biçimi ortaya çıkmaya başlar. Bu yeni bağlanma biçimi kendi çocukları ya da eşleri ile olacak bağlanmaları olarak gelecekteki bağlanma davranışının göstergesi niteliğindedir. Yine de unutulmamalıdır ki gençlik döneminde ebeveynler ile çocuklar arasındaki ilişki daha az önemli hale gelmez sadece çocuk ebeveynlerine daha az bağımlı hale gelir. Gençler bu yıllarda bağımsızlıklarına ulaşmaya çalışmaktadırlar, fakat aynı zamanda ihtiyaç duyduklarında ebeveynlerinin destek olacaklarının farkında olmak istemektedirler. Ebeveynlerden bağımsız olmayı aramanın bir yolu bağlanma figürleri olarak arkadaşlara güvenmedir. Güvenmenin ebeveynlerden arkadaşlara aktarılması gençlerin hayatında önemli bir süreçtir çünkü bu ilk basta bir mücadeledir, fakat bu onların yetişkin bağlanma stillerini tam olarak geliştirmelerini destekler. Gençler romantik türden olanların ve sonunda tam bir bağlanma ilişkisine dönüşebilecek bağlanmaların yer aldığı uzun dönemli ilişkileri arkadaşlarıyla kurabilirler. Romantik bağlanmaya dönüşen bağlanma ilişkilerinin hayat boyu sürecek ilişkiler olmaları mümkündür. Bu ilişkiler yalnızca bağlanmaya duyulan ihtiyaçtan dolayı değil aynı zamanda türün hayatta kalması için de oluşturulur (Lee 2003).

Her bir bağlanma biçimi farklı kişilik özellikleriyle farklı düzeyde ve türde kişilerarası problemlerle ilişkilidir. Güvenli bağlanma biçimine sahip gençler aile ve arkadaşlarıyla daha fazla uyumlu, kendilerine ve başkalarına daha çok güvenen ve daha az sosyal problemler yaşayan kişilerdir. Güvensiz modellere sahip olan gençler daha az uyuma sahiptir ve kendi duygularını düzenlemede daha az beceriklidirler, stresle başa çıkmaları gerektiğinde daha az dayanıklıdırlar. Genç bir bireyin çocukluk dönemi bağlanma yaşantıları, zihinsel modellerinde temsil edildiği gibi, sosyal ilişkilerdeki başarısını ve hayatın güçlüklerine uyum sağlama başarısını belirlemektedir (Willemsen ve ark.1995).

Kişilerarası problemler çoğu zaman bireyin belirli bir davranışı göstermesi ile bu davranışı göstermesinin sonuçlarından kişinin korkuları arasındaki çatışmayı yansıtır. Bu türden çelişkiler kısmen kendisini kişinin bağlanma geçmişinden ve kişilerarası ilişkileri öğrenme geçmişinden kaynaklanır. Örneğin diğer insanlarla geçmişte yaşamış oldukları deneyimleri hayal kırıklığı yaratan insanlar diğer insanlara güvenmemeye başlayabilir ve diğer insanlarla yakın ilişkiler kurmaktan kaçınabilirler (Horowitz ve ark. 1993).

I.1.2. Yetişkinlikte Bağlanma

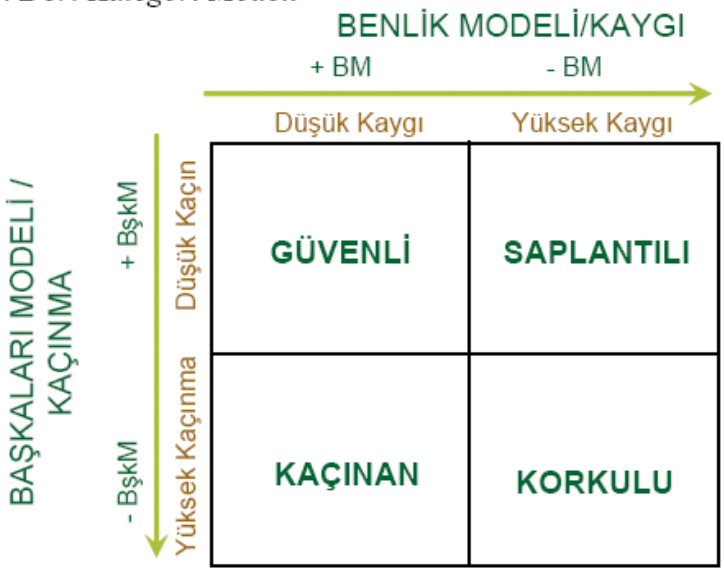
Yetişkin hayatındaki bağlanma davranışı, çocuklukta gösterilen bağlanma davranışının bir devamı olarak düşünülmektedir (Bowlby 1969).

Weiss çocukluktaki bağlanmadan yetişkinlikteki bağlanmayı ayıran üç özellik tanımlamıştır:

1. Yetişkinlerde, bağlanma ilişkileri tipik olarak eşler arasındadır, diğerinde bakım alan (bebek) ve bakım veren (ebeveyn) arasındadır.
2. Yetişkinlerdeki bağlanma çocukluktaki bağlanma gibi diğer davranışsal sistemlerin etkilenmesinden sorumlu değildir.
3. Yetişkinlikteki bağlanma sıklıkla cinsel ilişki içerir (akt: West & Sheldon- Keller 1994).

Yetişkin bağlanmasıyla ilgili araştırmalar, bağlanma stiliyle birleşmiş zihinsel modellerin içeriklerini anlamaya ve ilişkilerin farklı modellerinin ilişkisel yaşantılarına odaklanmıştır (Weger ve Polcar 2000). Bartholomew ve Horowitz (1991) tarafından yetişkinlikteki bağlanma stillerinin yeni dört gruplu modeli oluşturulmuştur. Dört prototip bağlanma modeli bireyin benlik imajı (pozitif ya da negatif) ve başkalarının imajlarının (pozitif ya da negatif) birleşimleri kullanılarak tanımlanmıştır. Bartholomew ve Horowitz, Bowlby' nin (Bowlby 1980, 1982) bağlanma kuramını temel alarak kişinin kendisinin ve başkalarının içsel çalışma modeli olan 2 tipini önermişlerdir. Her içsel model pozitif veya negatif olarak, 4 bağlanma stiline karşılık gelecek şekilde ayrılmıştır.

Şekil 1. Dört Kategori Modeli



1) Güvenli bağlanma biçimi, kendini değerli hissetme ve sevilebilir olduğu duygusunu genellikle diğer insanların kabul edici ve cevap vericiliğine dair beklentileriyle birleştirir.

2) Saplantılı bağlanma biçimi, kendini değersiz hissetme (sevilmeye layık görmeme) duygusuyla başkalarına yönelik olumlu değerlendirmeleri yansıtır. Saplantılı biçime sahip olanlar kendilerine güveni az, başkalarını destekleyici olarak algılayan, bu destekten olumlu şekilde faydalanamayan, kendini açma düzeyleri az olan bireylerdir (Erözkan 2004).

3) Kayıtsız bağlanma biçimi, kendini değerli hissetme ve sevilebilir olduğu duygusunu diğer insanlara karşı olumsuz beklentilerle birleştirir. Böyle kişiler, yakın ilişkilerden kaçınarak, hayal kırıklıklarına karşı kendilerini korurlar ve bağımsızlıklarını ve incinemezliklerini sürdürürler.

4) Korkulu bağlanma biçimi, kendini değersiz hissetme ve sevilmeye layık görmeme duygusu ve diğerlerinin olumsuz, güvenilmez ve reddedici olarak algılanmasına yönelik beklentilerle birleşir. Bu bağlanma biçimine sahip kişiler başkalarıyla yakın bağlar kurmaktan kaçınarak, başkalarından beklenen reddedilmeye karşı kendilerini korurlar (Bartholomew ve Horowitz 1991).

Güvenli bağlananlar hem kendileri hem de başkaları konusunda pozitif bakış açısına sahiptirler. Güvenli bağlananlar sıkıntılarını kabul ederek, başkalarından yardım ve destek talep ederek yapıcı bir biçimde kendi zor duygularını ifade etmede rahattırlar. 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.

Saplantılı bağlananların ise kendileri ile ilgili bakış açıları negatif, başkaları ile ilgili bakış açıları pozitiftir ve temelde kaygılıdırlar. Negatif duygu durumlarını abartılı ve sürekli bir biçimde eşlerinin onayını arayarak gösterirler. Korkulu-kaçınanlar kendileri ve başkaları ile ilgili negatif modellere sahiptirler ve kaygılı-kaçınan olarak sınıflandırılabilirler. Korkulu-kaçınanlar başkaları ile yakın ilişki kurmak arzusunda olmalarına karşın, ilişkilerinde aşırı yakınlıktan kaçınırlar çünkü incinebilecekleri konusunda kaygılıdırlar (Jones 2005).

Çocukluk bağlanmasının ötesinde, başkalarının hakkında olumsuz inançları ya da sosyal yeterliğinden şüphesi olan yetişkinler, kişilerarası iletişim kurmaya daha az eğilimli olurlar. Kaçınan bağlanma stili olanların kişilerarası iletişim riskleri, bağlanma ve yakınlıkları artar. Kaçınanlar diğerlerine yakınlık kurmaya az önem verdikleri için etkileşimden kaçınırlar ve kişilerarası bağın karşılığını görmede başarısızlığa uğrarlar. Güvenliler bağlanma figürleriyle iletişimlerini ihtiyaçlarının karşılanmasında yararlı bir yol olarak öğrenirler, başkalarıyla yakın ilişkiler geliştirmeyi yararlı bulduğu için başkaları ile etkileşime girmede

daha olumlu tutumlara sahiptirler ve iletişim davranışlarına karşılık verirler. Kaygılılar başkalarıyla yakınlığı çoğunlukla kaybederler. Kaçınganlar başkalarıyla yakın ilişkiler kurmayla ilgilenmiyor gözüktükleri için reddedilmekten daha az kaygılıdırlar, yakınlık kurmak isterler fakat reddedilmekten korkarlar. Bu yüzden kişilerarası durumlarını çoğunlukla olumsuz olarak sunarlar çünkü onlar bunu daha tehdit edici bulurlar ve başkaları ile iletişimlerinde karşılık görme potansiyellerini daha az görürler (Weger ve Polcar 2000).

Bağlanma kaygısı olan bireyler duyguları düzenleme stratejisini tercih edebilirler. Çünkü bu strateji ilk başta başkalarının dikkatini onların ruh haline ya da onların kişilerarası problemlerine çekebilir. Bu bireyler başkalarının dikkatini çekmek için sürekli ve değişmez biçimde bu stratejiyi kullanmaya devam ederlerse, başkaları onların verdiği aşırı tepkilerden sıkılabilir ve onlara karşı negatif davranmaya başlayabilirler. Hatta onlardan kaçmaya ya da reddetmeye başlayabilirler. Başkalarından gelen bu tepkiler bağlanma kaygısı olan bireylerin artan negatif bir ruh haline girmesine, kişilerarası gerginlikleri daha fazla yaşamalarına sebep olur. Bağlanmadan kaçınan bireyler duygularını düzenleme stratejisi olarak kesmeyi tercih edebilirler. Çünkü bu strateji kendileri ve başkaları arasına bir mesafe koyar. Böylece potansiyel çatışmalar, reddedilmeler ya da hayal kırıklıklarından kaçınırlar (Wei ve ark. 2005).

Güvenli bireyler daha az güvenli bireylere kıyasla stres kaynağı olayları daha az tehdit edici olarak değerlendirirler. Bu kişilerin kendilerinde stres oluşturan şeyin sebepleri ile başa çıkabilecekleri konusunda yeteneklerine güveni vardır. Güvenliğin sosyal psikolojik değerlendirmeleri konusunda yüksek puan elde edenlerin kendileri için önemli olan insanlara kişisel bilgilerini ve sırlarını açmaları daha olasıdır ve duygularını daha açık bir biçimde ifade ederler. Ayrıca bunlar destek aramayı stres yaratıcı durumlar ile başa çıkmak için bir duygu düzenleme stratejisi olarak kullanırlar. Durumları açıkça tartışırlar ve çatışmalardan kaçınmak yerine onlara çözüm bulurlar. Ayrıca güvenli bireyler kızgınlığın psikolojik işaretlerinin farkındadırlar. Uyuma yönelik problem çözümlerine ortak olurlar. Kızgınlıklarını kontrollü ve düşmanca olmayan bir biçimde ifade ederler. Son olarak, güvenli bireylerde pozitif duygu yaşantısı yaratıcı problem çözmeyi geliştirir (Belsky 2002).

I.2. BAĞLANMA

Bağlanma biçimi yaşamın erken dönemlerinde belirlenen ve süreklik gösterdiği düşünülen, kişinin diğer insanlarla ilişki kurma örüntüsünü şekillendiren bir görüngüdür. Bağlanma kuramcılarına göre süt çocukluğu döneminde güvenli ya da güvensiz olarak bir kez belirlendikten sonra çok az değişkenlik gösterir (Hamilton 2000). Peki bağlanma biçiminin klinik görünümleri nasıldır, ileriye ve geriye dönük yansımaları nelerdir? Bunu gözlemek görece kolay gibi görünse de çalışılmasının zor olduğu düşünülmektedir. Öyle ki gözlemlerin sonuçlarının ne kadar katışıksız olacağından da emin olunamaz. Öyle ki çözümlenmemiş pek çok soru beklemektedir.

Bağlanma biçimi üzerinde ‘’davranışsal kontrol sistemleri’’nin rolü (Gray 1991) nedir? ‘’Mizac’’ın rolü (Rutter 1995) nedir? Bireysel karakteristiklerin etkileşimi nasıl olmaktadır? ‘’İçsel çalışma modellerinin etkisi (Rutter 1989) nedir? Bir ilişki diğerini nasıl etkiler, anne dışındaki önemli kişilerin yeri nedir? Sınırları, daha geç işlevlerle bağlantıları nelerdir? Ebeveynlik işlevinin kalitesi, verilen bakımın niteliği ne olmalıdır? Nasıl ölçülecek ve kalitesi nasıl belirlenecek? Güvenli bağlanman uyumsal değeri var mıdır, nedir? Bağlanma bozukluklarından söz edilebilir mi? Ve ileriye dönük olarak: Bağlanma geleneksel psikoanalitik gelişim teorilerinde nereye konur? Annenim çocuğa bağlanması nasıldır? Ailesel kırılmaların etkisi nedir? Ve son olarak bağlama bozukluklarının psikoterapisi nasıl yapılmalıdır? Bu soruların yanıtı bu çalışmanın konusu değildir fakat kısıtlılıklar bağlamında akılda tutulmalıdır.

I.2.1. Bağlanma biyolojisi

Oksitosinle ilişkili olduğu hipotezinden yola çıkarak, depresyonlu olgularda oksitosin reseptörünün CG genotipinin bir polimorfizmi ile erişkin ayrılma anksiyetesi arasında bir birliktelik gösterilmiştir (Costa ve ark. 2009).

I.2.2. Beyindeki yeri

Hayvan çalışmaları ebeveyn davranışında, beyinde, singulatın rol oynadığı ileri sürmekle birlikte bizlerde nasıl olduğuna ilişkin bilgilerimiz sınırlıdır. Yedi anneye bebeklerin ağlama sesi dinletilip fonksiyonel rezonans görüntülerinin kaydedildiği bir çalışmada, değerlendirilebilir nitelikteki dört görüntüde, anterior singulat ve sağ medial prefrontal kortekste, kontrollerde bulunmayan bir aktivite artışı gösterilmiştir (Lorberbaum ve ark. 1999). Bu aktivite artışının annedeki ihmal, mizaç, depresyon ve anksiyete gibi değişkenlerden etkilenebileceği düşünülmüştür.

I.2.3. Ölçülebilir hali

Bağlanmayı değerlendirirken, en güvenilir olarak klinisyen kişiyle görüşerek bağlanma biçimini belirler. Bunu yaparken en yaygın kullanılan; orijinali George, Kaplan ve Main (1985) tarafından geliştirilen Yetişkin Bağlanma Görüşmesi'dir (YBG; Adult Attachment Interview). YBG aslında çocuklarda gözlenen farklı bağlanma stillerinin nedenlerini anlamak için geliştirilmiş bir ölçektir.

Bağlanma biçimini belirlemeye yönelik pek çok anket mevcuttur. Fakat yine pek çoğunun ancak güvenirlik çalışması yapılmıştır. Kısıtlılık şudur ki; kişinin kendi geri bildiriminin nesnelliği düşüktür. Katılımcı beyanı temelinde ölçüm yaklaşımı ilk olarak Hazan ve Shaver'ın (1987), Ainsworth ve arkadaşları (1978) tarafından ortaya konan üç temel bağlanma stilinin yetişkinlikteki romantik ilişkilerde de gözlendiğini öne süren çalışmalarıyla başlamıştır. Bu araştırmacılar, yetişkin romantik ilişkilerindeki bağlanmanın çocuk ile ebeveyn arasındaki bağlanmadan farklılaştığını kabul etmelerine karşın (Shaver, Hazan ve Bradshaw, 1988); güvenli, kaygılı/ikircikli ve kaçıngan bağlanma biçimlerinin romantik ilişkilerde de ortaya çıktığını öne sürmüşlerdir. Hazan ve Shaver'ın çocukluktaki bu üç bağlanma biçimine karşılık gelen üç paragrafın değerlendirilmesine dayalı olarak geliştirdikleri ölçek, çok sayıda araştırmada çok maddeli ölçekler ya da boyutlar olarak farklı biçimlerde kullanılmıştır (Collins ve Read 1990, Mikulincer ve ark. 1993, Simpson 1990). Bu aynı zamanda bu çalışmada kullanılan ölçüm aracı olup ayrıntılı olarak yöntem kısmında anlatılmaktadır.

Bir diğer araştırmacı Bartholomew (1990), Bowlby'nin öne sürdüğü benlik ve başkaları modellerinin olumlu ya da olumsuz olmasına göre dört temel bağlanma örüntüsü tanımlamıştır. Buradan yola çıkarak yine Bartholomew ve arkadaşları tarafından İlişki Anketi (İA) (1991) ve İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA) (1994), Brennan ve ark. (1998) tarafından da Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri (YİYE) ölçekleri geliştirilmiştir. İlişkiler Anketi ve İlişki Ölçekleri Anketi Sümer ve Güngör (1999) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri Sümer (2006) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır.

