

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**PANİK BOZUKLUĞU VE MAJOR DEPRESİF
BOZUKLUKTA BAĞLANMA BOYUTLARININ
ARAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Serdal ÖZDEMİR
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Süheyla ÜNAL

MALATYA-2012

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	I
TABLolar DİZİNİ.....	IV
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	V
TEŞEKKÜR.....	VI
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Bağlanma Kuramı.....	4
1.2. Bağlanma Gelişimi.....	6
1.3. Duygu Düzenlenmesinde Bağlanmanın Rolü.....	6
1.4. Bağlanmanın Hiyerarşisi.....	7
1.5. Bağlanma Biçimleri.....	7
1.6. Kendi ve Başkaları Modeline Göre Bağlanma Biçimleri.....	8
1.7. Bağlanmada Kaygı ve Kaçınma Boyutları.....	9
1.8. Dörtlü Bağlanma Modeli.....	10
1.9. Bağlanma ve Kendilik Gelişimi.....	10
1.10. Çocuklukta Bağlanma Sorunları.....	11
1.11. Bağlanma Oluşumunu Etkileyen Faktörler.....	12
1.12. Çocuk Yetiştirme Tutumunun Bağlanmaya Etkisi.....	12
1.13. Aile Bütünlüğünün Bağlanmaya Etkileri.....	13
1.14. Erken Travmaların Bağlanmaya Etkisi.....	13
1.15. Bağlanma ve Psikopatolojinin Gelişimi.....	13
2.PANİK BOZUKLUĞU.....	15
2.1. Tanım.....	15
2.2. Tarihçe.....	16
2.3. Epidemiyoloji.....	16
2.4. Etyoloji.....	17
2.4.1. İkiz ve Aile Çalışmaları.....	17
2.4.2. Biyolojik Yaklaşımlar.....	17
2.4.2.1. Hipotalamo-Pituitar-Adrenal Sistem.....	18
2.4.2.2. Panik Gelişiminde Etkili Olan Nöroanatomik Bölgelerle	
İlgili Beyin Görüntüleme Çalışmaları	18

2.4.3. Psikopatolojik Yaklaşımlar.....	19
2.4.3.1. Psikoanalitik Yaklaşım.....	19
2.4.3.2. Stress-Diyatez Modeli.....	20
2.4.3.3. Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım.....	20
2.5. Bağlanma ve Panik Bozukluğu.....	21
2.5.1. Tanı.....	23
2.5.1.1. DSM-IV-TR Panik Bozukluğu İçin Tanı Ölçütleri.....	23
3. MAJOR DEPRESYON.....	25
3.1. Tanım.....	25
3.2. Tarihçe.....	25
3.3. Epidemiyoloji.....	26
3.4. Etyoloji.....	26
3.4.1. Genetik Faktörler.....	26
3.4.2. Beyin Görüntüleme Çalışmaları.....	27
3.4.3. Biyojenik Aminler.....	27
3.4.3.1. Noradrenalin.....	27
3.4.3.2. Serotonin.....	28
3.4.3.3. Dopamin.....	28
3.4.4. Psikososyal Nedenler.....	28
3.4.4.1. Yaşam Olayları ve Çevre.....	28
3.4.4.2. Aile.....	29
3.4.4.3. Hastalık Öncesi Kişilik Özellikleri.....	29
3.4.4.4. Psikanalitik Görüş Açısından Depresyon.....	29
3.4.4.5. Depresyonda Davranışçı-Bilişsel Yaklaşımlar.....	29
3.5. Major Depresyonun Klinik Özellikleri.....	30
3.5.1. Major Depresif Epizodun DSM-IV'e Göre Tanı Ölçütleri.....	30
3.6. Depresyon ve Bağlanma.....	31
4. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	33
4.1. Örneklem.....	33
4.2. Hastalar İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri.....	33
4.3. Hastalar İçin Çalışmadan Dışlanma Kriterleri	34

