



T.C.

**BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ RUH  
SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI**

**DEPRESYON HASTALARINDA ÇOCUKLUK VE YETİŞKİN  
BAĞLANMA STİLLERİ**

**Büşra Sümeyye BIYIK**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**BURSA- 2019**

Büşra Sümeyye BIYIK

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ- 2019



T.C.

**BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI**

**DEPRESYON HASTALARINDA ÇOCUKLUK VE YETİŞKİN  
BAĞLANMA STİLLERİ**

**Büşra Sümeyye BIYIK**

**(YÜKSEK LİSANS TEZİ)**

**DANIŞMAN:**

**Prof. Dr. Cengiz AKKAYA**

**BURSA- 2019**

**T.C.**  
**BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ETİK BEYANI**

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum;

“DEPRESYON HASTALARINDA ÇOCUKLUK VE YETİŞKİN BAĞLANMA STİLLERİ” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

**Büşra Sümeyye BIYIK**

**Tarih ve imza**

## SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Tıp-Psikiyatri (Klinik Psikoloji-Erişkin) Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Büşra Sümeyye BIYIK tarafından hazırlanan “Depresyon Hastalarında Çocukluk ve Yetişkin Bağlanma Stilleri” konulu Yüksek Lisans tezi ...../...../..... günü, .....-..... saatleri arasında yapılan tez savunma sınavında jüri tarafından oy birliği/oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

	<u>Adı-Soyadı</u>	<u>İmza</u>
Tez Danışmanı	Prof. Dr. Cengiz AKKAYA	
Üye	Prof. Dr. Selçuk KIRLI	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Sinay ÖNEN	
Üye	Doç. Dr. İbrahim TAYMUR	

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulu' nun.....tarih ve... .....sayılı toplantısında alınan.....numaralı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Gülşah ÇEÇENER

Enstitü Müdürü

## TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

...../...../.....

**Adı Soyadı:** Büşra Sümeyye BIYIK

**Anabilim Dalı:** Psikiyatri (Klinik Psikoloji-Erişkin)

**Tez Konusu:** Depresyon Hastalarında Çocukluk ve Yetişkin Bağlanma Stilleri

<u>ÖZELLİKLER</u>	<u>UYGUNDUR</u>	<u>UYGUN DEĞİLDİR</u>	<u>AÇIKLAMA</u>
Tezin Boyutları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dış Kapak Sayfası	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İç Kapak Sayfası	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kabul Onay Sayfası	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Düzeni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İçindekiler Sayfası	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yazı Karakteri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Satır Aralıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Başlıklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Numaraları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eklerin Yerleştirilmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabloların Yerleştirilmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaynaklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### DANIŞMAN ONAYI

**Unvanı Adı Soyadı:** Prof. Dr. Cengiz AKKAYA

**İmza:**

## İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	II
KABUL ONAY.....	III
TEZ KONTROL BEYAN FORMU .....	IV
İÇİNDEKİLER .....	V-VII
TÜRKÇE ÖZET.....	VII
İNGİLİZCE ÖZET.....	VIII
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. Bağlanma .....	4
2.1.1. Bağlanma nedir? .....	4
2.1.2. Bağlanma çalışmaları .....	7
2.2. Bağlanmanın Ölçülmesi.....	15
2.3. Bağlanma Davranışı ve Doğadaki Yeri.....	17
2.3.1. İnsan olmayan primatlarda bağlanma davranışı.....	18
2.3.2. İnsanda bağlanma davranışı.....	19
2.4. Bağlanma Davranışının Zamanı.....	20
2.4.1. Bebeklerde bağlanma ve duygu gelişimi.....	21
2.4.2. Ergenlik döneminde bağlanma.....	22
2.4.3. Yetişkinlik döneminde bağlanma.....	23
2.4.4. Hamilelik döneminin bağlanma üzerine etkisi.....	24
2.4.5. Bağlanma, baba ve diğer figürler.....	25
2.5. Bağlanma Kuramı .....	25
2.5.1. Bağlanmanın nörobiyolojik yönü.....	27
2.6. Bağlanmaya Kuramsal Bakışlar.....	27
2.6.1. Bağlanma Kuramı ve Psikanalitik Kuram.....	27
2.6.1.1. Bağlanma Kuramı ve Melanie Klein.....	29
2.6.2. Bağlanma Kuramı ve Öğrenme Kuramı.....	29
2.7. Ebeveyn Tutumları.....	30
2.8. Bağlanma ve Psikopatoloji.....	30
2.9. Depresyon.....	31

2.9.1. Tanı kriterleri.....	32
2.9.2. Depresyonun etiyolojisi.....	33
2.9.3. Depresyonun tedavisi.....	35
3. YÖNTEM.....	38
3.1. Araştırmanın Katılımcıları.....	38
3.2. Veri Toplama Araçları .....	38
3.2.1. Hasta Demografik Bilgi Formu.....	39
3.2.2. Sağlıklı Demografik Bilgi Formu.....	39
3.2.3. Beck Depresyon Ölçeği.....	39
3.2.4. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II (YİYE-II).....	40
3.2.5. Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği (ÇYTÖ).....	41
3.2.6. İstatistiksel analizler.....	42
4. BULGULAR.....	44
4.1. Hasta ve Sağlıklı Grup Arasında Yapılan Karşılaştırmalar.....	44
4.2. Hasta Grubun Kendi İçerisinde Karşılaştırılması.....	49
4.3. Sağlıklı Grubun Kendi İçerisinde Karşılaştırılması.....	59
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	61
5.1. Sınırlılıklar.....	67
5.2. Sonuç.....	67
6. KAYNAKLAR.....	68
7. SİMGELER VE KISALTMALAR.....	74
8. EKLER.....	75
9. TEŞEKKÜR.....	80
10.ÖZGEÇMİŞ.....	81

## ÖZET

### Depresyon Hastalarında Çocukluk ve Yetişkin Bağlanma Stilleri

Bu çalışma, depresyon tanısı alan ve almayan bireylerin bağlanma stilleri ile ebeveynlerinin çocuk yetiştirme tutumları arasında karşılaştırma yapmayı hedeflemiştir. Çalışmanın hasta grubuna, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı polikliniğine ayaktan başvuran DSM –IV-R ve DSM V kriterlerine göre depresyon tanısı almış ve düzenli ilaç kullanan 18-65 yaş arası 118 depresyon hastası birey dâhil edilmiştir. Çalışmanın sağlıklı grubu ise depresyon tanısı almamış, hasta grupla benzer demografik özelliklere sahip 18-65 yaş arası 130 sağlıklı bireyden oluşmaktadır.

Araştırma kapsamında katılımcıların bağlanma stillerini belirlemek üzere Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II, katılımcıların ebeveynlerinin çocuk yetiştirme tutumlarını belirlemek üzere Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği, depresyon düzeylerini belirlemek üzere ise Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır. Ayrıca hasta ve sağlıklı bireylerin ekonomik düzey, eğitim, medeni durum, çalışma durumu, cinsiyet gibi demografik özellikler bakımından farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır.

Sonuç olarak hasta grupla sağlıklı grubun; medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sigara kullanımı, depresyon puanları, kaygı –kaçınma puanları, bağlanma stilleri, ebeveynlere ait kabul/ilgi – sıkı denetim/kontrol puanları, ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumları değişkenleri açısından farklılaştığı görülmüştür. Hasta grup ise kendi içerisinde cinsiyet, yaş, kaygı – kaçınma puanları, kabul/ilgi ve sıkı denetim/ kontrol puanları, bağlanma stilleri, ebeveynin çocuk yetiştirme tutumu, intihar, hastalığın başladığı yıl, tedavi süresi, ilaç kullanım süresi, yatış sayısı, yatış süresi, depresyon atağı sayısı, atak süresi değişkenleri açısından karşılaştırılmış, birbiriyle ilişkili olan değişkenler saptanmıştır. Sağlıklı grupta ise cinsiyet kategorik değişkenine göre depresyon puanları açısından fark vardır.

**Anahtar Sözcükler:** Bağlanma Stilleri, Ebeveynlerin Çocuk Yetiştirme Tutumları, Depresyon.



## İNGİLİZCE ÖZET

### **Childhood and Adult Attachment Styles in Patients With Depression**

The aim of this study was to compare the attachment styles of the individuals diagnosed with and without depression to the parental child-rearing attitudes. The patient group of the study included 118 patients with depression aged between 18-65 years, who applied to the outpatient clinic of Uludag University Medical Faculty Psychiatry Department, and who were diagnosed with depression and using regular medication according to DSM MIV-R and DSM V criteria. The healthy group of the study consisted of 130 healthy individuals aged between 18-65 years who had similar demographic characteristics with the patients who were not diagnosed with depression.

Within the scope of this research, in order to determine the attachment styles of the participants, "Experiences in Close Relationships Inventory-II", to determine the child-rearing attitudes of the parents of the participants, "Child-Rearing Attitudes Scale", and to determine their depression levels, "Beck Depression Inventory" were used. In addition, the patients and healthy individuals were investigated whether they differed in terms of demographic characteristics such as economic level, education, marital status, working status, and gender.

As a result, it has been observed that the patient group and healthy group differed in terms of variables of marital status, having a child, education level, working status, smoking status, depression scores, anxiety - avoidance scores, attachment styles, parental acceptance/interest - strict supervision/control scores, and parental child-rearing attitudes. The patient group was also compared within itself in terms of gender, age, anxiety - avoidance scores, acceptance/interest and strict supervision/control scores, attachment styles, parental child-rearing attitude, suicide, year of disease onset, duration of treatment, duration of medication, number of hospitalizations, hospitalization period, the number of depression attacks, and attack duration variables, and then the associated variables were identified. As for the healthy group, there is a difference in terms of depression scores, according to gender categorical variable.

**Key Words:** Attachment Styles, Parental Child-Rearing Attitudes, Depression.

## 1. GİRİŞ

“Bağlanma”, temelleri bebeklik döneminde atılan, bireyin fiziksel ve psikolojik gelişiminde çok önemli rolü bulunan ve yaklaşık yarım asırdır psikoloji alanında çalışılan bir kavramdır. İlk çalışılmaya başladığı dönemlerde ilgi, daha çok bebeklerde bağlanmanın nasıl geliştiği üzerineydi. Günümüzde ise, çocukluk döneminde bakım verenle kurulmuş olan bağın o kişinin dünyayla, kendiyile ve diğerleriyle kurmuş olduğu ilişkilere yönelik duygu ve düşüncelerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Bu bakımdan günümüzde bağlanma çalışmaları sadece bebeklik ve çocukluk dönemleriyle sınırlandırılmayarak yetişkin bağlanması da çalışılmaktadır.

Depresyon, görülme sıklığı gün geçtikçe artan yaygın bir psikiyatrik rahatsızlıktır. Depresyonun epidemiyolojisine yönelik çalışmalara baktığımızda birçok risk etmeninin depresyonun ortaya çıkmasında etkili olduğunu görmekteyiz. Bireyin anne, baba ve eş/romantik ilişkide olduğu kişiye dair tutumları, bu kişilerle olan ilişkileri bağlanma alanının konusudur ve depresyonun psikososyal etmenlerine de dâhildir. Bu çalışmada depresyon üzerinde, bireylerin yetiştirilme tutumlarının ve romantik ilişkilerini nasıl değerlendirdiklerinin ne düzeyde bir etkisi olduğu incelenecektir.

Bu araştırmanın amacı depresyon tanısı alan ve almayan yetişkin bireylerin, ebeveynleriyle geçmişte kurmuş oldukları bağlanma stilleri ve yetişkinlik dönemlerinde eşleri/romantik ilişkide oldukları kişiyle (romantik ilişkileri yoksa olduğunu varsaymaları söylenerek) kurdukları bağlanma stillerini karşılaştırmaktır. Diğer bir amaç ise; yetişkin bireylerin çocukluk döneminde anne babalarının çocuk yetiştirme tutumlarının, yetişkinlik döneminde romantik ilişkide oldukları kişilerle aralarında gelişen bağlanma stillerini ne derece etkilediğini görebilmektir.

Araştırmanın sonucunda depresyon tanısı almış olan bireylerin almamış olanlara göre; anne-baba tutumlarını daha çok kontrolcü, sıkı denetimci olarak değerlendirmeleri, eşlerine/ birlikte oldukları kişilere olan tutumlarının ise daha çok

kaygılı veya kaçınan olması beklenmektedir. Aynı zamanda anne-baba tutumlarını daha çok kontrolcü, sıkı denetimci olarak değerlendiren bireylerin eşlerine/ birlikte oldukları kişilere olan tutumlarının ise kaygılı veya kaçınan olması beklenmektedir.

Araştırmanın hipotezleri bir üst paragrafta belirtilmiştir. Bu amaca bağlı olarak araştırmada cevap aranan sorular şöyledir:

1. Hasta ve sağlıklı grup arasında ebeveynin çocuk yetiştirme tutumu ve yetişkin bağlanması arasında ne tür bir ilişki vardır?
2. Hasta ve sağlıklı grup arasında; Beck depresyon puanları, Beck cinsellik puanları, anne kabul/ilgi puanları, baba kabul/ilgi puanları, anne sıkı denetim/kontrol puanları, baba sıkı denetim/kontrol puanları, kaygılı bağlanma puanları, kaçınan bağlanma puanları, anne ve baba ebeveyn stili (açıklayıcı/otoriter, izin verici/şımartan, izin verici/ihmalkâr, otoriter), bağlanma stili (güvenli, korkulu, kayıtsız, saplantılı) değişkenleri açısından fark var mıdır?
3. Sağlıklı grupta; anne-babanın çocuk yetiştirme stilleri, bireyin yetişkinlik döneminde yakın ilişkilerindeki bağlanma stilini nasıl etkiler?
4. Hasta grubunda ebeveynin çocuk yetiştirme tutumu ve yetişkinlik dönemindeki bağlanma stilleri ile cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, anne babanın hayatta olup olmadığı, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama, çocuk sayısı, duygusal ilişkide olup olmama, evde kimlerle yaşandığı, dindarlık, sigara kullanıp kullanmama değişkenleri arasında ne tür bir ilişki vardır?
5. Hasta grubunda; ebeveynin çocuk yetiştirme tutumu, depresyon puanları, Beck Depresyon Envanterindeki cinselliğe yönelik tutum puanları, yetişkinlik dönemindeki bağlanma stilleri ile hastalığın ne zaman başladığı, depresyon döneminin tekrarlayıp tekrarlamadığı, kaç atak geçirildiği, tekrarladıysa atak süresinin kaç gün sürdüğü, intihar girişimi olup olmadığı, ilaç kullanım süresi (ay), tedavi süresi (ay), hastaneye yatış olup olmadığı, olduysa yatış sayısı, değişkenleri arasında ne tür bir ilişki vardır?
6. Hasta kadın ve erkekler arasında; Beck depresyon puanları, Beck cinsellik puanları, intihar, hastaneye yatış olup olmadığı, ilaç kullanım süresi (ay), depresyon döneminin tekrarı değişkenleri açısından fark var mıdır?

7. Hasta grubun yaş, ÇYTÖ (anne- babaya ait kabul/ilgi ve sıkı denetim/ kontrol puanları), YİYE-II (kaygı ve kaçınma puanları), depresyon puanları, hastalık başlama yılı, tedavi süresi, ilaç kullanım süresi, Beck cinsellik puanları değişkenleri arasında nasıl bir ilişki vardır?
8. Hasta grubun hastalık başlama yılı, yatış süresi (gün), yatış sayısı, tedavi süresi (ay), ilaç kullanım süresi (ay), atak süresi (gün), depresyon atağı değişkenleri arasında nasıl bir ilişki vardır?
9. Hastaneye yatışı olan ve olmayan hastalar arasında intihar, hastalık başlama süresi, hastanın kaç aydır tedavi gördüğü, ilaç kullanım süresi (ay) değişkenleri açısından fark var mıdır?
10. İntihar girişimi olan ve olmayan hastalar arasında Beck depresyon puanları, tedavi süresi, ilaç kullanım süresi (ay) değişkenleri açısından fark var mıdır?
11. Depresyon döneminin tekrarı değişkeninin kategorileri (tekrarladı, tekrarlamadı, sürekli var) arasında cinsiyet, Beck depresyon puanları, intihar, hastalık süresi (ay), tedavi süresi (ay), ilaç kullanım süresi (ay) değişkenleri açısından fark var mıdır?
12. Hasta grupta anne ve baba ebeveyn stilleri kategorik değişkenlerinin grupları arasında kaygılı ve kaçınan bağlanma puanları açısından fark var mıdır?
13. Hastaların bağlanma stili kategorik değişkeninin grupları arasında anne ve baba ebeveyn stilleri kategorik değişkenleri açısından fark var mıdır?

Konuyla ilgili Türkçe yazına bakıldığında depresyon ve bağlanmaya yönelik çalışmaların genellikle depresyon tanısı alan hasta bireylerle değil; depresyon tanısı almamış popülasyona depresyon envanterleri uygulanarak yapıldığı görülmüştür. Yapılan bu çalışmalarla bir ruh sağlığı bozukluğu olan depresyon değil; her bireyde zaman zaman oluşabilecek depresif düşünceler değerlendirilebilir. Bu çalışma ise hastane ortamında depresyon hastalarının katılımıyla yürütülmüştür. Katılımcıların bağlanma stilleri değerlendirilirken hem anne-baba tutumlarını hem de yakın ilişkide oldukları kişilerle olan ilişkilerini değerlendirmeleri istenmiş; böylece bireylerin ebeveyn tutumlarının ve yetişkin bağlanma stillerinin hem kendi içinde karşılaştırılması hem de depresyon üzerinde her ikisinin etkisinin ayrı ayrı görülebilmesi mümkün hale gelmiştir. Yapılan bu araştırmayla bireyin yaşam kalitesini düşüren, çevresiyle olan iletişimde ciddi problemler meydana getiren depresyon için hangi ebeveyn tutumlarının ve bağlanma tarzlarının risk faktörü olduğunun görülmesi amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde öncelikle bağlanma kavramı ve ilgili literatür, daha sonra bağlanma ve psikopatoloji ilişkisi, en son olarak da depresyon ve ilgili literatür ele alınacaktır.

### 2.1. Bağlanma

Bu bölümde sırasıyla bağlanma kavramı ve tarihçesi, bağlanmaya kuramsal bakışlar, ülkemizde ve yurt dışında yapılan bağlanma konulu çalışmalar, bağlanma davranışının insan yaşamındaki seyri (bebeklik, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik bağlanmaları), bağlanmanın nörobiyolojik yönü, bağlanma ve psikopatoloji ilişkisi ele alınacaktır.

#### 2.1.1 Bağlanma nedir?

Bağlanma, yaşamın ilk dönemlerinde anne (veya bakım veren kişi) ile çocuk arasında oluşan ve çocuğun anneye yakın olma gereksinimiyle nörobiyopsikolojik bir gelişim izleyen içgüdüsel bir davranış şeklidir (Bayraktar ve Yahşi, 2016). Yalnızca çocukluk dönemiyle sınırlı olmayan bağlanma davranışları yetişkinlikte de devam eder. İlk ilişki anneyle/ bakım verenle kurulur ve bu ilişki yaşamın diğer dönemlerinde oluşacak ilişkiler için temel teşkil eder.

Bağlanma kavramı, hem kavramsal anlamı hem de bireye yaşam boyu süren etkisi bakımından geniş bir yer tutmaktadır. İngilizcede “attachment” sözcüğüyle ifade edilen bağlanma kavramı sıklıkla bağımlılık kavramı yerine de kullanılmaktadır. “Bağlanma (attachment)”, bebeğin anneye bağlanmasını karşılayan bir kullanımdır. “Bonding” ise, Türkçeye bağlanma olarak tercüme edilse de annenin çocuğa yönelik duygusal bağı karşılayan bir sözcüktür (Akkoca, 2009). Bağımlılık ise bir kişiye veya nesneye yönelik kontrol edilemez istek, onsuz yaşayamayacağını düşünme durumudur. Bir anne figürüne bağlı olmak ile bağımlı olmak aynı şey değildir. Yaşamın ilk haftalarında bebek annesine bağımlıdır; fakat henüz bağılı değildir. Bağımlılık bebeğin bakıma en çok muhtaç olduğu doğumdan sonraki ilk dönemlerde maksimum seviyededir ve bebek büyüdükçe azalışa geçer. Bağlanma ise

doğumdan hemen sonraki dönemde henüz oluşmamıştır, ilk 6 aydan sonra gelişmeye başlar (Bowlby, 1969).

Bağlanma kuramının mimarı olan Bowlby, 1907 yılında Londra’da doğmuştur. Bowlby, annesinin “fazla ilgi çocuğu şımartır” düşüncesinden dolayı annesiyle fazla vakit geçiremeden büyümüştür. Bowlby dört yaşındayken bakıcısı evden ayrılmış; yedi yaşında da yatılı okula başlamıştır. Bowlby için yatılı okulda geçen bu dönem, hayatının en kötü dönemlerinden olmuştur. Bağlanma ve Kaybetme serisinin ikinci cildi olan Ayrılık kitabında Bowlby, bu yatılı dönemi hayatının en kötü dönemlerinden biri olarak anlatır.

Bowlby, 1928 yılında Cambridge Üniversitesinden mezun olduktan sonra gelişim psikolojisi üzerine eğitim almaya başlamış ve uyumsuz çocukların olduğu bir okulda gönüllü olarak çalışmıştır. Okulda ilgilendiği iki çocuk üzerinde yaptığı gözlemler, mesleki yaşantısına yön vermiştir. Çocuklardan biri izole, mesafeli bir yapıya ve tutarsız davranışlar sergileyen bir anneye sahip olup; ayrıca hırsızlık suçuyla eski okulundan uzaklaştırılmış; ikinci çocuk ise endişeli, kaygılı bir yapıda olup Bowlby’nin etrafından hiç ayrılmamaktaymış. Bowlby, yaptığı bu gözlemlerden sonra çocuk psikiyatrisi alanında ilerlemeye karar vermiştir (Bretherton, 1992).

Bowlby, Cambridge Üniversitesinde aldığı psikoloji eğitiminden sonra Trinity College’da tıp ve psikiyatri eğitimini tamamlamıştır. Psikiyatri eğitimine eş zamanlı olarak *İngiliz Psikanaliz Enstitüsünden de eğitim almıştır*. Bu dönemde İngiliz Psikanaliz Enstitüsü içerisinde üç grup bulunmaktaydı: Freud’un tarafında olan grup, Melanie Klein’in tarafında olan grup ve iki tarafta da olmayan orta grup. Bowlby buradaki eğitimi sırasında Melanie Klein’in tarafında olan grupta yer almış ve Klein’in etkisinde kalmıştır. Klein’in nesne ilişkileri hakkındaki fikirlerini kabul etmiştir ancak erken ilişkilere yönelik yaklaşımına dair çekinceleri vardır. Bowlby, Klein’in gözetimi altında çocuk analizine başlamıştı. Klein; çocukların duygusal problemlerinin, dış dünyada olanlardan ve aile yaşantılarından ziyade temel dürtüler arasındaki çatışmalara dayandığını düşünmektedir. Bowlby, Klein’in gözetimi altında üç yaşında bir çocuğu analiz etmekteyken; Bowlby’nin çocuğun analizinde ailenin rolüne verdiği ehemmiyete Klein karşı çıkmıştır. Bowlby bundan sonra yolunu Klein’dan ayırmış ve Klein’in fikirlerine araştırma yoluyla karşı çıkmayı planlamıştır. Psikanalitik kuramın yetersiz kaldığı noktalar olduğunu fark eden

Bowlby; Londra Çocuk Rehberliği Kliniği'nde yürüttüğü bir çalışmada 44 vakayı incelemiş ve araştırmasını 1944 yılında "Kırk dört çocuk hırsız: kişilikler ve yaşamları" isimli makalesinde yayımlamıştır. Bowlby bu çocukların sorunlarının kaynağını, anne yokluğu ve anneden ayrılmaya bağlamıştır (*Bretherton, 1992*).

Bowlby, kendi çocukluğunda yaşadığı sıkıntılar nedeniyle mesleki hayatında çocukların problemleri konusunda duyarlı olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1950 yılında, evsiz çocukların ruh sağlığıyla ilgili Bowlby'den tavsiyeler içeren bir rapor hazırlamasını istemiştir. Bowlby, hazırladığı raporun ilk kısmında, bebeğin veya küçük yaştaki çocuğun, annesiyle/ bakım vereniyile (caregiving) kurduğu ilişkinin, ruh sağlığı için kendisini tatmin eden ve haz aldığı bir şekilde gerçekleşmesinin önemli olduğuna değinmiştir (Bowlby, 1969). Bowlby, yaşamın ilk üç yılında anneden ayrı kalmanın çocukları fiziksel ve ruhsal hastalıklara yakalanma açısından riskli kıldığını raporunda belirtmiştir. Ancak anne yoksunluğunun niçin bu sonuçları doğurduğu henüz belirlenebilmiş değildir (Bolat, 2008). O dönemde Bowlby'nin meslektaşları olan James Robertson, küçük çocukların geçici anne kaybına nasıl tepki gösterdikleri üzerine çalışmaktadır. Hazırladığı rapordan sonra Bowlby'nin kafasında cevaplanmamış bazı sorular kalmış ve James Robertson'ın gözlemleriyle ilgilenmeye başlamıştır. 2-3 yaşlarındaki bir grup çocuğun evden uzak kalma sürecini ve sonrasında gözlemledikleri çalışmada, çocukların evden uzaktayken ve eve döndükten sonra bazı bozukluklar gösterdiklerini görmüşlerdir. O dönemde bu konular üzerine henüz çalışılmadığı için çalışmanın geçerliliğine itirazlar olmuş; çocuklarda gözlenen bozukluklar, annenin/ bakımverenin kaybından başka birçok şeye bağlanmıştır. Yapılan deneysel gözlemlerin sonucunda Bowlby ve çalışma arkadaşları, küçük bir çocuğun annesinin varlığına ve sevgisine en az yiyeceğe duyduğu kadar büyük bir açlık duyduğunu dile getirmişlerdir. Anne/ bakımveren kaybının gerek kendi başına gerekse başka durumlarla kombine olarak psikopatolojiyle yakından ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yaşamın erken dönemine ait ayrılıklar, ilerleyen yaşlarda histerik kişilik özellikleri, anksiyete, aşırı talepkâr olma, anti sosyal kişilik özellikleri gibi psikopatolojik sonuçlar doğurabilmektedir (Bowlby, 1969). Bowlby ve çalışma arkadaşları, bundan sonraki gözlemlerinde bu psikopatolojilerin nasıl ortaya çıktığını anlamaya ağırlık vermişlerdir.