Dizinde en çok adı geçen ölçüm aracı Ana Babaya Bağlanma Ölçeğidir (PBI; The Parental Bonding Instrument; Parker ve ark. 1979). Bu ölçek Bowlby'nin (1969, 1973) bağlanma kuramını temel alarak geliştirilen ilk ölçeklerden biridir. Bowlby, yetersiz/patolojik ana babalığı özellikle ilgi ve kontrol/koruma boyutlarıyla ilişkilendirmiştir. İlgi terimi, yetersiz bakım verme, bebeğin gereksinimlerini karşılamama, çocuğu küçümseme, eleştirme ya da reddetmeyi içermektedir. Kontrol terimi ise aşırı koruma, bağımsızlığı desteklememe ya

da aşırı kontrol etme olarak tanımlanmıştır. Parker ve arkadaşlarının (1979), çocuk-ana baba bağlanma örüntüsünü ölçmek üzere geliştirdikler Ana Babaya Bağlanma Ölçeği (PBI), Bowlby'nin ana baba-çocuk bağlanma ilişkisinde ileri sürdüğü ilgi ve kontrol boyutlarını kapsamaktadır. Ölçeğe göre, yeterli ilgi-aşırı korumama (high care-low overprotection) optimal bağlanma olarak tanımlanmaktadır. Yetersiz ilgi (low care) -aşırı korumama ise bağlanmama ya da zayıf bağlanma sınıfına girmektedir. Yeterli ilgi-aşırı koruma davranışları sergileyen ana babalar da duyarlı kontrol (affectionate constraint) sınıfında yer almaktadır. Yetersiz ilgi-aşırı koruyucu ana baba davranışları ise duygulanımsız kontrol (affectionless control) olarak sınıflandırılmıştır. Ölçek Kapçı (2006) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır.

Ağlamanın yeni doğanda bir bağlanma biçimi olduğundan yola çıkan bazı yazarlar bunu psikoterapi ortamında ağlamakla eşleştirip, tanımadıkları ağlama şekillerini bağlanma biçimlerine kategorize etmişlerdir (Nelson 2000). Bir diğer yaratıcı çalışmada, ölüm haberi alan bireylerin tepkileri bağlanma biçimi ile eşleştirilmeye çalışılmıştır.

I.2.4. Bağlanma ve Psikopatoloji

Son yıllarda, anne-çocuk ilişkisi konusunda yapılan araştırmaların önemli bir bölümünü bağlanma konusunun oluşturduğu görülmektedir. Bu durumun en önemli nedeni ise, anne-baba çocuk ilişkisini araştırmanın her iki nesil için de giderek önem kazanmasıdır. Çünkü bağlanma, çift yönlü bir süreçtir. Pek çok araştırmacı anne-çocuk ilişkisinin sürekliliğinin sonraki yaşantıların temelini oluşturduğunu ileri sürmektedir (Pearson ve ark. 1993).

Kişinin yaşamındaki en önemli kişilerin annesi ve babası olduğunu; anne ve baba ile yakın ilişkide bulunmanın gençlerin ruh sağlığında belirleyici rol oynadığını belirtilmiştir (LeCroy 1988). Doğumla birlikte kurulan bağlanma ilişkisinin niteliği, bebek ile anne arasında kurulacak olan iletişimin kalitesini de belirlemektedir. Öyle ki doğum, anne ile bebeğin dokuz aylık birlikteliklerindeki ilk ayrılıştır. Böylece intrauterin yaşam için biyolojik gereksinimlerin karşılandığı kan alış verişi de sona ermektedir (Atasoy ve ark. 1997). Henüz tam olarak kanıtlanamamasına karşın anne ile bebek arasındaki ilk bağlanma ilişkisinin doğum öncesinde kurulduğu ileri sürülmektedir (Bloom 1995). Doğum öncesi dönemde fetus, annenin duygulanımlarına yanıt verebilmektedir. Yirmi altıncı haftada fetusun algılama, tepki gösterebilme ve işittiği bilgileri yakalama yeteneklerinin olduğu bildirilmektedir. Bu durumda, doğum öncesi dönemde, annenin bedeninde meydana gelen değişiklikleri benimsemesi, olumlu duygularını henüz doğmamış olan bebeğine aktarabilmesi bağlanmanın

ilk temellerini oluşturmaktadır. Hamilelik döneminde annenin karnına dokunması yoluyla bebeğin tensel olarak hissedilmesi ve bebeğin kabulü bağlanma ilişkisi için oldukça önemlidir. Bu noktada, annenin fetüse ilişkin oluşturduğu tasarımın içeriği ön plana çıkmaktadır. Eğer anne kendi anne babası ile sıcak, sevgi dolu ve güvenli bir bağlılık ilişkisi kurmuşsa bu durum evliliğine ve çocuğu ile olan ilişkisine de yansımaktadır (Zeanah 1997). Bebeğin, sosyal ve duygusal açıdan gelişebilmesinde bakıcının duyarlılığı mevcut bağın kuvvetlenmesini sağlamaktadır. Aynı şekilde bebeğin kendisini ifade edebilmesi ve ortaya koyabilmesi için de anne-baba çocuk ilişkisindeki duyarlılık önemlidir (Soysal ve ark. 2000). Anne çocuk ilişkisinde, gerek anne gerekse bebek birbirlerinin duygularına cevap verdikleri oranda aralarındaki duygusal iletişimin kalitesi artmaktadır (Rijt-Plooij 1993). Bebeklerde, bağlanılan figürden ayrılma, ileriki yaşlarda hastalık ve yorgunluk olarak kendisini belli etmektedir. Çeşitli nedenlerle doğumdan hemen sonra annelerinden ayrılarak, özel bakıma alınan bebeklerde; gelişmenin yavaşladığı ya da durduğu, bu bebeklerin yemek yemedikleri, sosyal geri çekilme yaşadıkları ve yüzlerinde sürekli üzüntülü bir ifade taşıdıkları belirtilmiştir (Goodfriend MS 1993). Birincil bağlanma nesnesinden herhangi bir sebeple ayrılma durumlarında, bebeğin kalp atım hızının yükseldiğini ve nörobiyolojik sistemlerin işleyişinde farklılaşmalar olduğu ileri sürülmüştür (Boccio ve ark. 1994).

Birincil bağlanma figürü çoğunlukla annedir. Buna karşın, pek çok bebekte temel bağlanma anneyle olduğu kadar babayla da olmaktadır. Anne tarafından desteklenen babaların, bebekleriyle aralarında güvenli bir bağlılık geliştirebilme olasılıkları yüksektir. Baba-bebek bağlanmasında bağlanma şekli ve ilişkinin ayrıntıları anneye bağlı olarak değişmektedir. Eğer anne-babadan her ikisi de uyarıcı kaynağı ise, bebeğin, hem annesine hem de babasına güvenli bağlanma geliştirebilmesi olasıdır. Bunun gerçekleşmesinde, bebeğin algıları da etkilidir. Baba, anneye göre daha farklıdır. Sesinin tonu, giyimi, verdiği tepkileri, kokusu ve dokunuşu farklıdır. Bu sayede, bebek, anne ve babasının iki farklı kişi olduğunu öğrenmektedir. Anne ya da babasından ayrıldığı durumlarda da bebek, farklı bir sevgi kaynağının yanında olduğunu bildiğinden rahattır. Bu dönemde bebekler acıktıklarında ve yorulduklarında annelerini, aktif oyunlarda ise babalarını tercih etmektedirler (Biller 1993).

Erken dönem yaşantılarının bakım-veren bebek ilişkisinde güvensiz bağlanmaya ve bunun kendilik organizasyonu gibi psikopatolojiye giden dinamiklerde önemli rol oynadığı artık bilinmektedir, ancak bu süreç çevresel desteklerin oluşturduğu bağlamdan etkilenir.

Bowlby'nin çalışmalarından başlamak üzere güvensiz bağlanma biçimi daha sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olarak düşünülmüşken güvenli bağlanma sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilmiştir (Nakash-Eisikovits ve ark. 2002). Ergen ebeveyn olanlarda ve çocuklarında yapılan bir çalışmada; ergen ebeveyn ve çocuklarında gelişimsel gecikme, hafif zeka geriliği ve öğrenme güçlükleri, kontrol olgularından daha sık bulunmuştur (Barkowsky ve ark. 1992). Bunun genetik geçiş ve sosyal destekten yoksun oluşları gibi nedenleri, çocuklarına bilişsel ve duygusal olarak uygun tepki ve yeterince uyaran verememeleri ve ihtiyaçlarını karşılayamamaları gibi sonuçları vardır. Kendiliğin duygusal, bilişsel ve sosyal gelişimi için güvenli bir bağlanma temeldir. Bağlanma güvensiz olduğunda çocuk çevreyi araştırma davranışına giremeyecek, bu da bilişsel gelişimine de ket vuracaktır. Bir diğer önemli sorun yeni doğanın zor mizacı duygusal ve fiziksel ihmal için başlı başına bir risk etmenidir ki bu çocuklarda daha sık görülür. 3 yaş civarı bu çocuklar zihinsel işlevlerinin gelişiminde bir azalma, kalıcı dil bozuklukları ve zayıf motor ve sosyal davranış göstermektedir.

Erişkin bağlanma biçimini erken yaşam deneyimlerinin öngörebildiğini biliyoruz, fakat bazı cinsiyet farklılıkları da ileri sürülmektedir (Matsoka ve ark. 2006). Erkekte yüksek paternal ilgi ve bakım ve düşük maternal korumanın güvenli bir bağlanma ile sonlanacağı belirtilmektedir. Bu yazarlar başka bir yerde söylemeyen bir şeye daha, her iki cins için de akran ilişkilerinin de önemli olduğuna vurgu yapmaktadır. Bağlanma için bir diğer üzerinde durulması gereken önemli konu ardışık kuşaklarda sürekliliğinden söz ediliyor oluşudur. Nitekim 10 yıllık bir izlem çalışmasında 60 anne ve bu annelerin 69 kız evladı ayrı ayrı değerlendirilmiş ve depresyon, mizaç ve sosyoekonomik düzeyden bağımsız olarak ebeveyn tutumunun kuşaktan kuşağa aktarıldığı öne sürülmüştür (Miller ve ark. 1997). Özellikle de duygulanımsız bakım diye adlandırılan tutumun anneler ve kızları arasında yüzde yüze yaklaşan bağlantısı mevcuttur.

İlk olarak psikiyatrik bozukluğu olan olgular sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmış ve duygulanımsız kontrol şeklindeki ebeveyn tutumunu daha çok gösterdikleri ortaya konmuştur (Scinto ve ark. 1999). Ortalama yaşları 15 olan ergenlerde duygulanımsız kontrol (affectionless control) diye çevirdiğimiz ebeveyn davranışının özkıyım düşünceleri için risk etmeni olduğu, kendine zarar verici davranışı 3 kat, depresyonu 5 kat arttırdığı gösterilmiştir (Martin ve Waite 1994).

Major depresif bozukluk, doğum sonrası depresyon, panik bozukluk, sosyal kaygı bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve kronik ağrı bozukluğunun güvensiz bağlanma biçimiyle ilişkileri çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (Eng ve ark. 2001, Bifulco ve ar. 2003, Smith ve ark. 2009, Sabuncuoğlu ve Berkem 2006, Marazziti ve ark. 2007, Simpson ve ark. 2003, Twaite ve ark. 2004, Ciehanowski ve ark. 2003, Mhyr ve ark. 2004). Güvenli olmayan bağlanma biçimlerinin adölesanlarda ve erişkinlerde kişilik patolojisi ile birliktelik gösterdiği; kaygılı/ikircikli bağlanmanın geri çekilme ve içe vuruk patolojilerle birliktelik gösterdiği; bununla birlikte, kaçıngan bağlanmanın içe vuruk ve dışa vuruk patolojilerin bir karışımını yansıtan çeşitli kişilik bozuklukları ile birliktelik gösterdiği belirtilmiştir (Fonagy ve ark. 1996, 2000, Nakash-Eisikovits ve ark. 2002).

İleriye dönük bir çalışmada, kaygılı bağlanma biçimine sahip infantların çocukluk çağı ve ergenlik dönemi boyunca anksiyete bozukluğu geliştirme açısından yüksek risk altında oldukları gösterilmiştir (Warren ve ark. 1997). Başka bir ileriye dönük çalışma (Collins 2002) ergenlikte güvenli olmayan bağlanmanın (özellikle kaçıngan bağlanmanın) erişkin dönemdeki olumsuz ilişkiler açısından bir risk faktörü olduğunu göstermiştir. Birincil sağlık bakımı alan bir kadın örnekleminde, kaygılı veya korkulu (güvenli olmayan) bağlanma biçimine sahip olanların güvenli bağlanma biçimine sahip olanlara göre daha fazla sayıda fiziksel semptoma sahip olduğu ve daha fazla vizite ihtiyaç duyduğu ve daha fazla maliyete yol açtıkları gösterilmiştir (Ciechanowski ve ark. 2002).

Özellikle çok normal-dışı koşullarda gelişen bağlanma örüntüsünü güvensiz olarak nitelemenin yeterli olmadığı görülerek dezorganize bağlanma kavramı sonradan geliştirilmiştir. Koruma altına alınmış olup devlete bağlı kurumlarda yetişen çocuklarda, sonradan evlat edinilseler bile tümüyle düzelmeyen bağlanma bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Lise öğrencilerinin kendi bağlanmalarına ilişkin algıları depresyon, madde kullanımı, yeme bozuklukları ve kişilik bozukluklarıyla ilişkili bulunmuştur (Çetin 2008).

Bağlanma sevgi ilişkilerinin ve yakınlık kurabilme özelliklerinin gelişimini belirlemede özellik taşıyan bir süreçtir. Örneğin kaçıngan bağlanmaya sahip çocuklar başkaları tarafından reddedilmeyi beklediklerinden, başkalarını iterek kendilerinden uzaklaştırabilirler ve bu ilişki biçimleri gerçekten de bekledikleri reddedilmeye yol açabilir. Bu anlamda çocuğun, ergenin ya da erişkinin duygusal yakınlık kurma davranışı, erken bağlanma örüntülerinin izlerini taşır (Von Jzendoorn 1995).

Bağlanma örüntüleri kuşaklar boyu aktarılabildiği gibi, gebelik döneminde anne adayının bebeğine ilişkin tasarımları da bebeğiyle bağlanma ilişkisini yordayabilmektedir (Çetin 2008). Yakın zamanda yapılan çalışmalar annenin güvensiz bağlanma biçemi ve doğum sonrası depresyon arasında bir bağlantı olduğunu göstermiştir. (Bifulco ve ark. 2004, McMahon ve ark. 2005, Sabuncuoğlu ve Berkem 2006). Doğum sonrası dönemde annede ortaya çıkan depresyon, annenin, çocuğun ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamasına neden olmakta anne ile çocuk arasında kurulan ilişkiyi, annenin bebek bakımını ve ebeveyn rolünü öğrenmesini etkileyebilmektedir (Danacı ve ark. 2000). Annenin tedavi edilmemiş depresyonunun da çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (Çeber ve ark. 2002).

Ponizovsky ve arkadaşları 2007'de erkek şizofreni olguları ile sağlıklı bireyler arasında güvenli bağlanma puanları yönünden bir fark bulmadıklarını bildirmişlerdir. Fakat kaçıngan ve anksiyöz bağlanma puanları yüksek, kaçıngan bağlanma puanları ile hem pozitif hem de negatif sendrom puanları, anksiyöz bağlanma puanları ile de pozitif bağlanma puanları ilişkilidir. Güvensiz bağlanan olgularda başlangıç yaşı daha erken, yatış süreleri daha uzun bulunmuştur. Ve çok yakın tarihli bir çalışmada iki uçlu olgularda anksiyöz bağlanma biçimi, iyilik, manik ve depresif tüm dönemlerde kararlılığını koruyarak sağlıklı olgulardan farklılaşmıştır (Morris ve ark. 2009).

I.2.5. Bağlanma ve Mizaç

Mizaç da yaşamın ilk yıllarından başlayarak varolan, görece aynı kalan ve kişinin davranış örüntülerini belirleyen bir oluşumdur. Bağlanma biçimi ile ortak olan bu özelliklere ek olarak doğuştan getirildiğine, kalıtsal olarak aktarılabildiğine ve yapısal ve biyolojik bir oluşum olduğuna inanılmaktadır (Kesebir ve ark. 2005). Kişinin bağlanma biçimi annenin bireysel özelliklerinden ve anne çocuk ilişkisinin doğasından olduğu kadar, çocuğun bireysel özelliklerinden de etkilenmektedir şüphesiz. Bu noktada annenin ve çocuğun mizacının, çocuğun bağlanma içiminin belirleyicilerinden olduğu ileri sürülebilir. Dizinde 1989 yılına dek olan birkaç çalışmanın bağlanma biçimi ile mizaç arasında herhangi bir ilişki kurmadığı görülmüştür (Vaughn ve ark. 1989). Dizindeki bu karşılaştırmalara çocuğun kolay ve zor mizacı ve annenin negatif duygulanımı da dahildir. Bu tarihten sonra ise çeşitli bağlantılar gösteren çalışmalarla (Calahan 1995), göstermeyenler bir aradadır. Bu farklılıkların ve özünde bağlanmanın, aslında kültürel yönleri olabileceğini ileri sürdükten sonra bu çalışmaları şöyle özetleyebiliriz.

Bir aylık bebeklerde bağlanma biçimi annenin benlik saygısı ve bebeğin mizacı ve fiziksel durumu ile ilişkili bulunmuştur (Spielman ve Taubman-Ben-Ari 2009). Doğumdan 1 yıl sonra annenin ruh sağlığının bağlanma biçiminden etkilendiği ve bebeğin mizacı-özellikle zor mizacı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Findler ve ark. 2007). Okul öncesi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluklu çocuklarda anksiyöz ve kaçıngan bağlanmanın ön planda olduğu saptanmıştır (Finzi-Dottan ve ark. 2006). Bu güvensiz bağlanma biçimleri mizacın duygulanım ve aktivite boyutu ve ebeveynin kontrol düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Yine okul öncesi dönemde boşanmış ailelerde çocukların güvenli bağlanma puanları daha düşük bulunmuştur (Nair ve Murray 2005). Fakat bu çalışmada yaş, eğitim, sosyoekonomik düzey ve depresyon karıştırıcı etkenler olarak göz önünde bulundurulmalıdır. Ve sonuç olarak ebeveyn tutumu güvenli bağlanma için bağımsız ve en güçlü öngörücü olarak bildirilmektedir. Mizaç da etkili olmakla birlikte ebeveyn tutumunun gücünü azaltmamaktadır.

Dizinde sözü edilen dört tip ebeveyn tutumundan (parental bonding), annenin düşük ilgi ve bakım ve yüksek koruma ile karakterli ‘’duygulanımsız (affectionless) içerik’’li tutumunun, erkek çocuklarda yüksek ‘’zarardan kaçınma’’ ve düşük ‘’işbirliği’’, kız çocuklarında yine yüksek zarardan kaçınma ve düşük ‘’yürütme’’ (self-directedness) ile birlikteliği gösterilmiştir (Otani ve ark. 2009). Burada babanın tutumu ile herhangi bir mizaç ya da karakter özelliği arasında bir bağıntı kurulmamaktadır. Fakat yukarıda tanımlanan anneye sıkılıkla ihmal edici (düşük ilgi ve bakım, düşük koruma) bir baba eşlik etmektedir ve bu durumda zarardan kaçınma boyutu ile olan ilişki güçlenmektedir.