4.4. Kontrol Grubu İçin Dışlanma Kriterleri.....	34
4.5. Veri Toplama Araçları.....	34
4.5.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	34
4.5.2. DSM-IV-TR'e Göre Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu.....	35
4.5.3. İlişki Ölçekleri Anketi.....	35
4.5.4. Genel Sağlık Anketi.....	35
4.6. İstatistiksel Değerlendirme.....	36
5. BULGULAR.....	37
6. TARTIŞMA.....	44
7. ÖZET.....	49
8. SUMMARY.....	51
9. KAYNAKLAR.....	53
10. EKLER.....	64

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Sosyodemografik veriler.....	37
Tablo 2. Erken çocukluk yaşantılarına ilişkin değişkenler.....	39
Tablo 3. Bağlanma kaygı ve kaçınma boyutlarının gruplardaki dağılımı.....	40
Tablo 4. Bağlanmada kaygı boyutunun gruplar arasındaki farkı.....	40
Tablo 5. Bağlanmada kaçınma boyutu açısından gruplar arası fark.....	41
Tablo 6. Major depresyon, panik bozukluğu ve sağlıklı kontrollerde kaygı ve kaçınma boyutlarına göre bağlanma tarzları	41
Tablo 7. Bağlanma kaygısı ve kaçınma düzeylerinin erken çocukluk yaşantıları ile ilişkisi	42
Tablo 8. Yüksek risk ve bağlanma boyutları.....	43
Tablo 9. Yüksek risk ve hastalık grupları.....	43

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSM-IV-TR: (Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı)

SCID-I/CV: (Structured Clinical Interview for DSM-IV-Clinical Version, Turkish Version; DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Türkçe Versiyonu)

MD: Major Depresyon

PB: Panik Bozukluğu

İÖA: İlişki Ölçekleri Anketi

GSA: Genel Sağlık Anketi

NA: Noradrenalin

ST: Serotonin

5-HT T: Serotonin Transfer Geni

D1: Dopamin Tip 1

TEŞEKKÜRLER

Tez sürecinde olduğu kadar hayatımın birçok alanında bana yardımcı olan ve erdemli davranışı amaç edinmemi sağlayan değerli tez hocam Prof. Dr. Süheyla Ünal'a, samimiyeti, bilgisi, koruyuculuğu ve tecrübesi ile yanımda olan değerli hocam Prof. Dr. Rıfat Karlıdağ'a, ince ruhu ve tatlı dili ile beni motive eden değerli hocam Doç. Dr. Hatice Birgül Cumurcu'ya, beni daha iyiye yönlendirmesi ve dostluğu ile yanımda olan değerli hocam Doç. Dr. Şükrü Kartalci'ya, Çocuk psikiyatrisi rotasyonumda bilgisinden faydalandığım, samimiyeti ile yanımda olan değerli hocam Doç. Dr. Özlem Özcan'a ve tezimin istatistik aşamasında yardımını esirgemeyen, kendime birçok alanda örnek olarak aldığım değerli hocam Prof. Dr. Cemal Özcan'a teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca asistanlığım süresince beraber çalıştığım asistan arkadaşlarıma, psikolog, hemşire ve sağlık personeli arkadaşlarıma ve en önemlisi iyileşirken öğreten hastalarıma teşekkür ederim.