Mary Ainsworth ise, Bowlby ve Robertson'ın çalışmalarına iki yıl sonra katılmıştır. Mary Salter Ainsworth, Kanadalı bir gelişim psikoloğudur, Bowlby'den altı yaş küçüktür. Toronto Üniversitesinde psikoloji eğitimini tamamladıktan sonra Kanada Kadın ordusunda görev yapmış ve binbaşı rütbesine yükselmiştir. Ardından tekrar Toronto Üniversitesine dönmüştür. 1950 yılında evlenip eşiyle Londra'ya taşınmıştır (Main, 1999). Ainsworth doktora tez çalışmasında William Blatz'ın geliştirdiği güvenlik teorisi üzerinde durmuş; bebek ve çocukların yabancı ortam ve durumlarla karşılaşmadan önce anneleriyle güvenli bir bağlanma geliştirmiş olmalarının önemini anlatmaya çalışmıştır. Çocuğun farklı ilgi alanlarına merak duyup yeni yetenekler geliştirebilmesi, güvenli bir üse (dayanağa) sahip olmasına bağlıdır. Güvenli bir üse sahip olmayan çocuk engellenmiş hisseder (Bretherton, 1992). Güvenli üs (dayanak) kavramını Ainsworth bağlanma literatürüne kazandırmıştır. Ainsworth, Londra'ya taşındıktan sonra Bowlby'nin yönetiminde yürütülen erken çocuklukta anneden ayrılmanın kişilik gelişimi üzerine olan etkilerini araştıran bir çalışmaya katılmıştır. Böylelikle Ainsworth de bağlanma çalışmalarıyla ilgilenmeye başlamıştır. Ainsworth'e göre Bowlby'nin yaptığı; biyoloji ve psikolojideki ilerlemelere dayanarak psikanalitik kuramı güncellemektir (Ainsworth, 1969).

### **1.1.2. Bağlanma Çalışmaları**

Çok eski zamanlardan beri bir çocuğun ebeveyn kaybının ne kadar hazin olduğu üzerine çeşitli metinler yazılmasına rağmen; bu konu bilimin ilgisini son 60-70 yıldır çekmektedir. 1940 öncesinde Freud'a ait birkaç kaynak dışında bir çocuğun anneden ayrıldığında davranışının nasıl değiştiği konusunda herhangi bir gözlemsel veri bulunmamaktadır. 1950'li yılların sonuna doğru, yürütülen bağlanma çalışmalarında dünya çapında bir artış gözlenmiştir. Bağlanma günümüzde gelişim psikolojisi, klinik psikoloji ve sosyal psikoloji alanlarının ortak konusu olarak ele alınmakta ve yapılan çalışmalar geniş bir alanı kapsamaktadır. Çeşitli yaş gruplarından çocuklarla yürütülen çalışmalarda incelenen konular; hastanede veya yuvada kalma, aileyle görüşüp görüşmeme, eve dönüp dönmeme, yaş, sosyoekonomik düzey, alınan bakım şekli, aileden uzak kalma süreleri, hasta ya da sağlıklı olma gibi değişkenler açısından farklılık (Bowlby, 1969). Bowlby; bağlanma

ile ilgili yaptığı ilk çalışmalarda annenin/bakımverenin kısa süreli yokluğunda çocukların verdiği çeşitli tepkileri gözlemlemiştir (Ainsworth, 1989; Aktay,2014).

Yapılan ilk çalışmalardan biri, annelerin cezaevinde büyüttükleri 100 bebek üzerinedir. Bu 100 bebek, altı ila sekiz aylık olana dek incelenmiş ve tüm bebekler kendi anneleri tarafından bakılmıştır. Daha sonra çocukların annelerini hiç görmediği veya haftada en fazla bir kere görebildiği üç aylık bir ayrılık dönemi yaşanmıştır. Bu üç aylık süre zarfında çocuklar ya başka çocuğun annesi tarafından ya da hamileliğinin ileri haftalarında olan bir anne adayını tarafından bakılmıştır (Spitz ve Wolf, 1946; Bowlby, 1969). Bu çalışmayı yürüten René Spitz ve Katherine Wolf, anne figürünün değişikliğinin yarattığı etkiyi değerlendirmişlerdir. 1948-1952 yılları arasında James Robertson, bir yuva veya hastane ortamında sınırlı sürede kalmış çocukları gözlemlemiştir. Bu çocuklar hem anneden hem de alıştıkları ortamdan ayrılarak; tanınmadık insanlar tarafından yabancı ortamda bakılmıştır. Robertson, sadece ayrı kalma sürecini değil, öncesini ve sonrasını da gözlemlemeye çalışmış; hazırladığı raporlarda çocukların eve döndükten sonraki davranışları hakkında ebeveynlerden alınan bilgilere yer vermiştir. Robertson'ın ulaştığı bazı sonuçlar şöyledir:

Annesiyle alışıldık bir ortamda güven ilişkisi içerisinde olan 15- 30 aylık çocukların ayrılma sürecinden sonraki davranışları üç evreye ayrılmıştır: Protesto, umutsuzluk, kopma. Birinci evre olan “protesto” evresi ayrılmadan hemen sonra başlar ve birkaç hafta sürebilir. Bu evrede ayrılığa karşı çıkma ve yeniden birleşme arzusu hâkimdir. Çocuk bu evrede yüksek sesle ağlayarak, kendini oradan oraya savurarak gözle fark edilebilir bir üzüntü gösterir. Annesinin var olduğunu kanıtlayabilecek görsel, işitsel ipuçları yakalamanın peşine düşer. Bu davranışları, annesinin döneceği yönünde kuvvetli bir beklenti içerisinde olduğunu gösterir. Protestodan sonra “umutsuzluk” evresi gelir. Bu evrede çocuk kayıp annesiyle meşguldür, derin bir yas tutmaktadır. Fiziksel hareketlerde azalma, geri çekilme, durgunlaşma, sürekli veya aralıklı bir şekilde ağlama ile evre devam eder. Sürecin sessizliğine bakarak üzüntünün azaldığını düşünmek bu evre için çok yanlıştır. Üçüncü evre de “kopma” evresidir. Bu evrede çocuk artık önceki evrelerde olduğu gibi bakıcıların kendisine sağladığı bakımı reddetmez, onların getirdikleri yiyeceklerden yer. Gülümseyerek hoşnut olduğuna dair tepki verebilir. Ancak annesi

ziyaretine geldiğinde ona ilgisiz davranabilir, anneye gözyaşı dökmek yerine başka yöne çevrilmiş bir mutsuzluk vardır (Bowlby, 1969). Robertson, bu gözlemlerinin bazısını yazılı olarak yayımlamış, bir kısmını da film haline getirmiştir (Robertson, 1952).

Yuvada ya da hastanede kalmaya devam eden çocuklar, kendileriyle ilgilenen bakıcılara bağlanacaktır. Ancak ayrıldıkları her bir bakıcıdan sonra temel anne kaybı tekrarlanacaktır ve kaybedilen anne figürüyle beraber bakıcıya kendisini gittikçe daha az teslim edecek ve kendini başkasına bağlamayı bırakacaktır. Gittikçe daha fazla benmerkezci olacak, arzularını ve duygularını insanlara yöneltmek yerine oyuncak, yiyecek gibi maddi şeylere yöneltecektir. Aileleri ziyarete geldiğinde onlara duygularını göstermek yerine, onların getirdikleri hediyelerle meşgul olacaklardır (Bowlby, 1969).

Bahsedilen bu üç evrede ortaya çıkan davranışlar anne figürünün yokluğuna bağlanmıştır; ancak yabancı ortam, annenin durumu, ayrılma öncesinde çocuğun annesiyle kurduğu ilişki türü gibi değişkenler de ortaya çıkan davranışlar üzerinde etkilidir. Spitz ve Wolf'un yukarıda bahsedilen çalışmasında, çocuklar annelerinden ayrı kalmıştır ancak annenin olmadığı süre zarfında aynı kurumda bulunmuşlardır. Bu çalışmada çocuklarda meydana gelen davranıştan sadece annenin yokluğu sorumlu tutulmuştur. Helene Dutch ve Spiro tarafından hazırlanan her iki rapora göre; ortam değişiminin etkileri ne olursa olsun temel değişken, daima anne figürünü yokluğudur (Spiro, 1958). Helene Dutch, iki yaşındaki bir çocuğu gözlemlemiştir. Annesi çalışan iki yaşındaki bu çocuğun bakıcısı görevinden ayrılmış ve onun yerine yeni bakıcı gelmiştir (Dutch, 1919). Ancak çocuk ilk bakıcısının gittiği ilk geceyi uyumayarak ve ağlayarak geçirmiştir. Annesinden ayrılmamış, yeni bakıcısının onu beslemesini reddetmiştir. Yaklaşık dokuz gün bu şekilde geçmiş ve çocuk artık ilk bakıcısından hiçbir şekilde bahsetmemeye başlamıştır. Yapılan gözlemler göstermektedir ki; diğer faktörler önemli olsa da ortaya çıkan bu davranışlardaki başat faktör, anne figürünün yokluğudur. Anne var oldukça yabancı ortamın çocuğu rahatsız etmediği gözlemlenmiştir (Bowlby, 1969). Ainsworth, çocuğun anneyi güvenli bir dayanak olarak algıladığını söyleyerek bu durumu açıklamıştır.

Ainsworth'e göre bağlanma davranışı içseldir ve açık bir davranıştan daha fazla mesaj içerir. Bağlanma, bebeğin annesiyle etkileşiminden doğan deneyimler

sonucu yapılır ve sinir sistemine eklenir. Ainsworth'ün anne-bebek etkileşimini inceleyen iki büyük çalışması vardır. Ainsworth, 1953 yılında Bowlby'nin başkanı olduğu Tavistock Çalışma Grubu'ndan ayrılarak eşinin görevi gereği onunla birlikte Uganda'ya gitmiştir ve ilk çalışmasını burada yapmıştır. Afrikalı bebeklerin bağlanma örüntülerini ve anne etkileşimlerini incelemiştir.

Ainsworth, ilk çalışmasında anne-bebek etkileşimindeki bireysel farklılıkları görebilmek ve bebeğin verdiği mesajlara karşı annenin duyarlılığını değerlendirebilmek amacıyla dokuz ay boyunca 1- 24 aylık bebekler ve annelerinden oluşan 26 çifti incelemiştir. Gözlemler haftada iki saat, öğleden sonra ailenin evinde gerçekleştirilmiştir. Yapılan gözlemlerde bebeğin davranışlarındaki ince detayları fark edip bu detaylara eksiksiz cevap verecek şekilde davranan anneler, yüksek düzeyde duyarlı anne olarak; bu detayları fark edemeyip bebeğin davranışlarına duyarsız kalan anneler ise düşük düzeyde duyarlı anne olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada bebeklerde üç farklı bağlanma örüntüsü geliştiği düşünülmüştür: Güvenli ve güvensiz bağlanmış bebekler, henüz bağlanamamış bebekler. Güvenli bağlanan bebeklerin duyarlı annelere sahip olduğu, güvensiz bağlanma örüntüsü gösteren bebeklerin ise genellikle daha az duyarlı annelere sahip olduğu gözlemlenmiştir. Güvenli bağlanan bebeklerin az ağladığı ve annelerinin yanındayken çevreyi ve yeni şeyleri keşfetmeye yöneldikleri, güvensiz bağlanan bebeklerin daha az keşfetme davranışında bulunduğu ve annelerinin kucağındayken dahi ağladıkları gözlemlenmiştir. Henüz bağlanamamış bebekler ise annelerine karşı ayırt edici bir davranış örüntüsü göstermemişlerdir. Ayrıca annelerin bebeklerini doyurma isteği içinde olmaları, onları emzirmekten haz duymaları ile bebeklerin güvenli bağlanmaları arasında ilişki saptanmıştır (Akçakaya, 2011). Ainsworth, bir diğer çalışmayı da 1960'ların başında Baltimore'de yapmıştır. Yine gözlemsel verilere dayanacak bu çalışmada Ainsworth bu sefer 26 anne adayıyla doğum öncesinde görüşmelere başlamıştır. Görüşmeler bebek doğduktan sonra da devam etmiştir. Çalışma toplamda 54 hafta sürmüştür. Her aile için veri toplama süresi toplam 72 saattir. Verileri oluşturan anne-bebek davranış örüntüleri şöyledir: beslenme, ağlama, anne ve bebeğin yüz yüze iletişimi, annenin bebeği karşılaması ve izlemesi, bebeğin anneye bağlılığındaki denge, yakın vücut teması. Annelerin bebeklerinin sinyallerine verdiği cevaplarda dikkat çeken bireysel farklılıklar olduğu gözlenmiştir. Beslenme

davranışı kimi anneler için işbirliği olurken kimisi bebeğin yeme davranışını anlamakta zorlanmış ve bebeğe ayak uyduramamıştır. Bazı bebeklerin ise boğulma, tükürme davranışlarını sık sık tekrarladıkları gözlemlenmiştir. Anne ve bebek oyun oynarken anne, oyunu bebeğin davranışlarına uyumlu hale getirdiğinde ve bebeğe gülümsediğinde bebeğin daha fazla zevk aldığı, gülümseyip ses çıkardığı gözlemlenirken; yüz yüze etkileşimi gülmeden ve konuşmadan başlatan annelerin bebeklerinin de aynı şekilde sessiz tepkiler verdiği gözlemlenmiştir (Bretherton, 1992).

Ainsworth; Afrikalı bebeklerden elde ettiği bulguları Bowlby tarafından düzenlenen Tavistock Çalışma Grubunun toplantılarında sunmuştur. Bu toplantının katılımcıları arasında ünlü çocuk araştırmacıları (Genevieve Appell, Miriam David, Jacob Gewirtz, Heinz Prechtl, Harriet Rheingold, Henry Ricciuti, Louis Sander ve Peter Wolff), ünlü hayvan araştırmacıları (Harry Harlow, Charles Kaufmann, Jay Rosenblatt) yer almıştır (Bretherton, 1992).

Ainsworth ve arkadaşları, farklı durumlara bebeklerin vereceği tepkileri gözlemleyebilmek adına yabancı ortam deneyi adında bir deneysel model tasarlamışlardır. Bu çalışmada 12-18 aylık bebeklerin anneleri, çevreleri ve yabancılarla olan etkileşimleri incelenmiştir. Yabancı ortam deneyi her biri üçer dakika süren sekiz aşamadan meydana gelmektedir. İlk aşamada, anne ve bebek bir gözlemciyle beraber laboratuvar odasına geçer. Gözlemci anneye bebeğin yerini ve kendi oturacağı yeri göstererek odadan ayrılır. İkinci aşamada anne bebeği oyuncaklarla oynaması için oyuncakların yanına koyar, kendisi de sandalyeye oturur. Üçüncü aşamada odaya bir yabancı girer, ilk bir dakika sessiz oturur, ikinci dakika anneye sohbet eder, sonra da yavaş bir şekilde bebeğe yaklaşır ve oynaması için ona bir oyuncak gösterir. Üç dakikanın sonunda anne çocuk kendisini görmeden odadan çıkar. Dördüncü aşamada bebek huzursuz olmadan sakince oynamaya devam ediyorsa yabancı katılımcı odadan çıkar. Eğer bebek pasif bir şekilde bekliyorsa yabancı bebekle iletişim kurmaya ve bebeğin ilgisini oyuncaklara çekmeye çalışır. Eğer bebek huzursuzluk duyarsa ve sıkıldığını göstermeye başlarsa yabancı kişi bebeğin ilgisini başka bir şeye çekip onu rahatlatmaya çalışır. Eğer bebeğin huzursuzluğu devam ediyorsa anne bebeğini rahatlatmak için yanına girer. Beşinci evre ilk kavuşma evresidir. Bebek içeride yabancıyla beraberdir. Anne içeri girer ve

kapıda bekler. Bebeğin annesine vereceği ilk tepki gözlemlenir. Daha sonra yabancı sessiz bir şekilde odadan ayrılır. Anne de çocuğunu rahatlatır ve oyuncaklarla oynaması için yanında bulunur, onunla oynamaya başlar. Altıncı evre ikinci ayrılık evresidir. Bu evrede anne çantasını odada bırakır ve bebeğe hoşça kal diyerek odadan çıkar. Bebek 3 dakika yalnız kalır. Eğer bebek sıkılıp huzursuzlanırsa bu aşama kısa kesilir. Yedinci evrede bebek odada yalnızken yabancı odaya girer. Bebek oyuncaklarla oynuyorsa yabancı müdahale etmez, bebek pasifse oyuncaklara ilgisini çekmeye çalışır, bebek hâlâ sıkıntı duyuyorsa ilgisini başka yöne çekmeye çalışır. Bu evrede bebeğin yabancı tarafından rahatlatılıp rahatlatılamadığı, yabancı yanındayken oyuncaklarla oynayıp oynamadığı gözlemlenir. Bebeğin sıkıntısı artarsa bu evre kısa kesilir. Sekizinci evrede anne geri döner ve yabancı odadan ayrılır. (Akçakaya, 2011). Bu deneyde bebeğin bağlanma sistemi görülmek istenmiş bu amaçla bebek kısa aralıklarla yalnız bırakılmıştır (Main ve Weston, 1982). Anne ve bebeğin davranışları hem ayrılık öncesinde hem de kavuşma anlarında gözlemlenmiştir (Wilson ve Davenport, 2003). Ainsworth ve arkadaşları bu iki önemli deneyde yapmış oldukları gözlemler sonucunda üç tip bağlanma stiline ulaştıkları sonucuna varmışlardır. Bu bağlanma stilleri: Güvenli, kaygılı/kararsız, kaçınan.

**Güvenli Bağlanma:** Anneye/bakım verene güvenli bağlanan bebeklerin anneleri yanlarından ayrıldığında üzüntü yaşadığı; ancak döndüğünde sakinleşip mutlu olduğu ve çevreyi keşfetmeye devam ettikleri, anneleri olmadığında daha az stres yaşadığı, yabancı ile odada yalnız kaldığında onunla iletişim kurduğu gözlemlenmiştir (Özsoy, 2015; Akçakaya, 2011 ve Açık, 2008).

**Kaygılı/Kararsız Bağlanma:** Anneye/bakım verene kaygılı/kararsız bağlanmış bebeklerin anneleri yanlarından ayrıldığında yoğun bir şekilde kaygı, stres ve öfke yaşadığı yabancı kişiyle iletişim kurmadığı, çevreyle ve oyuncaklarla ilgilenmediği, anneleri yanlarına döndüğü halde huzursuzluklarının devam ettiği, anneye yakın olma isteği ile öfke duygusunu aynı anda yaşadıkları gözlemlenmiştir (Özsoy, 2015; Akçakaya, 2011 ve Açık, 2008).

**Kaçınan Bağlanma:** Annelerine/bakım verene kaçınan bağlanma stili ile bağlanmış bebeklerin anneleri yanlarından ayrıldığında duygularını çok az gösterdikleri, daha az sıkıntı belirtileri gösterdikleri, anneleri yanlarına geri

döndüğünde ise ilgisiz davranmaya devam ettikleri, temastan kaçındıkları, yabancı kişiye de aynı ilgisiz tutumları gösterdikleri gözlemlenmiştir. Fizyolojik olarak kaygılı/kararsız bağlanan çocuklarda gözlenen stres tepkisi kaçınmacı bağlanan çocuklarda da gözlenmiştir (Özsoy, 2015; Akçakaya, 2011 ve Açık, 2008).

Main ve Solomon, Ainsworth'ün yaptığı bu sınıflandırmanın bebeklerin davranışlarını açıklamada zayıf kaldığını düşünerek ilerleyen zamanlarda yeni bir bağlanma stili tanımlamışlardır (Main ve Solomon, 1986). Dezorganize/yönlendirilmemiş bağlanma olarak isimlendirilen bu stil, bebeklerin annelerine karşı tutarsız davranış örüntüleriyle karakterizedir. Kimi zaman anneye yaklaşırlarken kimi zaman kaçınırlar. Dezorganize bağlanmaya depresif, psikopatolojik, tutarsız ve ihmal edici davranışları olan bakım verene sahip bebeklerde rastlanır. Dezorganize bağlanma stiline psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olmasının yanında, borderline kişilik bozukluğuyla birlikte görülme oranı oldukça yüksektir (Dozier ve ark., 1999; Bolat, 2008).

Rudolph Schaffer da Bowlby'nin bağlanma çalışmaları ekibinde bulunmuştur. İsveç'te yaptığı çalışma, Ainsworth'ün Uganda çalışmasıyla aynı sonuçları vermiştir.

Fonagy, annenin bağlanma stili ile çocuğun bağlanma stili arasında ne tür bir ilişki olduğunu araştırmak amacıyla; 96 anne adayıyla doğumdan önce bağlanma stillerini belirlemek adına görüşme yapmış ve doğumlarından 12 ay sonra da çocukları değerlendirmiştir. Edindiği sonuçlar, anne ile çocuğun bağlanma tarzı sınıflandırması arasında %75 orasında benzerlik olduğu şeklindedir. Ergen kız çocukları ve ebeveynleriyle ilgili de benzer bir çalışma yapılmış olup; bağlanma stilleri benzerliğinin ergen kızlar ile anne ve babaları için de geçerli olduğu görülmüştür (Masterson, 2005).

Bağlanma çalışmalarının doğuşu yurtdışında olsa da 1990'lı yıllardan itibaren ülkemizde de bağlanma konulu çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Ülkemizde yapılan bağlanma çalışmaları daha çok yetişkin bağlanması üzerinedir.

1997 yılında 6-12 aylık bebeklerin yabancı durumlara olan tepkileri değerlendirilmiş; ancak yaşlarına uygun olan yabancı durum tepkisini göstermedikleri değerlendirilmiştir (Atasoy ve ark., 1997).

2000 yılında 1657 lise öğrencisi ve bu öğrencilerin 1246'sının annesi ve 137'sinin babası ile yürütülen çalışmada; babaların çocuklarına karşı aşırı düzeyde denetimci davranmalarının ergenlerde kaygılı bağlanmayı arttırdığı; annelerin kaygılı bağlanma düzeyinin sıkı denetimle birlikte ergenlerde kaçınmacı bağlanmayı arttırdığı görülmüştür (Güngör, 2000).

2006 yılında 6-11 yaş arası çocuklar ve anneleriyle yürütülen çalışmada; güvenli bağlanan çocukların annelerinde kabul/ilgi yönündeki tutumlarının ön planda olduğu tespit edilmiştir (Çamurlu ve Keser, 2006).

2006 yılında 566 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada; çocukluk döneminde istismara uğramış olmanın ileriki dönemlerde saplantılı bağlanma geliştirmeyi yordadığı sonucuna ulaşılmıştır (Deniz, 2006).

2006 yılında doğumu takip eden 2-18 ay arası dönemde bulunan 80 anne ile yapılan çalışmada; doğum sonrası depresif belirtiler gösteren annelerin güvensiz bağlanma örüntüsüne sahip olduğu görülmüştür (Sabuncuoğlu ve Berkem, 2006).

2007 yılında 5-6 yaş gurubu 77 çocuk ile yürütülen çalışmada; güvenli bağlanan çocukların bellek performanslarının ve stresle baş etme davranışlarının güvensiz bağlananlardan daha iyi olduğu ortaya çıkmıştır (Türköz, 2007).

2007 yılında evlilik sorunları yaşayan 25 çift ile yapılan çalışmada; evlilik sorunları yaşayan çiftlerin kadın bireylerinin kaygılı ve kaçınmacı bağlanma stiline sahip olduğu, erkek bireylerinin ise kaçınmacı bağlanma stiline sahip olduğu görülmüştür (Erdoğan, 2007).

2009 yılında 458 üniversite öğrencisi ile yürütülen çalışmada; kadınların erkeklerle kıyasla daha fazla kaygılı bağlanma gösterdikleri, bağlanma stilleri, psikolojik belirtiler ve kişilerarası problem çözme davranışlarının birbiriyle ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Ergin, 2009).

2011 yılında 586 lise öğrencisi ile yapılan çalışmada; Kısa Semptom Envanterine göre psikolojik belirtileri yüksek olan ergenlerin annelerine karşı olumsuz değerlendirmelerde bulunduğu ve annelerini daha kuralcı, küçümseyici, mükemmeliyetçi gibi kişilik özellikleriyle nitelediği görülmüştür (Özer, 2011).

2012 yılında Somatoform bozukluk tanısı alan 33 genç ile yapılan çalışmada; tanı alan gençlerin annelerinin kontrol grubundaki gençlerin annelerine göre kaçınmacı bağlanma puanlarının yüksek olduğu görülmüştür (Ayaz ve ark., 2012).



2013 yılında 992 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada; kadınlarda kaygılı bağlanma ile depresyon, sosyal kaygı ve Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) belirtileri arasındaki ilişkide, bir davranışın olumlu veya olumsuz pekiştirme sonuçlanması sonrası gelecekte aynı davranışın aynı pekiştirme sonuçlanacağına dair beklentinin bireyin kendisinden kaynaklanıp kaynaklanmadığına dair algısı olarak nitelendirilen kontrol odağının kısmi aracı rol üstlendiği, erkeklerde ise kaygılı bağlanma ile depresyon belirtileri arasında bu ilişkinin ortaya çıktığı görülmüştür (Dağ ve Gülüm, 2014).

## **1.2. Bağlanmanın Ölçülmesi**

Bowlby ve Ainsworth'ün öncülüğünde ilk yapılan bağlanma çalışmalarının, bebek ve anne ikilisinin gözlemlenmesine dayalı olduğu bilinmektedir. Daha sonraları Bowlby'nin tabiriyle bağlanmanın “doğumdan ölüme kadar devam eden bir süreç olduğu” bakış açısı benimsenmiş ve bağlanma çalışmalarının sınırları genişlemiştir (Bowlby, 1969).

Mary Ainsworth tez araştırmasını yürütürken öğrencilere uyguladığı özbildirim ölçeklerinin yanında bu öğrencilerin otobiyografik anlatımlarına da analizinde yer vererek anlatımsal veri toplama yönelimine giriş yapmıştır (Bretherton, 1992). Ainsworth, Uganda ve Baltimore'da yürüttüğü ilk çalışmalarda gözlem ve görüşme tekniklerini kullanarak veri toplamıştır. Ainsworth'ün Baltimore'da yürüttüğü Yabancı Ortam Deneyi 8 bölümden oluşmaktadır. Yabancı Ortam Deneyi anne, bebek ve bir yabancı kadınla laboratuvar ortamında yürütülmektedir. Yabancı Ortam Deneyinin verileri de gözlem yoluyla elde edilmiştir.

1979 yılında geliştirilen Ana Babaya Bağlanma Ölçeği 25 maddeden oluşmakta olup çocuğun ailesinden algıladığı kabul/ilgi ve kontrol/aşırı koruma boyutlarını değerlendirmektedir. Ölçek 2006 yılında Türk örneğine uyarlanmıştır.

1980'li yıllarda Main ve arkadaşları bağlanmada içsel çalışan modelleri ortaya çıkarmak için bu yaklaşıma dayanan Yetişkin Bağlanma Görüşmesi (YBG- Adult Attachment Interview) adında bir görüşme tasarlamışlardır. Görüşmeler bir buçuk

saat sürmektedir. Bu görüşmede katılımcıdan anne babalarıyla ilgili beş tanımlamadan birini seçmeleri istenmektedir. Bu görüşmede yetişkin kişinin ebeveynlerine ilişkin bağlanma temsillerini anlamak amaçlanmaktadır (Açık, 2008). Puanlaması zor ve uygulaması uzun süren bir yöntem olan Yetişkin Bağlanma Görüşmesinde bireyler aldıkları puanlara göre güvenli, güvensiz ve kayıtsız bağlanma sınıflarından birine yerleştirilmektedir.