Ergenlerde ve sağlıklı erişkinlerde düşük işbirliği, yürütme ve ödül bağımlılığı mizaç boyutu ve yüksek zarardan kaçınma mizaç boyutu, kaçıngan ve anksiyöz bağlanma ile ilişkili bulunmuştur (Chotai ve ark. 2005, Picardi ve ark: 2005). Dayanıklılık (resilience) ise güvenli bağlanma ve ödül bağımlılığı ile pozitif, zarardan kaçınma ile negatif bir ilişki içerisindedir (Simeon ve ark.2007). Sınır kişilik bozukluğu olan olguların diğer B küme ve A-C küme kişilik bozuklukları ile karşılaştırıldığı bir çalışmada, yenilik arama ve işbirliği boyutlarında diğer olgulardan farklılaştıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada sınır olgular ile diğerleri arasında güvenli ve güvensiz bağlanma biçimleri yönünden fark bulunmadığı bildirilmiştir (Fossati ve ark. 2001).

Bağlanma biçimi ve mizaç arasında bir ilişki kurmayan çalışmaların sonuncusunda, bir aşı merkezinde oldukça yüksek sayıda çocuk ve ebeveyni incelenmiştir.

Çalışmada çocuğun stres düzeyine karşılık gelen ebeveyn davranışı üzerinde, ebeveynin bağlanma biçiminin doğrudan bir etkisi olmakla birlikte, ne ebeveynin ne de çocuğun mizacının bir etkisi bulunmamaktadır denmektedir (Edelstein ve ark. 2004). İngiltere'de yapılan diğer çalışmada ise 5-7 yaş çocuklarında, çocuğun ve ebeveyninin bağlanma biçimlerinin örtüştüğünü fakat çocuğun mizacının buna bir etkisi olmadığını bulmuşlardır (Goldwyn ve ark. 2000) ki bu çalışmada içsel çalışma modelleri hakkında da bilgi toplanmıştır. İçsel çalışma modelleri ile bağlanma arasında bir ilişki gösteren bir çalışmada da mizaçla bir ilişki ortaya konmamıştır (de Haas ve ark. 1994).

Sonuç olarak mizaç güvenli bir bağlanmayı öngörür mü yoksa sadece özgün bir bağlanma biçimi ile mi ilişkilidir diye sorulabilir. Olasılıkla güvenli ya da güvensiz olarak ön görebilme gücü olduğu düşünülebilir. Fakat ebeveynle ilişki bu öngörüden dışlanamaz, dolayısıyla tek başına etkili değildir denilebilir. İkinci olarak, mizacın hangi boyutu ya da hangi özellik daha öngörücüdür? Mangelsdorf ve Frosch (1999) negatif duygulanımı (emosyonalite) öngörücü olarak belirtmişlerdir. Fakat bu noktada da stres yanıtlarının ve ayrılma anksiyetesinin dışlanamayacağı düşünülebilir. Üçüncü soru ise mizaç dediğimiz bireysel farklılıklar bağlanma biçimi sınıflamalarına nasıl yansıyabileceğidir. Bu noktada güvensiz bağlanma pek çok kategori içerirken, güvenli bağlanma neden tek tip diye düşünülebilir. Fakat buraya kadar gözden geçirilenlerden yola çıkarak şunlar söylenebilir. Mizaç da bağlanma da erken duygusal ve sosyal gelişimle birlikte var olup, her birey için yegane olan interaktif etkileşimlerle özgün bir duygusal ve sosyal bir işlevsellik ortaya koymaktadırlar. Yeni doğanın ve ebeveynlerin karakteristikleri arasındaki optimal etkileşim güvenli bağlanmanın en önemli öngörücüsüdür (Mangesdorf ve Frosch 1999). Annenin kişiliği ve sosyal destek de bu etkileşimin önemli değişkenlerindir.

I.2.6. Bağlanma ve İki Uçlu Bozukluk

İki uçlu bozukluk depresyon, mani ya da karma yineleyen hastalık dönemleriyle seyreden süregen bir bozukluktur (Goodwin ve Jamison 1980). Doğum sonrası dönem ise yinelemeler yönünden oldukça riskli olma özelliği göstermektedir (Çakır ve ark. 2009). Doğum sonrası yaşamının erken evrelerinde annenin hastalık belirtilerinin zaten olumsuzluklara duyarlı süt çocuğuna getirdiği ek yük önemli olacaktır. Diğer taraftan anne bebek ilişkisini olumsuz etkilemesi ve bunun sonraki dönemlere yansıyan sonuçları durumun önemini artıracaktır. İki uçlu bozukluk tanısı yanında annenin güveniz bağlanma biçiminin de

doğum sonrası hastalık riskini arttırdığı gösterilmiştir (Bifulco ve ark. 2004, McMahon ve ark.2005).

II. AMAÇ

Bu çalışmanın amacı birincil olarak iki uçlu olgularda ve çocuklarında bağlanma biçimlerini araştırmaktır. İkinci ve üçüncü olarak bağlanma biçimi ile mizaç arasında ve bağlanma biçimi ile hastalığın klinik değişkenleri ve kişilik bozuklukları arasında bir ilişki olup olmadığını incelemektir. Başka bir deyişle güvenli ve güvensiz bağlanma biçimi arasında mizaç ve iki uçlu bozukluğun klinik özellikleri yönünden benzerlikleri ve farklılıkları ortaya koymaktır.

Varsayımlar;

1. iki uçlu olgular ve onların sağlıklı çocuklarında bağlanma biçimi diğer sağlıklı bireylerden (kontrol grubu) farklıdır, güvensiz bağlanma biçimleri daha sık görülmektedir.

2. iki uçlu olgular, onların sağlıklı çocukları ve diğer sağlıklı bireylerde bağlanma biçimi mizaç ile ilişkilidir.

3. hem iki uçlu olgular, hem de onların sağlıklı çocuklarında bağlanma biçimi, iki uçlu bozukluğun klinik özellikleri ve kişilik bozuklukları ile ilişkilidir.

III. GEREÇ VE YÖNTEM

III.1. Örneklem: Bu çalışmanın yapılabilmesi için Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan onay alınmıştır. Çalışma hakkında ayrıntılı bir biçimde bilgilendirilen, çalışmaya katılmayı kabul eden ve bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan hastalar, hastaların 16 yaş üstü çocukları ve sağlıklı olgular çalışmaya dahil edilmiştir.

İki uçlu bozukluk tanılı hasta grubu (s=44): Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği polikliniklerine Ekim 2008 ile Haziran 2009 tarihleri arasında başvuran İki Uçlu Bozukluk tanılı hastalar ardışık olarak çalışmaya alınmıştır. Bu hastalarda 16 yaşın üzerinde olmak ve çalışmaya alındığı sırada en az 8 haftadır tam iyilik döneminde olmak, 17 maddelik Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği'nde 7 ve daha altında puan almak, Young Mani Değerlendirme Ölçeği'nde 5 ve altında puan almak (çalışmaya alındığı sırada ötimik olmak) şartları aranmıştır.

Bunun nedeni kişinin kendi bağlanma biçimini değerlendirirken duygudurumun çökkün ya da kalkınmış olasının yaratacağı olası algılama ve yargılama hatalarına fırsat vermemektir. Nitekim yakın tarihli bir çalışmada manik olguların iyiliktekine yakın güvenli

bağlanma puanları bildirmesine karşılık, depresif olguların daha çok düşük güvenli bağlanma puanları verdikleri gösterilmiştir (Morriss ve ark. 2009). 16 yaş sınırı ise ölçeğin geçerlik ve güvenirliğinin gösterildiği yaş grubunun çalışmaya dahil edilmesi nedeniyledir (Garbarino 1998). Bu yaşın altında bağlanma biçiminin kararlılık göstermediği bildirilmiştir.

İki uçlu bozukluk tanılı olguların çocukları (s=35): İki uçlu bozukluk tanılı olguların çocukları bu gruba dahil edilmiştir. Hasta çocukların dışarıda bırakılma nedeni kendi hastalıklarının bağlanma biçimleri üzerine olası etkilerini bertaraf etmektir (s=1). Başka bir deyişle ebeveynin hastalığının bu çocukların bağlanma biçimine etkisini değerlendirmektir. Burada da yukarıda açıklanan nedenle 16 yaşın altındaki çocuklar bu gruba dahil edilmemiştir (s=7).

Sağlıklı kontrol grubu (s=84): Hastalar ve çocukları ile aynı çevrede, yaş ve cinsiyet yönünden benzer bir gruptur. Olgulara SCID-NP görüşmesi uygulanmıştır. Psikiyatrik bir hastalığı olanlar dışlanmıştır.

III.2. Veri Toplama Araçları

1-SCID I (Structured Clinical İnterview for DSM-Axis 1 Disorders-SCID-I): DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme formu Türkçe örneği (Çorapçıoğlu ve ark. 1999).

2-SCID II: DSM-III-R tanı ölçütlerine göre hastalardaki kişilik bozukluklarını taramak için görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış görüşme aracıdır. Genellikle SCID-I görüşmesinden ve hasta tarafından doldurulan SCID-II kişilik ölçeğinden sonra uygulanır. SCID-II ölçeği 120 sorudan oluşmakta ve kişilik bozukluklarına yönelik tarayıcı sorular içermektedir. Spitzer ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş (Spitzer 1989) ve Türkçe versiyonunun güvenirliği ülkemizde Sorias ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Sorias 1990).

3-SCID-NP (Structured Clinical İterview for DSM-Axis 1 Disorders-nonpatient-SCID-NP): DSM-III-R eksen 1 bozuklukları hasta olmayan kişiler içi yapılandırılmış klinik görüşme formu Türkçe örneği (Sorias ve ark. 1990)

4-SCIP-TURK Duygudurum Bozuklukları Tanı ve İzlem Formu (Özerdem ve ark. 2004): Hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, tedaviye başlama yaşı, öyküde fiziksel ve cinsel kötüye kullanım, akademik ve sosyal işlevsellik, premenstrüel sendrom, ilk epizod tipi, epizod şiddeti, postpartum başlangıç, mevsimsellik, depresyon alt tipi, psikotik bulgulu dönem, özkıyım, hastaneye yatış, epizod süresi, epizod sayıları, egemen gidiş

örüntüsü, ani başlangıç ve bitiş, kronisite ve hızlı döngülülük, kayma, sigara, alkol ve madde kullanımını sorgulamaktadır (Ek-1)

5-Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği'nin 17 maddelik şekli, (Akdemir 1996) depresyon belirtilerinin şiddetini belirlemek için kullanıldı.

6-Young Mani Değerlendirme Ölçeği, (Karadağ 2002) mani belirtilerinin şiddetini belirlemek için kullanıldı.

7-TEMPS A (Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire) Mizaç Ölçeği (Vahip ve ark. 2005): Akiskal tarafından geliştirilmiş (1997), depresif, siklotimik, hipertimik, sinirli (irritabl) ve endişeli (anksiyeteli) mizaçları belirlemek üzere 100 maddeden oluşturulmuştur. Kişi maddeleri tüm yaşamını göz önünde tutarak evet ya da hayır olarak cevaplandırır (Ek-2).

8-Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği (EBBÖ): EBBÖ iki bölümden oluşmaktadır. Hazan ve Shaver tarafında geliştirilen ilk bölüm (1987) her biri erişkinleri güvenli, kaygılı/ikircikli ve kaçıngan olarak sınıflamaya yarayan, çocuklukta ebeveynle ilişki özellikleri ve genel davranış özellikleri hakkında tanımlar içeren üç farklı ifadeden oluşmaktadır. Ölçeğin Mikulincer ve arkadaşları (1990) tarafından geliştirilen ikinci bölümü katılımcıdan her birini 1-7 arasında puanlanması istenen 15 maddeden oluşmaktadır. Her bir bağlanma biçemi 5 madde ile temsil edilmektedir ve en yüksek puan hangisinden alındıysa ölçeği dolduran bireyin bağlanma biçemini belirlemektedir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada ölçeğin İngilizce özgün formu bir uzman çocuk psikiyatristinin başkanlık ettiği İngilizce tıp eğitimi gören öğrenciler ve bir psikolog tarafından Türkçe'ye çevirildi. Daha sonra geri-çeviri yapıldı ve son Türkçe metin başka bir psikiyatrist tarafından denetlendi. Ölçeğin ikinci bölümünün iç tutarlılığı kaçıngan ve kaygılı/ikircikli bağlanma için kabul edilebilir bulunurken (Cronbach α, sırasıyla = 0.61 ve 0.66) yazında daha önce vurgulanan bir sınırlılık olarak (Garbarino 1998), güvenli bağlanma biçemi için zayıf bulundu (Cronbach α = 0.42) (Berkem ve Sabuncuoğlu 2006).

Önceki geçerlik ve güvenirlik çalışmalarından elde edilen güvenirlikle ilgili sonuçların istenilen ölçüde iyi olmaması (düşük ya da değişken olması) nedeniyle ölçeğin Türkçe çeviri geçerlik ve güvenirliği yeniden yapılmıştır. Bunun sonucunda birinci bölüm olduğu gibi korunurken, ölçeğin ikinci bölümünde anlaşılır olmadığı düşünülen maddeler bölünerek 15 olan madde sayısı 17'ye çıkarılmış, her bir madde 1 ile 7 arasında puanlanırken, tarafımızdan 'doğru' ya da 'yanlış' olarak cevaplanması istenmiştir. Bu uygulama güvenirliği

artırmak amacıyla yapılmıştır. Bu noktada kişinin tüm yaşamını göz önünde bulundurarak değerlendirme yapılması konusunda yönerge verilmiştir (Ek-3).

Sonuç olarak her üç tip bağlanma biçimi için hesaplanan iç tutarlılık 0.7'nin üzerine çıkmıştır. Ölçeğin ikinci bölümü ile ortaya konan ilişkiler daha güçlüdür. Bu durum bu bölümün daha ayrıntılı ve uzun olması ile açıklanabilir. Fakat ikinci bölüm puan ortalamaları yerine, herhangi bir bağlanma biçiminden alınan en yüksek puan olarak kategorik olarak değerlendirildiğinde bu güç azalmaktadır. Öyle ki ikinci bölümde aslında bir profil ortaya konmaktadır ve bu profili en çok bir bağlanma biçimi şeklinde ya hep ya hiç olarak değerlendirmek hata olacaktır. Nitekim bu şekilde kategorik olarak işaretlendiğinde ölçeğin birinci bölümünde işaretlenen alt boyutlar (bağlanma biçemleri) ile tutarlılık sadece % 55 oranında gözlenmiştir. Alt boyutlar güvenli ve güvensiz bağlanma /kaygılı/ikircikli ve kaçıngan bağlanma topluca ele alınıp güvensiz bağlanma olarak değerlendirildiğinde, hem birinci ve ikinci bölüm arasındaki tutarlık artmış (% 82) hem de diğer değişkenlerle daha çok sayıda ve daha güçlü ilişkiler ortaya konmuştur. Ölçeğin ikinci bölümde yapılacak değerlendirmelerde özellikle karşılaştırmalarda, puan ortalamalarının kullanımının daha uygun olacağı düşünülmüştür.

III.3. Uygulama

Bu çalışmanın yapılabilmesi için gerekli izin Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan alınmıştır. Üç grubun her bir üyesi çalışma hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilmiş, ardından çalışmaya katılmayı kabul eden ve bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan olgular ve bireyler çalışmaya alınmıştır. İki uçlu olguların çocukları ebeveynleri aracılığıyla bu çalışmaya davet edilmişlerdir. Bu çalışmanın tüm uygulamaları Dr. Filiz Kökçü tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu noktada çalışmayı reddeden birey bulunmamaktadır. İki uçlu olguların sağlıklı çocukları arasında ise 4 kişiye uzak mesafelerde olduklarından dolayı ulaşılamamıştır.

Tanı görüşmeleri SCID-I, II ve NP ile yapılmıştır. Bunun ardından iki uçlu olgularda SCIP-TURK'te yer alan hastalıkla ilgili bilgileri almaya yönelik açık bir görüşme yapılmıştır. Net olarak belirlenemeyen noktalarda hasta yakınının da bilgisine başvurulmuştur. Daha sonra hem hastalardan hem de sağlıklı bireylerden TEMPS-A Mizaç Ölçeği ile Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği'ni yönergeler doğrultusunda doldurmaları istenmiştir. Söz konusu yönergeler emin olmadıkları durumu hayır diye yanıtlamaları, yanıtlamalar sırasında tüm yaşamlarını göz önünde bulundurmalarıdır.

III.4. İstatiksel Analiz

Sayısal değişkenlerin karşılaştırılması T test (SS/ortalama< 0.3 olduğundan) ile, sınıfsal değişkenlerin karşılaştırılması ki-kare testi ile yapılmıştır. Bağıntı çözümlemesi için Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık p< 0.05 olup tüm testler iki uçludur. Bağlanma biçimini öngördüğü varsayılan klinik değişkenlere (p< 0.05) regresyon analizi (forward) uygulanmıştır.

IV. BULGULAR

IV.1. Örneklem

İki uçlu hasta grubunun, 28'i (% 63.6) kadın, 16'sı (% 36.4) erkek, toplam 44 olgunun yaş ortalaması 40.7±13.4'tür. Olguların % 82.4'ü evli olup eğitim yılı ortalamaları 8.7±2.3 olarak hesaplanmıştır. Hastalığın başlangıç yaşı ortalaması 23.2±6.1, ortalama hastalık süresi 18.7±3.5, ortalama epizod sayısı 6.8±3.3 bulunmuştur. Olguların %18.2'si en az bir kez özkıyım girişiminde bulunmuş, % 68.2'si en az bir kez hastaneye yatmıştır.

İki uçlu hastaların çocukları, hasta olmayan çocuklardır. 22 (% 62.8) kadın ve 13 (% 37.2) erkek toplam 35 olgunun, yaş ortalaması 25.4±8.5, eğitim yılı ortalaması 12±2.7, % 74.8'i bekardır.

Sağlıklı kontrol grubu hem iki uçlu olgular hem de çocukları ile yaş ve cinsiyet yönünden benzer olup 84 kişidir.

Tablo-1: İUB (iki uçlu bozukluk tanılı olgular), İUBÇ (iki uçlu bozukluk tanılı olguların çocukları) ve sağlıklı kontrol grubunun (SK) sosyodemografik özellikleri

	İUB (s= 44)	İUBÇ (s= 35)	SK (s= 84)
Cinsiyet (kadın/erkek)	28/16	22/13	50/34
Yaş	40.7±13.4	25.4±8.5	35.2±8.7
Eğitim yılı	8.7±2.3	12±2.7	9.6±3.7
Medeni durum (evli/diğer)	37/7	9/26	60/24

IV.2. Bağlanma Biçiminin karşılaştırılması

İki uçlu olgular ile sağlıklı kontroller arasında

İki uçlu bozukluk grubunda 13 olgu (% 29.5) güvenli bağlanmıştır. Güvensiz bağlanan 31 olgunun (% 70.5), 16'sı (% 36.4) kaçıngan, 15'i (% 34.1) kaygılı/ikircikli bağlanma biçimine sahiptir. Sağlıklı kontrol grubunda güvenli, kaçıngan ve kaygılı/ikircikli bağlanma biçimleri sırasıyla 69 (% 82.1), 7 (% 8.4), 8 (% 9.5) olarak hesaplanmıştır. İki uçlu olgu grubunda güvensiz bağlanma sağlıklı bireylerinkinden daha sıktır (x^2= 19.306, sd= 1, p< 0.001) (Tablo-2a).