Beni yaptığım ve yapacağım pek çok iş için yüreklendiren abim Ahmet Turan'a, canım anneme, babama, biricik kız kardeşim Hatice'ye, varlığı ile içimi ısıtan kızım Aslı Ece'ye ve hayat desteğim sevgili eşim Fatma'ya teşekkür ederim.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bağlanma, bebek ile bakım veren kişi arasındaki ilk ilişkiden temel alan, yakınlık arayışı ile kendini gösteren, tehlikeden kaçınmayı hedefleyen, özellikle stres durumlarında belirginleşen, tutarlılığı ve sürekliliği olan bir bağ olarak ifade edilmektedir (1). Bağlanma kavramı, iyi sorun çözen ve dünya ile baş edebilen bir kişi ile yakınlığı koruma çabası olarak da tanımlanmaktadır. Bu kişiye olumlu tepkiler verme, zamanın büyük çoğunluğunu o kişiyle geçirmek isteme, korku yaratan durum karşısında o kişiyi arama, onun varlığında rahatlama ve tehlikeden korunma duygusu bağlanmanın en önemli özelliğidir. İlk temel ilişki olan anne çocuk ilişkisindeki bağlanma tarzı, kişinin sonraki yaşam dönemlerindeki bağlanmaları için örnek olmakta, kişiler arası ilişkilerine önemli derecede yansımakta, psikososyal ve sağlık alanlarında etkisini hissettirmektedir (2). Bağlanma süreçleri, gelişim sırasında diğer risk etkenleriyle birlikte ruhsal hastalıkların gelişimine zemin hazırlayabilmektedir. Bağlanma süreçleri ile psikopatoloji arasındaki ilişki birkaç yoldan gerçekleşmektedir (3).

- 1) Anne-bebek arasındaki karşılıklı duygu ve davranış düzenlemesi ile zihinsel modellerin oluşması
- 2) Bebeğin fizyolojik uyarımı ve strese duyarlılık artışı
- 3) Kişiler arası ilişki tarzlarının çare arama davranışını ve sosyal destek kullanımını etkilemesi
- 4) Güvensiz bağlanma stillerinin bireyi sağlık açısından riskli davranışlara (alkol, madde kullanımı, yeme sorunları gibi) yönlendirmesi gibi

Bağlanma süreçleri duygu ve davranışların düzenlenmesinde fizyolojik, psikolojik ve sosyal birçok mekanizmayı harekete geçirdiği için, bu alanlarda belirgin bir etkiye sahiptir. Bu nedenle zorlu yaşam olaylarına karşı geliştirilen anksiyete ve depresyon gibi ruhsal belirtilerin bağlanma üzerinden erken dönem kaynaklarını belirleyebilmek oldukça önem taşımaktadır.

Bağlanmanın güvenliği hakkında duyulan kaygı, uyum için gerekli, gelişimsel bir olgudur (4). Bowlby'e göre (1973, 1979) yeni doğduğunda bebeğin bakıcısına fiziksel yakınlığı yaşamını sürdürebilmesi için bir zorunlulukken, giderek bu yakınlığı çevresini keşfetmede kullanabileceği 'güvenli bir temel' ve tehlike anında korunabileceği 'sağlam bir sığınak' olarak kullanmayı öğrenmektedir (4, 5, 6). Çocuk ancak 'güvenli bağlanma' ilişkisi içinde iken stres yaratan koşullarda güvenlik duygusunu koruyabilir ve Main'in (1990) tanımladığı birinci koşullu stratejiler aracılığı ile çevreye uyum sağlayabilir. Güvenli bağlanma, kesintisiz, tutarlı tepki veren, duyarlı ve her zaman ulaşılabilir bir bakıcının varlığında gerçekleşir. Bakıcı duyarsız, aşırı müdahale edici ve önceden yordanamayan tepkiler verdiğinde çocuk kaygılı bağlanma davranışları gösterir (7). Bakıcı reddedici veya aşırı ihmalkar davrandığında ise çocuk zamanından önce bağımsızlaşabilir veya bağlanma nesnesinden kopma eğilimi gösterebilir. Main'in (1990) ikinci koşullu stratejiler olarak tanımladığı bu tür 'güvensiz' bağlanma davranışları, kısa dönemde çocukların uyum sağlamaya yönelik başa çıkma çabaları olarak işlev görmesine karşın, bu tür davranışların sık tekrarlanmasından doğacak olumsuz zihinsel modeller yetişkinlikte önemli sorunlara yol açabilmektedir (8, 9).