Görüşmeye dayalı bir diğer yöntem de Yetişkin Bağlanması Yansıması (Adult Attachment Projective) yöntemidir. Bu yöntem de kişilere bazı resimler gösterilir ve bu resimlerden hikâye anlatmaları istenir. Kişiler anlattıkları hikâyelere göre güvenli, saplantılı, kayıtsız ve kararsız bağlanma kategorilerinden birine yerleştirilirler (Yaka, 2011).

1987 yılında Hazan ve Shaver tarafından yetişkin bağlanmasını ölçmek amacıyla geliştirilen “Bağlanma Tarzları Anketi” öz bildirime dayalı bir ölçüm aracıdır. Kişilerden romantik ilişkilerini “güvenli, kaçınan, kaygılı/kararsız” olarak sınıflandırmaları istenmiştir. İlerleyen dönemlerde bireylerin, yaşantılarını sınıflamasına dayalı kategorik yaklaşımdan ziyade bireylerin deneyimlerinin sürekli bir derecelendirmeye tabi tutulmasının daha gerçekçi sonuçlar vereceği düşünülmüştür. Bu amaçla Likert tarzı ölçekler geliştirilmeye başlanmıştır.

1991 yılında Bartholomew ve Horowitz, “İlişkiler Anketi”ni (Relationship Questionnaire) geliştirmişlerdir. İlişkiler Anketinde katılımcılara dört bağlanma stili (güvenli, korkulu, saplantılı, kayıtsız) hakkında bilgi verilmekte, sonrasında ise hangi bağlanma stilinin kendilerine uygun olduğunu düşündükleri sorulmaktadır. Ölçme şekli bakımından “İlişkiler Anketi”, “Bağlanma Tarzları Anketi”ne benzerdir. 1994 yılında “İlişkiler Anketi” geliştirilerek “İlişki Tarzları Anketi” (Relationship Styles Questionnaire) oluşturulmuştur. 30 maddeden oluşan bu ankette bireyler her bağlanma stilinden bir puan almaktadır. “İlişkiler Anketi” ve “İlişki Tarzları Anketi” 1999 yılında Sümer ve Güngör tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (Varlık Özsoy, 2015).

1998 yılında Brennan, Clark ve Shaver, “İlişkiler Anketi” ve “İlişki Tarzları Anketi”ni faktör analizine tabi tutarak “Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri”ni (Experiences In Close Relationship Inventory) geliştirmişlerdir. Bu ölçekte yetişkin

bağlanması, kaygı ve kaçınma boyutlarından alınan puanlara göre belirlenebilmekle beraber küme analizi yöntemiyle dört bağlanma stiline göre sınıflanmaktadır.

2000 yılında Fraley, Waller ve Brennan, daha yüksek duyarlılığa sahip bir ölçüm için “Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II”yi geliştirmişlerdir. 2005 yılında Selçuk ve arkadaşları tarafından ölçeğin Türk örnekleme için geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Cassidy tarafından geliştirilen “kukla görüşmesi” çocuklarla yapılan bağlanma çalışmalarında kullanılmıştır. Çocuk, kendisine sorulan sorulara bir el kuklası ile cevap vermektedir. Burada amaç çocuğun bir başkasının gözünden kendisini nasıl algıladığını yansıtmasıdır (Cassidy, 1988).

Crowley ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilen “Şu andaki İlişkiler Görüşmesi” Yetişkin Bağlanma Mülakatını temel almakla birlikte, bu yöntem çiftler arasındaki ilişkinin niteliğini, bağlanma stillerini belirlemeyi hedeflemektedir.

1996 yılında geliştirilen ve 15 maddeden oluşan Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği, 9-12 yaş arası çocuklara yöneliktir. Çocuk ölçeği hem annesi hem babası için ayrı ayrı doldurmaktadır. Ölçeğin Türk örnekleme için güvenilirlik geçerlik çalışması yapılmıştır (Varlık Özsoy, 2015).

Çocukluk dönemindeki bağlanmayı ölçmek için Kerns Güvenli Bağlanma Ölçeği gibi çocuklara uygulanabilecek ölçeklerin kullanılması yanında; yetişkinlik döneminde de kişinin çocukluk yıllarında ebeveyniyle olan ilişkisi saptanmak istenebilir. Parkes tarafından 2006 yılında geliştirilen Geriye Dönük Bağlanma Anketi (Retrospective Attachment Questionnaire), yetişkinlere çocukluk dönemindeki ebeveyn ilişkileri ve çocuklukta duygusal yaşantılarına dair sorular sormaktadır. 1999 yılında Sümer ve Güngör tarafından geriye dönük ölçüm aracı olarak geliştirilen Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeğinde (Parenting Styles Questionnaire), yetişkinlerden çocukluk döneminde anne babaları ile olan ilişkilerinde algıladıkları çocuk yetiştirme stillerini değerlendirmeleri istenir.

### **2.3. Bağlanma Davranışı ve Doğadaki Yeri**

Dünyaya geldikten birkaç saat sonra özgürce hareket edebilen hayvanların, anne nereye hareket ederse etsin onu takip ettiği gözlemlenmiştir. Etoburlarda, kemirgenlerde ve insanda ise bu gelişim düzeyine gelebilmek aylarca sürebilir. Bir ebeveyn kendi yavrusunu, yumurtadan çıktıktan ya da doğduktan hemen sonra diğer yavruardan ayırabilir ve sadece ona ebeveynlik yapar. Yavrular da kısa bir süre içinde kendi ebeveynlerini diğer erişkinlerden ayırabilir. Yavru ile ebeveyn arasındaki bu tanıma sayesinde hem ebeveyn hem de yavru birbirlerine diğer hayvanlara davrandıkları biçimden farklı biçimde davranır. Bu davranışlar ebeveyn ile yavru arasındaki yakınlığı artırır. Çocuğun anneye olan davranışına ‘bağlanma davranışı’, annenin çocuğa olan davranışına ise ‘bakıcılık davranışı’ denmektedir. Her iki davranış da memelilerin tüm türlerinde görülmektedir. Ancak bağlanma davranışının gösterildiği süre türden türe değişiklik göstermektedir. Pek çok kuş türünde, kaz ve kuğularda bağlanma davranışı tam bir cinsel olgunluğa ulaşana dek devam eder. Koyun, geyik, öküz gibi toynaklı türlerin dişilerinde anneye bağlanma erişkin bir yaşa gelene kadar, erkeklerinde ise ergenliğe kadar devam edebilmektedir (Bowlby, 1969).

#### **2.3.1. İnsan olmayan primatlarda bağlanma davranışı**

Primatlar, maymunları ve insanları içeren bir takımdır. İnsan olmayan primatlarda yavru doğduktan hemen sonra anneye yapışır; ancak insan yavrusu annesinin çok yavaş farkına varır. Maymunlarda ise bağlanma davranışı bebeklik ve çocukluk dönemleri boyunca çok güçlü bir şekilde sergilenirken ergenlikle beraber anneye olan bu bağda zayıflamalar görülmeye başlanır. Babun, alyanaklı maymun ve şempanzeler yaşamın yaklaşık olarak ilk yılını annenin alt karın bölgesine yapışık olarak geçirir. İnsanlarda ise bebekler oldukça immatürdürler ve gelişimleri yavaş ilerlediği için bağlanma davranışı diğer türlere kıyasla daha uzun sürmektedir. Süresi ne olursa olsun çocuğun anneye bağlanması pek çok hayvan türünde yaygın olarak görülmektedir (Bowlby, 1969).

Yavruların bağlanma davranışına karşılık, anneler de yavrularının kendilerinden ayrılmaması için çabalarlar. Yavru uzağa gidecek olsa anne onu tutup yanına çeker, çevreden bir tehlike sezdiğinde yavrusunu kucaklar, yavru annesini

kavrayamıyorsa annesi onu destekler (Bowlby, 1969). Yavru primatlara üvey anne ve baba olarak davranıp bilimsel çalışmalarını bu şekilde yürüten bilim adamlarından biri olan Rowell, bir babun yavrusu için şunları söylemiştir: “Onun gözü önünden ayrılmama izin vermiyor, yüksek bir ses ya da ani bir hareketi algıladığında bana doğru koşuyor ve sıkıca sarılıyor” (Rowell, 1965). Davranış bilimlerinin yani etolojinin kurucusu sayılan Lorenz, kazlarla yaptığı deneylerde; kazların yumurtadan çıktıkları anda ilk gördükleri hareketli nesneyi anne olarak kabul edip onun peşine takıldıkları sonucunu gözlemlemiştir (Santrock, 2012). Harlow’un yaptığı hayvan çalışmaları ise Bowlby’yi çok etkilemiştir. Bowlby, Londra’da annesiz çocuklarla çalışırken Harlow da hayvanlarda anne yokluğunu çalışmaktaydı. Harlow, bir grup yavru maymunu 12 ay boyunca herhangi bir canlıyla temas edemeyecek şekilde izole bir halde gözlemlemiştir. Bu yavru maymunlar çoğunlukla bir köşeye sinerek beklemiş ya da kendi kendilerini ısırılmışlardır. Daha sonra akran maymunların yanlarına bırakıldıklarında onlarla oynamaktan korktukları ve kendilerini koruyamadıkları görülmüştür. Bu yavru maymunların yetişkinlik döneminde cinsel yetersizlik gösterdiği, yapay dölleme yoluyla ebeveyn olduklarında ise yavrular için gerekli olan ebeveyn davranışlarını sergileyemedikleri görülmüştür (Dursun, 2013).

Harlow 1958 yılında öğrencileriyle yürüttüğü çalışmasında, maymunlara iki seçenek sunar. Maymunlar ya kumaş kaplı yumuşak tellerin yanına kalacak ya da demirden olan yere tırmanıp süt içecekler. Bu deney sonucunda, maymunların demir tele tırmanıp süt içtikten sonra hızla oradan uzaklaştıkları ve kumaş kaplı yere döndükleri görülmüştür. Bir başka deneyde de maymunlara yine iki seçenek sunulmuş, birinci seçenek ısıtılmış demir iken ikinci seçenek soğuk kumaştır. Maymunların ısıtılmış demiri tercih ettikleri görülmüştür (Tüzün ve Sayar, 2006). Bu deneylerle maymunlar için sadece fiziki ihtiyaçların giderilmesi değil sıcaklığın ve konforun da önemli olduğu görülmüştür.

### **2.3.2. İnsanda bağlanma davranışı**

İnsan yavrusu annesinin çok yavaş farkına varır. Ainsworth, Uganda’daki çalışmasında yedi aylık periyotta 25 anneyle iki hafta aralıklarla görüşmeler gerçekleştirmiştir. Bebeklerden dördü dışında hepsinde altı aylıkken açık bir şekilde bağlanma davranışı gözlemlenmiştir. Anne odadan ayrıldığında ağlama, döndüğünde

ise gülümseyerek kucağına atlama davranışları gözlemlenmiştir. Bu davranış örüntüleri bebek 0-6 aylıkken çok düzenli bir şekilde gerçekleşmiş olmasa da 6-9 aylıkken bu bağlanma davranışı daha düzenli bir şekilde ortaya çıkmıştır. Bebek 9 aylıkken odada yabancı varlığında anneye yapışma davranışı daha belirgin hale gelir. 8 aylık çocukların anneleri yanındayken çevreyi keşfetme davranışı gösterdikleri, annenin yokluğunda ise ürkek ve endişeli oldukları, çevreyle ilgilenmedikleri gözlemlenmiştir. Schaffer ve Emerson'un 1964 yılında yaptıkları bağlanma çalışmasında 0-12 aylık 60 bebeğin anneleri tarafından bırakıldıklarında verdikleri bağlanma tepkileri gözlemlenmiştir. Bulgular, Ainsworth'un Uganda'daki çalışmasıyla benzer çıkmıştır. Her iki çalışmada da bebeklerin tehlike durumunda bağlanma davranışını daha yoğun gösterdikleri gözlemlenmiştir (Bowlby, 1969).

Yaşamın ilk yılında bağlanma davranışının gelişimi neredeyse tamamlanır ve ilk bir yıl boyunca bağlanma davranışı oldukça yoğun bir şekilde yaşanır. Yaşın ilerlemesiyle bağlanma davranışının sıklığında ve yoğunluğunda azalmalar görülür. Bebek bir yaşına kadar zamanının büyük bir bölümünü annesini izleyerek, annesinin sesini dinleyerek geçirir. 11. aydan itibaren bebek annesinin gideceği zamanın öncesine dair ipuçlarını keşfetmiştir ve annesi gideceği zaman buna karşı koyar. Bağlanma davranışı bebek üç yaşına gelene kadar benzer sıklıkla devam eder. Kreş öğretmenlerinin hemfikir oldukları nokta; çocukların iki yaş dokuz aya kadar kreşe verildiklerinde ağladıkları ve anneleri gittikten sonra öğretmenlerinden ilgi istedikleri, üç yaşından sonra ise annelerinin olmayışına daha az tepki verdikleri, vakitlerinin çoğunu arkadaşlarıyla oyun oynayarak geçirdikleri şeklindedir. Bağlanma konusunda çocuklardaki değişimin genelde ani bir şekilde yaşandığı gözlemlenmiştir. Bu değişimin gerçekleşebilmesi, çocuğun akraba veya öğretmen gibi evin dışındaki bir bireye güven hissetmesi ve onu bağlanma figürü olarak kabul edebilmesiyle mümkündür. Çocuğun bu ikincil figüre bağlanabilmesi için ikincil figürü annesiyle birlikte görmesi ve o kişiden tehlike algılamaması gerekmektedir. Diğer bir koşul da çocuğun annesinin nereye gittiğini ve ne zaman döneceğini bilmesidir. Bu koşulların sağlanamaması durumunda çocuk, anneden ayrıldığında huzursuz davranışlar gösterir ve "anneci" bir hale gelir (Bowlby, 1969).

Yaşın ilerlemesiyle çocuklarda güven artışı meydana gelir. Ancak bu güven artışına rağmen beş altı yaşlarındaki hatta daha büyük çocukların ellerini sıkıca tutmaktan

hoşlandıkları görülmüştür. Ebeveynleri buna karşı koymaya kalkarsa çocuklar sinirlenmektedir. Çocuğun okula başlamasıyla beraber ilgisi akranlarına kayar, anneye olan bağlanma davranışlarında azalma meydana gelir. Ergenlikle birlikte ilgi, karşı cinse olan cinsel çekimle beraber akranlara kayar.

#### **2.4. Bağlanma Davranışının Zamanı**

Bağlanma, yalnızca bebeklik ve çocukluk ile sınırlı olmayıp yaşam boyu süren ve davranış şeklidir. Ancak zamanla bağlanmanın nesnesi ve ifade ediliş şekli değişmektedir. İlk temel ilişki olan anne-bebek ilişkisi, sonraki yaşam dönemlerindeki bağlanmalar için temel teşkil etmektedir (Varlık Özsoy, 2015). İnsan yavrusu dünyaya geldiğinde acizdir ve en korunmasız olduğu bu dönemde yaşayabilmek için bakıma ihtiyacı vardır. Bu bakım kaynağı doğal olarak annedir; ancak anne yoksa da bebek annesi gibi bakım verecek birine muhtaçtır. Anne, bebeğini doyuracak ve ona gereken bakımı verebilecek, onu anlayıp ihtiyaçlarını yerine getirebilecek genetik ve biyolojik donanıma sahiptir. Winnicott'a göre; "Bebek diye bir şey yoktur, bebek ve biri vardır" (Winnicott, 2007). Anne- bebek ilişkisi, taraflar arasında gelişen özel bir dille sürdürülür. Bebek agulama, ağlama veya gülücük gibi ilkel sinyallerle acıktığını, uykusunun geldiğini, rahatsız olduğunu annesine haber verir. Anne- çocuk ikilisinde duygusal bir paylaşımdan çok duygu geçişi vardır. Annenin ruh hali bebeğe; bebeğin ruh hali de anneye geçer (Paktuna Keskin, 2012).

##### **2.4.1. Bebeklerde bağlanma ve duygu gelişimi**

Duygular, çocukların yaşamlarını sürdürmelerinde ve iletişim kurmalarında oldukça önemlidir. Çocuk, dili etkin kullanmadığı dönemde ihtiyaçlarını, rahatsızlığını ve haz alıp almadığını duyguları yoluyla gösterir. Bebek ilk doğduğunda annesinin memesini arama davranışıyla bağlanacak bir figür aradığını gösterir. Lorenz, kazlarla yaptığı deneyinde yavruların doğduktan hemen sonra bağlanma nesnesi aradığını ve bulduktan sonra takip ettiğini kanıtlamıştır. Bebek birinci ayında göz teması kurmaya başlar, ağlayarak rahatsızlığını dile getirebilir. İkinci ayda etrafındaki insanların yüzlerini incelemeye başlar. Annesinin yüzünü ayırt ederek ona gülümser, duygusal tepki verir. Beşinci aydan sonra bebekte,

kendisiyle devamlı ilgilenen kişiye karşı bağıllık oluşmaya başlar. (Kandır ve Alpan, 2008). 0-12 ay arası bebeğin temel güven duygusunun oluşması açısından oldukça önemlidir. Temel güven duygusunun oluşması, anne- bebek ilişkisindeki sürekliliğe, aynılığa ve tutarlılığa bağlıdır. Sağlıklı gelişen anne- bebek ilişkisi, bebeğin annesine güvenli bağlanmasının ve ileriki yaşamına da bu güveni taşıyabilmesinin temeli olacaktır (Şener ve Karacan, 1999). Bağlanma yoluyla kendisini güvende hisseden çocuğun benlik duygusu gelişir ve bu şekilde sosyalleşmesi mümkün olur (İnanç ve ark., 2008). Bir bebekte ilk önce anneye (bakımverene) bağıllık gelişir. Bu bağıllığın gelişebilmesi için; ilk olarak bebeğin çevresindeki insanları cansız objelerden ayırması gerekir. Üç haftalık bebekler, resimlerdeki insan yüzlerine kıyasla canlı insan yüzlerine daha çok tepki vermektedir. 5- 6 aylık bebekler ise insan yüzünü görür görmez gülümserler. Üç aylık bebeklerde anne-baba yüzünü tanıma oranı %81 iken, beş aylık sağlıklı bebeklerin tümü anne- babalarının yüzlerini tanıyabilmiştir. Çocuk gelişiminde 12-18 ay arası bağlanmanın en yoğun olduğu dönemdir. İkinci yıl çocuğun bağımsızlaşmayı istediği, merak ve keşfetme dönemidir. Bu dönemde çocukta anneye bağıllık azalır. Üç dört yaşlarında ise çocukta bilişsel yetiler gelişmeye başlar, dilin gelişim hızı artmıştır, çocuk kendisini ifade etmeye başlamıştır. Çocuklar üç dört yaşlarında uzaktan iletişim kurmayı isterler. Anaokulu dönemindeki çocuk öğretmenine yakın olmayı ister. Çocuklar büyüdükçe sözel onay ve ödüllere daha çok ihtiyaç duyarlar (Rice, 1997).

Sosyalleşme, bireyin diğer bireylerden duyu organları aracılığıyla aldığı sinyalleri algılayıp anlamlarını fark ederek bu sinyallere cevap verebilmesi becerisidir. Bir bebeğin annesiyle kurduğu ilk ilişki, daha sonra kuracağı tüm ilişkilerin temeli niteliğindedir (Paktuna Keskin, 2012).

#### **2.4.2. Ergenlik döneminde bağlanma**

Ergenlikle beraber bedensel, zihinsel, cinsel gelişimle paralel olarak bağlanma davranışının kapsamı da değişmektedir. Aileyi, hayatı, çevreyi, yazılı olan ve olmayan tüm kuralları, ahlaki değerleri sorgulamayla karakterize olan kimlik bunalımı, ergen bireyi ailesinden uzaklaştırarak akranlarına yöneltmektedir. Bu dönemde bireyin amacı, dünyaya kendisi gibi bakan akran grubunun içerisinde olma,



gruba kendisini kabullendirmedi. Ergen bireyde meydana gelen gelişmelerle birlikte bağlanma nesnesi ve bağlanma tarzı da değişmiştir. Çocukluk döneminde ebeveynine bağımlı olan birey, ergenlik döneminde ebeveyninden uzaklaşarak akranlarıyla karşılıklı alıp vermeye dayalı ilişkiler kurmaktadır. Çocukluk döneminde ailesiyle güven temelli ilişkiler kurmuş olan bir bireyin ergenlik döneminde arkadaşlarıyla da benzer ilişkiler kurduğu gözlemlenmiştir (Aydın, 2005).

### **2.4.3. Yetişkinlik döneminde bağlanma**

İlk bağlanma çalışmaları, bebek ve annenin gözlemlenmesine dayalı iken; daha sonraları Bowlby'nin bağlanmanın doğumla başlayan ve ölüme kadar devam eden bir süreç olduğu bakış açısı benimsenmiş ve bağlanma çalışmalarının sınırları genişleyerek yetişkinlerde de bağlanma çalışılmaya başlanmıştır (Bowlby, 1969).

Yetişkinlik dönemi ilişkilerinde çocukluk dönemi bağlanma stillerinin etkili olabileceği fikri, ilk yetişkin bağlanması çalışmalarını şekillendirmiştir. Yetişkinlerde bağlanma çalışmaları 1980'li yıllarda başlamıştır. Ainsworth'ün içsel çalışan modellere ilişkin çalışmaları yetişkinlik dönemi ilişkilerinde çocukluk dönemi bağlanma stillerinin etkili olabileceği fikrini doğurmuş, ilk yetişkin bağlanması çalışmalarını şekillendirmiştir. Hazan ve Shaver, (1987) yürüttükleri çalışmalarında yetişkin bireylerden romantik ilişkide oldukları eşlerini ve kendilerini değerlendirmelerini istemiştir. Çalışmanın sonucunda çocukluk döneminde anneleriyle (caregiving) güven temelli ve ihtiyaçlarının karşılandığı bir ilişki kuranların yetişkinlik döneminde de eşleriyle güven temelli ve karşılıklılık esasına dayalı ilişki kurduğu görülmüştür. Çocukluk döneminde ebeveynleri tarafından reddedici tutumlara maruz kalan yetişkinlerin, mevcut ilişkilerinde güvensiz bağlanma (kaygılı/kararsız) geliştirdikleri görülmüştür (Hazan ve Shaver, 1987).

Bebekte bağlanma davranışının temel işlevleri; fizyolojik ihtiyaçları giderme, anne ile yakınlığı koruma, anneden ayrılığa karşı koymadır. Yetişkinlik döneminde ise bağlanmanın işlevleri değişmezken bağlanma nesnesi ve bağlanma davranışının şekli değişmektedir. Bebek annesinin yanında güvenli hissettiği gibi, yetişkin birey de eşinin (partner) yanında güvenli hissetmek ister. Yetişkin bireyin güvende hissetmesi için ilişkinin karşılıklılık esasına dayalı olması gerekmektedir. Yetişkin birey yaptığına karşılık aldığında kendisini güvende hisseder. Bebek annesine her an

ulaşabilir olmak isterken; yetişkin birey için bağlanma figürünün (eş ya da partner) ulaşılabilir olması yeterlidir.

Yetişkin bağlanması çalışmalarıyla birlikte, bağlanma stillerine yönelik yeni sınıflamalar yapılmaya başlanmıştır. Ainsworth çocuklarda üç tip bağlanma stili olduğunu ortaya koymuştur: Güvenli, kaygılı/kararsız, kaçınan. Hazan ve Shaver ise bu üç tip bağlanmanın yetişkin yakın ilişkilerinde de görüldüğünü sınımladılar. Bartholomew ve Horowitz ise bağlanma stillerini, belirli özelliklere göre kategorileştirmek yerine bireyin kendisine ve başkalarına dair zihinsel temsilleri üzerinden tanımladılar. Bartholomew ve Horowitz'e göre; bağlanma stillerinin temel boyutları, kendilik ve diğerlerinin olumlu ve olumsuz değerlendirilmesiyle oluşur (Bartholomew ve Horowitz, 1991). Tablo 1'de belirtildiği üzere; güvenli bağlanan bireyler başkalarına karşı iyi niyetli iken kendilerini de sevmeye değer bulmaktadırlar. Saplantılı bağlanan bireyler ise kendilerine saygı duymazlar, başkalarını da aşırı yüceltirler, terk edileceklerine dair sürekli endişe duyarlar. Kayıtsız bağlanan bireyler sadece kendilerini değerli görürler, öz saygıları çok yüksektir, ilişki kurmayı reddederler. Korkulu bağlananlar ise kendilerini değersiz bulurlar, kimsenin kendilerini sevmeye değer bulmadığını düşünürler, başkalarını ise güvenilmez olarak tanımlarlar (Sümer ve Güngör, 1999).

**Tablo 1.** Bağlanma Stilleri

	Kendilik (Olumlu)	Kendilik (Olumsuz)
Başkaları (Olumlu)	Güvenli	Saplantılı
Başkaları (Olumsuz)	Kayıtsız	Korkulu

#### **2.4.4. Hamilelik döneminin bağlanma üzerine etkisi**

Anneler hamilelik dönemleriyle birlikte fetüse karşı bir takım duygular beslemeye başlar. Prenatal bağlanma olarak isimlendirilen hamilelik dönemindeki kadınların çocuklarına karşı geliştirdikleri bağda, bebeğin büyümesiyle artış meydana gelmekte ve annede somut bağlanma davranışları ortaya çıkmaktadır. Hamilelik döneminde anne ile fetüs arasında kurulan bu temel bağ, bebek doğduktan sonra da devam eder. Annenin bebeğine karşı yaşadığı bu ilk duygular, annelik

kimliğinin gelişmesini sağlar. Prenatal dönemde oluşacak bağlanma, annenin prenatal dönemdeki ruhsal sağlığıyla oldukça ilişkilidir (Elkin, 2015). Hamilelik döneminde annenin yaşadığı yoğun stresin bebeğin beyin gelişimini olumsuz yönde etkilediği öne sürülmektedir (Loomans, 2011). Hamileliğin 28. haftasında edinilen ultrason görüntüleri göstermektedir ki; annede kaygı varlığı bebeğin davranışlarını etkilemektedir (Van den Bergh, 2005).

#### **2.4.5. Bağlanma, baba ve diğer figürler**

Bowlby, ilk bağlanma çalışmalarından itibaren anneyi vurgulamıştır. Bebeklikte babaların da rollerinin bulunduğunu; ancak anneye göre daha geri planda kaldıklarını düşünür (Bretherton, 1992).

Bağlanma davranışı, bebeklerin diğer tanıdıklara yönelmesini de kapsamına rağmen bebeğin bağlanma figürüne yönelmesi tutarlı bir şekilde her zaman daha önce anneye yönelmesiyle karakterizedir. Babası düzenli bir şekilde eve gelen 6-9 aylık bebek, babasının gelişini neşeli bir şekilde karşılar (Bowlby, 1969). Schaffer ve Emerson'un 1964 yılında yaptıkları bağlanma çalışmasında, bebeklerin ilk bağlanma davranışı gösterdikten sonra bunu diğer aile bireyelerine de yönelttiği gözlemlenmiştir. Baba, bağlanma davranışının anneden sonra en sık yöneltildiği kişidir. Bu sıklığı babadan sonra en büyük kardeş izlemektedir.