İki uçlu bozukluk tanılı olguların kaçıngan bağlanma puanları ortalaması sağlıklı bireylerinkinden yüksek bulunmuştur (t= 3.2, sd= 68, p= 0.004) (Tablo-2b). Her iki grubun kaygılı/ikircikli bağlanma puanları arasında fark bulunmazken, iki uçlu bozukluk tanılı olguların güvenli bağlanma puanları ortalaması sağlıklı bireylerinkinden düşüktür (t=1.7, sd= 102, p= 0.054).

İki uçlu olgular ile çocukları arasında

İki uçlu olguların çocuklarında güvenli, kaçıngan ve kaygılı/ikircikli bağlanma sırasıyla 7 (% 20), 8 (% 22.8) ve 20 (% 57.2) oranlarındadır. İki uçlu olguların çocuklarında güvensiz bağlanma hasta ebeveynleri ile benzer oranlardadır (x^2= 0.978, sd= 1, p= 0.056).

İki uçlu olguların çocuklarının kaygılı/ikircikli bağlanma puanları hasta ebeveynlerininkinden yüksektir (t= 3.1, sd= 79, p=0.008) (Tablo-2b). Güvenli ve kaçıngan bağlanma puanları karşılaştırıldığında iki grup arasında fark bulunmamaktadır.

İki uçlu olguların çocukları ile sağlıklı kontroller arasında

İki uçlu olguların çocuklarında güvensiz bağlanma sağlıklı bireylerdekinden sıktır (x^2= 9.665, sd= 1, p< 0.001) (Tablo-2a).

İki uçlu olguların çocuklarının kaçıngan ve kaygılı/ikircikli bağlanma puanları sağlıklı kontrollerden yüksektir (t= 2.4, sd= 82, p=0.03 ve t= 3.1, sd= 78, p=0.005) (Tablo-2b). Güvenli bağlanma puanları ile iki uçlu olguların çocukları ve sağlıklı bireyler arasında benzer bulunmuştur.

Tablo-2a: Bağlanma Biçimleri

	İUB		İUBÇ		SK	
	s	%	s	%	s	%
Güvenli bağlanma	13	29.5	7	20	69	82.1
Kaçıngan bağlanma	16	36.4	8	22.8	7	8.4
Kaygılı/ikircikli bağlanma	15	34.1	20	57.2	8	9.5

Tablo-2b: Bağlanma Biçimi puanları

	İUB	İUBÇ	SK
	Ort./SS	Ort./SS	Ort./SS
Güvenli bağlanma	3.6±1.1	2.7±0.9	4.5±1.2
Kaçıngan bağlanma	4.6±1.3	3.7±0.9	2.8±0.8
Kaygılı/ikircikli bağlanma	3.6±1.1	4.6±1.2	3.2±0.9

IV.3. Bağlanma Biçimi ile Mizaç İlişkisi

İki uçlu olgularda:

Kaçıngan bağlanma puanları ile depresif, siklotimik, sinirli ve endişeli mizaç puanları arasında düz (sırasıyla p= 0.011, r= 0.481; 0.044, 0.327; 0.027, 0.45 ve 0.018, 0.448), hipertimik mizaç puanları arasında ise ters (p= 0.008, r= -0.623) bir ilişki saptanmıştır.

Başka bir açıdan güvensiz bağlanan olguların depresif, siklotimik, sinirli ve endişeli mizaç puanları güvenli bağlanan olgularınkinden daha yüksektir (sırasıyla t= 2.8, sd= 83, p= 0.015 ; 1.2, 91, 0.042; 2.1, 87, 0.037 ve 2.1, 85, 0.028).

İki uçlu olguların çocuklarında

Kaygılı/ikircikli bağlanma puanları ile siklotimik ve sinirli mizaç puanları arasında düz (p=0.003, r= 0.582 ve 0.001, 0.64), hipertimik mizaç puanları arasında ise ters (p= 0.049, r= 0.386) bir ilişki saptanmıştır.

Kaçıngan bağlanma puanları ile depresif ve endişeli mizaç puanları arasında da düz (p= 0.042, r= 0.364 ve p= 0.052, 0.301) bir ilişki gösterilmiştir.

Başka bir açıdan güvensiz bağlanan grubun depresif, siklotimik, sinirli ve endişeli mizaç puanları güvenli bağlanan gruptan yüksektir (sırasıyla t= 3.2, sd= 77, p= 0.009; 3.9, 72, 0.001; 3.9, 72, 0.001, ve 3.9, 73, 0.002).

Sağlıklı bireylerde

Üç tip bağlanma puanları ile herhangi bir mizaç tipinin puanları arasında bir ilişki gösterilmemiştir. Bağlanma tiplerinin puanları göz önüne alınarak yapılan sınıflamada da (EBBÖ 2), kişilerin EBBÖ'nün birinci bölümünde kendilerini her üç bağlanma tipinden biri ile tanımlamaları halindeki sınıflama da mizaç tiplerinin puanları arasında bir fark bulunmamıştır. Ancak bağlanma tiplerinin puanları göz önüne alınarak yapılan sınıflamada kaçıngan ve kaygılı/ikircikli bağlanma tipleri bir arada ''güvensiz'' bağlanma olarak sınıflandırılıp, daha sonra değerlendirmeye tutulduğunda güvensiz bağlanan bireylerin siklotimik mizaç puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (t= 3.1, sd= 78, p= 0.03).

Tablo-3: Mizaç puanları

	İUB	İUBÇ	SK
Depresif mizaç	14.6±2.2	12.5±2.9	8.2±1.4
Siklotimik mizaç	17.3±2.1	18.4±2.3	16.8±1.5
Hipertimik mizaç	18.4±1.9	17.6±1.8	18.2±1.3
Sinirli mizaç	20.2±2.2	22.5±3.4	16.8±2.5
Endişeli mizaç	21.5±2.3	19.7±2.3	18.3±3.1

IV.4. Bağlanma Biçimi ile Klinik Özelliklerin İlişkisi

İki uçlu olgularda

İki uçlu bozukluk tip 2'de güvensiz bağlanma, iki uçlu bozukluk tip 1'de olduğundan daha sıktır (x^2= 10.821, p= 0.025). 36 iki uçlu tip 1 olguda güvenli ve güvensiz bağlanma oranları 29 (% 80.5) ve 7 (% 19.4) iken, 8 iki uçlu tip 2 olguda bu oranlar 3 (% 37.5) ve 5 (% 62.5) şeklindedir.

Öyküde fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ve premenstrüel sendrom güvensiz bağlanan olgular arasında daha sıktır (sırasıyla x^2= 11.254, sd= 1, p= 0.02; 10.862, 1, 0.025, ve 14.825, 1, 0.008) (Tablo-4a). Güvensiz bağlanan olgular arasında ağır şiddette epizot

geçirenler daha fazladır (x^2= 9.456, sd= 2, p= 0.028). Güvensiz bağlanan bu grupta postpartum başlangıç ve mevsimsel gidiş, depresyon-mani-iyilik (DMİ) şeklindeki gidiş örüntüsü ve ani başlangıç ve bitiş şeklindeki dönem örüntüsü daha sık bulunmuştur (sırasıyla x^2= 1532, sd= 1, p= 0.052; 7562, 1, 0.029; 7685, 7, 0.039 ve 7430, 1, 0.039). Yine güvensiz bağlanan olguların hastaneye yatış sayısı daha yüksektir (t= 2.7, sd= 8, p=0.039). Alkol ve madde kullanımı bu grupta daha sıktır (x^2= 8125, sd= 1, p=0.034 ve 1248, 1, p= 0.051). Güvensiz bağlanan olgularda şizoid, histriyonik, sınır ve antisosyal ve obsesif kompulsif kişilik bozuklukları daha sık izlenmiştir (sırasıyla x^2= 1642, sd= 1, p= 0.051; 1642, 1, 0.051; 13.474, 1, 0.001; 1642, 1, 0.051 ve 1642, 1, 0.051) (Tablo-5). Güvensiz bağlanan olgular arasında düşük sosyal işlevsellik daha sıktır (x^2= 14.520, sd= 3, p=0.007).

Güvenli ya da güvensiz bağlanan olgular arasında ilk epizod tipi, psikotik bulgulu epizod yaşama, özkıyım girişimi, hızlı döngülülük ve kayma, kronisite ve epizodlar arası düzelme, epizod ve hastalık süresi, hastalığın ve tedavinin başlangıç yaşı ve akademik işlevsellik yönünden fark bulunmamıştır.

Tablo-4a: Bağlanma biçimi ve klinik özellikler arasında (iki uçlu bozukluklu olgularda)

	İUB-Güvenli bağlananlar (s= 13)	İUB-Güvensiz bağlananlar (s= 31)	İstatistiksel analiz x^2/t	sd	p
Hastalığın başlangıç yaşı	21.2	20.6	0.7	45	0.821
Hastalık süresi	18.6	19.3	0.5	42	0.714
Tedaviye başlama yaşı	22.7	24.5	0.6	38	0.682
Hastaneye yatış sayısı	3.9	5.2	0.9	35	0.728
Epizod süresi	2.8	3.2	0.9	42	0.243
Epizod sayısı	6.2	5.8	0.6	40	0.618
Fiziksel kötüye kullanım	1	7	11.254	1	0.02
Cinsel kötüye kullanım	1	5	10.862	1	0.025
Akademik işlevsellik	Orta (2)	Orta (2)	1.123	3	0.234
Sosyal işlevsellik	İyi (3)	Orta (2)	14.520	3	0.007
Premenstrüel sendrom	3	17	14.825	1	0.008

İlk epizod tipi	mani	5	10	2.234	1	0.123
	depresyon	6	16	3.278	1	0.092
	karma	2	9	3.941	1	0.075
	hipomani					
Epizod şiddeti	hafif	4	4			
	orta	6	8			
	şiddetli	3	10	9.456	2	0.028
Postpartum başlangıç		1	4	6.356	1	0.052
Mevsimsellik		1	5	7.562	1	0.029
Depresyon alt tipi	katatonik					
	melankolik	2	7	3.876	1	0.069
	atipik	4	12	4.235	1	0.055
Psikotik özellik		5	10	2.189	1	0.061
Özkıyım		3	9	4.310	1	0.052
Egemen gidiş örüntüsü	DİM					
	DMİ	4	11	7.685	7	0.039
	MİD					
	MDİ	4	6			
	MDMD					
	UPD					
	UPM					
	tutarsız	5	14	1.318		0.435
Ani başlangıç ve bitiş		4	11	7.430	1	0.039
Hızlı döngülülük		3	6	6.675	1	0.052
Manik kayma		1				
Sigara kullanımı		7	12	6.650	1	0.051
Alkol kullanımı		5	14	8.125	1	0.034

İki uçlu olguların çocuklarında

İki uçlu olguların çocukları arasında güvensiz bağlananların ebeveynlerinde premenstrüel sendrom (x^2= 5.132, sd= 1, p= 0.025), postpartum başlangıç (x^2= 7.133, sd= 1, p= 0.037), atipik depresyon alt tipi (x^2= 6.582, sd= 1, p= 0.042), psikotik bulgu (x^2=7.413,

sd= 1, p= 0.045), özkıyım (x^2= 4.918, sd= 1, p= 0.05), hastaneye yatış (x^2= 13.979, sd= 1, p= 0.003), hızlı döngülülük (x^2= 14.132, sd= 1, p=0.001), DMİ şeklindeki gidiş örüntüsü ve ani başlangıç ve bitişler (x^2= 7.248, sd= 7, p= 0.045 ve x^2= 8.142, sd= 1, p= 0.035), düşük akademik ve sosyal işlevsellik (x^2= 4.334, sd= 3, p= 0.042 ve x^2= 13.232, sd= 3, p= 0.005) ve sınır kişilik bozukluğu (x^2= 10.253, sd= 1, p= 0.01) güvenli bağlananların ebeveynlerindekinden daha sık, depresif epizodların sayısı (t= 3.4, sd= 33, p= 0.005) daha yüksek bulunmuştur (Tablo-4b).

Tablo-4b: Bağlanma biçimi ve klinik özellikler arasında (iki uçlu olguların çocuklarında)

		İUBÇ-Güvenli bağlananlar (s= 7)	İUBÇ-Güvensiz bağlananlar (s= 28)	İstatiksel Analiz x^2/ t	sd	p
Hastalığın başlangıç yaşı		20.8±3.4	22.2±2.8	1.2	43	0.231
Hastalık süresi		18.6±3.2	19.3±2.3	0.8	23	0.814
Tedaviye başlama yaşı		22.8±1.8	23.5±2.5	0.8	52	0.782
Hastaneye yatış sayısı		3.5±2.4	4.2±3.1	1.1	17	0.428
Epizod süresi		2.7±2.1	3.5±2.2	1.1	21	0.243
Epizod sayısı		6.4±3.2	5.2±2.8	0.9	25	0.618
Fiziksel kötüye kullanım		1	5	0.721	1	0.610
Cinsel kötüye kullanım		2	6	0.634	1	0.723
Akademik işlevsellik		Orta (2)	Düşük (1)	4.334	3	0.042
Sosyal işlevsellik		İyi (3)	Orta (2)	13.232	3	0.005
Premenstrüel sendrom		2	13	5.132	1	0.025
İlk epizod tipi	mani	5	16	1.615	1	0.123
	depresyon	1	8	3.854	1	0.092
	karma	1	4	4.125	1	0.075
	hipomani					
Epizod	hafif	2	8	0.925	2	0.822

şiddeti	orta	3	10			
	şiddetli	2	10			
Postpartum başlangıç		1	4	7.133	1	0.037
Mevsimsellik		1	5	3.872	1	0.058
Depresyon alt tipi	katatonik					
	melankolik	1	6	2.673	1	0.069
	atipik	2	13	6.582	1	0.042
Psikotik özellik		3	12	7.413	1	0.045
Özkıyım		3	10	4.918	1	0.05
Egemen gidiş örüntüsü	DİM					
	DMİ	1	11	7.248	7	0.045
	MİD					
	MDİ	3	7	1.942		0.346
	MDMD					
	UPD					
	UPM					
	tutarsız	3	2	0.672		0.565
Ani başlangıç ve bitiş		2	14	8.142	1	0.035
Hızlı döngülülük		1	6	14.132	1	0.01
Manik kayma			1			
Sigara kullanımı		3	15	5.837	1	0.051
Alkol kullanımı		2	14	5.349	1	0.054

Yapılan regresyon analizinin sonuçlarına göre iki uçlu bozuklukta sınır kişilik bozukluğu güvensiz bağlanma olasılığını 33.2 oranında arttırmaktadır (OR: 33.2 CI % 95 3.9-280.9) (Tablo-4c). Diğer yordayıcı değişkenler arsında ağır şiddette epizotların varlığı ve depresif mizaç yer almaktadır. Yine yapılan regresyon analizinin sonuçlarına göre iki uçlu olguların çocuklarında, iki uçlu ebeveynin kaçıngan ve kaygılı/ikircikli bağlanma biçimi güvensiz bağlanma olasılığını 10.2 ve 7.5 oranında arttırmaktadır (OR: 10.2 CI % 95 3.6-28.7, OR: 7.5 CI % 95 1.2-47.5) (Tablo-4d). Diğer yordayıcı değişkenler depresif epizod sayısı, sinirli mizaç, sosyal işlevsellik ve DMİ gidiş örüntüsüdür.

Tablo-4c: İUB'ta güvensiz bağlanmanın yordayıcıları

	OR	CI % 95
Sınır kişilik bozukluğu	33.2	3.9-280.9
Ağır şiddette epizod	3.2	1.7-6.03
Depresif mizaç	2.2	1.01-5.11

Tablo-4d: İUBÇ'da güvensiz bağlanmanın yordayıcıları

	OR	CI % 95
Kaçıngan bağlanma	10.2	3.6-28.7
Kaygılı/ikircikli bağlanma	7.5	1.2-47.5
Depresif epizod sayısı	2.7	1.5-5.83
Sinirli mizaç	2.1	1.8-4.62
Sosyal işlevsellik	1.5	2.01-3.62
DMİ gidiş örüntüsü	1.4	1.7-4.5

Tablo-5: Bağlanma biçimi ile İUB kişilik bozukluğu karşılaştırılması

	Güvenli (s:13)	Güvensiz (s:31)
Çekingen KB	-	-
Bağımlı KB	-	-
Obsesif kompulsif KB	-	1
Histriyonik KB	-	1
Narsistik KB	-	-
Sınır KB	-	10
Antisosyal KB	-	1
Paranoid KB	1	-
Şizoid KB	-	1
ŞİzotipaI KB	-	-

IV.5. Bağlanma Biçimi ile Sosyodemografik Özelliklerin ilişkisi

Cinsiyet, çalışma durumu, sosyoekonomik düzey ve sosyal desteğe sahip olmama; güvenli ya da güvensiz bağlanmalar arasında fark göstermemektedir. Diğer taraftan güvensiz bağlanan olgular arasında evli olmayanların sayısı daha fazladır (x^2= 9.358, sd= 3, p= 0.036). Yine güvensiz bağlanan olguların daha çok sayıda çocuklar vardır (t= 2.8, sd= 42, p= 0.032).

V. TARTIŞMA

Bu çalışma iki uçlu olguların erişkin çocuklarında bağlanmayı özgün bir ölçümle inceleyen ilk çalışmadır. En önemli bulgular özellikle iki uçlu hastalığın klinik özelliklerinin, bu hastaların çocuklarının bağlanma biçimleri üzerine etkisi ile ilgili olanlardır ki dizinde ilk kez yer alacaktır. Yine ilk kez bağlanma ve mizaç ilişkisine özgün ölçümlerle hem hasta, hem de sağlıklı bireyler de incelenmektedir.