Bilinçli kontrol dışında çalışan zihinsel modeller, kişinin kendisine ilişkin beklenti, inanç ve duygularını, özellikle de özsaygısını, başkalarına duyduğu güveni ve sosyal ilişkilerde hissettiği rahatlık düzeylerini belirleyerek yaşam boyu gelişimi ve ruh sağlığını etkilemektedir (3, 7, 10, 11). Sağlıksız başlayan bir bağlanma süreci, duygu düzenlenmesi ve kişilerarası ilişkiler üzerinden sonraki gelişim basamaklarını da olumsuz etkileyerek, psikopatolojinin gelişmesine zemin hazırlayabilmektedir (3). Bağlanma kuramına göre, erken yaşlarda ebeveynleriyle olumsuz yaşantıları sonucu *güvensiz bağlanma* stili geliştiren kişiler yakın ilişkilerinde yaşadıkları sorunlar ve stresli olaylara gösterdikleri işlevsel olmayan tepkiler nedeniyle psikopatolojiye yatkın hale gelebilirler (4, 5, 6, 7, 12, 13). Güvensiz bağlanma nedeniyle başkalarının

sağlanabilirliği konusunda çocuğun yaşadığı belirsizlik, sürdürücü etkenler aracılığı ile yetişkinlikte de devam ederek kronik bir kaygıya ve kişilerarası ilişkilerde bağımlılığa neden olabilmektedir (3). Bowlby (1973) agorafobik yetişkinlerin çocukluklarında aylık anksiyetelerini arttıran düzeyde güvensiz bağlanmaya yol açan deneyimler yaşadıklarını belirtmektedir. Shear (1996) bozuk aile içi iletişiminin neden olduğu kaygılı bağlanma stiline yetişkinlikteki depresyona zemin hazırladığını ileri sürmektedir (14).

Kişiler arası ilişkileri düzenlemede rol oynayan bağlanma stilleri ve boyutları, sosyal destek sağlama ve çare arama davranışında belirleyici olmaktadır. Stresle başa çıkmada yardım alınabilecek kişilerin varlığı önemli bir koruyucu faktördür. Blain, Thompson ve Whiffen (1993) yüksek düzeyde algılanan sosyal desteğin olumlu “kendi” ve “başkaları” şemalarıyla paralel geliştiğini ifade etmektedir (15). Davis, Morris ve Kraus (1998) güvenli bağlanan bireylerin daha geniş bir sosyal destek algıladıklarını bildirmektedir (16). Sosyal destekten yoksun olma hem hastalığa yatkınlığı arttırmakta, hem de hastalığın seyrini olumsuz etkilemektedir (17, 18).

Güvensiz bağlanma stillerine sahip kişilerin stres ve tehditle başa çıkmaya çalışırken sağlıklarını riske atacak davranışlara yönelmeleri de hastalık gelişimine katkıda bulunmaktadır (3, 17).

Literatürde bağlanma stilleri ve bağlanma boyutlarının gelişimsel bozukluklar, kişilik patolojileri, duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, madde bağımlılığı ile ilişkilerini araştıran çok sayıda çalışma bulunmakla birlikte ülkemizde yapılmış çalışmalar oldukça sınırlıdır. Hem bağlanma süreçleri, hem de psikopatoloji kültürel değişkenlerle yakından ilişkili olduğu için ülkemize özgü örüntünün ortaya konulması önem taşımaktadır.

Bu nedenle, bu ve planladığımız bir dizi araştırma ile bağlanma ve psikopatoloji arasındaki ilişkileri irdelemek amaçlandı. Sunulan bu çalışmada erken yaşantıların bağlanmada kaygı ve kaçınma gelişimi üzerine etkileri, bağlanmada kaygı ve kaçınma boyutlarının majör depresyon ve panik bozukluğu ile ilişkisi klinik örneklem üzerinde incelendi.

Bu tez çalışmasında önce bağlanma ile psikopatoloji arasındaki kuramsal bağlantılar özetlenecek, sonra araştırmanın hipotezleri sunulacak, bu hipotezlerin

sınanması için uygulanan yöntemler açıklanacak, daha sonra çalışmanın bulguları üzerinden tartışma gerçekleştirilecektir.