Baba ve bebek ilişkisini araştıran çalışmalarda daha çok babanın bakım veren statüsü ele alınmış; ancak annelik içgüdüğü gibi babalık içgüdüğünün olup olmadığı araştırılmamıştır. Bu amaçla hayvan çalışmaları yapılmıştır. Kuşlarda ve memeli hayvanlarda babanın yavrularına kendine özgü korumacı bir tarzda sahip çıktığı görülmüştür (Varlık Özsoy, 2015).

#### **2.5. Bağlanma Kuramı**

Bağlanma kuramının temellerini John Bowlby ve Mary Salter Ainsworth atmıştır. Kuram anne-çocuk ilişkisinin hem normal hem de patolojik gelişimini anlayabilmek adına bir bakış açısı sunmuştur (Uluyol, 2014).

Bowlby'ye göre bağlanma insanların hayatlarında önemli yer tutan kişilere karşı geliştirdikleri güçlü duygusal bağlardır (Bowlby, 1969; Morsünbül ve Çok, 2011). Bowlby, bağlanmanın bireyin kendisini korumaya yönelik içgüdüsel bir davranış olduğunu savunur. Bağlanma davranışı, genetik donanım ile çevre arasındaki etkileşimin bir ürünü olarak ortaya çıkar (Bowlby, 1969).

Bağlanma kuramına yön veren fikirlerin uzun bir gelişimsel geçmişi vardır. Bowlby ve Ainsworth, bağlanma araştırmalarına başladıkları dönemlerde birbirlerinden bağımsız olarak çalışmışlardır. Her ikisi de Freud'un düşüncelerinden ve diğer psikanalitik düşünürlerin fikirlerinden etkilenmiştir (Bretherton, 1992). Daha sonra çalışmalarına beraber devam etmişlerdir. Bir kuramı incelerken, kuramı ortaya çıkaran kuramcının kişisel geçmişi göz ardı edilmemelidir. John Bowlby; zayıf anne ilgisiyle büyüyen, dört yaşında bakıcısından ayrılan ve yedi yaşında yatılı okula başlayan bir çocuktur. Çalışmalarını kimsesiz veya anne ilgisinden yoksun çocuklara yöneltmesinin kendi çocukluğuyla bağlantılı olduğu söylenebilir.

Bowlby, bağlanma kuramına ilişkin ilk açıklamalarını gelişim psikolojisi ve etoloji üzerine bina etmiştir (Bretherton, 1992). İngiliz Psikanaliz Derneğine sunduğu üç bildiri, bağlanma kuramının temel planını teşkil etmektedir. Bu bildiriler:

- Çocuğun Annesine Bağının Doğası (The Nature of the Child's Tie to His Mother)
- Ayrılma Anksiyetesi (Separation Anxiety)
- Bebeklik ve Çocukluk Döneminde Keder ve Yas (Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood)

Bowlby, Freud'un bebeğin annesine yakın bir bağ geliştirmesini "annenin bebeğini doyurması" sebebine bağlayan anlayışına karşı çıkmıştır. Harlow'un yavru maymunlarla yürüttüğü meşhur deneyinde, yavruların beslenmenin yanında rahatlığa ve sıcak bir dokunuşa da ihtiyaç duydukları sonucuna ulaşılmıştır. Bowlby'ye göre bağlanma, sadece temel besin ihtiyacının giderilmesiyle gelişen bir süreç değildir.

Bowlby'ye göre yeni doğan bir bebeğin yaşamını sürdürebilmesi, kendisinin ihtiyaçlarını karşılayan ve kendisini koruyan bir bakım verenin varlığına bağlıdır. Bebeğin doğuştan getirdiği ağlama, gülümseme, emme gibi davranışlar, bakım

vereniyle (genellikle anne) etkileşimini sağlar. Doğumdan 12. haftaya kadarki dönemde bebek bu temel davranışlarıyla ihtiyaçlarını ifade eder. 12. haftadan 6. aya kadar olan ikinci dönemde bebek annesini yabancılardan ayırt etmeye başlar, annesini izleme davranışı gösterir. 6-24 ay arası üçüncü dönemde bebekte bağlanma davranışları daha net bir biçimde gözlenir. Bebek anneden ayrıldığında huzursuzlanır, annesine kavuştuğunda ise rahatlar. Bebek için bağlanma davranışının temel işlevi dış dünyanın tehlikelerinden korunmaktır. Bebeklik dönemindeki bağlanma yaşantıları, bebeğin zihninde kendisine ve diğerlerine dair bazı temsiller gelişmesini sağlar. Bu zihinsel şemalar, bebeğin yaşam boyunca gelişecek ilişkilerini etkiler. Bowlby, ilerleyen yıllarda bireyin yakın ilişkilerini etkileyen bu zihinsel haritalara “içsel çalışma modelleri” demiştir (Morsünbül ve Çok, 2011).

### **2.5.1. Bağlanmanın nörobiyolojik yönü**

Nöropsikoloji araştırmacısı Allan Schore, sağ beynin gelişiminin deneyime bağlı olduğunu ve gelişimini tamamladıktan sonra da değişebileceğini ifade etmiştir. Sağ beyin duygularla ilgilidir, yaşamın ilk üç yılında oldukça baskındır. Sol beyin ise yaşamın ikinci yılından itibaren etkili olmaya başlar, bilişsel ve mantıksal işlevleri barındırır. Sağ beyin dil ile değil yüz ifadeleri, beden duruşu, ses tonu gibi sözsüz bir şekilde kendini ifade eder. Bebekliğin beşinci ayından sonra beyin gelişimi başlar ve bu dönemde sağ beynin orbital prefrontal korteksinde duyguların kontrolüyle ilgili bir merkez ortaya çıkar. Bu merkez ikinci yılın ortasında olgunlaşır, bu merkez oluşmadan önce bebek duygularını düzenleyemez, bu yüzden anne ile olan etkileşim bebeğin duygularının temel düzenleyicisi olur. Anne ile bebek arasındaki bu duyguların düzenleyici mekanizma anne ve bebeğin yüz yüze etkileşimiyle gerçekleşir. Bu şekilde orbital prefrontal korteksin temeli oluşmaya başlar (Masterson, 2008).

Bebeğin yaşamının ilk yıllarında annesiyle kurduğu temel ilişki, kişiliğini ve psikolojik gelişimini etkilemektedir. 7-15 aylık bebeklerde, limbik sistemin gelişmesi ve kortikal bağlantı bölgelerinin olgunlaşması için bebeğin bağlanma davranışlarını göstermesi önemlidir. Bebeğe sarılmak, ona şarkı/ninni söylemek anne-bebek arasındaki bağı arttıracak gibi bebeğin beyin gelişimine de katkı sağlar (Özeren ve Akın, 2016).

## **2.6. Bağlanmaya Kuramsal Bakış**

Bağlanma kuramı; etiyoloji, psikanalitik kuram ve nesne ilişkileri yaklaşımlarına dayanmaktadır (Bretherton, 1992).

### **2.6.1. Bağlanma Kuramı ve Psikanalitik Kuram**

Psikanalizle ilgilenen arařtırmacılar, bir çocuęun yařamının ilk altı yılının ve bu yıllarda geliřen insan iliřkilerinin kiřilięin temel tařı olduęu konusunda aynı fikirdedirler. Psikanalistler, baęlanmanın çocuęun zihinsel, sosyal ve duygusal geliřimi için temel zemin olduęunu dűřünmektedirler. Freud, psikanalitik arařtırması boyunca rűyalarla, nevrotik hastaların semptomlarıyla ilgilenmiř ve karřılařtıęı çoęu durumu erken dűnem çocukluk olaylarına gűtűrerek açıklamaya çalıřmıřtır. Ancak kullandıęı temel verileri nadiren çocukların doęrudan gűzlemlenmesine dayanmaktadır (Bowlby, 1969). Freud'a gűre ortaya çıkan olaylar, yařamın önceden geçirilmiř bir evresiyle iliřkilidir. Bowlby bir ocuk psikanalistidir; ancak psikanalitik yűnelimin temel argűmanlarından olan rűya analizini kullanmamıř, çalıřmalarını ruhsal dűnyadan daha çok gűzlemlenebilir dűnyadan elde ettięi verilerle yűrűtműřtűr (Tűzűn ve Sayar, 2006).

Bowlby baęlanma çalıřmalarında çocukların gűzlemlenmesini birincil veri olarak alır ve bu veriler űzerinden ileriye dűnűk yordamalarda bulunur. Freud, psikoseksűel kuramını çocukluk aęı yařantılarının gelecek yařama olan etkisi űzerine kurmuřtur. Freud'a gűre yetiřkin kiřilięinin geliřimi yařamın ilk 5-6 yılındaki deneyimlerle, bireyin farklı ařamalardan geçmesiyle oluřur. Bireyin kiřilik geliřimi için kritik olan bu dűnemler: 0-1 yař arası oral dűnem, 1-3 yař arası anal dűnem, 3-6 yař arası fallik dűnem, 6-11 yař arası gizil dűnem, 11 yařtan sonrası ise genital dűnem olarak isimlendirilir.

Psikanalitik kurama gűre bireyin yetiřkinlik dűnemindeki insan iliřkileri, psikoseksűel geliřim evrelerini saęlıklı bir řekilde atlatabilmesiyle bařarılı hale gelir. Baęlanma kuramına gűre ise bebeęin ebeveyniyle gűvenli bir baę kurabilmesi, yetiřkin iliřkilerinde gűvenli baęlanma geliřtirmesini saęlarken; ebeveyniyle gűvenli bir baę kuramayan çocuklar yetiřkin yakın iliřkilerinde de gűvensiz olacaklardır.

Bağlanma kuramının temelleri psikanalitik bakış açısı üzerine kurulu olsa da klasik Freudyen teoriden ayrılan bazı özellikleri vardır. Margaret Mahler, Karen Horney ve John Bowlby gibi isimler neo-analitik perspektifin kurucularıdır. Bu kuramcılar cinselliğin insan hayatının merkezine oturtulmasına karşı çıkmış, bilinçdışının insanı yöneten asıl güç olarak kabul edilmesini reddetmişlerdir. Egonun (benlik), idin (altbenlik) ihtiyaçlarını karşılamanın yanında bağımsız bir yapısının olduğunu da vurgulamışlardır. Egonun idden bağımsız olan bu yapısı insanın sosyal yönünü, sosyal ilişkilere duyduğu gereksinimi vurgulamaktadır (Tüzün ve Sayar, 2006).

#### **2.6.1.1. Bağlanma Kuramı ve Melanie Klein**

Melanie Klein'ın çalışmaları çocuk psikanalizine dayanmaktadır. Klein, nesne ilişkileri kuramının da kurucusudur. Klein'a göre bir bebekte "saldırganlık, cinsellik ve ölüm içgüdü" nesnelere doğumdan itibaren vardır. Bebek bu kötü nesnelere karşı rahatlamak için iyi nesnelere ihtiyaç duyar. Klein'a göre bebek doğumundan itibaren içgüdü tatminine yönelik nesne ve ilişki arayışına girer. Freud'un dürtü olarak nitelendirdiği şeyleri Klein, içgüdü olarak isimlendirir. Klein, bebeğin kurduğu ilk ilişki nesnesinin annesinin memesi ile olduğunu savunur (Klein, 2016). Annenin memesi, bebeğin ihtiyaçlarını karşılayabiliyorsa iyi meme yani iyi nesnedir, içi süt dolu olmasına rağmen karşılamıyorsa kötü meme yani kötü nesnedir. Çocuk kötü nesneyi yok etmek isterken, kendisinin ihtiyaçlarını karşılayan iyi nesneyi korumak ister. Bağlanma kuramında da güvensiz bağlanan bebek bağlanma figürüne karşı öfke doludur, bağlanma figürüne saldırmak isteyebilir.

#### **2.6.2. Bağlanma Kuramı ve Öğrenme Kuramı**

Öğrenme kuramına göre bir canlının bir şeyden hoşlanıyor olması onunla daha önce iyi deneyimler geçirmiş olmasına bağlıdır. Bir bebeğin yiyecek ve sıcaklık gibi giderilmesi gereken temel ihtiyaçları vardır. Annenin bebeğin bu temel ihtiyaçlarını gideriyor olması, bebeğin anneyi bir doyum kaynağı olarak görmesini sağlar. Beslenme deneyimi de bebeğin onu besleyen kişiyle olmaktan hoşlanmasını sağlar (Dollard ve Miller, 1950). Bu bakımdan bebeğin annesine geliştirdiği bağlanma, annenin bebek için bir doyum kaynağı olmasının, bebeğin de annesinin bir doyum kaynağı olduğunu öğrenmesinin sonucudur.

Öğrenme kuramcıları da psikanalitik kuramcılarla benzer olarak bağlanmanın gelişmesinde ağızla ilgili yaşantıların (emme ve beslenme yoluyla doyum sağlama) önemini vurgulamaktadırlar (Hetherington ve Parke, 1978). Anne, çocuğun ihtiyaçlarını karşıladıkça çocuk anneye güven duymaya başlayacak ve bağlanma anne-çocuk arasında gelişmeye başlayacaktır. İlk bağlanılan kişiler önemlidir çünkü onlar ileride gelişecek olan ilişkiler için de güven duygusunun temel kaynağıdır (Hetherington ve Parke, 1978). Öğrenme kuramına göre bağlanma, öğrenmeler sonucu oluşur ve zamanla çevrede bulunan diğer kişilere ve nesnelere genellenir (Hortaçsu, 1991).

## **2.7. Ebeveyn Tutumları**

Çocuk yetiştirme stili (parenting styles), ebeveynin çocuk yetiştirmeye ilişkin tutum ve inançlarını ifade eder. Baumrind'e göre çocuğun sosyalleşmesi ebeveyninin tutumlarına göre gerçekleşir. Ebeveynler çocuk yetiştirme stilleri yoluyla kendi değer ve inançlarını çocuklarına aktarırlar (Baumrind, 1978). Baumrind, üç temel çocuk yetiştirme stilinden bahsetmiştir: Açıklayıcı/otoriter, otoriter ve izin verici. Maccoby ve Martin ise çocuk yetiştirmede iki temel boyutun olduğunu, bu boyutların kabul/sevgi ve sıkı denetim/kontrol olduğunu, bu boyutların kesişmesinden dört temel kategori elde edilebileceğini belirtmişlerdir. Otoriter çocuk yetiştirme stilinde; kabul ve sevgi puanları düşükken kontrol puanları yüksektir. Otoriter ebeveynler, çocuklarına karşı koydukları kurallarda serttir, esneme göstermezler, koydukları tüm kurallara uyulmasını beklerler, çocuklarından mükemmel olmalarını, okul hayatında üstün başarı göstermelerini beklerler, çocuklarıyla aralarına mesafe koyar, duygu paylaşımından kaçınırlar, çocukları adına kararlar alırlar. Açıklayıcı/otoriter çocuk yetiştirme stiline sahip ebeveynler; çocuklarına karşı otorite ve sevgide dengeyi sağlarlar, çocuklarıyla iletişim kurar, duygu paylaşımında bulunur, çocuklarının ihtiyaçlarına karşı duyarlıdırlar. İzin verici/şımartan ebeveynler; çocuklarına sınır koymaktan kaçınırlar, onlara aşırı sevgi verirler, evde çocuğun tüm istediklerini yaparlar, doyumsuz bir çocuk yetiştirirler. İzin verici/ihmalkâr ebeveynler ise çocuklarına karşı oldukça ilgisizdirler, kural koymazlar, çocuklarının fiziksel ihtiyaçlarını asgari düzeyde yerine getirirken psikolojik ihtiyaçlarıyla ilgilenmezler, çocuklarıyla yakınlık kurmazlar, düşük



özgüvene sahip çocuk yetiştirirler. Ebeveyni açıklayıcı/otoriter veya izin verici/şımartan yetiştirme stiline sahip çocukların daha güvenli bağlandıkları, ebeveyni otoriter veya izin verici/ihmalkâr olan çocukların ise güvensiz bağlanma örüntülerine sahip oldukları bilinmektedir (Sümer ve Güngör, 1999).

## **2.8. Bağlanma ve Psikopatoloji**

Anne ve bebek arasında bağlanmanın gelişmesi; beslenme, temizlenme, sıcaklık gibi temel ihtiyaçları olan bebeğin hayatta kalması açısından oldukça önemlidir. Güvenli bir bağlanmanın gelişmesi için ön koşul, bebeğin fiziksel ihtiyaçlarının zamanında giderilmesi ve annesinin yanında rahat hissetmesidir. Yaşamın ilk yıllarında bebek ve anne arasında güvenli bir ilişki gelişmemesinin, ilerleyen yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olabileceği düşünülmüştür (Kesebir ve Kavzoğlu, 2011).

Bowlby'ye göre üzüntü, kayıplara ve yaşamda meydana gelen olumsuzluklara karşı verilen olağan tepkidir. Depresyon ise kişinin hayattaki olumsuzluklara karşı olağandan farklı tepki vermesi durumunda ortaya çıkar. Seligman; başarabileceği bir işe girişmeyen, başarılarını önemsemeyen, şans olarak gören kişinin ruh halini “öğrenilmiş çaresizlik” terimiyle açıklar (Seligman, 1973). Bowlby'ye göre bu ruh hali çocuklukta bazı deneyimler sonucu edinilmiş olabilir ve kişiyi depresyona yatkın kılar. Bowlby; geçmişte anne babasının taleplerini gerçekleştirmek için elinden geleni yapıp takdir görmeyen, kendisine defalarca beceriksiz olduğu söylenen veya ebeveynini kaybeden çocukların ilerleyen yaşlarda öğrenilmiş çaresizlik yaşayabileceği, bu çaresizlik ve umutsuzluk duygularının depresyona neden olabileceği görüşündedir (Çalışır, 2009). Güvenli bağlanan bebek annesinin geri geleceğine dair umut besliyordur. Bebeklik döneminde gelişen bu umut duygusu ileriki yaşantılarda da devam eder. Depresyonda görülen umutsuzluğun kökeninin, ebeveyne güvensiz bağlanmaya dayandığı söylenebilir.

Kurama göre; çocukluk döneminde ebeveyninden tutarsız ve yetersiz bakım alan birey, yetişkinlik döneminde bağlanma kaygısı yaşayacaktır. Başkalarının davranışlarına aşırı yorum yükleme, başkalarına yapışma, sürekli onay arama gibi kaygılı davranışlar ise depresyon için risk faktörüdür. Çocukluk döneminde ebeveyni

sürekli kendisine kızan ve mesafeli davranan birey, yetişkinlik döneminde ilişkilerinde duygularını ifade etmekten kaçınacak, yakınlık ve destek aramayacaktır. Sosyal destek yoksunluğu da depresyon için risk faktörüdür (Mikulincer ve Shaver, 2007).

## **2.9. Depresyon**

Psikiyatrik bozuklukların yaygınlığına baktığımızda depresyonun ilk sırayı aldığını görmekteyiz. Duygulanım alanında çökkünlük, yaşamaktan zevk alamama, karamsarlık, değersizlik hisleri, enerji kaybı, uyku ve iştahta bozulma, kiloda artış/azalış gibi belirtilerle kendini gösteren depresyon birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün araştırmalarına göre depresyonun yaygınlık oranı gün geçtikçe artmaktadır. Depresyon kişinin günlük hayatının akışını bozarak, işlevselliğini azaltarak toplumsal düzeni ve halk sağlığını tehdit eden bir psikiyatrik bozukluktur. Dünya Sağlık Örgütü Global Hastalık yükü verilerine göre 2020 yılında depresyonun iskemik kalp hastalıklarından sonra en sık görülen ikinci hastalık olması beklenmektedir (World Health Organization, 2015). Yüksek yaygınlık oranına sahip olması ve bu yaygınlığın gün geçtikçe artması; ortaya çıkmasında etkili olan risk faktörlerinin, araştırılmasını, önemli kılmaktadır.

### **2.9.1. Tanı kriterleri**

Depresyon bir, duygudurum bozukluğudur. Depresyondaki, kişide ilk göze çarpan çökkün bir yüz ifadesidir. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (2001) ruh sağlığı hastalıklarını sınıflandırma sistemi olan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-R (DSM), duygudurum bozukluklarını şu şekilde sınıflandırmıştır:

- Majör depresif bozukluk
- Distimik bozukluk
- Bipolar bozukluktaki depresyon
- Genel bir tıbbi duruma bağlı depresyon
- Depresyonlu uyum bozukluğu
- Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk (a. Premenstrüel depresif bozukluk, b. minör depresif bozukluk, c. Yineleyen kısa depresif bozukluk), (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

DSM V ile sınıflandırmaya yönelik bir yeniliğe gidilmemiş olsa da belirtileri kategorilere ayırmak yerine derecelendirerek bozukluğu tanımlama konusunda ve hastalık ölçütlerinde bazı değişiklikler yapılmıştır (Dikici ve ark.; 2017).

Çevremize baktığımızda üzüntüde olan birisine karşı “sen depresyondasın” şeklinde ifadelerde bulunarak üzüntülü ruh halinin tanımlanmaya çalışıldığına sıklıkla rastlamaktayız. Toplum içinde depresyon olarak tanımlanmaya çalışılan durumlarda aslında, majör depresif bozukluk kastedilir. 2013 yılında kullanılmaya başlanan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- V (DSM-V) ölçütlerine göre majör depresif bozukluk belirtileri şöyledir: çökkünlük ve devamlı seyreden çökkün duygudurum, isteksizlik, hayattan zevk alamama ve yaşamı anlamsız bulma, yorgunluk ve enerji azalması, kilo alma ya da kilo kaybı, uyku bozuklukları (genellikle uykuya dalma problemleri veya fazla uyuma), psikomotor aktivitelerde azalma, değersiz ve suçlu hissetme, dikkat dağınıklığı ve odaklanamama, ölüm düşünceleri ve ölme isteği, intihar girişimleri. Tanı için; bu dokuz belirtiden en az beşinin en az iki hafta veya belirtiler çok yoğunsa bir hafta süreyle görülmesi ve bu belirtilerden, birinin mutlaka çökkünlük veya hayattan zevk alamama olması gerekmektedir. DSM IV-R; depresyonun şiddetini ağır, orta ve hafif olmak üzere üç kademedede derecelendirmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001).

Depresif duygudurumdaki bireyin hâkim duygusu üzüntüdür, kişi mutsuz olduğunu dile getirir, yüzünde ise çökkün bir ifade gözlemlenir. Daha önce zevkle yaptığı şeyleri yapmanın kendisi için artık bir eziyet olduğunu, yaptığı ve yapması gereken birçok şeyin anlamsız olduğunu düşünür. Yemek yemek, banyo yapmak gibi temel gereksinimleri yerine getirmek dahi anlamsız gelmeye başlar. Psikomotor retardasyon; günlük yaşam aktivitelerinde azalma, öz bakımın azalması, işe gitmede isteksizlik, yaşanan ortamın temizliğini yapamama, sürekli yorgun ve halsiz hissetme, enerji azalması ve “kolumu dahi kaldıracak gücüm yok” ifadesiyle kendini gösterir. Günlük hayatın birçok alanındaki bu yavaşlama, konuşmada da görülebilir. Anhedoni olarak isimlendirebileceğimiz “hiçbir şeyden haz alamama” durumunu yaşayanlar yemekten zevk almadıklarını, dolayısıyla yemek yemek istemediklerini belirtirler. Bu duruma bağlı kilo kaybı görülebilir. Psikomotor retardasyon,

gastrointestinal sistemin de hareketlerinde de yavaşlama meydana getirir, bunun neticesinde kabızlık ortaya çıkar (Işık, 2003). Uyku bozuklukları; uykuya dalmada zorluk, gece sık sık uyanma veya sabah çok erken saatlerde uyanıp geri uyuyamama, sürekli uyuma isteği ile aşırı uyuma şeklinde görülür. Depresyon bilişsel işlevleri de etkiler. Bilişsel işlevlerde meydana gelen azalma neticesinde; unutkanlık, dikkat dağınıklığı, odaklanma problemleri görülebilir. Değersizlik hisleri hastalarda hiçbir işe yaramadığını, dünyada boşuna yer tuttuğunu, etrafındakilere yük olduğunu ve onlara zarar verdiğini düşünme şeklinde hastalarda ortaya çıkar. Bu değersizlik hisleri bireyde suçluluk duygusu ve cezalandırılması gerektiği inancına yol açabilir. Yaşadığı olumsuzlukların düzelmeyeceğini düşünme ve geleceğe dair umudunu kaybetme kişide ölüm isteğine neden olabilir. Alanyazına bakıldığında depresyon hastalarının %75'inin intihar düşüncesine sahip olduğu görülmektedir (Yavuz, 1999). Bu belirtilere ek olarak hastalarda algı bozukluğu, psikotik belirtiler, cinsel istekte azalma ve cinsel ilişkiden zevk almama, öfke hali, fiziksel kökeni olmaksızın ağrı duyma gibi belirtiler de depresyonda görülebilir.

### **2.9.2. Depresyonun etiyolojisi**

Depresyonun kökeninin ne olduğuna yönelik birçok araştırma yapılmıştır. Araştırmalar sonucunda depresyonun ortaya çıkmasında genetik, biyolojik ve sosyal faktörlerin tek başına veya birlikte etkili olabileceği kanaatine varılmıştır. Depresyonun genetik geçişine dair aile, akraba ve ikiz çalışmaları yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda; tek uçlu (unipolar) depresyona sahip bireylerin birinci dereceden akrabalarında toplum geneline kıyasla 2-3 kat daha fazla görüldüğü ortaya çıkmıştır. Ayrıca iki uçlu (bipolar) bozukluğa sahip hastaların akrabalarında, unipolar depresyon, bipolar bozukluktan daha sık görülmektedir (Herken, 2002).

Depresyonun biyolojik kökenine yönelik yapılan çalışmalarda ortaya atılan "Monoamin Hipotezi", depresyonun noradrenalin (NA) ve seratonin (5 HT) olmak üzere monoamin nörotransmitterlerinin yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkabileceğini ileri sürmüştür. Monoamin Hipotezinin test edildiği çalışmalarda da, depresyonun ortaya çıkmasında monoamin nörotransmitterlerinin değişiminin etkili olduğu anlaşılmıştır. Tekrar eden depresyon atakları yaşayan ve depresyon dönemi uzun süren hastaların hipokampuslarında hacimsel olarak azalma olduğu; daha az

depresyon atağı geçirmiş ve hastalık süresi daha kısa olan yaşça daha genç hastaların hipokampus hacminde ise herhangi bir değişiklik gözlemlenmemiştir. Yapılan araştırmalar, nörokimyasal maddelerin iletiminde meydana gelen bozulmanın depresyonu açıklamada tek başına yeterli olmadığını göstermiştir (Kotan ve ark., 2009).

Depresyon; biyolojik ve genetik faktörlerin yanı sıra sosyal nedenlere bağlı olarak da tetiklenebilmektedir. Bireyin yaşantısı, sosyal çevresi ve toplumsal olaylar depresyon için tetikleyici olabilmektedir. Özellikle bireyde stres tepkileri meydana getirebilecek düzeydeki olayların depresyona yatkın bireyler için risk faktörü olduğu söylenebilir. Yapılan araştırmalarda genetik olarak depresyona yatkınlığı bulunan bireylerde, stresli yaşam olayları hipokampal hacim azalmasına ve limbik sistemde hücre kaybına neden olabilmektedir (Kotan ve ark. ,2009).