İki Uçlu Bozuklukta Bağlanma

İki uçlu olgular pek çok yönden sağlıklı bireylerden ve diğer psikiyatrik rahatsızlığı olan olgulardan ayrılırlar. Sorunlu aile içi ve kişilerarası ilişkiler ve hastalığın yinelemeler nedeniyle sıkı bir terapötik işbirliğini gerektirmesi bu farkların başında gelir. Her iki durumda bu kişilerin gerek içsel tasarımları gerekse kişilerarası ilişkileri bağlanma biçimleri tarafından etkilenmektedir (Joyce 1984 ve Miklowitz ve ark. 2005). Bağlanma biçimleri öfke ve özeleştirinin, yüklü yaşam olaylarının, çocukluk çağı ihmal ve kötüye kullanımlarının izlerini taşır ki tümü depresyon etiyolojisinde önemlidir (Gilbert ve ark. 2007). Güvensiz bağlanma biçiminin tek uçlu depresyonun yeni dönemlerinin başlangıcına yatkınlıkla ilişkili olduğu ileriye dönük olarak gösterilmiştir (Bifulco ve ark. 2006). İki uçlu bozuklukta bağlanma ile ilgili üç çalışmadan ikincisi, iyilik ve depresyon dönemlerinde iki uçlu olguların sağlıklı kontrollerden daha bağımlı olmadıklarını söylerken (Gilbert ve ark. 2007), ilkinde zayıf ebeveyn ilişkisi, yinelemeler ve zayıf tedavi uyumu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Joyce 1984). Bu iki çalışmada da bağlanma biçimi özgün olarak değerlendirilmemiştir. Çok yakın tarihli olan son çalışmada Morriss ve arkadaşları (2009) iyilik, depresif ve manik dönemdeki iki uçlu olgularda, Bartholomew ve Horowitz Relation Questionnaire (İlişki Anketi) (1991) ile saptadıkları bağlanma biçimlerini sağlıklı bireylerle karşılaştırmışlar ve anksiyöz bağlanma biçimi puanlarını duygudurumdan bağımsız olarak iki

uçlu olgularda sağlıklı kontrollerden yüksek bulmuşlardır. Buradaki anksiyöz bağlanma biçimi kaygılı ve sosyal kaçıngan bir bağlanma biçimine karşılık gelmektedir. Öte yandan diğer bağlanma biçimleri dönemler arasında kararlılık göstermemektedir. Bu durum daha önce de ileri sürülen ‘’bağlanma biçiminin duygudurumdan etkileneceği’’ savını (Rosenfarb ve ark. 1998, Paykel ve ark. 2006) doğrulamaktadır. Öyle ki kişinin o sıradaki duygudurumu bağlanma biçimini değerlendirmesinde etkilidir ki yöntemsel bir sorun yaratır. Ek olarak benlik saygısı ve benzeri, duygudurumla ilişkili değişkenler, kişinin yakın ilişkilerini nesnel olarak değerlendirmesini engelleyecektir.

Bu çalışmada iki uçlu olgularda güvensiz bağlanma sağlıklı bireylerden daha sık, kaçıngan bağlanma biçimi puanları sağlıklı bireylerinkinden daha yüksektir. Morriss ve arkadaşlarının iyilik dönemindeki 11 olgudan aldıkları sonuçlarla uyumludur (2009). Gilbert ve arkadaşlarının (1995), ötimik dönemdeki olguların sağlıklı kontrollerden daha bağımlı olmadıkları yönündeki bulgusuyla çelişir gibi görünse de buradaki bağımlılığın bağlanma ile ne kadar örtüştüğü net değildir.

Yukarıda tartışılana benzer bir sorun çocuklukta güvenli bağlanmanın, daha sonra ciddi yaşam olayları ve duygudurum bozuklukları ile bozulabileceğidir (Klonken ve Bera 1998). Bu nedenle çocuklukta ve erişkinlikte ayrı ayrı değerlendirilmesi gerektiğini ileri sürenler de vardır (Main ve ark. 1985). Konunun kuramcılarına göre ise yaşamın erken dönemlerinde bakımverenle olan ilişkiyi yansıtan ve kendiliğin ve diğerlerinin tasarımlarını ruhsal yapıda barındıran bağlanma biçimi görece olarak aynı kalır. (Ainsworth 1989, Sund ve Wincstrom 2002). ‘Kişi başka bir kişi ile yakın bir ilişki kuruyor mu? Bu ilişkide destekleyici ve koruyucu özellikler taşıyor mu?’’ Bu iki soru her dönemde sorulabilir ve yanıtı ömür boyu yakın ilişkilerde gözlemlenebilir denmektedir. Kaldı ki bu çalışmanın varsayımı güvensiz bağlanmanın iki uçlu duygudurum bozukluğuna bir yatkınlık sağlamaktan öte birlikte bulunduğu ve hastalığın klinik özellikleri ile etkileşimde olduğudur.

İki uçlu bozuklukta % 30’lara varan kişilik bozuklukları eştanısı (Garno ve ark. 2005), güvensiz bağlanma ile yakından ilişkilidir (Critchfield ve ark. 1994). Kişilik bozukluğu tanısı çalışmadaki olgular arasında % 34 oranında bulunmaktadır. Tüm kişilik bozukluklarının % 66.6’sını oluşturan sınır kişilik bozukluğu güvensiz bağlanma olasılığını 33 kat sıklıkla yordamaktadır. Güvensiz bağlan olgular arasında daha sık bulunan fiziksel ve cinsel kötüye kullanım öyküsünün yordayıcılığı bunun içinde kapsanmıştır. İkinci önemli yordayıcı olan ‘’ağır şiddette dönemlerin yaşanması’’ bu çalışmada güvensiz bağlanan olgular arasında daha

sıkken Morriss ve arkadaşları böyle bir ilişki bildirmemişlerdir. Şöyle bir soru akla gelebilir: Güvensiz bağlanan olgular tedavi uyumları bozuk olduğu (Joyce 1984) için mi daha şiddeti dönemler yaşıyorlar? Olmasa gerek. Şöyle ki güvensiz bağlanmanın yardım arama davranışı ile olumsuz bir ilişkisi vardır (Ciechanowski ve ark. 2001). Böyle olguların çalışmalara katılmayı kolay kolay kabul etmeyeceğini düşünebiliriz. Buradaki olguların tümü çalışmaya katılmayı kabul ettikleri gibi kontrollerine düzenli gidip gelen ve ilaçlarını düzenli kullanan olgulardır.

İki Uçlu Olguların Çocuklarında Bağlanma

İki uçlu olguların pek çok yönden sağlıklı bireylerden ve diğer psikiyatrik rahatsızlığı olan olgulardan ayrıldığı gibi; ebeveynlerinin yineleyen hastalık dönemleri ve bunun dışında kalan zamanlarda da artık belirtilerle bozulan psikosoyal işlevsellikleri ile iki uçlu olguların çocukları da diğer çocuklardan ayrılırlar. Bu çalışmanın sonuçlarına göre ebeveynin sosyal işlevselliği çocuğun güvensiz bağlanmasını en güçlü öngören değişkenlerden biridir. Akut dönemlerde bakımları ve olumsuz etkilerden korunmaları, bunun dışında ebeveynleri ile ilişkileri önemlidir. Fakat akut dönemlerde gözden en çok kaçanlar çocuklardır (Vahip ve Kocadere 2003). Uygun ve yerinde açıklamalar olmadığında, bazen olduğu halde de, ebeveyn ya da kendileriyle ilgili çarpık algılar ve duygular geliştirebilirler. Diğer zamanlarda suçluluk ve yetersizlik duyguları, özellikle iyi ebeveyn olmadıkları duygusu, sınır koyamama, tahammülsüzlük ve alınganlıklar ebeveyn ile çocuğun ilişkisini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca ne zaman hastalık belirtileri, ne zaman hasta olmaktan dolayı ortaya çıkan psikolojik ögeler oldukları çok net olmayabilmektedir. Bu şartlarda güvenli bağlanma zordur. Eğer hastalık çocuğun doğumundan önce de varsa daha da zordur. Nitekim doğum sonrası dönem ise yinelemeler yönden oldukça riskli olma özelliği göstermektedir (Çakır ve ark. 2009). Doğum sonrası ya da yaşamının erken evrelerinde annenin hastalık belirtilerinin zaten olumsuzluklara duyarlı süt çocuğuna getirdiği ek yük önemli olacaktır. Bağlanma kuramcılarına göre süt çocukluğu döneminde güvenli ya da güvensiz olarak bir kez belirlendikten sonra çok az değişkenlik gösterir (Hamilton 2000). Burada iki uçlu olgular arasında doğum sonrası başlayan sadece 5 olgu mevcuttur, bu olguların çocukları arasında güvenli bağlanma biçimine rastlanmamıştır.

İki uçlu olguların çocukları arasında güvensiz bağlananların ebeveynlerinde premenstrüel sendrom, postpartum başlangıç, atipik depresyon alt tipi, psikotik bulgu, özkıyım, hastaneye yatış, hızlı döngülülük, DMİ şeklindeki gidiş örüntüsü ve ani başlangıç ve

bitişler, düşük akademik işlevsellik ve sınır kişilik bozukluğu güvenli bağlananların ebeveynlerindekinden daha sık, depresif dönemlerin sayısı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan regresyon analizinin sonuçlarına göre iki uçlu olguların çocuklarında, iki uçlu ebeveynin kaçıngan ve kaygılı/ikircikli bağlanma biçimi güvensiz bağlanma olasılığını 10.2 (3.6-28.7) ve 7.5 (1.2-47.5) oranında arttırmaktadır. Diğer yordayıcı değişkenler depresif epizod sayısı, sinirli mizaç, sosyal işlevsellik ve DMİ gidiş örüntüsüdür.

Bunlar arasında premenstrüel sendromun varlığı postpartum depresyon riskini artırıyor oluşu ile açıklanabilir (Ohara ve ark. 1991). Psikotik bulgu, özkıyım ve hastaneye yatışlar ile akut dönemlerde çocuğun hayatında ortaya çıkmış olan olumsuzluklarla paralellik kurulabilir. Hızlı döngülülük ve ani başlangıç ve bitişler ebeveyn çocuk ilişkisindeki anılığı, sürekliliği ve tutarlılığı daha olumsuz etkileyen özellikler gibi yorumlanabilir. DMİ şeklindeki gidiş örüntüsü ve depresif dönemlerin fazla oluşu depresyona ağırlıklı bir vurgu yapmış gibi düşünülmüştür. Hatırlayacak olursak iki uçlu bozukluk tip 2'deki güvensiz bağlanma sıklığı tip 1'den fazladır. Morriss ve arkadaşlarının çalışmasında da güvensiz bağlanma puanlarının en çok yükseldiği dönem depresif dönem olarak bildirilmiştir (2009). Nitekim regresyon analizinde de depresif dönemler güvensiz bağlanmayı yordayıcı klinik değişkenler arasında öne çıkmaktadır.

İki uçlu bozukluk tanısı yanında annenin güvensiz bağlanma biçiminin de doğum sonrası hastalık riskini arttırdığı gösterilmiştir (Bifulco ve ark. 2004, McMahon ve ark. 2005, Sabuncuoğlu ve Berkem 2006). Öte yandan anneleri güvensiz bağlanma biçimi gösteren çocukların, güvensiz bağlanma geliştirme riskinin diğer çocuklardan daha yüksek olduğunu biliyoruz (Miller ve ark. 1997). Bu çalışmada da gösterdiğimiz gibi iki uçlu olgularda güvensiz bağlanma sağlıklı bireylerde olduğundan daha sıktır.

Ve sürpriz olmayan bir şekilde, iki uçlu olguların çocuklarında da güvensiz bağlanma hasta ebeveynlerindeki ile benzer, sağlıklı kontrollerdekinden daha sık bulundu. Üstelik kaçıngan ve kaygılı/ikircikli bağlanma puanlarının sağlıklı kontrollerden yüksek olmasının yanında, çocuklarının kaygılı/ikircikli bağlanma puanları hasta ebeveynlerininkinden de yüksektir. Ve sürpriz olarak yorumlanabilecek şekilde, iki uçlu ebeveyn kaçıngan ve kaygılı/ikircikli bağlanma biçimini, yani güvensiz bağlanma biçimlerinin, çocuğun güvensiz bağlanma biçiminin en güçlü yordayıcıları olduğu görüldü. Yukarıdaki dizin desteği, 7 ve 10 katlık risk artışını açıklamak için yeterli değilse de, güvensiz bağlanma biçiminin ve duygudurum bozukluğunun birbirlerini karşılıklı ve çift

yönlü olarak olumsuz etkiledikleri yorumu yanlış olmayacaktır. Ve eğer çocuğun kendisi hastalıktan muzdarip değilse ki bu çalışmada sağlıklı çocuklar seçilip alınmıştır, ebeveynin bağlanma biçimin, çocuğun bağlama biçiminin en temel belirleyicisi olduğu ileri sürülebilir. Bugünkü bilgilerimiz bağlana biçiminin kalıtılabilirliğini sorgulamaktan uzaktır ve bu durum ebeveyn ve çocuk arasındaki etkileşimle, iki uçlu bozukluk belirtilerinin ve psikososyal işlevselliğinin bu etkileşime olumsuz etkileri ile açıklanacaktır. Ebeveynin hastalığının etkileri denebilir çünkü bu çocukların sağlıklı oluşları ile hastalığın direkt etkisinden arınmış olduklarını varsayılmıştır. Yüzde 10'luk ailesellik payı ve şimdiki yaşlarından sonra iki uçlu bozukluk geliştirme olasılıkları göz ardı edilebilir.

Bağlanma ve Mizaç ilişkisi

Mizaç da bağlanma ile benzer olarak yaşamın ilk yıllarından başlayarak varolan, görece aynı kalan ve kişinin davranış örüntülerini belirleyen bir oluşumdur. Bağlanma biçimi ile ortak olan bu özelliklere ek olarak doğuştan getirildiğine, kalıtsal olarak aktarılabildiğine ve yapısal ve biyolojik bir oluşum olduğuna inanılmaktadır (Kesebir ve ark. 2005). Kişinin bağlanma biçimi annenin bireysel özelliklerinden ve anne çocuk ilişkisinin doğasından olduğu kadar, çocuğun bireysel özelliklerinden de etkilenmektedir şüphesiz. Bu noktada annenin ve çocuğun mizacının, çocuğun bağlanma biçiminin belirleyicilerinden olduğu ileri sürülebilir.

Bu çalışmada iki uçlu olgularda, kaçıngan bağlanma puanları ile depresif, siklotimik, sinirli ve endişeli mizaç puanları arasında düz, hipertimik mizaç puanları arasında ise ters bir ilişki; iki uçlu olguların çocuklarında ise kaygılı/ikircikli bağlanma puanları ile siklotimik ve sinirli mizaç puanları arasında düz, hipertimik mizaç puanları arasında ise yine ters bir ilişki saptanmıştır. Çocukların kaçıngan mizaç puanlarıyla da depresif ve endişeli mizaç puanları arasında da düz bir ilişki gösterilmiştir. Aslında dikkatli bakıldığında olgularda da kaçıngan mizaç puanları ile depresif ve anksiyöz mizaç puanları arasındaki ilişki daha güçlü bir ilişkidir. Kaçıngan bağlanma depresif ve anksiyöz mizaç ile ki bunlar doğada çoğu zaman örtüşük bir şekilde bulunurlar (Vahip ve ark. 2005); kaygılı/ikircikli bağlanma ise sinirli mizaç ile ilişkili gibi durmaktadır.

Sağlıklı bireylerde üç tip bağlanma puanları ile herhangi bir mizaç tipinin puanları arasında bir ilişki gösterilmemiştir. Ancak güvensiz bağlanan bireylerin siklotimik mizaç puanların daha yüksek olduğu görülmüştür. Kişinin duygudurum mizacındaki salınımlar güvenli bağlanmayı tehdit eder mi sorusu akla gelmektedir. Bu salınımlar iki uçlu bozuklukta

olduğu gibi eşiği aştığı zaman güvensiz bağlanma ile birlikte daha sık bulunduğu gösterilmiştir fakat bu sorunun yanıtını bilmiyoruz.

Hatırlanacak olursa iki uçlu olgularda depresif mizaç, çocuklarında ise sinirli mizaç güvensiz bağlanmayı yorduyordu. Hipertimik mizaç ise hem iki uçlu olgularda hem çocuklarında, hem kaçıngan bağlanma ile hem de kaygılı/ikircikli bağlanma ile zıt bir pozisyonda durmaktadır ki güvensiz bağlanma için bir direnç sunar gibidir. Bu abartılı bir yorum sayılabilirse de aynı zamanda güçlü bir varsayımdır. Öyle ki Morriss ve arkadaşlarının çalışmasında sağlıklı bireylerdekine en yakın güvenli bağlanma profili manik dönemdeki hastalardan elde edilmiştir. Yine bilindiği üzere kolay mizaç, pozitif emosyonalite ve benlik saygısı ile güvenli bağlanma arasında gösterilmiş ilişkiler vardır (Rutter 1989, Mangelsdorf ve Fosche 1999). Hipertimik mizaçlı çocuğa annenin bağlanması da daha kolay olacaktır diye de düşünülebilir.

VI. SONUÇLAR

1.‘’İki uçlu olgularda ve çocuklarında güvensiz bağlanmanın sağlıklı bireylerden daha sık bulunacağı’’ öngörülmüştür. Çalışmada iki uçlu olgularda güvensiz bağlanmanın sağlıklı bireylerde olduğundan daha sık olduğu bulundu. İki uçlu olguların çocuklarında da güvensiz bağlanma hasta ebeveynlerindeki ile benzer, sağlıklı kontrollerdekinden daha sık bulundu. İki uçlu olguların kaçıngan ve kaygılı/ikircikli bağlanma puanlarının sağlıklı kontrollerden yüksek, çocuklarının kaygılı/ikircikli bağlanma puanlarının hasta ebeveynlerininkinden de yüksek olduğu gösterildi. Buradan yola çıkarak güvensiz bağlanma biçimi ve duygudurum bozukluklarının birbirini karşılıklı ve çift yönlü olarak olumsuz etkilediği yorumu yapıldı. İki uçlu olguların yineleyen hastalık dönemleri ve bunun dışında kalan zamanlarda da artık belirtilerle bozulan psikosoyal işlevselliklerinin çocukları ile olan ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. Öte yandan ebeveynin güvensiz bağlanma biçiminin çocuğun güvensiz bağlanma biçiminin en güçlü yordayıcısı olduğu bulgusu elde edildi.

2. ‘’İki uçlu olgular, onların sağlıklı çocukları ve diğer sağlıklı bireylerde bağlanma biçimi mizaç ile ilişkilidir’’ denmişti. İki uçlu olgularda depresif mizacın, çocuklarında ise sinirli mizacın güvensiz bağlanmayı yordadığı izlendi. Sağlıklı bireylerde ise güvensiz bağlanan bireylerin siklotimik mizaç puanlarının daha yüksek olduğu görüldü.

3. ‘’Hem iki uçlu olgular, hem de onların sağlıklı çocuklarında bağlanma biçimi, iki uçlu bozukluğun klinik özellikleri ve kişilik bozuklukları ile ilişkilidir’’ diye düşünülmüştü.

Nitekim fiziksel ve cinsel kötüye kullanım öyküsü, premenstrüel sendrom ve postpartum başlangıç, mevsimsel gidiş, depresyon mani iyilik şeklindeki gidiş örüntüsü, ani başlangıç ve bitişler, hızlı döngülülük, çok sayıda depresif epizod, ağır şiddette epizod, psikotik bulgulu epizod, düşük işlevsellik sınır kişilik bozukluğu, iki uçlu olguların ve çocuklarının bağlanma biçimleri ile ilişkili klinik özelliklerden en çarpıcı olanlarıdır.

Diğer taraftan varsayılmadığı şekilde ebeveynin güvensiz bağlanmasının, çocuğun bağlanma biçimini önemli ölçüde etkilediği belirlendi ki bu aktarılabilirlik önemsenmelidir. Koruyucu ruh sağlığı açısından da bakıldığında güvensiz bağlanmanın bu çalışmada gösterildiği gibi iki uçlu bozukluk ile ve dizinin işaret ettiği daha pek çok psikopatolojinin gelişimi ile ilişkili olduğu düşünülürse; olguların ve aslında tüm bireylerin çocuk sahibi olmayı planladıkları dönemde, gebelik döneminde ve çocuklarını yetiştirirken desteklenmeleri sağlıklı nesiller yetiştirmek açısından çok önemli gibi görülmektedir.