Uzun süreli tedavi gerektiren, iyileşmeyen veya bireyin aktivitelerini kısıtlayan bedensel bir rahatsızlık, erken çocukluk döneminde yaşanmış travmalar, madde kullanımı, insan ilişkilerinde yaşanan sorunlar, kişilik yapılanması (sosyal yetersizlik, içedönük olma, karamsarlık, başkalarına bağımlılık, düşük öz saygı...), kişinin yaşamında ani değişimler meydana getiren olaylar (yakınların kaybı, evlenme, boşanma, doğum yapma, iş kaybı...) depresyona neden olabilecek bazı bireysel etmenlerdir.

Depresyonun ortaya çıkmasında bazı toplumsal faktörlerin etkili olduğuna dair araştırmalar yapılmıştır. İnsanın, toplumun temel yapıtaşı olması sebebiyle toplumsal yaşamda meydana gelen olaylar, bireylerin ruhsal dünyasına etki edebilmektedir. Savaş ve ekonomik nedenlere bağlı olarak yapılan göçler; bireylerin hayatlarını sarsmakta ve yaşanan bu ani değişim depresyonu tetikleyebilmektedir. Bireyin toplumsal yaşamda yer aldığı en önemli alanlardan biri de çalışma ve iş hayatıdır. İş, birey ve toplum arasında kurulan bir köprü gibidir. Yetişkin bireyin iş sahibi olması; sadece maddi getirisinden değil öz yeterlilik becerilerini artırması bakımından da oldukça kıymetlidir. İş kaybı, işsiz olma, geçimini sağlamada güçlük çekme, istemediği bir işte çalışmak zorunda olma kişide uzun süreli stres tepkilerine neden olabilmekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir (Kaya, 2007).

Din ve ruh sağlığı konusu toplum arasında sık sık birlikte anılmaktadır. Gerek tedavide dinsel kaynaklardan faydalanılmaya çalışılmakta gerekse dinin ruhsal bozukluklar üzerinde etkisinin olup olmadığı düşünölmektedir. Ruh sağlığı ve dindarlık arasındaki ilişkiyi araştırmaya yönelik oldukça çalışılma yapılmış olsa da dindarlığın kavramsallaştırılması problem teşkil ettiğinden araştırma sonuçları tartışmalıdır. Bu konuda yapılan 14 araştırmanın 12'sinde "ümit, iyimserlik ve yaşamın anlamı" gibi ruhsal açıdan sağlıklı olmayla ilişkili kavramlar ile dindarlık arasında olumlu ilişki bulunmuştur (Apaydın, 2010).

Depresyonun ortaya çıkmasında, genetik yatkınlık ve çevresel faktörler dışında daha önce depresyon geçirmiş olmak da risk teşkil etmektedir. Daha önce depresyon geçiren bireylerde ikinci yineleme oranı %50, üçüncü yineleme oranı %75, dördüncü yineleme oranı ise %90'dır. Kadın olanlar, geçmişte intihar girişiminde bulunanlar ve sosyal destekten yoksun olanlarda depresyon daha fazla görölmektedir.

Depresyonun ocuklarda ve yaşlılarda görölme oranı yetişkinlerde görölme oranından daha düşüktür. Yetişkinlerde genellikle 20-50 yaş aralığında ortaya çıkar. Dünya genelinde depresyon, kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görölmektedir. Bu durumun nedeni tam olarak bilinmemekle beraber kadın hormonal sisteminin, postpartum ve premenstrüal dönemlerin, kadınları depresyon için riskli hale getirdiği düşünölmektedir. (Savrun, 1999). Bunların yanı sıra günümüzde kadın üzerine yüklenmiş olan sorumluluğun fazla olması (ev işleri, ocuk yetiştirme, çalışma hayatı vb.) ve kendisine yüklenen tüm bu sorumlulukları kadının kaldıramaması da depresyona neden oluyor olabilir. Küey ve Güleç, depresyonun epidemiyolojisine yönelik çalışmaları gözden geçirdikleri araştırmalarında; Türkiye'de depresyon prevalansının %10 olduğu sonucuna varmışlardır (Küey ve Güleç, 1993),

### **2.9.3. Depresyonun tedavisi**

Günümüzde depresyonun tedavisinde antidepresanlar önemli bir yer tutmaktadır. Hızlı yanıt alınması, bireyin herhangi bir çaba harcamayacak olması, hekimlerin ulaşılabilir olması antidepresanları daha tercih edilir kılmaktadır. Ancak

en etkili tedavi ilaç ve psikoterapi birlikteliğinde sağlanmaktadır. Psikoterapilerin depresyonun yinelenmesini önlemede etkili olduğu bilinmektedir.

Depresyonun tedavisinde en yaygın kullanılan psikoterapi bilişsel-davranışçı (BDT) psikoterapilerdir. BDT, depresif düşünceye neden olan gerçekdışı bilişsel şemaları belirlemeyi, bireyde bu şemalara dair farkındalık oluşturmayı ve bu şemaları değiştirmeyi amaçlamaktadır.

Davranışçı terapilerde ise davranışın kökenine inilmeksizin uyumsuz olan mevcut davranışın söndürülmesi amaçlanır. Hastalara yapılacak grup terapilerle bu belirtilerin kendilerine has olmadığı, yaşadıklarının hastalığın bir getirisi olduğu ve tedaviyle iyileşebileceği gösterilebilir. Depresyon hastaları sıklıkla yaşadıkları belirtilerin kişilikleriyle ilgili olduğuna inanırlar. Grup içerisinde başka bireylerin de aynı şeyler yaşadığına şahit olmak; belirtilerin hastalıkla ilişkili olduğunu anlamaya yardımcı olarak tedavi için destekleyici etki yapar.

Psikoeğitimlerle hastalara depresyon belirtileri hakkında bilgilendirme yapılır. Depresyonun delirmek olmadığı, psikoloğa veya psikiyatriste gitmenin kişi hakkında kötü algı oluşturacak bir davranış olmadığı, depresyonun kişiliği değiştirmedeği, antidepresan ilaçların etkisini hemen göstermediği, ilaç etkisinin 2 haftadan sonra ortaya çıktığı, “bana iyi gelmiyor” diyerek ilaçları bırakmamak gerektiği konularında hastaların bilinçlendirilmesi tedaviye katkı sağlayacaktır.

Depresyonun tedavisinde en çok kullanılan yöntem ilaçtır. İlaç tedavisi iki aşamadan oluşur. İlk aşamada belirtilerin remisyonu ve bireyin hastalık öncesi işlevselliğini tekrar kazanması amaçlanır. İkinci aşama ise remisyonun ardından gelen süreci kapsar. 6 ay veya daha uzun sürebilir. Bu aşamada hastalığın tekrarlanması ve atağın alevlenmesinin önüne geçilmeye çalışılır (Örsel, 2004). Türkiye’de kullanılmakta olan belli başlı antidepresanlar şöyledir:

Trisiklik antidepresanlar (opipramol, klomipramin, imipramin, amitriptilin, maprotilin); en eski antidepresan ilaçlardır. Serotonin (5HT) ve noradrenalin (NA) gerilim pompalarını inhibe ederek etki gösterirler. Yüksek dozda kullanılması tehlikelidir. Trisiklik antidepresanların tedavide etkililiği yanında yan etkileri ve

bireydeki intihar düşüncesi için potansiyel oluşturduğu düşünüldüğünden fazla kullanılmazlar (Örsel, 2004).

Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri (SSRI), (sertralin, fluoksetin, paroksetin, fluvoksamin, sitalopram) en fazla kullanılan antidepresanlardır, yan etki bakımından oldukça tehlikesizdir. SSRI grubu ilaçlar beyinde serotonin üretimini arttırır.

Serotonin ve Noradrenalin Gerilim İnhibitörleri (SNRI), (venlafaksin, duloksetin, milnasipran) ağrının eşlik ettiği depresyon tedavisinde yaygın kullanılmaktadır.

Noradrenerjik ( $\alpha 2$  antagonizması yoluyla) ve serotonerjik antidepresanlar (mirtazapin), serotonin modölatörleri (trazodon, nefazodon), atipik antidepresanlar (tianeptin) kullanılan diğer antidepresanlardır.

Noradrenalin ve Dopamin Gerilim İnhibitörleri (bupropion), depresyonun tedavisinden ziyade sigara bırakma amaçlı reçete edilir (Örsel, 2004).

Depresyonun tedavisinde ilaç seçimi yapılırken öncelikli olarak hastanın belirtileri ve seçilecek ilacın yan etkileri göz önünde bulundurulmalıdır. Major depresyonun tedavisinde hastaların üçte ikisi antidepresan tedavisine cevap vermemektedir (Erol, 2013). Depresyona anksiyete belirtileri eşlik ediyorsa antidepresanlara ek olarak kısa bir süre -antidepresan etkisi ortaya çıkana kadar-sedatif ilaçlar kullanılabilir. İlaçlara verilen yanıtın yetersiz olduğu durumlarda, yüksek doza yan etkiler dolayısıyla çıkılamadığında hastalarda Elektrokonzulziv Terapi (EKT) tekniği de kullanılmaktadır.

Dünya genelinde ve Türkiye’de bağlanma ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmada depresyon tanısı almış hastaların anne-babalarının ebeveynlik tutumları ve duygusal ilişkilerindeki bağlanma stillerinin sağlıklı gruptan ne şekilde farklılaştığının görülmesi amaçlanmıştır.



### 3. YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Katılımcıları

Araştırmanın evreni 2017 yılında Uludağ Üniversite Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniklerine kontrol için başvuran ve daha önce DSM –IV-R ve DSM- V ölçütlerine göre depresyon tanısı almış, en az ilköğretim mezunu olan 18-65 yaş arası, çalışmaya katılım için gönüllü olan 118 hasta ve 130 sağlıklı gönüllüden oluşmaktadır. Hasta grubun %76,27'si kadın (n=90), %23,73'ü erkektir (n=28). Sağlıklı grubun ise %76,92'si kadın (n=100), %23,1'i erkektir (n=30). Hasta katılımcıların yaş ortalaması  $\bar{x}=45,6$  sağlıklı grubun yaş ortalaması ise  $\bar{x}=37,7$  bulunmuştur. Katılımcılar anketleri, tanı konulduktan sonra kontrole geldiklerinde doldurmuşlardır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarla önce görüşme yapılmış, daha sonra görüşmenin devamı niteliğinde olacak şekilde Demografik Bilgi Formu doldurulmuştur. Çalışma sadece unipolar depresyon hastalarıyla yürütülmüş, bipolar bozuklukla takip edilen hastalar çalışmaya dâhil edilmemiştir. Sağlıklı kontrol grubu verileri ise, hasta grubuyla benzer demografik özelliklere sahip, fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı, daha önce herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık geçirmemiş, Bursa ilinde ikamet eden 18-65 yaş arası 130 gönüllüden elde edilmiştir. Katılımcılara araştırmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verilerek katılmaya gönüllü olanlara bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır. Çalışma için Uludağ Üniversite Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulunun onayı alınmıştır. Çalışma Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 18 Temmuz 2017 tarihli 2017 - 12/7 no'lu kararı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

#### 3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada daha önce depresyon tanısı almış olan hastaların depresyon düzeyleri Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılarak ölçülmüştür. Sağlıklı gruba da BDÖ uygulanmış, yüksek puan alan katılımcılar çalışmaya dâhil edilmemiştir. Katılımcıların bağlanma stillerini belirlemek amacıyla Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II (YİYE- II), ebeveyn tutumlarını değerlendirmeleri için de Çocuk

Yetiştirme Tutumları Ölçeği (ÇYTÖ) uygulanmıştır. Hasta grubun demografik bilgilerine ve hastalık klinik özelliklerine, sağlıklı grubun ise demografik bilgilerine ulaşmak amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilmiş olan Demografik Bilgi Formu kullanılmıştır.

### **3.2.1. Hasta Demografik Bilgi Formu**

Araştırmaya katılan hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, mesleği, gelir düzeyi, medeni durumu, çocuğunun olup olmadığı ve varsa sayısı, anne-babasının hayatta olup olmadığı, kiminle beraber yaşadığı, anne babasının medeni durumu, dindarlık düzeyi, sigara kullanımı, yaşadığı yer, hastalığın ne zaman başladığı, kaç yıldır depresyon tedavisi gördüğü, hastaneye yatışının olup olmadığı, olduyorsa kaç defa yattığı, yatışların ne kadar sürdüğü (gün), depresyon döneminin yineleyip yinelemediği, yinelediyse kaç depresif atak geçirdiği (atak sayısı), depresyon dönemlerinin ne kadar sürdüğü (tek atak süresinin kaç gün sürdüğü), intihar girişimi olup olmadığı, devamlı olarak kullandığı ilaçların olup olmadığı, varsa neler olduğu, ne kadar süredir ilaç kullandığı (ay) sorulmuştur (Ek 1).

### **3.2.2. Sağlıklı Demografik Bilgi Formu**

Araştırmaya katılan sağlıklı bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, mesleği, gelir düzeyi, medeni durumu, çocuğunun olup olmadığı ve varsa sayısı, anne-babasının hayatta olup olmadığı, kiminle beraber yaşadığı, anne babasının medeni durumu, dindarlık düzeyi, sigara kullanımı, yaşadığı yer bilgileri sorulmuştur (Ek 2).

### **3.2.3. Beck Depresyon Ölçeği**

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Aaron Beck tarafından oluşturulmuştur. Ölçeğin üç versiyonu vardır. İlki 1961 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin bu ilk versiyonunda değerlendirme hasta ve klinisyen tarafından bireysel olarak ayrı ayrı yapılır. İkinci versiyon ise 1978 yılında geliştirilmiştir. Değerlendirme bireysel olarak yapılmaktadır. Üçüncü versiyon ise 1996 yılında Beck Depression Inventory-

2 ismiyle yayınlanmıştır. BDÖ'nün Türkçeye uyarlaması 1988 yılında Hisli tarafından yapılmıştır. Hisli; ölçeğin Türkçe ve İngilizce formlarını birer hafta arayla uygulamış ve iki form arasındaki korelasyon katsayıları sırasıyla 0,81 ile 0,73 bulunmuştur (Hisli, 1988).

Depresyon belirtilerine ait 21 madde ve her maddenin derecelendirilmesi için dört şıktan oluşan ölçekte her bir soru 0-3 puan arasında değerlendirilmektedir. 0'dan 3'e kadar söz konusu belirtinin şiddeti artmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan 0-63 aralığında değişmektedir. Kategorik bir sınıflama yapılacak olursa 0-9 arası minimal depresyon, 10-16 arası hafif depresyon, 17-29 arası orta şiddette depresyon, 30-63 arası ise şiddetli depresyon olarak değerlendirilir.

### **3.2.4. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YİYE-II)**

2000 yılında Fraley, Waller ve Brennan; daha önce yakın ilişkilerdeki bağlanmayı ölçmek amacıyla geliştirilen ölçeklerden daha yüksek duyarlılığa sahip bir ölçüm için "Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II"yi geliştirmişlerdir. 2005 yılında Selçuk ve arkadaşları tarafından Türk örneklemini için ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. İç tutarlılık açısından kaçınma alt boyutu için Cronbach alfa katsayısı 0,90; kaygı için Cronbach alfa katsayısı 0,86 bulunmuştur. Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır. 18 madde kaygı boyutunu, 18 madde de kaçınma boyutunu ölçmektedir. 7'li likert tarzı ölçüme sahip olan ölçekte maddeler 1=hiç katılmıyorum, 7=kesinlikle katılıyorum aralığında değerlendirilmektedir. İki boyut için toplam 18-126 puan aralığında iki ayrı puan elde edilmektedir. Yüksek kaygı puanı almak, ilişkide diğer tarafa karşı güvensiz tutumlarla; yüksek kaçınma puanı ise yakınlıktan kaçınmayla kendini gösterir.

Ölçekte kaygı ve kaçınma boyutlarına dair sürekli bir ölçüm elde edilebildiği gibi Bartholomew ve Horowitz'in geliştirdiği dört bağlanma stiline göre de sınıflandırma yapılabilmektedir (Bartholomew ve Horowitz, 1991). Sümer; kaygı ve kaçınma boyutlarından elde edilen puanların medyan değerlerine göre kategorik sınıflama yapılabileceğini belirtmiştir. Medyan değerine göre kaygı ve kaçınma puanları düşük olanlar güvenli bağlanma stiline, yüksek kaygı ve kaçınma puanına sahip olanlar korkulu bağlanma stiline, yüksek kaygı ve düşük kaçınma puanına

sahip olanlar saplantılı bağlanma stiline, düşük kaygı ve yüksek kaçınma kayıtsız bağlanma stiline sahiptir (Sümer, 2006).

### 3.2.5. Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği

Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği, 1999 yılında Sümer ve Güngör tarafından yetişkin bireylerin anne babalarından algıladıkları çocuk yetiştirme stillerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Sümer ve Güngör ölçeği, Maccoby ve Martin'in önerdiği sınıflama yöntemini temel alarak Steinberg ve arkadaşlarının çalışmaları ekseninde geliştirmiştir. Ölçeğin geliştirilen ilk formunda 30 madde bulunmaktayken daha sonra yapılan analizlerle madde sayısı 22'ye düşürülmüştür. Ölçek sıkı denetim/kontrol ve kabul/ilgi olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Tek sayılı maddeler kabul/ilgi boyutunu, çift sayılı maddeler sıkı denetim/kontrol boyutunu ölçmektedir. Ölçek anne ve baba için ayrı ayrı doldurulmakta olup anne ve babaya dair iki ayrı puan elde edilmektedir. Anne ve babadan algılanan kabul/ilgi boyutunun iç tutarlılık katsayısı 0,94; anneden algılanan sıkı denetim/kontrol boyutunun iç tutarlılık katsayısı 0,80 ve babadan algılanan sıkı denetim/kontrol boyutunun iç tutarlılık katsayısı 0,70'tir (Sümer ve Güngör, 1999).

Sümer; kabul/ilgi ve sıkı denetim/kontrol boyutlarının medyan değerlerine göre çaprazlanmasıyla dördü kategorik sınıflama yapılabileceğini belirtmiştir. Kabul/ilgi, ve sıkı denetim/kontrol, boyutlarının medyan değerlerine göre her ikisinden yüksek puan alanlar açıklayıcı/otoriter ebeveyn stiline, her iki boyuttan düşük puan alanlar izin verici/ihmkar ebeveyn stiline, kabul/ilgi boyutundan, yüksek sıkı denetim/kontrol boyutundan, düşük puan alanlar izin verici/şımartan ebeveyn stiline, kabul/ilgi, boyutundan düşük sıkı denetim/kontrol boyutundan, yüksek puan alanlar otoriter ebeveyn stiline sahiptir (Sümer, 1999).

Bu çalışmada Beck Depresyon Ölçeği, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II (YİYE-II) ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeğinin (ÇYTÖ) iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı kullanılarak incelenmiştir.

Beck Depresyon Ölçeğine ait Cronbach alfa katsayısı  $\alpha=0,891$  olarak bulunmuştur. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II'ye ait Cronbach alfa katsayısı  $\alpha=0,668$  olarak bulunmuştur.

YİYE-II'nin alt ölçeklerinin güvenirlik katsayıları incelendiğinde ise sırasıyla; kaçınmacı bağlanma boyutu alt ölçeği için Cronbach alfa değeri  $\alpha=0,582$ ; kaygılı bağlanma boyutu için ise  $\alpha=0,789$  olarak bulunmuştur. YİYE-II'nin skorlama algoritmasında sırasıyla 4, 8, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 26, 30, 32, 34 ve 36 numaralı sorular ters olarak skorlanmış olup çalışmamızda ilgili sorulara verilen yanıtlar yeniden kodlanarak toplam ve alt ölçek puanları ilgili soruların çevrilmiş puanları kullanılarak hesaplanmıştır.

Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeğinin (ÇYTÖ) anne versiyonu için Cronbach alfa değeri  $\alpha=0,706$ , baba versiyonu için ise  $\alpha=0,633$  olarak bulunmuştur. ÇYTÖ ölçeğinin anne versiyonu için alt ölçeklerin güvenirliğine ait Cronbach alfa katsayıları sırasıyla kabul/ilgi/sevgi boyutu için  $\alpha=0,289$  ve sıkı denetim/kontrol boyutu için ise  $\alpha=0,871$  olarak bulunmuştur. ÇYTÖ'nün baba versiyonu için alt ölçeklerin güvenirliğine ait Cronbach alfa katsayıları sırasıyla kabul/ilgi/sevgi boyutu için  $\alpha=0,445$  ve sıkı denetim/kontrol boyutu için ise  $\alpha=0,842$  olarak bulunmuştur.

Özdamar; güvenirlik katsayısına ilişkin ölçüt değerlerini, izleyen şekilde ifade etmektedir:  $\alpha < 0,40$  olduğu zaman ölçek güvenilir değildir;  $0,41 < \alpha < 0,60$  olduğu zaman ölçek düşük güvenirliktedir;  $0,61 < \alpha < 0,80$ , olduğu zaman ölçek orta düzeyde güvenilirlerdir;  $0,81 < \alpha < 1,00$  olduğu zaman ölçek yüksek düzeyde güvenilirlerdir. Cronbach alfa katsayısına göre incelendiğinde; BDÖ'nün iç tutarlılık açısından yüksek düzeyde bir ölçüm aracı olduğu görülmektedir. YİYE-II'nin geneli için iç tutarlılığın orta düzeyde, kaçınmacı bağlanma boyutu için düşük düzeyde ve kaygılı bağlanma boyutu için orta düzeyde olduğu görülmektedir. ÇYTÖ'nün ise anne ve baba versiyonlarının genelinin güvenirliği orta düzeyde bulunmuştur. ÇYTÖ'nün alt ölçekleri olan kabul/ilgi/sevgi ve sıkı denetim/kontrol boyutlarının anne versiyonlarının güvenirlikleri sırasıyla güvenilir değil ve yüksek; baba versiyonu için ise düşük ve yüksek düzeyde bulunmuştur (Özdamar, 1999).

### 3.2.6. İstatistiksel analizler

Çalışma kapsamında toplanan verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 18 for Windows kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu, Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Sürekli değişkenlere ait veriler, medyan (minimum : maksimum) ve ortalama  $\pm$  standart sapma değerleriyle ifade edilmiştir. Kategorik değişkenlere ait veriler ise n (%) ile ifade edilmiştir. Sürekli değişkenlerin incelenmesinde normal dağılan veri setlerinde Bağımsız Örneklem için t testi ve normal dağılmayanlarda ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler için ise ki-kare, beklenen frekanslar karşılanmadığında Fisher's Exact (kesin) ki-kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık  $p < 0,05$  ve  $p < 0,001$  düzeylerinde test edilmiştir. İki'den fazla gruba ait niceliksel verileri karşılaştırırken normal dağılım gösteren parametreler için Oneway Anova, grup içi karşılaştırmalar için Post hoc testleri; normal dağılım göstermeyen parametreler için ise Kruskal Wallis; grup içi karşılaştırmalar için ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın temel sorularına ve bu temel sorularla ilişkili alt sorulara dair yapılan istatistiksel analiz sonuçlarına yer verilmiştir. Hasta ve sağlıklı gruplardan elde edilen veriler depresyon, romantik ilişkiye ait bağlanma stilleri ve ebeveyne ait bağlanma stilleri ekseninde karşılaştırılmıştır. Hasta gruba ait verilerin demografik bilgi formunda bulunan bağımsız değişkenlere bağlı olarak kendi içinde nasıl farklılık gösterdiği de incelenmiştir.

### 4.1. Hasta ve Sağlıklı Grup Arasında Yapılan Karşılaştırmalar

**Tablo 2.** Hasta ve Sağlıklı Grubun Demografik Bilgiler Açısından Karşılaştırılması

	Hasta (n=118)	Sağlıklı (n=130)	p-değeri	
Yaş	45,7±1,1 42(18:62)	37,70± 1,11 37(23:67)	<0,001 <sup>a</sup>	
Cinsiyet	<i>Kadın</i> <i>Erkek</i>	90(%76,26) 28(%23,73)	100(%76,92) 30(%23,08)	0,904 <sup>b</sup>
Medeni durum	<i>Evlü</i> <i>Bekâr</i> <i>Boşanmış veya dul</i> <i>İlişkisi var</i>	79(%67) 18(%15,4) 14(%11,9) 7(%5,8)	74(%62,7) 39(%33,1) 2(%1,7) 15(%12,7)	<0,001 <sup>b</sup>
Çocuk Sahibi Olup Olmama	<i>Çocuğu yok</i> <i>Çocuğu var</i>	33(%27,95) 85(%72,04)	77(%59,2) 53(%40,77)	<0,001 <sup>b</sup>
Çocuk Sayısı	2,04± 0,11 (0:6)	1,39±0,14 (0:5)	0,301 <sup>a</sup>	
Eğitim Düzeyi	<i>İlkokul</i> <i>Ortaokul</i> <i>Lise</i> <i>Lisans ve üzeri</i>	47(%39,83) 18(%15,32) 19(%16,12) 34(%28,83)	29(%22,31) 15(%11,54) 29(%22,31) 57(%43,85)	<0,001 <sup>b</sup>
Çalışma Durumu	<i>Çalışıyor</i> <i>Çalışmıyor</i> <i>Emekli</i>	42(%35,6) 64(%54,2) 12(%10,2)	104(%80) 21(%16,2) 5(%3,8)	<0,001 <sup>b</sup>
Gelir Düzeyi (TL)	<i>0-1500</i> <i>1500-3000</i> <i>3000-4500</i> <i>4500 ve üstü</i>	54(%45,7) 37(%31,5) 20(%16,8) 7(%5,9)	29(%43,5) 39(%39,8) 61(%42,5) 1(%4,2)	<0,001 <sup>c</sup>

<b>Berber Yaşadığı Kişi</b>			
<i>Yalnız</i>			
<i>Eş ve çocuklarla</i>	12(%10,2)	20(%15,4)	
<i>Arkadaşlarla</i>	81(%68,5)	73(%56,2),	
<i>Anne, baba ve kardeşlerle</i>	4(%3,5)	20(%15,4)	
	21(%17,7)	17(%13,1)	<0,005 <sup>b</sup>
<b>Annenin Yaşam Durumu</b>			
<i>Sağ</i>	80(%67,8)	122(%93,8)	
<i>Vefat etmiş</i>	38(%32,2)	8(%6,2)	<0,001 <sup>b</sup>
<b>Babanın Yaşam Durumu</b>			
<i>Sağ</i>			
<i>Vefat etmiş</i>	65(%55,1)	106(%81,5)	
	53(%32,2)	24(%18,5)	<0,001 <sup>b</sup>
<b>Dindarlık Düzeyi</b>			
<i>Hiç dindar değilim</i>	2(%1,7)	3(%2,6)	
<i>Biraz dindarım</i>	12(%10,2)	12(%12,6)	
<i>Orta düzeyde dindarım</i>	54(%45,8)	67(%63,4)	0,786 <sup>c</sup>
<i>Dindarım</i>	50(%42,4)	48(%51,4)	
<b>Sigara Kullanımı</b>			
<i>İçmiyorum</i>	54(%45,8)	104(%80)	
<i>Bıraktım</i>	17(%14,4)	11(%8,5)	<0,001 <sup>b</sup>
<i>Haftada 1 paket</i>	18(%15,3)	8(%6,2)	
<i>Günde 1 paket veya daha fazla</i>	29(%24,6)	7(%5,4)	
<b>Yaşanılan Yer</b>			
<i>Köy veya kasaba</i>	9(%7,6)	2(%1,5)	
<i>Şehir veya büyükşehir</i>	109(%92,4)	128(%98,5)	<0,020 <sup>b</sup>

Veriler ortalama±standart sapma, medyan (minimum:maksimum) ve n(%) olarak ifade edilmiştir.  
a: Mann Whitney testi, b: Ki-kare testi, c: Fisher'in kesin ki-kare testi.