ÖZET

İki Uçlu Olgular ve Çocuklarında Bağlanma Biçimi'nin Mizaç ve Klinik Özellikler ile İlişkisi: Kontrollü bir çalışma

Amaç: Bu çalışmanın amacı birincil olarak iki uçlu olgularda ve çocuklarında bağlanma biçimlerini araştırmaktır. İkinci ve üçüncü olarak bağlanma biçimi ile mizaç arasında ve bağlanma biçimi ile hastalığın klinik değişkenleri ve kişilik bozuklukları arasında bir ilişki olup olmadığını incelemektir. Başka bir deyişle güvenli ve güvensiz bağlanma biçimi arasında mizaç ve iki uçlu bozukluğun klinik özellikleri yönünden benzerlikleri ve farklılıkları ortaya koymaktır.

Yöntem: Bu çalışmaya 44 iki uçlu bozukluk tanılı hasta ve 35 iki uçlu bozukluk tanılı olguların sağlıklı 16 yaşın üzerinde olan çocukları dahil edilmiştir. Hastalar ve çocukları ile aynı çevrede, yaş ve cinsiyet yönünden benzer 84 sağlıklı kontrol olgusu çalışmaya alınmıştır. Psikiyatri polikliniğinde izlenen hastalarda 16 yaşın üzerinde olmak ve iyilik döneminde (ötimi) olmak şartları aranmıştır. Tanı görüşmesi SCID I ve SCID II ile yapılmış, hasta bilgileri SCIP-TURK kullanılarak doldurulmuştur. Mizaç değerlendirilmesi TEMPS A mizaç ölçeği bağlanma değerlendirilmesi EBBÖ ölçeği kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular ve sonuçlar: İki uçlu olgularda güvensiz bağlanmanın sağlıklı bireylerde olduğundan daha sık olduğu bulunmuştur. İki uçlu olguların çocuklarında da güvensiz bağlanmanın hasta ebeveynlerindeki ile benzer, sağlıklı kontrollerdekinden daha sık olduğu bulunmuştur. İki uçlu olguların kaçıngan ve kaygılı/ikircikli bağlanma puanlarının sağlıklı kontrollerden yüksek, çocuklarının kaygılı/ikircikli bağlanma puanlarının hasta ebeveynlerininkinden de yüksek olduğu bulunmuştur.

İki uçlu olgularda, kaçıngan bağlanma puanları ile depresif, siklotimik, sinirli ve endişeli mizaç puanları arasında düz, hipertimik mizaç puanları arasında ise ters yönde bir ilişki saptanmıştır. İki uçlu olguların çocuklarında ise kaygılı/ikircikli bağlanma puanları ile siklotimik ve sinirli mizaç puanları arasında düz, hipertimik mizaç puanları arasında ise yine ters yönde bir ilişki saptanmıştır. İki uçlu olgularda depresif mizaç, çocuklarında ise sinirli mizaç güvensiz bağlanmayı yordamaktadır. Sağlıklı bireylerde güvensiz bağlanan bireylerin siklotimik mizaç puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır.

İki uçlu olguların çocukları arasında güvensiz bağlananların ebeveynlerinde premenstrüel sendrom, postpartum başlangıç, atipik depresyon alt tipi, psikotik bulgu, özkıyım, hastaneye yatış, hızlı döngülülük, DMİ şeklindeki gidiş örüntüsü ve ani başlangıç ve

bitişler, düşük akademik işlevsellik ve sınır kişilik bozukluğu güvenli bağlananların ebeveynlerindekinden daha sık, depresif dönemlerin sayısı daha yüksek bulunmuştur. İki uçlu olguların çocuklarında, iki uçlu ebeveynin kaçıngan ve kaygılı/ikircikli bağlanma biçimi güvensiz bağlanma olasılığını 10.2 (3.6-28.7) ve 7.5 (1.2-47.5) oranında arttırmaktadır. Diğer yordayıcı değişkenler depresif epizod sayısı, sinirli mizaç, sosyal işlevsellik ve DMİ gidiş örüntüsüdür.

Tartışma: Güvensiz bağlanma biçiminin ve duygudurum bozukluğunun birbirlerini karşılıklı ve çift yönlü olarak olumsuz etkiledikleri yorumu yapılmıştır.

Sağlıklı bireylerde güvensiz bağlananların siklotimik mizaç puanların daha yüksek olduğu görülmüştür. Kişinin duygudurum mizacındaki salınımlar güvenli bağlanmayı tehdit eder mi sorusu akla gelmektedir

İki uçlu olgularda depresif mizacın, çocuklarında ise sinirli mizacın güvensiz bağlanmayı yordadığı saptanmıştır. Hipertimik mizaç güvensiz bağlanma için bir direnç sunuyor mu varsayımı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: İki uçlu bozukluk, bağlanma, mizaç

SUMMARY

The Relationship of Bipolar Cases and Their Offspring's Attachment Styles With Temperament And Clinical Features: A controlled study

Objective: This study primarily aims to investigate the attachment styles of bipolar cases and their offsprings. Second and third aim is to examine the probability of relationship between temperament and attachment style, and relationship of attachment style with clinical variables of the disorder and personality disorders. In other words; our objective is to reveal similarities and differences between secure and insecure attachment styles in terms of similarities and differences of temperament and clinical features of bipolar disorder.

Methods: 44 patients with bipolar disorder and 35 healthy offsprings older than 16 years old have been recruited for this study. 84 healthy control subjects who are at the similar age, environment and sex with the patients and their offsprings have been also recruited. Patients observed at the psychiatry clinic were sought to be over 16 years old and at euthymic period. Diagnosis interview was made with SCID I and SCDI II, patient's information were filed by using SCIP-TURK. Temperaments were evaluated with TEMPS A and attachments were evaluated with EBBÖ

Finding and Results: It is found that bipolar cases have insecure attachments more frequent than healthy individuals. Also offsprings of bipolar cases – similar to their parents – have insecure attachments more frequent than the healthy control group. Avoidant and anxious/ambivalent attachment scores of bipolar cases were higher than the healthy control group and scores of the offsprings of bipolar cases were higher than their parents's scores.

In bipolar cases, scores of avoidant attachment have direct proportion with scores of depressive, cyclothymic, irritable and anxious temperament; inverse proportion with the scores of hyperthymic temperament. The offsprings of bipolar cases showed that scores of anxious/ambivalent attachment have direct proportion with scores of cyclothymic and irritable temperament; inverse proportion with the scores of hyperthymic temperament. Depressive temperament in bipolar cases and irritable temperament in their offsprings project insecure attachment. Insecure attachment have been observed amongst the healthy control group who scored higher cyclothymic temperament.

Premenstrual syndrome, beginning of postpartum, sub-type of atypical depression, psychotic finding, suicide, hospitalization, Depression – Manic- Maintenance pattern, rapid cycling course, sudden beginnings and endings, low intellectual functionality and border personality disorder have been observed more frequent amongst the offsprings of bipolar cases whose parents have insecure attachments than the parents who have secure attachments and also number of depression periods were higher. The insecure attachment risk is observed to be 10.2 (3.6 – 28.7) and 7.5 times higher in the offsprings of bipolar cases who demonstrate avoidant and anxious/ambivalent attachment style. Other leading variables are number of depressive episodes, irritable temperament, social functionality and Depression – Manic- Maintenance pattern.

Discussion: It is commentated that insecure attachment and mood disorder negatively affected each other mutually and in two ways.

Insecure attaching persons amongst healthy individuals were observed to have higher cyclothymic temperament scores. If an individual's variations of mood temperament threaten secure attachment is a raising question.

It is established that depressive temperament in bipolar cases and irritable temperament in their offsprings lead to insecure attachment. If hyperthymic temperament is a resistance for insecure attachment was thought as an assumption.

Keywords: Bipolar disorder, attachment, temperament

KAYNAKLAR:

Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, WALL S. (1978). Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Ainsworth MDS. (1989). Attachments beyond infancy. American Psychologist, 44, 709-716.

Akdemir A, Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliği – güvenirliği ve klinikte kullanımı. 3P Dergisi, 4: 251-259, 1996.

Atasoy Z, Ertürk D, Şener Ş. (1997). Altı ve on iki aylık bebeklerde bağlanma. Türk Psikiyatri Dergisi, 8(4):266-279.

Bartholomew K, Horowitz LM. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. Journal of Personality and Social Psychology. 61(2). 226-244.

Barnett D, Vondra JI (1999). Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. I. Atypical patterns of early attachment: theory, research and current directions. Monogr Soc Res Child Dev 64:1-24.

Belsky J. (2002). Developmental Origins of Attachment Styles. Attachment & Human Development, 4 (2), 166-170.

Bifulco A, Figueiredo B, Guedeney N ve ark. (2004). Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study. Br J Psychiatry Suppl, 46:31-37

Biller HB. (1993). Fathers and Families Paternal Factors in Child Development. London, Auburn House.

Bloom KC. (1995). The development of attachment behaviors in pregnant adolecents. Nurs Res, 44(5) : 284-289.

Boccio M, Laudenslager MN, Retie ML. (1994). Intrinsic and extrinsic factors affect infant responses to maternal separation. Psychiatry, 57: 43-50.

Bowlby J. (1969). Attachment and Loss. Vol. 1. Attachment. London, The Hogarth Press.

Bowlby J. (1973). Attachment and Loss: Separation, Anxiety and Anger. New York: Basic Books.

Bowlby J. (1979). The Making and Breaking of Affectional Bonds. London, Tavistock Publications Limited.

Bowlby J. (1986). The nature of the childes tie to his mother. Essential Papers On Object

Bowlby J. (1980). Attachment and Loss: Sadness and Depression, New York: Basic Books.

Bowlby J. (1982). Attachment (Second ed.). New York: Basic Books.

Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. (1998). Self report of measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), Attachment theory and close relationships (pp. 46-76). New York: Guilford.

Bretherton I, Munholland KA. (1999). Internal Working Models in Attachment Relationships. A Construct Revisited. In J. Cassidy, & P. R., Shaver, (Eds), Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications. (89-114). New York. The Guilford Pres

Calahan CA. (1995). Temperament of primary caregivers and development of literacy.Percept Mot Skills. 81(3 Pt 1):828-30.

Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE, Walker EA. (2001). The patient-provider relationship: Attachment theory and adherence to treatment in diabetes. American Journal of Psychiatry, 158(1), 29-35

Ciechanowski PS, Walker EA, Katon WJ, Russo JE. (2002). Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. Psychosom Med 64:660–7.

Ciechanowski PS, Sullivan M, Jensen M ve ark. (2003). The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. Pain, 104:627- 637

Chotai J, Jonasson M, Hagglöf B, Adolfsson R. (2005). Adolescent attachment styles and their relation to the temperament and character traits of personality in a general population. Eur Psychiatry. 20(3):251-9

Collins NL, Read SJ. (1990). Adult attachment, working models, and relationship

quality in dating couples. Journal of Personality and Social Psychology, 58, 644-
663.

Collins NL, Cooper LM, Albino A, Allard L. (2002). Psychosocial vulnerability from adolescence to adulthood: a prospective study of attachment style differences in relationship functioning and partner choice. J Pers;70:965–1008.

Collins NL ve Laurson (2003). Adolescents' Relationships With Parents Williams Journal of Languae and Social Psychology; 22: 58-65

Critchfield KL, Levy KN, Clarkin JF, Kernberg OE. (2008). The relational context of aggression in borderline personlity disorder: Using adult attachment style to predict forms of hostility. Journal of Clinical Psychology, 64(1), 67-82.

Çakır S, Bensusan R, Akça YZ, Yazıcı O. (2009). Does a psychoeducatioanal approach reach targeted patients with bipolar disorder? J Affect Disord.

Çeber TE, Pektaş İ, Dikici İ. (2002). İzmir ili Bornova ilçesinde doğum yapmış kadınların doğum sonrası depresyon durumları ve bu durumu etkileyen etmenlerin incelenmesi. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, s.858-861

Çetin FÇ, Gelişimsel Psikopatolojinin Temel Kavramları, Uslu Rİ, Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı, Ankara 2008, 141-142

Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E, (1999). DSM-IV Eksen I bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon. Ankara: Hekimler Yayın Birliği

Danacı AE, Dinç G, Deveci A ve ark. (2000). Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi, 11:204-211.

De Haas MA, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH. (1994). The Adult Attachment Interview and questionnaires for attachment style, temperament, and memories of parental behavior. J Genet Psychol. 155(4):471-86

Edelstein RS, Alexander KW, Shaver PR, Schaaf JM, Quas JA, Lovas GS, Goodsman GS. (2004). Adult attachment style and parental responsiveness during a stressful event. Attach Hum Dev. 6(1):31-52.

Eng W, Heimberg RG, Hart TA ve ark. (2001). Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. Emotion, 1:365-380

Erözkan A. (2004). Lise Öğrencilerinin Bağlanma Stilleri ve Yalnızlık Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 4, 155-175.

Findler L, Taubman-Ben-Ari O, Jacob K. (2007). Internal and external contributors to maternal mental health and marital adaptation one year after birth: comparisons of mothers of pre-term and full-term twins. Women Health. 46(4):39-60

Finzi-Dottan R, Mannor I, Tyano S. (2006). ADHD, temperament, and parental style as predictors of the child's attachment patterns. Child Psychiatry Hum Dev. 37(2):103-14

Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. J Consult Clin Psychol;64:22–31.

Fonagy P, Target M, Gergely G. (2000). Attachment and borderline personality disorder: a theory and some evidence. Psychiatr Clin North Am;23:103–22.

Fosatti A, Donatti D, Donini M, Novella L, Bagnato M, Maffei C. (2001). Temperament, character, and attachment patterns in borderline personality disorder. J pers Disord. 15(5):390-402

Garno JL, Goldberg, JF, Ramirez PM, Ritzler BA. (2005). Bipolar disorder with comorbid cluster B personality disorder features: Impact on suicidality. Journal of Clinical Psychiatry, 66(3), 339-345.

George C, Kaplan N, Main M. (1985). Attachment interview for adults.

Gilbert P, McEwan K, Hay J, Irons C, Cheung M. (2007). Social rank and attachment in people with a bipolar disorder. Clinical Psychology and Psychotherapy, 14, 48-53

Goldwyn R, Stanly C, Smith V, Green J. (2000). The Manchester Child Attachment Story Task: relationship with parental AAI, SAT and child behaviour. Attach Hum Dev. 2(1):71-84

Goodfriend MS. (1993). Treatment of attachment disorder of infancy in a neonatal intensive care unit. Pediatrics, 1: 139-142.

Goodwin FK, Jamison KR. (1990). Manic Depressive İllness. New York: Oxford University.

Griffin D, Bartholomew K. (1994). The metaphysics of measurement: The case of adult attachment. In K. Bartholomew and D. Perlman (Eds.), Attachment processes in adulthood: Advances in personal relationships (Vol. 5, pp. 17-52). London: Jessica Kingsley Publishers.

Hazan C, Shaver PR. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. Journal of Personality and Social Psychology, 52,511-524.

Hamilton CE. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. Child Development, 7:690-694.)

Horowitz LM, Rosenberg SE, Bartholomew K. (1993). Interpersonal Problems, Attachment Styles, and Outcome in Brief Dynamic Psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61 (4), 549-560

Jones SM. (2005). Attachment Style Differances and Similarities in Evaluations Of Affective Communication Skills and Person-Centered Comforting Messages. Western Journal of Communication. 69 (3), 233-249.

Joyce PR (1984). Parental bonding in bipolar affective disorders. 7(3-4), 319-324.

Karadağ F, Young mani değerlendirme ölçeğinin Türkçe çevirisinin güvenirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 13: 107-114, 2002.

Kapçı E, Küçüker S. (2006) Anne babaya bağlanma ölçeği: Türk üniversite öğrencilerinde psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi Türk Psikiyatri Dergisi; 17(4):286-295

Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F ve ark. (2005). Bipolar Bozuklukta Mizaç ile Klinik Özelliklerin İlişkisi, Türk Psikiyatri Dergisi, 16(3): 164–169

Klohnen EC, Bera S. (1998). Behavioral and experiental patterns of avoidantly and securely attached women across adulthood: A 30-year longitudinal perspective. Journal of Personality and Social Psychology, 74(1), 230-250.

Lamb ME, Teti DM, Bornstein M ve ark. (2002). Developmental phases: infancy. Child and Adolescent Psychiatry, 3.baskı, Lewis M (Ed.) Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins, s. 293-323.

LeCroy CW (1988) Parent adolescent intimacy: impact on adolecent functioning. Adolescence, 89: 137-147.

Lee J. (2003). The Attachment System Throughout the Life Course: Review and Criticisms of Attachment Theory.

Main M, Kaplan N, cassidy J. (1985).Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. Growing points in attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50, 66-104.

Marazzati D, Dell'osso B, Catena Del'Osso M, Consoli G, Del Debbio A, Munqai F, Vivarelli L, Albanese F, Piccinni A, Rucci P, Dell'Osso L. (2007) Romantic attachment in patients with mood and anxiety disorders. CNS Spectr. 12(10):751-6.

Mangelsdorf SC, Frosch CA (1999). Temperament and attachment: one construct or two? Adv Child Dev Behav. 27:181-220

Martin G, Waite S. (1994). Parental bonding and vulnerability to adolescent suicide Acta Psychiatr Scand. 89(4):246-54

Matsuoka N, Uji M, Hiramura H, Chen Z, Shikai N, Kishida Y, Kitamura T. (2006). Adolescents' attachment style and early experiences: a gender difference, Arch Womens Menth Health

McMahon C, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C. (2005). Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. J Affect Disord. 84(1):15-24

Mikulincer M, Florian V, Tolmacz R ve ark. (1990). Attachment styles and fear of death: A case of affect regulation. J Pers Soc Psychol, 58: 273-280.

Mikulincer M, Florian F, Weller A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. Journal of Personality and Social Psychology, 64, 817-826.

Miklowitz DJ, Wisniewski SR, Miyahara S, Otto MW, Sachs GS. (2005). Perceived criticism from family members as a predictor of one-year course of bipolar disorders. Psychiatry Research, 136(2-3), 101-111.

Miller L, Kramer R, Warner V,Wickramaratne P, Weissmann M. (1997). Intergenerational transmission of parental bonding among women. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 36(8): 1134-9.

Morriss RK, van der Guht E, Lancaster G, Bentall RP. (2009.) Adult attachment in bipolar 1 disorder. Psychol Psychother. 82(Pt 3):267-77.

Myhr G, Sookman D, Pinard G ve ark. (2004). Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. Acta Psychiatr Scand, 109:447-456.

Nair Hve Murray AD. (2005). Predictors of attachment security in preschool children from intact and divorced families. J Genet Psychol. 166(3):245-63.

Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D. (2002). Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry;41:1111–23.

O'Hara MW, Schlecte JA, Lewis DA, Wright EJ. (1991). Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. Arch Gen Psychiatry. 48(9):801-6.

Otani K, Suzuki A, Oshino S, Ishii G, Matsumoto Y. (2009). Effects of the "affectionless control" parenting style on personality traits in healthy subjects. Psychiatry Res. 30;165 (1-2):181-6.