Örneklem grubunu oluşturan hastaların yaş ortalaması  $\bar{x}=41,38$  ; sağlıklıların yaş ortalaması ise  $\bar{x}=33,29$  bulunmuştur. Hasta ve sağlıklı grup arasında yaş değişkeni açısından fark bulunmaktadır. Hasta grubun yaş ortalaması sağlıklı grubun yaş ortalamasından daha yüksektir. Kategorik değişkenler arasında fark olup olmadığını görmek amacıyla ki-kare analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre; hasta ve sağlıklı grup arasında cinsiyet dağılımına göre fark bulunmamaktadır. Medeni durum değişkeninde gruplar arasında fark bulunmaktadır. Hasta ve sağlıklı olmanın kişilerin medeni durumları üzerinde etkisi vardır. Bekâr ve ilişkisi var olanların oranı sağlıklı grupta daha yüksektir. Bu yükseklik, sağlıklı grubun yaş ortalamasının düşük olmasıyla açıklanabilir. Boşanmış veya dul olanların oranı hasta grubunda daha yüksektir.

Yapılan ki-kare analizine göre hasta ve sağlıklı grup arasında çocuk sahibi olup olmama değişkeni açısından fark vardır. Analiz sonucuna göre; hasta grubunda çocuk sahibi olanların oranı sağlıklı grupta çocuk sahibi olanların oranından daha



yüksektir. Hasta ve sağlıklı grup arasında çocuk sayısı değişkeni açısından ise fark bulunmamaktadır.

Yapılan ki-kare analizine göre eğitim durumu değişkeninde gruplar arasında fark bulunmaktadır. İlkokul mezunu olanların oranı hasta grubunda daha yüksektir. Önlisans, lisans ve üzeri eğitime sahip olanların oranı sağlıklı grupta daha yüksektir.

Çalışma durumuna göre gruplar arasında fark bulunmaktadır. Sağlıklı grupta çalışanların oranı, hasta grupta ise çalışmayanların oranı daha yüksektir. Gelir düzeyine göre hasta ve sağlıklı gruplar arasında fark bulunmaktadır. 0-1500 TL arası gelire sahip olanların oranı hasta grupta daha yüksekken 3000-4500 TL arası gelire sahip olanların oranı ise sağlıklı grupta daha yüksektir. Beraber yaşadığı kişi değişkenine göre gruplar arasında fark bulunmamaktadır. Annenin ve babanın hayatta olma durumuna bakıldığında sağlıklı grupta anne/babası yaşayanları oranı hasta gruptan daha fazladır. Hasta grupta anne/babası vefat edenlerin oranı ise sağlıklı gruptan daha fazladır. Dindarlık düzeyi açısından hasta ve sağlıklı grup arasında fark bulunmamaktadır.

Hasta ve sağlıklı grupta sigara kullanımına bakıldığında sigara kullanmayanların oranının sağlıklı grupta yüksek olduğu, günde 1 paket veya daha fazla sigara içenlerin oranının ise hasta grupta daha yüksek olduğu görülmektedir.

Yaşanılan yer değişkeni açısından hasta ve sağlıklı grup arasında fark bulunmamaktadır.

**Tablo 3.** Hasta ve Sağlıklı Grubun Ölçeklerden Elde Edilen Puanlar Açısından Karşılaştırılması

	Hasta (n=118)	Sağlıklı (n=130)	p-değeri
Beck Depresyon Ölçeği Puanları	18,79±0,83 18(1:38)	7,11±0,59 5(0:32)	<0,001 <sup>a</sup>
Beck Cinsellik Puanları	1,51±0,10 2(0:3)	0,32±0,71 0(0:3)	<0,001 <sup>a</sup>
Anne Kabul/İlgi puanları	36,37±0,94 38(11:55)	43,46±0,67 44(11:55)	<0,001 <sup>a</sup>
Baba Kabul/İlgi puanları	32,53±0,96 32(11:52)	40,76±0,67 44(19:55)	<0,001 <sup>a</sup>

<b>Anne Sıkı denetim/Kontrol puanları</b>	34,48±0,86 35(17:55)	29,16±0,69 41(11:52)	<0,001 <sup>a</sup>
<b>Baba Sıkı denetim/Kontrol puanları</b>	34,51±0,79 35,5(11:55)	28,15±0,71 28(11:48)	<0,001 <sup>c</sup>
<b>Kaygılı Bağlanma Puanları</b>	71,01±1,69 71,5(30:111)	57,20±1,53 56(25:107)	<0,001 <sup>c</sup>
<b>Kaçınan Bağlanma Puanları</b>	59,66±2,07 57,5(21:113)	50,52±1,61 48(18:110)	<0,003 <sup>a</sup>
<b>Anne Ebeveyn Stili</b> <i>Açıklayıcı/ Otoriter</i> <i>İzin Verici/ İhmalkâr</i> <i>İzin Verici/ Şımartan</i> <i>Otoriter</i>	14(%11,9) 38(%32,2) 21(%17,8) 45(%38,1)	30(%23,1) 23(%17,7) 41(%31,5) 36(%27,7)	<0,001 <sup>b</sup>
<b>Baba Ebeveyn Stili</b> <i>Açıklayıcı/ Otoriter</i> <i>İzin Verici/ İhmalkâr</i> <i>İzin Verici/ Şımartan</i> <i>Otoriter</i>	27(%22,9) 22(%18,6) 38(%32,2) 31(%26,3)	30(%23,1) 26(%20) 37(%28,5) 37(%28,5)	0,929 <sup>b</sup>
<b>Bağlanma Stili</b> <i>Güvenli</i> <i>Korkulu</i> <i>Kayıtsız</i> <i>Saplantılı</i>	26(%22) 47(%39,8) 15(%12,7) 30(%30)	52(%40) 25(%19,2) 32(%24,6) 21(%26,7)	<0,001 <sup>b</sup>

Veriler ortalama±standart sapma, medyan (minimum:maksimum) ve n(%) olarak ifade edilmiştir.  
a: Mann Whitney testi, b: Ki-kare testi, c: Bağımsız örneklem t testi.

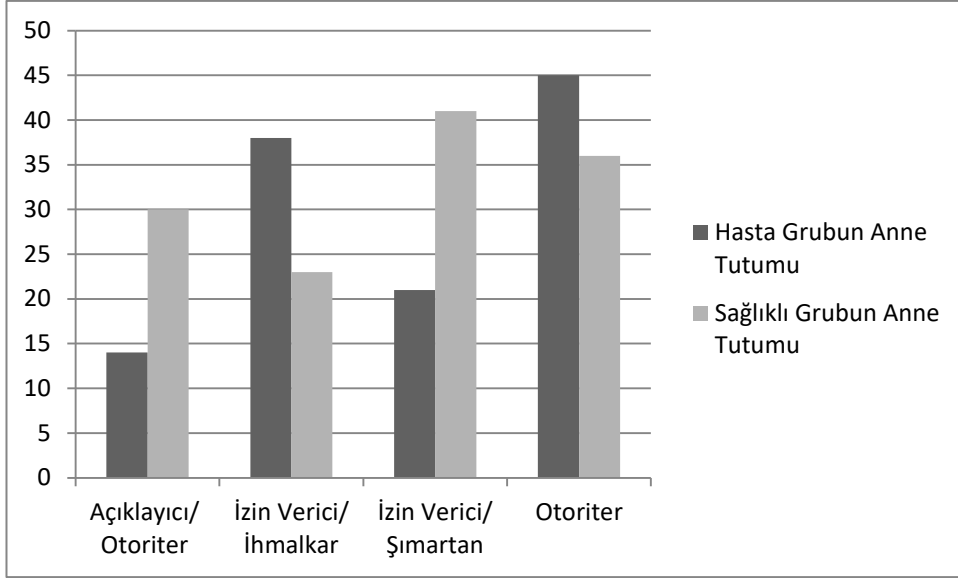
Çalışmada katılımcıların depresyon düzeyi Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile, ebeveyn tutumları Çocuk Yetiştirme Stilleri Ölçeği (ÇYTÖ) ile, yetişkin bağlanma BDÖ’de cinsellikle ilgili soru soran 20.maddeye verilen puanlar kullanılarak katılımcıların cinselliğe olan ilgileri saptanmaya çalışılmıştır. YİYE-II’nin alt boyutları olan kaygı ve kaçınma sürekli puanlarının medyan değerlerine göre çaprazlanmasıyla Dörtlü Bağlanma Modeline uygun bir sınıflama elde edilmiştir. Hem anne hem de baba için ÇYTÖ’nün alt boyutları olan kabul/ilgi ve sıkı denetim/kontrol sürekli puanlarının medyan değerlerinin çaprazlanmasıyla dört kategorik ebeveyn stili elde edilmiştir.

Hasta ve sağlıklı grubun Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puanları arasında farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla öncelikle Shaphiro-Wilk testi ile Beck Depresyon puanlarının normal dağılıma uyup uymadığına bakılmıştır. BDÖ puanları normal dağılıma uymadığı için Mann-Whitney U Testi yapılmıştır. Non-parametrik Mann Whitney U Testi sonucunda hasta (medyan=18) ve sağlıklı (medyan=5) grubun BDÖ’den aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan p<0.05 düzeyinde anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Hasta ve sağlıklı grubun cinselliğe olan ilgileri

arasında farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla veriler normal dağılmadığı için Mann-Whitney U Testi yapılmıştır. Test sonucunda hasta (medyan=2) ve sağlıklı (medyan=0) grubun cinselliğe karşı tutumları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır.

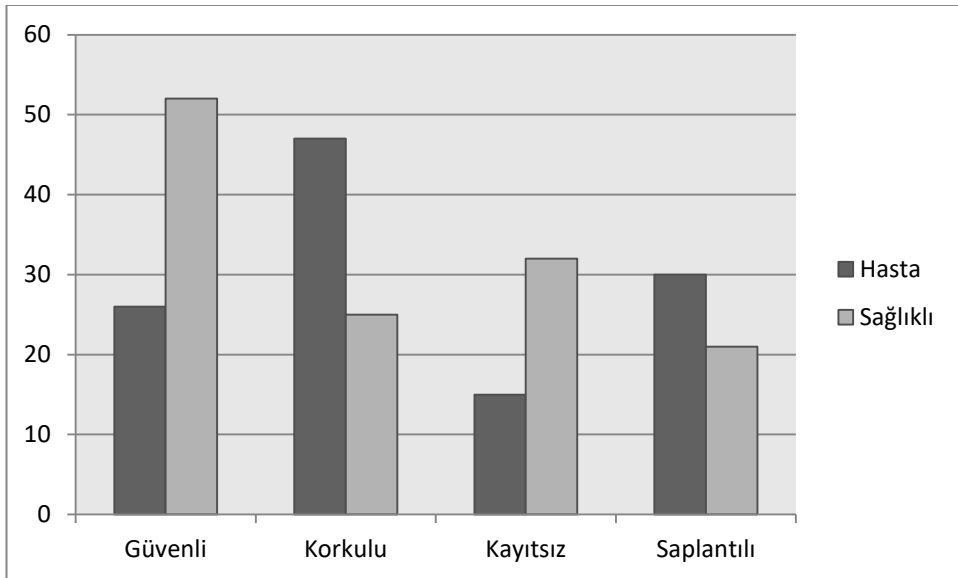
Hasta ve sağlıklı grubun anneden algılanan kabul/ilgi tutumları arasında fark olup olmadığını saptamak amacıyla yapılan test sonucu hasta (medyan=38) ve sağlıklı (medyan=44) grubun anneden algılanan kabul/ilgi puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Hasta ve sağlıklı grubun babadan algılanan kabul/ilgi tutumları arasında fark olup olmadığını saptamak amacıyla yapılan test sonucu hasta (medyan=38) ve sağlıklı (medyan=44) grubun babadan algılanan kabul/ilgi puanları arasında düzeyinde anlamlı bir fark saptanmıştır. Hasta ve sağlıklı grup arasında anne ve babadan algılanan sıkı denetim/kontrol tutumları açısından anlamlı bir fark saptanmıştır. Hasta ve sağlıklı grup arasında kaygılı ve kaçınmacı bağlanma puanları açısından anlamlı bir fark saptanmıştır. Hasta grubun daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür.

Hasta ve sağlıklı grup arasında anne ebeveynlik stili açısından yapılan karşılaştırmada anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir. Hasta ve sağlıklı grup arasında baba ebeveynlik stili açısından yapılan karşılaştırmada ise anlamlı bir fark bulunamamıştır. Açıklayıcı/otoriter ebeveynlik stili oranının sağlıklı grupta daha yüksek olduğu görülmüştür. İzin verici/ihmalkâr, izin verici/şımartan ve otoriter ebeveyn stili oranlarının hasta grubunda daha yüksek olduğu görülmüştür (Şekil 1).



**Şekil 1:**Hasta ve sağlıklı grupta anne ebeveyn stili

Hasta ve sağlıklı grup arasında bağlanma stili değişkeni açısından yapılan karşılaştırmada anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir. Güvenli ve kayıtsız bağlanma stiline sahip olanların oranının sağlıklı grupta daha yüksek olduğu; korkulu ve saplantılı bağlanma stillerine sahip olanların oranının ise hasta grupta daha yüksek olduğu görülmüştür (Şekil 2).



**Şekil 2:**Hasta ve sağlıklı grupta bağlanma stilleri

**Tablo 4.** Hasta ve Sağlıklı Grupta Bulunan Evli Bireylerin Bağlanma Puanları Açısından Karşılaştırılması

	Hasta (n=78)	Sağlıklı (n=74)	p değeri
<b>Kaygılı Bağlanma Puanları</b>	66,6±2,1 64(30:111)	54,1±1,9 54(25:107)	<0,001 <sup>b</sup>
<b>Kaçınmacı Bağlanma Puanları</b>	56,4±2,6 50(21:112)	45,3±2,1 43(18:90)	<0,001 <sup>a</sup>

Veriler ortalama±standart sapma, medyan (minimum:maksimum) ve n(%) olarak ifade edilmiştir. a: Mann Whitney testi, b: Bağımsız örneklem t testi.

Literatüre bakıldığında ebeveyn tutumları ve bağlanma stillerinin; yaş, eğitim düzeyi, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı, beraber yaşanılan kişi, sigara kullanımı, anne/babanın hayatta olma durumu, çalışma durumu değişkenlerinden etkilendiğine dair herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. Bekâr, ilişkisi var, boşanmış ve dul olanlar; hasta ve sağlıklı grupta sayıca az olduğu için bu kategoriler arasında karşılaştırma yapılmamıştır. Medeni durumun bireyin bağlanma stili üzerinde etkisi olabileceği düşünülerek medeni durumun karıştırıcı etkisini ortadan kaldırmak için hasta ve sağlıklı grup arasında bağlanma stilleri açısından yapılacak olan karşılaştırmalar sadece evli bireyler için de yapılmıştır. Yapılan karşılaştırmalarda hasta ve evli bireylerin kaygılı ve kaçınmacı puanlar açısından sağlıklı ve evli bireylerden daha yüksek puana sahip oldukları görülmüştür.

#### 4.2. Hasta Grubun Kendi İçinde Karşılaştırılması

**Tablo 5.** Hasta Grubun Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

	Erkek (n=28)	Kadın (n=90)	p değeri
<b>Yaş</b>	40,28±1,25 35,5(19:60)	41,73±0,88 36(18:62)	0,508 <sup>a</sup>
<b>Beck Depresyon Ölçeği Puanları</b>	19,6±1,35 10(5:38)	18,56±0,70 10(1:38)	0,534 <sup>a</sup>
<b>Beck Depresyon Ölçeği Cinsellik Puanları</b>	0,83±0,1 0(0:3)	1,73±0,08 0(0:3)	<0,001 <sup>a</sup>

<b>İntihar girişimi öyküsü</b>			
<i>Var</i>	4(%14,3)	13(%14,4)	0,626 <sup>c</sup>
<i>Yok</i>	24(%85,7)	77(%85,6)	
<b>Hastane yatışı</b>			
<i>Var</i>	4(%14,4)	10(%11,2)	0,738 <sup>c</sup>
<i>Yok</i>	24(%85,6)	80(%88,8)	
<b>İlaç kullanım süresi (ay)</b>	30,93±5,15 24(2:96)	40,49±4,42 24(1:180)	0,682 <sup>a</sup>
<b>Depresyon dönemi tekrarlıyor mu?</b>			
<i>Evet</i>	9(%32,1)	38(%42,2)	0,134 <sup>b</sup>
<i>Hayır</i>	9(%32,1)	36(%40)	
<i>Sürekli var</i>	10(%35,7)	18(%17,8)	

Veriler ortalama±standart sapma, medyan (minimum:maksimum) ve n(%) olarak ifade edilmiştir. a: Mann Whitney testi, b: Ki-kare testi, c: Fisher's Exact Ki-kare testi.

Hasta grupta yer alan kadın ve erkeklerin Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla öncelikle Shaphiro-Wilk testi ile Beck Depresyon puanlarının normal dağılıma uyup uymadığına bakılmıştır. Veri seti normal dağılmadığı için Mann-Whitney U Testi yapılmıştır. Non-parametrik Mann Whitney U Testi sonucunda hasta erkek (medyan=18) ve kadınların (medyan=17,5) BDÖ depresyon puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır. Hasta grupta yer alan kadın ve erkeklerin cinsel ilgi düzeyleri arasında farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla Mann-Whitney U Testi yapılmıştır. Test sonucunda hasta erkek (medyan=1) ve kadınların (medyan=1) cinselliğe karşı tutumları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Hasta kadın ve erkekler arasında yaş, intihar girişimi öyküsü, hastane yatışı, ilaç kullanım süresi ve depresyon döneminin tekrarı değişkenleri açısından fark bulunmamaktadır.

	Yaş	Kaygı	Kaçınma	SDA	KBA	SDB	KBB	BD	BC	HB	TS	İKS
Yaş	-	-0,28**	-0,15	0,29**	-0,01	0,41**	-0,10	-0,28**	0,32**	0,50**	0,41**	0,44**
Kaygı	-0,28*	-	0,36**	0,08	-0,06	-0,07	0,05	0,36**	0,06	-0,04	-0,05	-0,12
Kaçınma	-0,15	0,36**	-	0,09	-0,34**	0,04	-0,14	0,23*	0,16	0,03	-0,04	-0,08
SDA	0,29**	0,08	0,09	-	-0,20*	0,66**	-0,14	-0,07	-0,06	-0,13	0,06	0,05
KBA	-0,01	-0,06	-0,34**	-0,20*	-	-0,09	0,48**	-0,06	-0,06	-0,13	0,06	0,05
SDB	0,41**	-0,07	0,04	0,66**	-0,09	-	-0,20*	0,05	0,27**	0,27**	0,23**	0,26**
KBB	-0,10	0,05	-0,14	-0,14	0,48**	-0,20*	-	-0,01	-0,15	-0,21*	-0,14	-0,20*
BD	-0,28**	0,36**	0,23*	-0,07	-0,06	0,05	-0,01	-	0,22*	-0,03	-0,08	-0,11
BC	-0,32**	0,06	0,16	-0,06	-0,06	0,27**	-0,15	0,22*	-	0,24*	0,27*	0,21*
HB	0,50**	-0,04	0,03	-0,13	-0,13	0,27**	-0,21*	-0,03	0,24*	-	0,74**	0,68**
TS	0,41**	-0,05	-0,04	0,06	0,06	0,23**	-0,14	-0,08	0,27*	0,74**	-	0,80**
İKS	0,44**	-0,12	-0,08	0,05	0,05	0,26**	-0,20*	0,11	0,21*	0,68**	0,80**	-

**Tablo 6.** Hasta Grubun yaş, ÇYTÖ, YİYE-II boyutları, Beck depresyon puanları, Hastalık başlama yılı, tedavi süresi, ilaç kullanım süresi, Beck cinsellik puanlarına ilişkin korelasyon tablosu

SDA: Sıkı denetim/Kontrol Anne, KBA: Kabul/İlgi Anne, SDB: Sıkı denetim/Kontrol Baba, KBB: Kabul/İlgi Baba, BD: Beck Depresyon, BC: Beck Cinsellik, HB: Hastalık Başlama Yılı, TS: Tedavi süresi, İKS: İlaç Kullanım Süresi. \*\* p<0,001 \* p<0,05

Yaş ile kaygı ( $r(118) = -0,28$  ,  $p=0,002$ ) düzeyi arasında negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki vardır. Buna göre hastaların yaşları arttıkça kaygı düzeyleri azalmaktadır.

Yaş ile anne sıkı denetim/kontrol ( $r(118) = 0,301$  ,  $p=0,001$ ) ve baba sıkı denetim/kontrol ( $r(118) = 0,426$  ,  $p=0,001$ ) düzeyleri arasında sırasıyla pozitif düzeyde anlamlı zayıf ve orta seviyede bir ilişki vardır. Buna göre yaş arttıkça anne ve babadan algılanan Sıkı denetim/kontrol düzeyi artmaktadır.

Yaş ve Beck puanları: Yaş ile Beck Depresyon ( $r(118) = -0,28$  ,  $p=0,001$ ) puanı arasında negatif yönde anlamlı; Yaş ile Beck Cinsellik ( $r(118) = 0,32$  ,  $p=0,001$ ) puanı arasında pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki vardır. Buna göre yaş arttıkça Beck depresyon puanları azalırken Beck cinsellik puanları artmaktadır.

Yaş ile Hastalık başlama yılı ( $r(118) = 0,50$  ,  $p=0,001$ ), İlaç kullanım süresi ( $r(118) = 0,41$  ,  $p=0,001$ ) ve tedavi süresi ( $r(118) = 0,44$  ,  $p=0,001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Kaygı ile Kaçınma düzeyi ( $r(118) = 0,36$  ,  $p=0,001$ ) ve Beck depresyon puanları ( $r(118) = 0,36$  ,  $p=0,001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı orta seviyede bir ilişki vardır. Kaygı düzeyi arttıkça kaçınma düzeyi ve depresyon puanları artmaktadır.

Kaçınma ile Beck depresyon puanları ( $r(118) = 0,23$  ,  $p=0,001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki vardır. Buna göre; kaçınma düzeyi arttıkça depresyon puanları artmaktadır.

Anne sıkı denetim/kontrol düzeyi ile anne kabul/ilgi düzeyi ( $r(118) = -0,20$  ,  $p=0,05$ ) arasında negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki vardır. Anne sıkı denetim/kontrol düzeyi ile baba sıkı denetim/kontrol düzeyi ( $r(118) = -0,66$  ,  $p=0,001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı yüksek bir ilişki vardır.

Anne kabul/ilgi düzeyi ile kaçınma ( $r(118) = -0,34$  ,  $p=0,001$ ) ve baba kabul/ilgi düzeyi ( $r(118) = 0,48$  ,  $p=0,001$ ) arasında sırasıyla anlamlı, negatif ve zayıf bir ilişki; anlamlı pozitif ve orta şiddette bir ilişki vardır. Buna göre; annenin kabul/ilgi düzeyi arttıkça bireyin kaçınmacı bağlanma düzeyi azalmakta, babanın kabul/ilgi düzeyi ise artmaktadır.

Baba sıkı denetim/kontrol düzeyi ile baba kabul/ilgi düzeyi ( $r(118) = -0,20$  ,  $p=0,05$ ) arasında negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki, baba sıkı denetim/kontrol düzeyi ile Beck



cinsellik puanları ( $r(118)= 0,27$  ,  $p=0,001$ ), hastalık başlama yılı ( $r(118)= 0,27$  ,  $p=0,001$ ), tedavi süresi ( $r(118)= 0,23$  ,  $p=0,001$ ), ilaç kullanım süresi ( $r(118)= 0,26$  ,  $p=0,001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki vardır.

Baba kabul/ilgi düzeyi ile Beck cinsellik ( $r(118)= 0,21$  ,  $p=0,05$ ) arasında pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki, baba kabul/ilgi düzeyi ile hastalık başlama yılı ( $r(118)= -0,21$  ,  $p=0,05$ ) ve ilaç kullanım süresi ( $r(118)= -0,20$  ,  $p=0,05$ ) arasında negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki vardır.

Beck depresyon puanları ile Beck cinsellik puanları ( $r(118)= 0,22$  ,  $p=0,05$ ) arasında pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki vardır.

BDÖ cinsellik puanları ile Hastalık başlama ( $r(118)= 0,24$  ,  $p=0,05$ ), Tedavi süresi ( $r(118)= 0,277$  ,  $p=0,05$ ) ve İlaç kullanım süresi ( $r(118)= 0,21$  ,  $p=0,05$ ) arasında pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki vardır. Buna göre Hastalık başlama süresi, Tedavi süresi ve İlaç kullanım süresi arttıkça hastaların cinselliğe karşı olan ilgileri azalmaktadır.

Hastalık başlama ile Tedavi süresi ( $r(118)= 0,74$  ,  $p=0,001$ ) ve İlaç kullanım süresi ( $r(118)= 0,68$  ,  $p=0,001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı güçlü bir ilişki vardır.

Tedavi süresi ile İlaç kullanım süresi ( $r(118)= 0,80$  ,  $p=0,001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı güçlü bir ilişki vardır.

**Tablo 7.** Hasta Grubun Hastalık başlama yılı, Yatış süresi (gün), Yatış sayısı, Tedavi süresi (ay), İlaç kullanım süresi (ay), Atak süresi (gün), Depresyon atağı sayısına ilişkin korelasyon tablosu

	HB	TS	İKS	YS	YSÜ	DAS	ASÜ
HB	-	0,74**	0,68**	0,19*	0,19*	0,26**	0,06
TS	0,74**	-	0,80**	0,30**	0,30**	0,39**	0,27*
İKS	0,68**	0,80**	-	0,27**	0,27**	0,25**	0,13
YSA	0,19*	0,30**	0,27**	-	0,89**	0,38**	0,31**
YSÜ	0,19*	0,30**	0,27**	0,89**	-	0,38**	0,32**
DSA	0,26**	0,39**	0,25**	0,38**	0,38**	-	0,45**
ASÜ	0,06	0,27*	0,13	0,31**	0,32**	0,45**	-

HB: Hastalık başlama yılı, YSÜ: Yatış süresi (gün), YS: Yatış sayısı, TS: Tedavi süresi (ay), İKS: İlaç kullanım süresi (ay), AS: Atak süresi (gün), DAS: Depresyon atağı sayısı

\*\*  $p<.01$ , \*  $p<.05$

Hastalık başlama yılı ile yatış sayısı ( $r(118)= 0,19$  ,  $p=0,05$ ) , yatış süresi ( $r(118)= 0,19$  ,  $p=0,05$ ) ve depresyon atağı sayısı ( $r(118)= 0,26$  ,  $p=0,001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki vardır. Buna göre; hastalık ne kadar erken başladıysa yatış sayısı, yatış süresi ve depresyon atağı sayısı da artmaktadır.