Özerdem A, Tunca Z, Yazıcı O, Vahip S, Oral T. SCIP-TURK. ISBD Congress 2004. Özet Kitabı.

Parker G, Tupling H, Brown LB ve ark. (1979). A parental bonding instrument. Br J Med Psychol, 52:1-10.

Paykel ES, Abbott R, Morriss R, Hayhurst H, Scott J. (2006). Sub-syndromal symptoms in the longitudinal course of bipolar disorder. British Journal of Psychiatry, 189(2), 118-123.

Pearson JL, Cowan PA, Cowan CP ve ark. (1993). Adult attachment and adult child-order parent relationships. Am J Orthopsychiatry, 4: 606-613.

Picardi A, Caroppo E, Toti A, Bietti D, Di Maria G. (2005). Stability of attachment-related anxiety and avoidance and their relationships with the five-factor model and the psychobiological model of personality. Psychol Psychoter. 78(Pt 3):327-45

Ponizovsky AM, Nechamkin Y, Rosca P. (2007). Attachment patterns are associated with symptomatology and course of schizophrenia in male inpatients. Am J Orthopsychiatry. 77(2):324-31

Rijt-Plooij HHC, Plooij FX. (1993). Distinct periods of mother infant conflict in normal development: sources of progress and germs of pathology. J Psychol Psychiatry, 34, (2): 229-245.

Rosenfarb IS, Becker J, Khan A, Mintz J. (1998). Dependency and self-criticism in bipolar and unipolar depressed women. British Journal of Clinical Psychology, 37(4), 409-414.

Sabuncuoğlu O, Berkem M. (2006). Bağlanma Biçemi ve Doğum Sonrası Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki: Türkiye'den Bulgular Türk Psikiyatri Dergisi; 17(4):252-258

Scinto A, Marinangeli MG, Kalyvoka A, Daneluzzo E, Rossi A. (1999). The use of the Italian version of the Parental Bonding Instrument (PBI) in a clinical sample and in a student group: an exploratory and confirmatory factor analysis study. Epidemiol psichiatr Soc 8(4):276-83

Shaver, P. R., Hazan, C., & Bradshaw, D. (1988). Love as attachment: The integration of three behavioral systems. In J. R. Sternberg & M. L. Barns (Eds.), The psychology of love(pp. 68-99). New Haven, CT: Yale University Press.

Simeon D, Yehuda R, Cunill R, Knutelska M, Putnam FW, Smith LM. (2007). Factors associated with resilience in healthy adults. Psychoneuroendocrinology. 32(8-10):1149-52.

Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. Journal of Personality and Social Psychology, 59, 971-980.

Simpson JA, Rholes WS, Campbell L. ve ark. (2003). Adult attachment, the transition to parenthood, and depressive symptoms. J Pers Soc Psychol, 84:1172 1187

Smith M, Calam R, Bolton C. (2009). Psychological factors linked to self-reported depression symptoms in late adolescence. Behav. Cogn Psychother. Jan;37(1):73-85.

Soysal AŞ, Ergenekon E, Eroğlu D ve ark. (2000). Bebekleri tanı açısından yüksek-standart risk altında olan annelerin duygudurumlarının kısa süreli yardım grupları ile değerlendirilmesi. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 8 (2):106-111

Sorias S, Saygılı R, Elbi H. (1990). "DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu, Kişilik Bozuklukları Formu: SCID-II" Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir

Spielman V, Taubman-Ben-Ari O. (2009). Parental self-efficacy and stress-related growth in the transition to parenthood: a comparison between parents of pre- and full-term babies. Health Soc Work. 34(3):201-12

Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M. (1989). Structured Clinical Inteview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II, 9/1/1989 version). New York: New York State Psychiatric Institude, Biometrics Research Department,

Sund AM, Wichstrom L. (2002). Insecure attachment as a risk factor for future depressive symptoms in early adolescence. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41(12), 1478-1485.

Sümer N, Güngör D. (1999). Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örneklemi üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürler arası bir karşılaştırma. Türk Psikoloji Dergisi, 14, 71-106

Sümer N (2006). Yetişkin bağlanma ölçeklerinin kategoriler ve boyutlar düzeyinde karşılaştırılması. Türk Psikoloji Dergisi, 21, 1-22.

Thompson RA. (2002). Attachment theory and research. Child and Adolescent Psychiatry, 3.baskı, Lewis M(Ed.) Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins, s. 164-172

Twaite JA, Rodriquez-Srednicki O. (2004). Childhood sexual and physical abuse and adult vulnerability to PTSD: the mediating effects of attachment and dissociation. J Child Sex Abus. 2004;13(1):17-38.

Vahip I ve Kocadere M (2003). İki Uçlu Bozukluk Sağaltım Kılavuzu. s: 71-85.

Vahip S, Kesebir S, Alkan M ve ark. (2005). Affective temperaments in clinically - well subjects in Turkey: initial psychometric data on TEMPS - A. J Affect Dis, 85: 113-125.

Vaughn BE, Lefever GB, Seifer R, Barklow P. (1989). Attachment behavior, attachment security, and temperament during infancy Child Dev.

Von I Jzendoorn MH (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment: a meta analysis on the predictive validity of the Adukt Attachment İnterview. Pschol Bull 117: 387-403

Warren SL, Huston L, Egeland B, Sroufe LA. Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. J Am Acad Child Adolesc Psychitary 1997;36:637–44.

Weger H ve Polcar LE. (2000). Attachment Style and The Cognitive Representation of Communication Situations. Communication Studies, 51 (2), 149-161.

West M L ve Sheldon-Keller A. (1994). Patterns Of Relating: An Adult Attachment Perspective. New York: Guilford.

Wei M, Vogel DL, Yao Ku T, Zakalik RA. (2005). Adult Attachment, Affect Regulation, Negative Mood and Interpersonal Problems: The Mediating Roles of Emotional Reactivity and Emotional Cutoff. Journal Of Counseling Psychology, 52 (1) . 14-24.

Willemsen E, Marcel K. (1995). Attachment 101 for Attorneys: Implications for
Infant Placement Decisions.

Zeanah CH, Boris NW, Larriey JA. (1997). Infant development and developmantal risk: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry, 36(2): 165-178.

EK 1. DDB HASTA KAYIT FORMU

1. Adı-Soyadı:

Adres: **ADÜ Prot.No /**

Telefon: **DDB Prot.No /**

Görüşmeci:

2. Cinsiyet: **1. Kadın 2. Erkek**

3. Doğum tarihi (GG/AA/YY): **Memleketi:**

4. Öğrenim düzeyi: 1.Yok 2. Okur-yazar 3. İlköğretim 4. Lise 5.Yüksek 6. Master/Doktora

5. Toplam öğrenim yılı: .....

6. Meslek: .....

7. Çalışabilirlik: 1. Çalışıyor /öğrenci 2. İşsiz 3. Çalışamıyor 4. Emekli 5. Ev kadını

8. Medeni durum: 1. Bekar 2. Evli 3. Dul 4. Boşanmış 5. Ayrı

9. Çocuk sayısı: K __ E__

10. Sosyo-ekonomik durum (hasta ve klinisyene göre):

1. Alt 2. Orta-alt 3. Orta-üst 4. Üst

11. Yaşadığı yer (kodlayınız): 1. Kent içi 2.Varoş 3. Kasaba 4. Köy

12. Sosyal güvence: 1.Var (Türü) 2.Yok

13. Birlikte yaşadığı kişi(ler): 1. Ana-baba 2. Eş-çocuk 3. 1 + 2 – 4 4. Kardeş 5. Akraba 6. Arkadaş 7. Partner8. Geniş aile 9. Yalnız başına

14. Sosyal destekler: 1.Var 2. Yok 3. Yetersiz

15. Kardeş sayısı:(yoksa 0 yazılmalı)

Yaşayanlar Öz K ___ E __ Toplam__ Üvey K ___ E ___ Toplam__

Ölmüş olanlar Öz K ___ E __ Toplam__ Üvey K ___ E ___ Toplam__

16. Akrabalarda psikiyatrik hastalık: 1. Var__ 2. Yok__

16. Soru "1.Var" olarak kodlandığında 17. soru yanıtlanmalıdır.

17.Aşağıda kodlanmış (kesinleşmiş olan) hastalıkları akrabalardaki varlık durumlarına göre işaretleyiniz:

1. BPBoz 2. UPBoz 3. Siklotimi 4. Distimi 5.Şizofreni 6.Panik boz 7. Alkol kötüye kullanımı

8. Alkol bağımlılığı 9.Madde kötüye kullanımı 10. Madde bağımlılığı 11. İntihar (girişimi) 12.İntihar

(tamamlanmış) 13. OKB 14. Yeme boz 15. Sosyal fobi 16. Özgül fobi 17.Diğer(.....)

1° akrabalar: Anne __,___,__,__,__,__Baba __,__,__,__,__ ,__, Erkek kardeş __,__,__,__,__,__

Kız kardeş__,__,__,__,__,__Oğlu __,__,__,__,__,__ Kızı __,__,__,__,__,__

2° akrabalar(_____: __,__,__,__)(_____: __,__,__,__)(_____: __,__,__,__) (: __,__,__,__)

18. Ailede tıbbi hastalık (1 ise açıklayınız): __ 1.Var (.....) 2.Yok

19. Geçmiş Diğer Psikiyatrik Öykü (SCID): 1.Yetersiz bilgi 2.Yok 3. Eşikaltı 4.Var

Panik Boz__ Sosyal Fobi__ Özgül Fobi__ OKB__ Yeme boz.__ Psikoz (duygudurum episod dışında görülen)__ Hipokondriasis__ Kişilik boz__ PTSD__ Alkol kötüye kullanımı__ Alkol bağımlılığı__ Madde kötüye kullanımı__ Madde bağımlılığı__ Diğer (.....

20. Bunların herhangi biri nedeniyle ilk tedavi yaşı:

21. Duygudurum bozukluğu başlangıç yaşı:__

22. İki uçlu bozukluk tanısı alana dek geçen süre:___ gün / hafta / ay / yıl (kullandığınız birimi seçiniz)

23. İki uçlu bozukluk tanısıyla ilk tedavi alma yaşı:___

24. Kötüye kullanım / Travma: 1. Var 2. Yok 3. Bilinmiyor (Var ise şiddet / tarih ve biçim belirtin)

a. Cinsel b. Fiziksel c. Duygusal d. İntihar e. Yasal f.Diğer

Türü .... …… …… …… …… …… …… …… ……

Şiddet …… ..... …… ..... …… ....

Tarih …… ..... …… ..... …… ....

25. Çocukluk Öyküsü (DSM ölçütleri kullanınız ve kodlayınız)

1.Yetersiz bilgi 2.Yok 3. Eşikaltı 4.Var

a. Hastalık __ADHD __Öğrenme güçlüğü __Enüresis __Ayrılık Anks __Dürtü denetim boz __Diğer

b. İşlevsellik(1. Zayıf 2. Orta 3. İyi 4. Çok iyi): __ Akademik (ilköğretim) __Sosyal

26. Doğum 1.Normal 2. Müdahaleli 3. Sezaryen 4. Bilinmiyor

27. Doğumda: 1. Normal 2. Morarma 3. Sarılık 4. Bilinmiyor

28. Febril konvülsiyon 1. Var 2. Yok 3. Bilinmiyor

29. Büyük hastalık, ameliyat: 1. Var 2. Yok 3. Bilinmiyor

Varsa: Açıklama Tarih:

Açıklama Tarih:

Açıklama Tarih:

Açıklama Tarih:

Açıklama Tarih:

Açıklama Tarih:

30. Sikluslar gün..... 1. Düzenli 2. Düzensiz 3.Menapozda (yaşı:_____)
Menarş yaşı _____

Hastalık dönemleriyle ilişkisi 1. Var 2. Yok 3. Bilinmiyor

Premenstrüel Sendrom 1. Var 2. Yok 3. Bilinmiyor

Şu anki doğum kontrol yöntemi 1. OK 2. Mekanik 3. Takvim 4. Yok

Gebelik sayısı: Düşük: Küretaj:

31-38 arasındaki hastalıkları 1. Var 2. Yok olarak işaretleyiniz

31. MSS: Kafa travması __

Bilinç yitimi __ Varsa yaşı __ süresi: __Sn __Dk __Saat __Gün

Epilepsi ___ (Varsa nöbet türü: .....)
Tedavi:

SVO__ Migren__ MS__ Diğer__ Tedavi:

32. Endokrin: DM__ Hipotiroidi__ Hipertiroidi__ Diğer__
Tedavi:

33. Kardiyovasküler / solunum sistemi: Hipertansiyon__ Kardiyak__ Astım__ Diğer__
Tedavi:

34. Gastrointestinal: Hepatit__ P. ulcus__ Diğer__ Tedavi:

35. Ürogenital __ (Varsa açıklayınız …….)
Tedavi:

36. Cilt: Psöriasis__ Allerji __(Türü……)Diğer__
Tedavi:

37. Eklemler: RA__ Osteoartroz__ Diğer__
Tedavi:

38. Diğer: __ (Varsa türü…….)
Tedavi:

DUYGUDURUM BOZUKLUĞU KLİNİK GİDİŞ ÖZELLİKLERİ

İLK EPİSOD

39. Başlangıç yılı:

40. Başlangıç yaşı:

41. İlk hastalık dönemi (episod): 1. Mani 2. Karma episod 3. Hipomani

4. Depresyon 5. Distimiyle başlamış 6. Siklotimi

7. Ayırdedilemedi (Açıklayın .....)

42. Ortaya çıkışta yaşam olayı (Bkz Ek-1): 1.Var (……) 2. Yok 3. Yetersiz Bilgi

43. Şiddeti (Bkz. Ek-2) 1.Hafif 2.Orta 3.Şiddetli psikotik özellik yok 4. Şiddetli psikotik özellik var

44. Postpartum özellik (Bkz. Ek-3): 1.Var 2. Yok 3.Yetersiz Bilgi

45-47. sorular episodun depresyon olmaması durumunda "2 YOK" olarak kodlanmalıdır

45. Katatonik özellik (Bkz. Ek-3): 1.Var 2.Yok 3.Yetersiz Bilgi

46. Melankolik özellik (Bkz. Ek-3): 1.Var 2.Yok 3.Yetersiz Bilgi

47. Atipik Dep belirtisi (Bkz. Ek-3): 1.Var 2.Yok 3.Yetersiz Bilgi

48. Psikotik özellik 1.DD uyumlu 2.DD uyumsuz 3.1+2 4. Belirlenemedi 5. Yok

49. Düzelme: 1.Var 2. Yok 3. Yetersiz bilgi / belirlenemedi

50. Düzelme varsa neyle? (49. soru 1.Var olarak kodlandığında bu soru yanıtlanmalıdır)

1. Kendiliğinden

2. DDD ile (.....)

3. AP'le (..... .....)

4. AD'la (..... .....)

5. EKT

6. Kombinasyon (.....+.....+.....)

7. Diğer (.....)

8. İyileşme yok

51. İntihar girişimi: 1. Var 2. Yok

52. Varsa biçimi: __ 1. İlaç 2. Ası 3. Atlama 4. Ateşli silah 5. Diğer

53. Hastaneye yatış: 1. Var (Süresi…….gün) 2. Yok

KORUYUCU SAĞALTIM BAŞLANMADAN ÖNCEKİ DÖNEM

(*Oran: %_ görülen yere belirtilen özelliği taşıyan episod sayısının toplam episod saysısına oranı yüzde olarak yazılmalı)

54. Bilgi: 1.Var 2. Yok (2 ise bundan sonraki soruları boş bırakınız)

55. Episod sayısı: Mani .....Karma……Hipomani .....Depresyon .....

56. Toplam episod sayısı…….

57. Toplam hastaneye yatış: ..... (yoksa 0 yazılmalıdır)

58. Episod şiddeti ort. 1.Hafif 2.Orta 3. Şiddetli 4.Belirlenemedi

59. Hastalık başlangıç yaşı___

60. İlk tedavi yaşı:..... Tedavi:

61 -74 arası soruları koruyucu sağaltımdan önce en az 2 episod varsa doldurunuz

61. Alışılagelmiş başlangıç: 1.Hızlı 2.Yavaş

62. Alışagelmiş bitiş: 1.Hızlı 2.Yavaş

63. Ortalama episod süresi .....gün (Tek episod varsa onun süresi buraya yazılmalıdır)

64. Postpartum özellik (Bkz. Ek-3): 1.Var 2.Yok 3.Yetersiz Bilgi
Oran%__

65. Mevsimsel özellik (Bkz. Ek-3): 1.Var 2.Yok 3.Yetersiz Bilgi
Oran%__

66-68 arası sorular depresif episod olmaması durumunda "2 YOK" olarak kodlanmalıdır.

66. Katatonik özellik (Bkz. Ek-3): 1.Var 2.Yok 3.Yetersiz Bilgi
Oran% __

67. Melankolik özellik (Bkz. Ek-3): 1.Var 2.Yok 3.Yetersiz Bilgi
Oran% __

68. Atipik Depresyon belirtisi (Bkz. Ek-3): 1.Var 2.Yok 3.Yetersiz Bilgi
Oranı%__

69. Psikotik özellik 1.DDla uyumlu 2. DDla uyumsuz 3. 1+2 4.Yetersiz bilgi 5. Yok Oranı%__

70. Episodda yaşam olayı: 1.Var 2.Yok 3.Yetersiz Bilgi
Oran%__

71. Episod örüntüsü: 1. DÖM 3. MÖD 5. MDMDMD 7. UP-D
2. DMÖ 4. MDÖ 6. UP-M 8. Tutarsız 9. Belirlenemedi

72.Episodlar arası tam düzelme: 1. Var 2. Yok 3. Yetersiz Bilgi

73. Kronik gidiş (episod>2 yıl): 1. Var 2. Yok 3. Yetersiz Bilgi

74. Sıklık (yılda) .....episod (ardışık episodlar zıt kutuptan olmalı ya da 8 haftalık ötimi ile birbirinden ayrılmalı)

76. Hızlı döngülülük: 1.Var 2.Yok 3.Yetersiz Bilgi

76. AD ile M/m kayma 1.Var 2.Yok 3.Yetersiz Bilgi

77. Varsa AD ..... / ..... / .....

78. İntihar girişimi : 1. Var (sayısı…..); 2. Yok

79. İntihar varsa biçimi: __1. İlaç 2. Ası 3. Atlama 4. Ateşli silah 5. Diğer

80. Ortalama İGD (Bkz. Ek-4) puanı..... (saptanamazsa 101 olarak kodlayınız)

KORUYUCU SAĞALTIM SONRASI

("Koruyucu sağaltım" tanımı için kılavuzun ilgili başlığına bakınız)

(*Oran: %_ görülen yere belirtilen özelliği taşıyan episod sayısının toplam episod saysısına oranı yüzde olarak yazılmalı)

81. Bilgi: 1. Var 2. Yok (2 ise devam etmeyiniz)

82. Koruyucu sağaltım evresi: __ Başlanma Tarihi:

83.Aldığı sağaltım:

(İlaç adları generik olarak yazılmalı; psikoterapi ve EKT de burada belirtilmelidir)

84. Koruyucu sağaltım kesintiye uğramış mı? 1. Evet 2. Hayır 3.Yetersiz Bilgi

Evet ise süresi:.....gün Sonuç:.....

85. Sağaltıma uyum: 1. İyi 2. Bozuk

86. İlaç dozu yeterli mi? 1. Evet 2. Hayır 3.Yetersiz Bilgi

87. İlaç serum düzeyleri yeterli mi? 1. Evet 2. Hayır 3. Yetersiz bilgi 4. Bakılamayan ilaç

88. Koruma altında episod sayısı: Mani .....Karma……Hipomani .....Depresyon .....

89. Toplam episod sayısı:__ (yoksa 0 giriniz)

90.Toplam hastaneye yatış sayısı: .....(yoksa 0 giriniz)

91. Episod şiddeti ortalama (DSM-IV) 1. Hafif 2. Orta 3. Şiddetli 4.Belirlenemedi

92-103 arası soruları o koruyucu sağaltım evresinde 2 ve üzerinde episod varsa doldurunuz

92. Alışılagelmiş başlangıç: 1. Hızlı 2. Yavaş

93. Alışagelmiş bitiş: 1. Hızlı 2. Yavaş

94. Ortalama episod süresi .....gün

95. Postpartum özellik (Bkz. Ek-3): 1. Var 2. Yok 3. Yetersiz Bilgi Oran%

96. Mevsimsel özellik (Bkz. Ek-3): 1. Var 2. Yok 3. Yetersiz Bilgi Oran %

97-99. arası sorular depresif episod olmaması durumunda "2 YOK" olarak kodlanmalıdır.

97. Katatonik özellik (Bkz. Ek-3): 1. Var 2. Yok 3.Yetersiz Bilgi Oran%

98. Melankolik özellik (Bkz. Ek-3): 1. Var 2. Yok 3. Yetersiz Bilgi Oranı%

99. Atipik Depresyon belirtisi (Bkz. Ek-3):1. Var 2. Yok 3. Yetersiz Bilgi Oran%

100. Psikoz 1. DDla uyumlu 2.DDla uyumsuz 3. 1+2 4. Belirlenemedi 5. Yok Oran%

101. Episodla çakışan yaşam olayı: 1. Var 2. Yok 3. Yetersiz Bilgi Oranı%

102. Episod örüntüsü: 1. DÖM 3. MÖD 5. MDMDMD 7. UP-D

2. DMÖ 4. MDÖ 6. UP-M 8. Tutarsız 9. ?

103. Episodlar arası tam düzelme: 1. Var 2. Yok 3. Yetersiz Bilgi

104. Kronik gidiş (episod >2 yıl) : 1. Var 2. Yok 3. Yetersiz Bilgi

105. Sıklık (yılda) .....episod (ardışık episodlar zıt kutuptan ya da 8 haftalık ötimi ile birbirinden ayrılmalı)

106. Hızlı döngülülük: 1. Var 2. Yok 3. Yetersiz Bilgi

107. AD ile M/m kayma: 1. Var 2. Yok 3. Yetersiz Bilgi

108. Varsa AD ..... / ..... / .....

109. İntihar girişimi: 1. Var (sayısı: .....) 2. Yok
Oranı %

110. İntihar varsa biçimi: 1. İlaç 2. Ası 3. Atlama 4. Ateşli silah 5. Diğer

111. Ort. İGD (Bkz. Ek-4) skoru: ..... (saptanamazsa 101 olarak kodlayınız)

Psikoaktif Madde Kullanımı

	Şimdiki Tarih / Miktar	Son kullanım Tarihi / Miktar	Geçmişte En fazla	Başlangıç Yaşı	Tedavi (yıl)	Durum (*)
Etil Alkol						
Kafein f/g						
Nikotin p/g						
Marijuana						
Amfetamin						
Kokain						
PCP						

LSD						
Opiatlar						

Değerlendirme

DSM IV kodlarını kullanınız

I.Eksen: _____ _____ _____ _____

II.Eksen: _____ _____ _____ _____

III.Eksen: _____ _____ _____ _____

IV.Eksen (stresörler):

V.Eksen (GAF): Son 1 yılda : _____ Geçen yıl En iyi _____En kötü_____

Öneriler / Plan

ÖZEL NOT:

EK 2. TEMPS-A

Ad-Soyad:

Soruları Nasıl Yanıtlayacaksınız?

Lütfen her cümleyi dikkatle okuduktan sonra yaşamınızın büyük bir bölümü için size uyup uymadığına karar verin.
''Nasıl birisi olduğunuzu, çevrenizdeki insanların sizi nasıl anlattığını, çocukluğunuzda ve gençliğinizde nasıl birisi olduğunuzu, bu özelliklerin sizin huyunuzu suyunuzu anlatıp anlatmadığını'' düşünerek:

- **Eğer cümle size "kesinlikle uyuyorsa" → (D) Doğru'yu daire içine alınız.**
- **Eğer cümle size "tam olarak uymuyorsa"**
  ya da "yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa" → (Y) Yanlış'ı daire içine alınız.
- **Her cümleyi Doğru ya da Yanlış olarak cevaplayınız. Lütfen boş bırakmayınız.**
- **Bu cümlelerin herkes için geçerli doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Size uyan cevabı işaretleyiniz.**

Teşekkür ederiz

Yaşamınızın büyük bir bölümü için size "kesinlikle uyuyorsa"→ (D) Doğru
"tam olarak uymuyor" ya da **"yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa" → (Y) Yanlış**

1.	**D**	**Y**	**Üzgün, mutsuz bir insanım.**
2.	**D**	**Y**	**İnsanlar bana olayların komik yanlarını göremediğimi söylerler.**
3.	**D**	**Y**	**Hayatım boyunca çok çektim.**
4.	**D**	**Y**	**İşlerin sonu sıklıkla kötüye varır diye düşünürüm.**

5. D Y Kolay pes ederim.
6. D Y Kendimi bildim bileli başarısız hissetmişimdir.
7. D Y Başkalarının sorun saymadıkları konularda ben kendimi daima suçlamışımdır.
8. D Y Başka insanlar kadar çok enerjim olduğunu sanmıyorum.
9. D Y Değişikliği pek sevmeyen tipte bir kişiyim.
10. D Y Grup içinde konuşmaktansa, başkalarını dinlemeyi tercih ederim.
11. D Y Sıklıkla önceliği başkalarına veririm.
12. D Y Yeni insanlarla karşılaştığımda kendimi oldukça rahatsız hissederim.
13. D Y Eleştirildiğimde ya da reddedildiğimde duygularım çok kolay zedelenir.
14. D Y Ben her zaman güvenilebilecek tipte bir insanım.
15. D Y Başkalarının ihtiyaçlarını kendiminkilerin önüne koyarım.
16. D Y İşlerin başında olmaktansa başkasının altında çalışmayı tercih ederim.
17. D Y Hiçbir şeyden emin olamayan tipte bir kişiyim.
18. D Y Cinsel arzularım her zaman az olmuştur.
19. D Y Normal olarak günde 9 saatten fazla uykuya ihtiyacım vardır.
20. D Y Çoğu zaman sebepsiz yorgunluk hissederim.
21. D Y Ruh halimde ve enerjimde ani değişiklikler olur.
22. D Y Ruh halim ve enerjim ya yukarılarda ya da aşağılardadır, ender olarak ikisinin arasındadır.
23. D Y Ortada görünür bir neden yokken zihnim bazen çok açık bazen de donuk olur.
24. D Y Birisini gerçekten çok sevebilir ve sonra ona olan ilgimi tamamen kaybedebilirim.
25. D Y Sıklıkla insanlara parlarım ve sonra suçluluk duyarım.
26. D Y Sıklıkla birşeylere başlar ve onları bitirmeden ilgimi kaybederim.
27. D Y Ruh halim (duygularım) sebepsiz yere sık sık değişir.
28. D Y Canlılık ve uyuşukluk arasında sürekli gider gelirim.
29. D Y Bazen yatağa çökkün girer, fakat sabah müthiş iyi hissederek uyanırım.
30. D Y Bazen yatağa kendimi çok iyi hissederek girer ve sabahleyin yaşamın yaşanmaya değer olmadığı duygusuyla uyanırım.

31. **D** **Y** **Bana olaylar karşısında sıklıkla karamsarlığa kapıldığım ve eski mutlu zamanları unuttuğum söylenir.**

32. **D** **Y** **Aşırı kendine güven ile bir türlü kendinden emin olamama duyguları arasında gider gelirim.**

33. **D** **Y** **Dışa dönüklükle içe kapanma arasında gider gelirim.**

34. **D** **Y** **Tüm duyguları yoğun olarak yaşarım.**

35. **D** **Y** **Bazen herşeyi çok canlı, bazen yaşamdan yoksun denecek kadar renksiz algılarım.**

36. **D** **Y** **Aynı anda hem mutsuz, hem de mutlu olabilen tipte bir kişiyim.**

37. **D** **Y** **Başkalarının ulaşılmaz saydıkları şeyler hakkında uzun uzun hayaller kurarım.**

38. **D** **Y** **Kolay aşık olup, kolay vazgeçen bir kişiyim.**

39. **D** **Y** **Çoğunlukla havamda ya da neşeli bir ruh halindeyimdir.**

40. **D** **Y** **Yaşam, sonuna kadar tadını çıkardığım bir şölendir.**

41. **D** **Y** **Fıkra anlatmayı, espriler yapmayı severim, insanlar bana şakacı olduğumu söylerler.**

42. **D** **Y** **Herşeyin zamanla iyi olacağına inanan tipte bir kişiyim.**

43. **D** **Y** **Kendime müthiş güvenirim.**

44. **D** **Y** **Sıklıkla büyük fikirler üretirim.**

45. **D** **Y** **Her zaman birşeylerle meşgulümdür.**

46. **D** **Y** **Birçok işi hem de yorulmadan yapabilirim.**

47. **D** **Y** **Konuşmaya doğuştan yetenekliyim. Konuşmam başkaları için ikna edici, etkileyici ve ilham vericidir.**

48. **D** **Y** **Riskli bile olsalar yeni projelere atlamaya bayılırım.**

49. **D** **Y** **Bir şey yapmayı bir kez kafama koyduğumda, beni hiçbir şey durduramaz.**

50. **D** **Y** **Doğru dürüst tanımadığım insanlarla bile son derece rahatım.**

51. **D** **Y** **İnsanlarla birlikte olmayı çok severim.**

52. **D** **Y** **İnsanlar bana sıklıkla burnumu başkalarının işine soktuğumu söylerler.**

53. **D** **Y** **Cömertim ve başkaları için bol para harcarım.**

54. **D** **Y** **Birçok alanda yetenekli ve uzmanım.**

55. **D** **Y** **Canımın istediğini yapma hakkım ve ayrıcalığım olduğunu hissederim.**

56. D Y **İşin patronu, "tepedeki adam" olmayı seven tipte bir kişiyim.**

57. D Y **Birisiyle bir konu üzerinde anlaşamadığım zaman ateşli bir tartışmaya girebilirim.**

58. D Y **Cinsel isteklerim daima fazladır.**

59. D Y **Huysuz (sinirli) bir kişiyim.**

60. D Y **Bir türlü hoşnut olmayan tabiatta bir kişiyim.**

61. D Y **Çok yakınırım.**

62. D Y **Başkalarını çok eleştiririm.**

63. D Y **Kendimi sıklıkla patlamaya hazır, gergin hissederim.**

64. D Y **Kendimi sıklıkla keman yayı gibi gerilmiş hissederim.**

65. D Y **Adeta hayatımı anlayamadığım, hoş olmayan bir huzursuzluk yönlendiriyor.**

66. D Y **Sık sık öylesine sinirleniyorum ki, gözüm hiç bir şey görmüyor.**

67. D Y **Terslendiğimde kavga edebilirim.**

68. D Y **İnsanlar bana hiç yokken parladığımı söylerler.**

69. D Y **Sinirlendiğimde insanlara bağırırım.**

70. D Y **İğneleyici şakalarım beni zor durumda bırakır.**

71. D Y **O kadar öfkelenebilirim ki birilerine zarar verebilirim.**

72. D Y **Eşimi (ya da sevgilimi) o kadar kıskanırım ki buna dayanamıyorum.**

73. D Y **Küfürbaz olarak bilinirim.**

74. D Y **Birkaç kadeh içkiyle saldırganlaştığım söylenmiştir.**

75. D Y **Çok kuşkucu bir kişiyim.**

76. D Y **Cinsel isteklerim sıklıkla o kadar yoğundur ki gerçekten rahatsızlık yaratır.**

77. D Y **Kendimi bildim bileli endişeli biriyim.**

78. D Y **Her zaman endişelenecek bir şey bulurum.**

79. D Y **Başkalarının ufak tefek saydığı günlük şeyler hakkında endişelenir dururum.**

80. D Y **Endişelenmenin önüne geçemiyorum.**

81. D Y **Birçok insan bana bu kadar endişelenmememi söylemiştir.**

82. D Y **Zorda kaldığımda çoğu kez kafam durur, bloke olurum.**

83. D Y **Gevşemeyi beceremiyorum.**

84. D Y **Sık sık içimde huzursuz bir kıpırtı hissederim.**

85. **D** **Y** **Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda sıklıkla ellerim titrer.**

86. **D** **Y** **Sık sık midem bozulur.**

87. **D** **Y** **Heyecanlandığımda ishal olabilirim.**

88. **D** **Y** **Heyecanlandığımda sıklıkla bulantı hissederim.**

89. **D** **Y** **Heyecanlandığımda tuvalete dah sık gitmek zorunda kalırım.**

90. **D** **Y** **Birisi eve geç kaldığı zaman başına bir kaza gelmiş olabileceğinden korkarım.**

91. **D** **Y** **Sıklıkla ailemden birileri ciddi bir hastalığa yakalanacak diye çok korkarım.**

92. **D** **Y** **Devamlı olarak aile üyelerinden biriyle ilgili kötü bir haber alacakmışım gibi geliyor.**

93. **D** **Y** **Uykum dinlendirici değil.**

94. **D** **Y** **Sıklıkla uykuya dalmakta güçlük çekerim.**

95. **D** **Y** **Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda hemencecik başım ağrır.**

96. **D** **Y** **Zor durumda kaldığımda, sıkıldığımda göğsüm sıkışır.**

97. **D** **Y** **Kendimi güvende hissetmiyorum.**

98. **D** **Y** **Günlük işleyişteki küçük değişiklikler bile beni çok zorlar.**

99. **D** **Y** **Araba kullanırken yanlış herhangi bir şey yapmasam bile, polis beni durduracakmış gibi bir korku duyarım.**

100. **D** **Y** **Ani sesler beni kolayca irkiltir.**

EK 3. EBBÖ

Ad-Soyad:

Soruları Nasıl Yanıtlayacaksınız?

Lütfen her cümleyi dikkatle okuduktan sonra yaşamınızın büyük bir bölümü için size uyup uymadığına karar verin.
''Nasıl birisi olduğunuzu, çevrenizdeki insanların sizi nasıl anlattığını, çocukluğunuzda ve gençliğinizde nasıl birisi olduğunuzu, bu özelliklerin sizin huyunuzu suyunuzu anlatıp anlatmadığını'' düşünerek:

- **Eğer cümle size "kesinlikle uyuyorsa" → (D) Doğru'yu daire içine alınız.**
- **Eğer cümle size "tam olarak uymuyorsa"**
  ya da "yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa" → (Y) Yanlış'ı daire içine alınız.
- **Her cümleyi Doğru ya da Yanlış olarak cevaplayınız. Lütfen boş bırakmayınız.**
- **Bu cümlelerin herkes için geçerli doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Size uyan cevabı işaretleyiniz.**

Teşekkür ederiz

Yaşamınızın büyük bir bölümü için size "kesinlikle uyuyorsa"→ (D) Doğru
"tam olarak uymuyor" ya da **"yaşamınızın yalnızca bazı bölümleri için uyuyorsa" → (Y) Yanlış**

a. **Bir çocuk olarak annem ve babam bana karşı genellikle sıcak davranırdı. Eğer zorluklarla karşılaşırsam onlardan yardım isteyebilirdim. Başkalarıyla yakın ilişki kurmak ve onlara rahatlıkla güvenmek ve onların da bana güvenmesi benim için kolaydır. Terk edilmekten ya da bir başkasının bana aşırı yakınlığından endişe duymam.**

D Y

b. **Annem ve babam bakım konusunda genellikle ilgisizdi. Benden birçok istekleri vardı. Genellikle yaptıklarımı eleştirirler ve bana bir birey olarak saygı göstermezlerdi. Başkalarına yakın olmakta pek rahat değilimdir. Onlara tam anlamıyla güvenmekte zorlanırım. Herhangi biri bana çok yakınlık gösterdiği zaman ya da birlikte olduğum insan (eş yada sevgili) bana daha yakın olmak istediğinde kendimi sıkıntılı hissederim.**

D Y

c. **Annemin ve babamın ne yapacağı önceden bilinemezdi, yaşadığım zorluklara bazen ilgi gösterirler bazen göstermezlerdi. Genellikle haksız davranırlar ve özel hayatıma karışırlardı. Diğer insanları benimle benim istediğim kadar yakınlaşmakta isteksiz bulurum. Birlikte olduğum kişinin beni sevmediği ve benimle kalıp yaşamak istemeyeceği hakkında sıklıkla endişe duyarım. Birlikte olduğum kişiyle sıklıkla daha yakın olmak-bir bütün olmak- isterim. Bu isteğim kimi zaman onu ve diğer insanları ürkütüp uzaklaştırır.**

D Y

1. D Y Kendimi rahat bırakıp başka insanlara bağlanmak zor gelir.

2. D Y İhtiyacın olduğunda başkaları asla orada olmaz.

3. D Y Başkalarına bağlanmakta rahatımdır.

4. D Y İhtiyacım olduğunda başkalarının yanımda olacağını bilirim.

5. D Y İhtiyacım olduğunda başkalarının yanımda olacağına her zaman güvenebileceğimden emin değilim.

6. D Y Başkalarına tümüyle güvenmek zor gelir.

7. D Y Sıklıkla terk edilme kaygıları yaşamam.

8. D Y Sıklıkla birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği endişesine kapılırım.

9. D Y Başkalarının benimle benim istediğim kadar yakınlık kurmadıklarını düşünürüm.

10. D Y Sıklıkla birlikte olduğum kişinin benimle kalmak istemeyeceği endişesi yaşarım.

11. D Y Başka bir insanla tümüyle bütünleşmek isterim.

12. D Y Başka bir insanla tümüyle bir olma arzum insanları benden uzaklaştırır.

13. D Y Başkalarıyla yakın ilişkiler kurmayı kolay bulurum.

14. D Y Başka birinin benimle çok yakın olma isteğinden rahatsız olmam.

15. D Y Başka birinin bana çok yakınlaşması beni endişelendirir.

16. D Y Başka birini kendime yakınlaştırmak konusunda rahatımdır.

17. D Y Sıklıkla birlikte olduğum kişi benimle benim kendimi rahat hissedebileceğimden daha çok yakınlaşmak ister.