Tedavi süresi ile yatış sayısı ( $r(118)= 0,30$  ,  $p=0,001$ ) , yatış süresi ( $r(118)= 0,30$  ,  $p=0,001$ ), depresyon atağı sayısı ( $r(118)= 0,39$  ,  $p=0,001$ ) ve atak süresi ( $r(118)= 0,27$  ,  $p=0,05$ ) arasında pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki vardır. Buna göre; tedavi süresi uzadıkça yatış sayısı, yatış süresi, depresyon atağı sayısı artmakta, atak süresi uzamaktadır.

İlaç kullanım süresi ile yatış sayısı ( $r(118)= 0,27$  ,  $p=0,001$ ) , yatış süresi ( $r(118)= 0,27$  ,  $p=0,001$ ) ve depresyon atağı sayısı ( $r(118)= 0,25$  ,  $p=0,001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki vardır. Buna göre; ilaç kullanım süresi uzadıkça yatış sayısı, yatış süresi ve depresyon atağı sayısı da artmaktadır.

Yatış sayısı ile yatış süresi arasında ( $r(118)= 0,89$  ,  $p=0,001$ ) pozitif yönde anlamlı güçlü bir ilişki; yatış sayısı ile depresyon atağı sayısı ( $r(118)= 0,38$  ,  $p=0,001$ ) ve atak süresi ( $r(118)= 0,31$  ,  $p=0,001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki vardır. Buna göre; atak sayısı ve süresi arttıkça yatış sayısı da artmaktadır.

Depresyon atağı sayısı ile atak süresi arasında ( $r(118)= 0,45$  ,  $p=0,001$ ) pozitif yönde anlamlı orta şiddette bir ilişki vardır. Buna göre; depresyon atağı sayısı arttıkça atak süresi de artmaktadır.

**Tablo 8.** Hasta grubunun hastaneye yatış durumu kategorik değişkeni açısından karşılaştırılması

	Hastaneye Yatışı Olan (n=14)	Hastaneye Yatışı Olmayan (n=104)	p değeri
İntihar girişimi <i>Var</i> <i>Yok</i>	8(%47,1) 9(%52,9)	6(%6,06) 95(%95,94)	<0,001 <sup>b</sup>
Hastalık başlama yılı	10,36±1,32 10(3:20)	8,53±0,84 4(1:43)	<0,04 <sup>a</sup>
Hastanın kaç aydır tedavi gördüğü	97,79±14,75 92(24:240)	51,67±6,07 24(1:270)	<0,001 <sup>a</sup>
İlaç kullanım süresi (ay)	69,29±12,30 78(3:156)	34,04±3,56 24(1:180)	<0,004 <sup>a</sup>

Veriler ortalama±standart sapma, medyan (minimum:maksimum) ve n(%) olarak ifade edilmiştir.

a: Mann Whitney testi, b: Ki-kare testi.

Ki-kare analizine göre hastaneye yatışı olan ve olmayan hastalar arasında intihar değişkeni açısından fark olup hastaneye yatışı olanların intihar oranının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hastaneye yatışı olan ve olmayan hastalar arasında hastalığın kaç yıl önce başladığı değişkeni açısından fark vardır. Buna göre hastaneye yatışı olan hastaların hastalık başlangıç tarihi daha önceye dayanmaktadır.

Hastaneye yatışı olan ve olmayan hastalar arasında hastanın kaç aydır tedavi gördüğü ve kaç aydır ilaç kullandığı değişkenleri açısından fark vardır. Buna göre hastaneye yatışı olan hastalar daha uzun bir zamandan beri tedavi görmekte ve ilaç kullanmaktadır.

**Tablo 9.** Hasta grubunun intihar kategorik değişkeni açısından karşılaştırılması

	İntihar girişimi öyküsü olan (n=17)	İntihar girişimi öyküsü olmayan (n=101)	p değeri
Tedavi süresi (ay)	63,25±15,03 48(240:2)	56,13±6,26 25(1:270)	0,45 <sup>a</sup>
Beck Depresyon Ölçeğinden alınan puanlar	23,18±2,38 27(5:38)	18,05±0,88 17(1:38)	0,22 <sup>a</sup>
İlaç kullanma süresi (ay)	50,82±11,36 36(2:156))	36,10±3,74 24(1:180)	<b>0,06<sup>a</sup></b>

Veriler ortalama±standart sapma, medyan (minimum: maksimum) ve n(%) olarak ifade edilmiştir.  
a: Mann Whitney testi.

İntihar girişimi öyküsü olan ve olmayan hastalar arasında tedavi süresi, ilaç kullanma süresi ve BDÖ puanları açısından fark bulunmamaktadır.

**Tablo 10.** Hasta grubunun depresyon döneminin tekrarı kategorik değişkeni açısından karşılaştırılması

	Tekrarladı (n=47)	Tekrarlamadı (n=45)	Sürekli var (n=26)	p değeri
Cinsiyet				
Erkek	9(%32,1)	9(%32,1)	10(%35,7)	0,135 <sup>b</sup>
Kadın	38(%42,2)	36(%40)	16(%17,8)	
Beck Depresyon Ölçeği Puanları	17,68±1,29 17(1:38)	18,33±1,33 16(4:38)	21,58±1,84 21(5:38)	0,195 <sup>a</sup>
İntihar girişimi				<0,035 <sup>b</sup>
Var	11(%23,4)	2(%4,4)	4(%15,4)	
Yok	36(%76,6)	43(%95,6)	22(%84,6)	

<b>Hastalık başlama yılı</b>	10,11±1,91 10(1:35)	5,09±0,98 2(1:30)	12,62±2,13 10(1:43)	<0,001 <sup>c</sup>
<b>Tedavi süresi (ay)</b>	75,91±8,65 60(2:240)	29,98±6,25 12(1:180)	70,23±15,97 36(2:270)	<0,001 <sup>c</sup>
<b>İlaç kullanım süresi (ay)</b>	47,04±5,66 36(1:156)	27,13±5,89 12(1:180)	41,46±6,96 36(2:120)	<0,002 <sup>c</sup>

Veriler ortalama±standart sapma, medyan (minimum:maksimum) ve n(%) olarak ifade edilmiştir.

a: One-Way ANOVA, b: Ki-kare testi, c:Kruskal Wallis testi

Depresyon döneminin tekrarı kategorik değişkeninin kategorileri arasında BDÖ puanları açısından fark yoktur.

Depresyon döneminin tekrarı kategorik değişkeninin kategorileri arasında cinsiyet açısından yoktur.

Depresyon döneminin tekrarı kategorik değişkeni açısından intihar öyküsü olan ve olmayanlar arasında fark vardır. Depresyon dönemi tekrarlayanlarda intihar oranı; tekrarlamayan ve sürekli depresif olan gruba göre daha yüksektir.

Depresyon döneminin tekrarı ve hastalığın kaç yıldır var olduğu değişkeni arasında bir farklılaşma olup olmadığını görebilmek amacıyla Kruskal Wallis Testi yapılmıştır. Analiz sonucunda depresyon dönemi tekrarının hastalığın kaç yıldır sürdüğü üzerinde anlamlı bir fark oluşturduğu görülmüştür ( $(H(2)=20,56$  ,  $p=0,001$ ). Buna göre; depresyon dönemi tekrarlayanlarda ve sürekli olanlarda hastalığın var olduğu süre uzundur.

Depresyon döneminin tekrarı ve tedavi süresi değişkeni arasında bir farklılaşma olup olmadığını görebilmek amacıyla Kruskal Wallis Testi yapılmıştır. Analiz sonucunda depresyon dönemi tekrarının tedavi süresi üzerinde anlamlı bir fark oluşturduğu görülmüştür ( $(H(2)=20$  ,  $p=0,001$ ). Buna göre; depresyon dönemi tekrarlayanlarda ve sürekli olanlarda tedavi süresi daha uzundur.

Depresyon döneminin tekrarı ve ilaç kullanım süresi değişkeni arasında bir farklılaşma olup olmadığını görebilmek amacıyla Kruskal Wallis Testi yapılmıştır. Analiz sonucunda depresyon dönemi tekrarının ilaç kullanım süresi üzerinde anlamlı bir fark oluşturduğu görülmüştür ( $(H(2)=12,65$  ,  $p=0,002$ ). Buna göre; depresyon dönemi tekrarlayanlarda ve sürekli olanlarda ilaç kullanım süresi daha uzundur.

**Tablo 11.** Hastaların anne ebeveyn stili kategorik değişkeninin kaygılı ve kaçınan bağlanma puanları açısından karşılaştırılması

	Açıklayıcı/ Otoriter (n=14)	İzin verici/ İhmalkâr (n=38)	İzin verici/ Şımartan (n=21)	Otoriter (n=45)	p değeri
<b>Kaygılı Bağlanma Puanları</b>	70,36±4,89 70(44:111)	69,68±2,79 71,5(35:104)	67,95±4,54 67(1:156)	73,76±2,74 75(30:105)	0,619 <sup>a</sup>
<b>Kaçınan Bağlanma Puanları</b>	55,79±5,01 51(25:90)	61,16±3,48 58,5(21:102)	51,33±4,79 43(24:113)	63,49±3,58 61(25:112)	0,189 <sup>a</sup>

Veriler ortalama±standart sapma, medyan (minimum:maksimum) ve n(%) olarak ifade edilmiştir.  
a: One-Way ANOVA.

Hastaların anne ebeveyn stilleri ile Kaygılı ve Kaçınan bağlanma puanları arasında farklılık olup olmadığını görebilmek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Hastaların anne ebeveyn stilleri ile Kaygılı ve Kaçınan bağlanma puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

**Tablo 12.** Hastaların baba ebeveyn stili kategorik değişkeninin kaygılı ve kaçınan bağlanma puanları açısından karşılaştırılması

	Açıklayıcı/ Otoriter (n=27)	İzin verici/ İhmalkâr (n=22)	İzin verici/ Şımartan (n=38)	Otoriter (n=31)	p değeri
<b>Kaygılı Bağlanma Puanları</b>	71,56±3,26 70(44:111)	69±3,66 74 (35:104)	69,63±3,14 68,5(38:104)	73,65±3,52 78(30:105)	0,772 <sup>a</sup>
<b>Kaçınan Bağlanma Puanları</b>	56,78±3,67 55(25:95)	63±5,36 58,5(21:102)	55,66±3,33 51(24:113)	64,71±4,50 61(28:112)	0,298 <sup>a</sup>

Veriler ortalama±standart sapma, medyan (minimum: maksimum) ve n(%) olarak ifade edilmiştir.  
a: One-Way ANOVA.

Hastaların baba ebeveyn stilleri ile Kaygılı ve Kaçınan bağlanma puanları arasında farklılaşma olup olmadığını görebilmek amacıyla Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılmıştır. Hastaların baba ebeveyn stilleri ile Kaygılı ve Kaçınan bağlanma puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

**Tablo 13.**Hastaların bağlanma stili ile anne ebeveyn stili arasındaki karşılaştırmalar

	Güvenli (n=26)	Korkulu (n=47)	Kayıtsız (n=15)	Saplantılı (n=30)	p değeri
<b>Hastaların Baba Ebeveyn Stili</b>					
<i>Açıklayıcı/ Otoriter</i>	3(% 11,5)	5(% 10,6)	2(% 13,3)	4(% 13,3)	0,827 <sup>a</sup>
<i>İzin verici/ İhmalkâr</i>	9(% 34,6)	16(% 34)	5(% 33,3)	8(% 26,7)	
<i>İzin verici/ Şımartan</i>	7(% 26,9)	5(% 10,6)	3(% 20)	6(% 20)	
<i>Otoriter</i>	7(% 26,9)	21(% 44,7)	5(% 33,3)	12(% 40)	

Veriler n(%) olarak ifade edilmiştir.

a: Fisher'in kesin ki-kare testi

**Tablo 14.** Hastaların bağlanma stili ile baba ebeveyn stili arasındaki karşılaştırmalar

	Güvenli (n=26)	Korkulu (n=47)	Kayıtsız (n=15)	Saplantılı (n=30)	p değeri
<b>Hastaların Baba Ebeveyn Stili</b>					
<i>Açıklayıcı/ Otoriter</i>	6(% 23,1)	12(% 25,5)	3(% 13,3)	6(% 20)	0,895 <sup>a</sup>
<i>İzin verici/ İhmalkâr</i>	5(% 19,2)	10(% 21,3)	3(% 33,3)	4(% 13,3)	
<i>İzin verici/ Şımartan</i>	11(% 42,3)	12(% 25,5)	5(% 20)	10(% 33,3)	
<i>Otoriter</i>	4(% 15,4)	13(% 27,7)	4(% 33,3)	10(% 33,3)	

Veriler n(%) olarak ifade edilmiştir.

a: Fisher'in kesin ki-kare testi

Hastaların bağlanma stillerinin kategorileri arasında ile anne ve baba ebeveyn stilleri açısından bir farklılaşma olmadığı görülmüştür.

**Tablo 15.** Hastaların bağlanma stili kategorilerinin Beck Depresyon Ölçeği puanları açısından karşılaştırılması

	Güvenli (n=26)	Korkulu (n=47)	Kayıtsız (n=15)	Saplantılı (n=30)	p değeri
<b>Beck Depresyon Ölçeği Puanları</b>	13,85±1,71 10,5(1:34)	20,26±1,19 19(4:38)	16,67±2,29 16(5:36)	21,83±1,68 20,5(8:38)	<0,003 <sup>a</sup>

Veriler ortalama±standart sapma, medyan (minimum: maksimum) ve n(%) olarak ifade edilmiştir.

a: One-Way ANOVA.

Hastaların bağlanma stillerinin kategorileri arasında Beck Depresyon Ölçeği puanları açısından fark vardır. ANOVA analizi sonrasında gruplar arası farkı görebilmek için post-hoc testi olan Tukey testi yapılmıştır. Tukey testinin sonuçlarında; Beck Depresyon Ölçeği puanlarına göre güvenli bağlanma ile saplantılı bağlanma stillerinin  $p<0,001$  anlamlılık

düzeyinde; güvenli bağlanma ile korkulu bağlanma stillerinin de  $p<0,001$  anlamlılık düzeyinde birbirinden farklılaştığı görülmüştür.

### 4.3. Sağlıklı Grubun Kendi İçinde Karşılaştırılması

**Tablo 16.** Sağlıklı Grubun Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

	Erkek (n=30)	Kadın (n=100)	p değeri
Beck Depresyon Ölçeği Puanları	4,83±1,05 2(0:21)	7,79±0,69 6(0:32)	<0,013 <sup>a</sup>
Kaygılı Bağlanma Puanları	53,5±2,88 52,5(28:87)	58,31±1,79 57(25:107)	0,188 <sup>b</sup>
Kaçman Bağlanma Puanları	47±2,79 47(21:74)	51,57±1,92 49,5(18:110)	0,234 <sup>b</sup>
Anne Kabul/İlgi puanları	43,23±1,18 43(29:55)	43,53±0,80 45(11:55)	0,458 <sup>a</sup>
Baba Kabul/İlgi puanları	41,03±1,27 40(27:55)	40,68±0,82 42(19:55)	0,872 <sup>a</sup>
Anne Sıkı denetim/Kontrol puanları	29,40±1,39 30(11:46)	29,09±0,95 27,5(11:52)	0,582 <sup>a</sup>
Baba Sıkı denetim/Kontrol puanları	29,40±1,64 30(11:47)	27,78±0,78 28(12:48)	0,337 <sup>b</sup>

Veriler ortalama±standart sapma, medyan (minimum:maksimum) ve n(%) olarak ifade edilmiştir.  
a: Mann Whitney testi, b:Bağımsız çift örneklem t testi.

Sağlıklı grupta yer alan kadın ve erkeklerin Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla veriler normal dağılmadığı için Non-parametrik Mann-Whitney U Testi yapılmıştır. Mann Whitney U Testi sonucunda hasta erkek (medyan=2) ve kadınların (medyan=6) depresyon puanları arasında 0,05 düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Kadınların depresyon puanları daha yüksektir.

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Son yıllarda yapılan psikoloji çalışmalarına bakıldığında “bağlanma” üzerine yapılmış olan sosyal psikoloji çalışmalarının oldukça fazla olduğu, buna kıyasla klinik psikoloji alanında bağlanmanın daha az çalışıldığı görülmüştür. Bağlanma; yetişkin yakın ilişkilerine olan etkisi bakımından sosyal psikolojinin kapsamına girse de çocukluk dönemine dair travmatik yaşantılarla sekteye uğraması durumunda psikopatolojik rahatsızlıklar için risk faktörü olması sebebiyle klinik psikolojinin de çalışma alanı olmaktadır. Bu araştırmanın amacı depresyon tanısı alan ve almayan yetişkin bireylerin, ebeveynlerinden algıladıkları çocuk yetiştirme stilleri ve yetişkinlik dönemlerinde eşleri/romantik ilişkide oldukları kişiyle (romantik ilişkileri yoksa olduğunu varsaymaları söylenerek) kurdukları bağlanma stillerini karşılaştırmaktır. Diğer bir amaç ise; bireylerin ebeveynlerinin çocuk yetiştirme tutumlarının, yetişkinlik döneminde romantik ilişkide oldukları kişilerle aralarında gelişen bağlanma stillerini ne derece etkilediğini görebilmektir. Araştırmanın cevap aradığı temel husus olan bağlanma stilleri ve depresyon ilişkisi, mevcut değişkenler çerçevesinde karşılaştırılarak, sonuçlar bulgular bölümünde verilmiştir. Araştırmanın bu kısmında, bulgular bölümünde açıklanan sonuçlar alanyazın bilgileri ışığında tartışılacaktır.

Çalışmada öncelikle hasta ve sağlıklı grubun demografik özellikleri karşılaştırılmıştır. Boşanmış veya dul olanların oranı hasta grubunda daha yüksek bulunmuştur. Boşanmış olma veya dul kalma, hayatın sorumluluklarını bir anda tek başına üstlenme ve algılanan yakın desteği kaybetmeyle depresyon için uygun bir zemin hazırlar. Hasta grubunda çocuk sahibi olanların oranı, sağlıklı grupta çocuk sahibi olanların oranından daha yüksektir. Bu yükseklik; iyi ebeveyn olmaya ilişkin duyulan kaygılar, maddi gereksinimin artması ve ihtiyaçların karşılanmasına yönelik yaşanan yetersizlik sebeplerine bağlı olarak gelişmiş olabilir. İlkokul mezunu olanların oranı hasta grubunda; önlisans, lisans ve üzeri eğitime sahip olanların oranı sağlıklı grupta daha yüksektir. Sağlıklı grupta çalışanların oranı, hasta grupta ise çalışmayanların oranı daha yüksektir. Eğitim seviyesi düşüğü olan ve çalışmayan bireyler sosyal ortamlarda daha az bulunmayı seçer ve kendilerini ifade etmekte daha fazla çekinmektedirler. Bunun sonucu olarak birey yalnızlaşmakta ve sosyal destekten yoksun kalabilmektedir. Çalışma; iş hayatının sosyal ortamına girme, arkadaş edinme ve üretim faaliyetine katılarak bireyin kendisini “işe yarar” hissetmesi bakımında depresyon için koruyucu bir faktördür. Sosyal destekten yoksunluk, depresyon için risk faktörüdür (Cacioppo



ve ark., 2006). 0-1500 TL arası gelire sahip olanların oranı hasta grupta daha yüksekken 3000-4500 TL arası gelire sahip olanların oranı ise sağlıklı grupta daha yüksektir. Çalışmanın hasta katılımcılarının %45,8'i 0-1500 TL, %31,4'ü 500-3000 TL, %16,9'u 3000-4500 TL ve %5,9'u 4500 TL ve üzeri gelir aralığında bulunmaktadır. Hasta grubunda çalışmayan kişi sayısının (n=64), emekli ve çalışan kişi sayısından daha yüksek olduğu görülmüştür. Hasta grubun %50'ye yakın kısmının gelir seviyesinin asgari ücretin altında olduğu görülmüştür. Bu oran depresyona sahip bireylerin kendilerini olumsuz göstermeye eğilimli olmalarıyla da ilgili olabilir. Alanyazına bakıldığında, depresyonun sosyo-ekonomik açıdan toplumun dezavantajlı kesiminde daha yaygın olduğuna dair birçok araştırma bulunmaktadır (Kaya, 2007; Link ve ark., 1993 ve Ritsher ve ark., 2001). Ebeveyn kaybı değişkeni açısından hasta grubun oranı daha yüksektir. Bu sonuç da, ebeveyn kaybının birey için her an ulaşabilir olduğu sosyal desteğin ortadan kalkmış olmasıyla açıklanabilir. Hasta grubun sağlıklı gruba kıyasla daha fazla sigara tükettiği saptanmıştır. Alanyazında sigara tüketiminin depresyonla ilişkili olduğu belirtilse de bu ilişkinin nedeni açıklanabilmiş değildir. Tütünün bireyde psikolojik rahatlama sağladığı, sigara bırakanlarda depresif belirtiler ortaya çıktığı bilinmektedir (Hill ve ark., 2008).

Beck Depresyon Ölçeğinden ve ölçeğin cinselliğe karşı tutumu sorduğu 20. maddesinden alınan puanlara bakıldığında hasta grubun daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Depresyonun bireylerin cinsel ilgilerini azalttığı bulgusu alanyazınla uyumludur (İncesu, 2004). Cinsel istek azalması; antidepresan ilaç kullanımına (monoaminoksidaz inhibitörleri, trisiklik antidepresanlar vb.), aile içi problemlere, eşler arası uyumsuzluğa bağlı olarak ortaya çıkabilir (Yaşar ve ark., 2010). Anne ve babadan algılanan ebeveyn tutumlarına bakıldığında sağlıklı bireylerin anne ve babalarını daha kabul edici/ilgili algıladığı; hasta bireylerin ise anne ve babalarını daha denetimci/kontrolcü algıladığı görülmüştür. Kabul/ilgi ve sıkı denetim/kontrol sürekli puanlarına göre oluşturulan ebeveyn stili kategorilerinde hasta ve sağlıklı grup arasında anne tutumu açısından fark varken; baba tutumu açısından fark olmadığı görülmüştür. Bu durum çocuğun temel bakımvereninin annesi olmasıyla açıklanabilir. Çocukta güvenli bağlanmanın gelişmesi için ön koşul, ebeveynin yanında kendisini fiziksel ve ruhsal olarak rahat hissetmesidir. Ebeveynin ilgi ve kontrol noktasında dengeyi sağlaması çocuğun ebeveynine duyduğu güveni arttıracaktır. Bowlby'ye göre çocukluk döneminde bağlanmanın güvenli bir şekilde gelişmemesi veya kesintiye uğraması ilerleyen yaşlarda nevrotik bir kişilik oluşumunu tetiklemektedir (Öztürk, 2002). Güvensiz bağlanmanın, depresyona yatkın kişilik yapılanmasının bir özelliği olduğu ileriye dönük

çalışmalarla gösterilmiştir (Bifulco ve ark., 2006). Hasta grubun duygusal ilişkilerinde sağlıklı gruba kıyasla daha kaygılı ve kaçınmacı oldukları görülmüştür. Kaygı ve kaçınma puanlarının medyan değerlerine göre oluşturulan bağlanma kategorilerinde hasta ve sağlıklı grup arasında fark bulunmaktadır. Güvenli ve kayıtsız bağlanma stiline sahip olanların oranının sağlıklı grupta daha yüksek olduğu; korkulu ve saplantılı bağlanma stillerine sahip olanların oranının ise hasta grupta daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hasta grup içerisinde cinsiyete göre yapılan karşılaştırmalarda; depresyon puanları açısından hasta kadın ve erkekler arasında fark bulunmazken, BDÖ'nün cinselliğe karşı ilgi düzeyini soran sorusuna verilen yanıtlara göre depresyonlu kadınların depresyonlu erkeklerden daha fazla ilgi kaybı yaşadığı görülmüştür. İlgi düzeyinin 0-3 arasında derecelendirildiği maddeye kadınların verdiği yanıt ortalaması  $\bar{x}=1,72$  iken, erkeklerin ortalaması  $\bar{x}=0,82$ 'dir. Bu farkın; hastalığın belirtisi olan enerji kaybı ve isteksizlikten, ilaç etkilerinden ve kadın-erkek fizyolojisinin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. 1966 yılında Masters ve Johnson'ın kadın ve erkeklerde cinsel yaşamın evrelerine yönelik yaptıkları çalışmalarında kadın ve erkekte cinsel yanıtta bazı farklılıkların olduğunu görmüşlerdir. Laan ve Everaerd; kadının cinsel uyarılma aşamasının öznel olduğunu ve erkeğin ise daha nesnel olduğunu belirtmişlerdir (Laan ve Everaerd, 1995). Kadın ve erkek arasında ilgi düzeyi açısından yaşanan bu farkın, sadece hastalığa bağlı olmadığı görülmektedir. Sağlıklı grupta da BDÖ'nün cinselliğe karşı ilgi düzeyi sorusuna verilen yanıtlara göre kadınların ( $\bar{x}=1,02$ ) erkeklerden ( $\bar{x}=0,45$ ) daha az cinsel ilgiye sahip olduğu görülmüştür.

Hasta grubun yaş, kabul/ilgi ve sıkı denetim/kontrol puanları, kaygı ve kaçınma puanları, depresyon puanları, Beck cinsellik puanları, hastalık başlama yılı, tedavi süresi (ay), ilaç kullanım süresi (ay) değişkenleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Yaş arttıkça kaygılı bağlanmanın azaldığı görülmüştür. Yetişkin yakın ilişkisindeki bu durum, yaşın artmasıyla eşle daha uzun süre geçirmiş olma ve kaygının yerini güvenin alabileceği olmasıyla açıklanabilir. Yaş arttıkça anne ve babadan algılanan sıkı denetim/kontrol düzeyinin arttığı görülmüştür. Yaş arttıkça Beck depresyon puanları azalırken Beck cinsellik puanları artmaktadır. Yaşla beraber cinsel isteğin azaldığı bulgusu alanyazınla uyumludur (Şen ve ark., 2015). Kaygı düzeyi arttıkça kaçınma düzeyi ve depresyon puanları artmaktadır. Kaçınma düzeyi arttıkça da depresyon puanları artmaktadır. Güvensiz bağlanmanın, depresyona yatkın kişilik yapılanmasının bir özelliği olduğu ileriye dönük çalışmalarla gösterilmiştir (Bifulco ve ark., 2006). Annenin ve babanın kontrol düzeyleri arttıkça kabul edici tutumlarının azaldığı

görülmüştür. Annenin kabul/ilgisi arttıkça bireyin kaçınmacı bağlanma düzeyi azalmaktadır. Kaygı düzeyi ile ebeveyn çocuk yetiştirme tutumları arasında ise herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Ebeveynin kabul/ilgiden yoksun tutumda olmasının bireyin yetişkinlik dönemi yakın ilişkilerinde kaçınmacı olmasını yordadığı görülmüştür. Kaçınmacı bağlanmanın bireyi sosyal destekten uzaklaştırdığı için depresyona yatkın kıldığı düşünülmektedir.

Baba sıkı denetim/kontrol düzeyi arttıkça cinsel ilgi düzeyi azalmakta; hastalık, tedavi ve ilaç kullanım süresi ise artmaktadır. Baba kabul/ilgi düzeyi arttıkça cinsel ilginin arttığı, hastalık ve ilaç kullanım süresinin ise azaldığı görülmüştür. Babanın kontrolcü olduğu algısının yetişkin cinsel yaşamında isteksizlikle ilişkili olduğu görülmüştür.

Hastalık, tedavi ve ilaç kullanım süresi arttıkça da cinsel istek azalmaktadır. Antidepresan ilaçların cinsel yan etkileri olduğu bilinmektedir. En sık görülen yan etki libido azalmasıdır. En fazla yan etki paroksetin ve sertalinde yaşanmaktadır (Kuloğlu ve ark., 2000). Çalışmamıza katılan hasta bireylerin kontrol görüşmelerinde ilaçları değiştiğinden ve hastalar önceden kullandıkları ilaçların isimlerini hatırlayamadığından kullanılan ilaçlara göre bir sınıflama yapılamamıştır.

Hasta grubun hastalık başlama yılı, tedavi süresi, ilaç kullanım süresi (ay), yatış sayısı, yatış süresi (gün), atak süresi (gün) ve depresyon atağı sayısı değişkenleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Hastalık ne kadar erken başlangıçlı ise yatış sayısı, yatış süresi ve depresyon atağı sayısının arttığı görülmüştür. Tedavi ve ilaç kullanım süresi uzadıkça yatış sayısı, yatış süresi ve depresyon atağı sayısı da artmaktadır. Yatış sayısı, atak sayısı ve süresine bağlı olarak da artmaktadır. Atak sayısının artmasının yatış süresinin uzamasıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Depresyon dönemi tekrarlayanlarda ve sürekli olanlarda hastalık süresinin, tedavi ve ilaç kullanım süresinin daha uzun olduğu görülmüştür. Yineleyen depresyonun tedaviye daha dirençli olduğu söylenebilir.

Hastaneye yatışı olan ve olmayan hastalar arasında yapılan karşılaştırmalarda; yatışı olan hastalarda intihar girişimi oranının daha yüksek olduğu, daha uzun zamandır hasta oldukları, tedavi ve ilaç kullanım sürelerinin daha uzun olduğu görülmüştür. Depresyon hastalarında hastaneye yatışın tedavide ilk tercih olmadığı, devam eden ilaç tedavisinden istenen netice alınmadığında tercih edildiği söylenebilir.

İntihar girişimi oranının en yüksek depresyon dönemi tekrarlayan hastalarda, sonra sürekli depresif hisseden hastalarda, son olarak da tek atak geçiren hastalarda olduğu görülmüştür.

Hastaların anne ve baba ebeveyn stillerinin kategorileri arasında kaygı ve kaçınma puanları açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Ancak kategorilerin puan ortalamasına bakıldığında otoriter anneye sahip olan hasta bireylerin en yüksek kaygı ve kaçınma puan ortalamasına sahip oldukları (kaygı  $\bar{x}=73,76$  ; kaçınma  $\bar{x}=63,49$ ) görülmüştür. En düşük kaygı ve kaçınma puanları ise izin verici/şımartan anneye sahip bireylerde gözlemlenmiştir (kaygı  $\bar{x}=67,95$  ; kaçınma  $\bar{x}=51,33$ ).

Otoriter babaya sahip bireylerin de kaygı ve kaçınma (kaygı  $\bar{x}=73,65$  ; kaçınma  $\bar{x}=64,71$ ) puanlarının en yüksek olduğu görülmüştür.

Hastaların bağlanma stilleri depresyon puanları açısından karşılaştırılmış olup en düşük puanın güvenli stilde ( $\bar{x}=13,85$ ), sırasıyla kayıtsız stilde ( $\bar{x}=16,67$ ), korkulu stilde ( $\bar{x}=20,26$ ) ve en yüksek puanın da saplantılı stilde ( $\bar{x}=21,83$ ) olduğu görülmüştür.

Çalışmada kullanılan ölçeklerden elde edilen puanlar açısından cinsiyetler arası bir farklılık olup olmadığını görmek amacıyla sağlıklı grubun verileri kıyaslanmıştır. Depresyon ve BDÖ'nün cinsellik maddesi puanlarının sağlıklı kadınlarda sağlıklı erkeklerden daha yüksek olduğu görülmüştür.

## 5.1. Sınırlılıklar

Hasta grubun yaş ortalamasının sağlıklı grubun yaş ortalamasından daha yüksek olduğu görülmüştür. Hastaların yaş ortalaması  $\bar{x}=41,38$ ; sağlıklıların ise  $\bar{x}=33,29$  bulunmuştur. Bu fark, araştırmanın bir sınırlılığı olsa da bağlanmanın yaşla değiştiğine dair herhangi bir alanyazın verisi bulunamamıştır. Yaş gibi medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, gelir ve eğitim düzeyi, çalışma durumu, anne/babanın hayatta olma durumu değişkenleri açısından da hasta gruba tüm bu özellikler açısından denk sağlıklı grup elde edilememiştir. Yaşanan yer ve cinsiyet değişkenleri açısından ise gruplar birbirine denktir. Bu özelliklerin bağlanma ve ebeveyn tutumlarının değerlendirilmesi üzerinde bir etkisi olduğuna dair alanyazın bulgusuna rastlanmamıştır. Medeni durumun bağlanma puanları üzerinde etkili olabileceği düşünülerek hasta ve sağlıklı gruptaki evli bireyler arasında da karşılaştırma yapılmıştır. Bu çalışmada nedenselliğe dayalı çıkarımlar yapılamamaktadır. Depresyon-ebeveyn tutumu-bağlanma stili değişkenlerinin arasındaki ilişkinin daha net olarak belirlenebilmesi için uzun yıllar süren boylamsal çalışmalar yapılmalıdır. Bu araştırmada ebeveyn tutumlarına dair bilgiye, bireylerin ebeveynlerine dair zihinsel temsillerinden yola çıkarak ulaşılmıştır. Bu zihinsel temsillerin ise ebeveyne dair ne kadar objektif olduğu bilinmemektedir.

## 5.2. Sonuç

Sonuç olarak; ebeveynin kabul/ilgiden yoksun tutumda olmasının yetişkinlik döneminde kaçınmacı bağlanmaya sahip olmayla, depresyonun yetişkin yakın ilişkilerinde güvensiz bağlanmayla ve kontrolcü ebeveyne sahip olmayla ilişkili olduğu görülmüştür.

## 6. KAYNAKLAR

Ainsworth MD (1969) Object relations, dependency and attachment: a theoretical review of the infant mother relationship. *Child Development* 40: 969-1025.

Akçakaya, Ü., ( Eylül 2011), Psikolojide Bağlanma Kuramı, [https://www.tavsiyeediyorum.com/makale\\_7428.htm](https://www.tavsiyeediyorum.com/makale_7428.htm), (17.01.2018).

Akkoca Y (2009) Doğum sonrasında anne-bebek bağlanmasını etkileyen faktörler. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara. 5-9.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2001) The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV-TR tanı ölçütleri başvuru el kitabı). Çeviren: Köroğlu E, 1. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V (DSM-V tanı ölçütleri başvuru el kitabı). Çeviren: Köroğlu E, 1. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Apaydın H (2010) Ruh sağlığı din ilişkisi araştırmalarına bir bakış. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi* 10(2): 59-77.

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

Ayaz A, Ayaz M, Perdahlı G (2012) Gençlerdeki somatoform bozukluklarda kaygı düzeyi, annenin bağlanma biçimi ve aile işlevselliği. *Klinik Psikiyatri* 15: 121-128.

Aydın B (2005) Çocuk ve ergen psikolojisi. 2. Baskı, Atlas Yayın Dağıtım, İstanbul.

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.

Baumrind D (1978) Ebeveyn disiplin kalıpları ve çocuklarda sosyal yeterlilik. *Gençlik ve Toplum* 9(3): 239-267.

Bifulco A, Kwon J, Jacobs C, Moran PM, Bunn A, Beer N (2006) Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Soc Psychiatry Epidemiol* 41:796-805.

Bowlby J (2012) Attachment (Bağlanma). Çeviren: Soylu TV, cilt 1, 12.baskı, Pinhan Yayıncılık, İstanbul. (Orijinal çalışma basım tarihi 1969).

Bowlby J (2015) Attachment and Loss (Bağlanma ve Kaybetme). Çeviren: Nirven N, Diner N, cilt 2, 2.baskı, Pinhan Yayıncılık, İstanbul. (Orijinal çalışma basım tarihi 1980).

Bowlby J (2012) The Making and Breaking of Affectional Bonds (Sevgi bağlarının kurulması ve bozulması). Çeviren: Kamer M, cilt 3, 1. Baskı, Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları, İstanbul, s: 24-36.

Bretherton I (2017) The Origins Of Attachment Theory: John Bowlby And Mary Ainsworth (Bağlanma teorisinin kökenleri: John Bowlby ve Mary Ainsworth). Çeviren Demirdağ MF, Düzce Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi 1(2), 76-90. ç (Orijinal çalışma basım tarihi 1992).

Cantazaro AE, Wei M (2010) Adult attachment, dependence, selfcriticism, and depressive symptoms: A test of a mediational model. Journal of Personality 78: 1-28.

Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA (2006) Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. Psychol Aging 140–51.

Cassidy J (1988) Child mother attachment and the self in sixyears-olds. Child Development 59: 121-134.

Çalışır M (2009) Yetişkin bağlanma kuramı ve duygulanım düzenleme stratejilerinin depresyonla ilişkisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 1: 240-255.

Çamurlu Keser C (2006) Annenin bağlanma düzeyi ve çocuk yetiştirme sürecinin çocuğun bağlanma düzeyine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Uludağ Üniversitesi, Bursa.

Dağ İ, Gülüm V (2014) Yetişkin bağlanma örüntüleri ile psikopatoloji belirtileri arasındaki ilişkide bilişsel özelliklerin aracı rolü: Bilişsel Esneklik. Türk Psikiyatri Dergisi 25(4): 244-252.

Deniz M E (2006) Ergenlerde Bağlanma Stilleri ile Çocukluk İstismarları ve Suçluluk-Utanç Arasındaki İlişki. Eurasian Journal of Educational Research 22: 89-99.

Dozier M, Stoval KC, Albus K (1999) Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy, P.R. Shaver (Eds) Handbook of attachment theory and research pp: 497-519. New York Guilford Press.

Elkin N (2015) Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 24: 230-6.

Erdoğan S (2007) Evlilik uyumu ile psikiyatrik rahatsızlıklar, bağlanma stilleri ve mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.

Ergin BE (2009) Kişilerarası problem çözme davranışı, yetişkinlerdeki bağlanma biçimleri ve psikolojik rahatsızlık belirtileri arasındaki ilişkiler. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ankara Üniversitesi, Ankara.

Erol A (2013) Tedaviye dirençli tek uçlu depresyonda ilaç seçimini etkileyen etmenler. Journal of Mood Disorders 3(5): 57-58.

Güngör D (2000) Bağlanma stillerinin ve zihinsel modellerin kuşaklararası aktarımında ana babalık stillerinin rolü. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Harlow HF, Suomi SJ (1970) Nature of love: Simplified. American Psychologist 25(2): 161.

- Hazan C, Shaver P (1987) Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology* 52(3): 511.
- Herken H (2002) Depresyonun etiyolojisinde genetik kanıtlar. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 5(4): 5-10.
- Hill K, Geist R, Goldstein RS, Lacasse Y (2008) Son dönem KOAH'da anksiyete ve depresyon. *European Respiratory Society* 31: 667-677.
- Hisli N (1988) Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi* 6: 118-121.
- Hogg MA, Vaughan GM (2007) *Social Psychology (Sosyal psikoloji)*. Çeviren: Yıldız İ, Gelmez A, 3. Baskı, Ütopya Yayınevi, Ankara. (Orijinal çalışma basım tarihi: 2002).
- Işık E (2003) Depresyonda klinik görünüm: Duygu durumu bozuklukları depresyon ve bipolar bozukluklar. 1. Baskı, Görsel Sanatlar Matbaacılık, Ankara.
- İncesu C (2004) Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 7(3): 3-13.
- Kaya B (2007) Depresyon: Sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış. *Klinik Psikiyatri* 10(6): 11-20.
- Kesebir S, Kavzoğlu SÖ, Üstündağ MF (2011) Bağlanma ve psikopatoloji. *Current Approaches in Psychiatry* 3(2):321-342.
- Klein M (2012) Envy and Gratitude (Haset ve Şükran). Çeviren: Koçak O, Ertan Y, 4. Baskı, Metis Yayınları, İstanbul, (Orijinal çalışma basım tarihi 1975).
- Kotan Z, Sarandöl A, Eker SS, Akkaya C (2009) Depresyon, nöroplastisite ve nörotrofik faktörler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 1(1): 36-44.
- Kuloğlu M, Atmaca M, Geçici Ö, Kılıç N, Tezcan AE (2000) Antidepresan ilaçların cinsel işlev üzerine etkileri. *Bull Clin Psychopharmacol* 10: 97-102.
- Küey L, Güleç C (1993) Depresyonun epidemiyolojisi. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, s: 53-68.
- Laan E, Everaerd W (1995) Determinants of female sexual arousal: Psychophysiological theory and data. *Annu Rev Sex Res*; 6: 32-76.
- Lin BG, Lennon MC, Dohrenwend BP (1993) Socioeconomic status and depression: The role of occupations involving direction, control and planning. *American Journal of Sociology* 98(6): 1351-1387.
- Loomans EM, Stelt O, Eijdsden M, Gemke BJ, Vrijkkotte T, Van den Bergh BRH (2011) Antenatal maternal anxiety is associated with problem behaviour at age five. *Early Human Development*, 87(8): 565-570.
- Main M, Weston DR (1982) Avoidance of the attachment figure in infancy. Editors: PARKER CM, HİNDE JS, Descriptions and interpretations. The place of attachment in human behavior. Tavistock Publications Ltd, London and New York, pp: 31-59.



Main M (1999) Mary D. Salter Ainsworth: Tribute and portrait. *Psychoanalytic Inquiry* 19(5): 682-736.

Masterson JF (2008) Bağlanma Kuramı ve Nesne İlişkileri Kuramı ve Nörobiyolojik Kendilik Gelişimini Bütünleştirme. Editör: ÖZAKKAŞ T, ÇORAK A, Bağlanma Kuramı ve Nörobiyolojik Kendilik Gelişimi Açısından Kişilik Bozuklukları. Litera Yayıncılık, İstanbul, s: 15-38.

Masters WH, Johnson VE (1996) Excitemant in females . Editors: MASTERS WH, JOHNSON VE , Human Sexual Response. 1st edition, Little, Brown and Company, Boston, pp: 128-62.

Morsünbül Ü, Çok F (2011) Bağlanma ve ilişkili değişkenler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 3(3): 553-570.

Özdamar K (1999) Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi-1. Kaan Kitabevi, Eskişehir.

Özer M (2011) Suçluluk-utanç, bağlanma, algılanan ebeveynlik (anne) tarzı ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiler, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Savunma Bilimleri Enstitüsü, Kara Harp Okulu, Ankara.

Özeren GS, Akın S (2016) Anne-baba bağlanma biçimleri ve kişilerarası ilişkilerin değerlendirilmesi. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi* 2(3): 222-232.

Örsel S (2004) Depresyonda tedavi: Genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar. *Klinik Psikiyatri Ek 4*: 17-24.

Öztürk MO (2002) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 15. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, s: 566-570.

Paktuna Keskin S (2012) Anneye güvenli bağlanma. 3. Baskı, Boyut Matbaacılık: İstanbul.

Rice FP (1997) *Child and Adolescent Development*. Prentice Hall Inc, New Jersey.

Ritsher JE, Warner V, Johnson JG, Dohrenwend BP (2001) Inter generational longitudinal study of social class and depression: a test of social causation and social selection models. *The British Journal of Psychiatry* 178(40): 84-90.

Sabuncuoğlu O, Berkem M (2006) Bağlanma biçemi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye'den bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi* 17: 252-258.

Santrock, JW (2012) Bebeklikte duygusal gelişim. Editör: YÜKSEL G, Yaşam boyu gelişim. Nobel Yayınları, Ankara, s: 205-240.

Savrun BM (1999) Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi: Depresyon, somatizasyon ve psikiyatrik aciller sempozyumu. İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri.

Selçuk E, Günaydın G, Sümer N, Uysal A (2005) Yetişkin bağlanma boyutları için yeni bir ölçüm: Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri-II'nin Türk örnekleminde psikometrik açıdan değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları* 8(16):1-11.

- Spiro ME, (1958) The nature of the child's tie to his mother. *Int J Psychoanal* 39: 73-350.
- Spitz RA, Wolf KM (1946) The smiling response: a contribution to the ontogenesis of social relations. *Genetiv Psychology Monographs* 34: 57-125.
- Sücüllüoğlu Dikici D, Aşçıbaşı K, Aydemir Ö (2017) DSM-5 Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 18(Ek sayı 2): 51-56.
- Sümer N, Güngör D (1999) Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi* 14(43): 71-106.
- Sümer N, Güngör D (1999) Çocuk yetiştirme stillerinin bağlanma stilleri, benlik değerlendirmeleri ve yakın ilişkiler üzerindeki etkisi. *Türk Psikoloji Dergisi* 14(ç44): 35-58.
- Sümer N (2006) Yetişkin bağlanma ölçeklerinin kategoriler ve boyutlar düzeyinde karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi* 21(57): 1-22.
- Sümer N, Şendağ MA (2009) Orta Çocukluk Döneminde Ebeveynlere Bağlanma, Benlik Algısı ve Kaygı. *Türk Psikoloji Dergisi* 24(63): 86-101.
- Sümer N, Ünal S, Selçuk E, Kaya B, Polat R, Çekem B (2009) Bağlanma ve Psikopatoloji: Bağlanma Boyutlarının Depresyon, Panik Bozukluk ve Obsesif-Kompulsif Bozuklukla İlişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi* 24(63): 38-45.
- Şen S, Usta E, Aygin D, Sert H (2015) Yaşlılık ve cinsellik konusunda sağlık profesyonellerinin yaklaşımları. *Androloji Bülteni* 17(60): 64-7.
- Şener Ş, Karacan E (1999) Anne-Bebek Çocuk Etkileşiminde Olumlu ve Olumsuz Özellikler. Editör: EKŞİ A, Ben Hasta Değilim. Nobel Yayınevi, İstanbul, s: 35-44.
- Türköz Y (2007) Okulöncesi çocuklarda bağlanma örüntüsünün kişilerarası problem çözme ve açık bellek süreçlerine etkisi. Doktora tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Tüzün O, Sayar K (2006) Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Düşünen Adam* 19(1): 24-39.
- Van den Bergh BR, Mulder EJ, Mennes M, Glover V (2005) Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 29(2): 237-258.
- Varlık Özsoy E (2015) Bağlanma, Anksiyete ve Bilgi İşleme. Doktora tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Wilson RJW, Davenport BR (2003) Distinguishing between conceptualizations of attachment: Clinical implications in marriage and family therapy. *Contemporary Family Therapy* 25(2): 179-193.
- Winnicott DW (2007) *Playing and Reality (Oyun ve gerçeklik)*. Çeviren: BİRKAN T, TURA SM, 4. Baskı, Metis Yayınları, İstanbul. (Orijinal çalışma basım tarihi 1971).

World Health Organization, (2015), The European Mental Health Action Plan 2013-2020, [https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/who\\_europe\\_menta\\_health\\_acion\\_plan\\_2013\\_2020.pdf](https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/who_europe_menta_health_acion_plan_2013_2020.pdf)

Yahşi G, Bayraktar S (2016) Bağlanma Kuramı Çerçevesinde Doğum Sırasının Bağlanma Stilleri Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *International Journal of Social Sciences and Education Research* 2(1): 256-267.

Yaşar H, Özkan L, Tepeler A (2010) Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluklarına güncel yaklaşım. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 1(3): 235-240.

Yavuz R (1999) Depresyonun kliniği. Editör: EKER E, Depresyon, somatizasyon ve psikiyatrik aciller. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri İstanbul, s: 29-34.

Yazgan İnanç B, Bilgin M, Atıcı M (2008) Gelişim psikolojisi çocuk ve ergen gelişimi. 4. Baskı, Pegem Akademi Yayınevi, Ankara, s: 167- 183.

## 7. SİMGELER VE KISALTMALAR

**Ark.** – Arkadaşları.

**BDT** – Bilişsel Davranışçı Terapiler

**ÇYTÖ** – Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği

**DSM** – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**DSÖ** – Dünya Sağlık Örgütü

**EKT** - Elektrokonvülfik Terapi.

**SPSS** –Statistical Package for the Social Sciences

**Vb.** - Ve benzeri

**YİYE- II** – Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II

## 8. EKLER

## DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Adınız Soyadınız:

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz: Erkek  Kadın

3) Eğitim durumunuz: İlkokul  Ortaokul  Lise  Üniversite   
Yüksek lisans/Doktora

4) Çalışıyor musunuz? Evet  Hayır

5) Mesleğiniz: \_\_\_\_\_

6) Gelir Düzeyiniz: 0-1.500 TL  1.500-3.000 TL   
3.000-4.500 TL  4.500 TL ve üstü

7) Medeni durumunuz: Evli  Bekâr  Boşanmış  Dul

Evli değilseniz duygusal ilişkide olduğunuz biri var mı? Evet  Hayır

8) Çocuğunuz var mı? Evet  Hayır

Varsa kaç tane ? \_\_\_\_\_

9) Anneniz: Sağ  Vefat etti

Babanız: Sağ  Vefat etti

10) Kiminle beraber yaşıyorsunuz?

Yalnız  Eş ile  Eş ve çocuklar ile

Anne, baba ve kardeşlerle

Arkadaşlarla

Akrabalarla

11) Anne babanız için uygun olanı işaretleyiniz.

Evliler, birlikte oturuyorlar

Evliler, ayrı yaşıyorlar

Boşandılar

12) Kendinizi dindarlık düzeyi açısından nasıl değerlendiriyorsunuz?

Hiç dindar değilim       Biraz dindarım       Orta düzeyde dindarım   
Dindarım       Çok dindarım

13) Sigara kullanımınız:

Yok       Bıraktım       Haftada 1 paket       Günde 1 paket   
Günde 1 paketten fazla

14) Şu an nerede yaşıyorsunuz?

Köy       Kasaba       Şehir       Büyükşehir

15) Depresyon hastalığınız ilk ne zaman başladı? \_\_\_\_\_

16) Bu hastalık sebebiyle kaç yıldır tedavi görüyorsunuz? \_\_\_\_\_

17) Depresyon hastalığı nedeniyle hastaneye yatışınız oldu mu? Evet       Hayır

Oldu ise kaç defa yattınız? \_\_\_\_\_

Yatış/ yatışlarınız ne kadar sürdü? \_\_\_\_\_

18) Depresyon döneminiz tekrarladı mı? Evet       Hayır

Tekrarladı ise kaç depresif atak geçirdiniz? \_\_\_\_\_

19) Geçirdiğiniz depresyon dönem/dönemleriniz ne kadar sürdü? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

20) Daha önce hiç intihar girişiminiz oldu mu? Evet       Hayır

21) Devamlı olarak kullandığınız ilaç/ilaçlar var mı? Evet       Hayır

Varsa ne/neler olduğunu belirtiniz: \_\_\_\_\_

Bu ilaç/ ilaçları ne kadar zamandır kullanıyorsunuz? \_\_\_\_\_

## DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Adınız Soyadınız:

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz: Erkek  Kadın

3) Eğitim durumunuz: İlkokul  Ortaokul  Lise  Üniversite   
Yüksek lisans/Doktora

4) Çalışıyor musunuz? Evet  Hayır

5) Mesleğiniz: \_\_\_\_\_

6) Gelir Düzeyiniz: 0-1.500 TL  1.500-3.000 TL   
3.000-4.500 TL  4.500 TL ve üstü

7) Medeni durumunuz: Evli  Bekâr  Boşanmış  Dul   
Evli değilseniz duygusal ilişkide olduğunuz biri var mı? Evet  Hayır

8) Çocuğunuz var mı? Evet  Hayır

Varsa kaç tane ? \_\_\_\_\_

9) Anneniz: Sağ  Vefat etti

Babanız: Sağ  Vefat etti

10) Kiminle beraber yaşıyorsunuz?

Yalnız  Eş ile  Eş ve çocuklar ile

Anne, baba ve kardeşlerle

Arkadaşlarla

Akrabalarla

11) Anne babanız için uygun olanı işaretleyiniz.

Evliler, birlikte oturuyorlar

Evliler, ayrı yaşıyorlar

Boşandırlar

12) Kendinizi dindarlık düzeyi açısından nasıl değerlendiriyorsunuz?

Hiç dindar değilim       Biraz dindarım       Orta düzeyde dindarım

Dindarım       Çok dindarım

13) Sigara kullanımınız:

Yok       Bıraktım       Haftada 1 paket       Günde 1  
paket       Günde 1 paketten fazla

14) Şu an nerede yaşıyorsunuz?

Köy       Kasaba       Şehir       Büyükşehir



## 9. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca öneri ve bilgileriyle beni destekleyen danışman hocam Prof. Dr. Cengiz AKKAYA'ya, psikiyatriye sosyal ve kültürel bir pencereden bakmamızı sağlayarak ufkumuzu genişleten Prof. Dr. Selçuk KIRLI'ya, psikanalitik kuram üzerine bize kattıkları için Prof. Dr. Aslı SARANDÖL'e, Bilişsel-Davranışçı Terapiye giriş eğitimleri için Prof. Dr. Yusuf SİVRİOĞLU'na, şizofreni hastalarına sosyal beceri kazandırmak için düzenlenen grup terapilerinde verdiği bilgiler ve hastalara yaklaşım konusunda bize çok şey katan Prof. Dr. Saygın EKER'e, "bir psikolog nasıl olmalı'yı bize her haliyle ve engin bilgisiyle gösteren Uzman Klinik Psikolog Zeynep ŞEKER AYGÜL'e, hastalara ulaşmamızda yardımlarını esirgemeyen Kader Hanım ve Aziz Bey'e, her konuda yanımda olan, sıcak tavırlarıyla klinikte geçen günlerimize neşe katan sevgili arkadaşım Şebnem FETELİZADE'ye teşekkürlerimi sunarım.

Hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini ve dualarını benden hiçbir zaman esirgemeyen, hep arkamda olan ve her adımımı destekleyen, haklarını ödeyemeyeceğim Anneme, Babama, Abime ve Kardeşime; veri toplama aşamasından tez yazımına kadar tüm kalbiyle desteklerini sunan, zorlandığım her anımda yanımda olan sevgili Eşime minnetlerimi sunarım.

## 10. ÖZGEÇMİŞ

1995 yılında Rize’de doğdum. İlkokul, ortaokul ve liseyi Rize’de okudum. 2012 yılında üniversite eğitimim için Ankara’ya geldim. 2016 yılında Hacettepe Üniversitesi psikoloji bölümünden “yüksek şeref öğrencisi” olarak mezun oldum. 2016 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp fakültesi Klinik Psikoloji programında yüksek lisans eğitimime başladım. Şu anda Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığında psikolog olarak görev yapmaktayım.