1.1. Bağlanma Kuramı

Freud'dan başlayarak anne ve bebek arasındaki ilişki çeşitli kuramların temel ilgi alanı olmuştur. Erken yaşantıların kişilik gelişimi, duygu düzenleme, kişiler arası ilişkiler ile ruh hastalıklarının gelişmesi üzerine etkileri dürtü kuramı, benlik ruhbilimi, kendilik kuramı, nesne ilişkileri kuramında odak noktası durumundadır. Mahler ve Klein'in nesne ilişkileri kuramını evrimsel görüşle birlikte ele alarak geliştiren Bowlby, bağlanma kuramı ile alana çok önemli bir katkı sağlamıştır. Bowlby kuramını davranım bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin bebeklik ve erken çocukluk evrelerinde annelerinden uzun süre ayrı kaldıkları gözleminden yola çıkarak geliştirmiş, içgüdüsel olarak varolan bağlanmanın temel işlevini tehlikeden kaçınma, güven arayışı ve sosyal ilişki olarak tanımlamıştır (5, 19, 20, 21).

Bağlanma kuramına göre;

- i) insan yavrusu bağlanmayı kolaylaştıracak bir davranış potansiyeli ile doğar
- ii) yakınlığın sürdürülmesi, diğerinin de yakınlaşma gereksinimini karşılar
- iii) yaşanan deneyimler sonucu çocuk kendine ve dış dünyaya anlam verir

Bunu yeni ilişkilere genelleyerek bütünleştirir ve bir zihin modeli şeklinde içselleştirir (19-24). Daha sonraki yıllarda yakın ilişkilerdeki beklenti, inanç ve tutumları yönlendiren bu "içsel çalışma modelleri" kişinin zihninde, kendisi ile bağlandığı nesnelere arasındaki iletişim taslaklarını taşıyan bir harita oluşturur. Kurama göre anne ve çocuk etkileşimi sürecinde zihin modelinin iki temel şeması, birbirini doğrulayıcı ve tamamlayıcı biçimde gelişir: "Değerli ben" ve "güvenilir o". Bu iki şema yakın ilişkilerde yaşanan bağlanma kaygısı ile mesafeyi koruma ve kaçınma davranışını şekillendirerek yaşam boyu kişiler arası ilişkileri etkiler (4, 5, 6, 9, 14, 19).

Bowlby bağlanma gelişimini dört evrede ele alır;

- i). Bağlanma öncesi dönem: Yenidoğan bebekler anne ile etkileşimi sağlamaya yardımcı olan meme arama, emme, yutma, tutma gibi davranışlarla ve yüzlere yönelme davranışıyla donanımlı olarak dünyaya gelirler. Ancak yenidoğan çevresindeki kişileri ayırt edemezler. 0-6 hafta arasındaki bu dönemde bebek

için önemli olan birincil ihtiyaçlarının giderilmesi olduğu için kendisine kimin baktığından fazlaca etkilenmezler.

- ii). Bağlanmanın oluşması: 8-12. haftalar arasında bebek, annenin uyarıları ile hareketlenmeye, anneyi yabancılardan ayırt etmeye ve dikkatini daha çok anneye yöneltmeye başlar. Annesine gülümsemesi, uzun süreli göz teması kurması, diğer insanlara göre ona daha fazla ses çıkarması bağlanmanın hazırlığını oluşturur (25). Anne ve bebeğin duygularının karşılıklı düzenlendiği (mutual regülasyon) bu evrede bebekten gelen sinyali anne gözden kaçırma bile bebek uyarmaya devam eder. Anneden gelen yanıtlarla onun ulaşılabilirliği ve ne tür tepkiler verebileceğini kestirir. Bu kestirimler giderek bilişsel şemaların gelişmesine temel olur.
- iii). Bağlanma: 6-24 ay arasında yakınlık arayışı ile kendini gösterir. 6. aydan itibaren amigdalanın gelişmesiyle birlikte yabancı kişilere karşı korku ve kaygı yaşamaya başlar. Tüm ilgisini gereksinimlerini karşılayan kişiye yöneltir. Ondan ayrıldığında gerginlik ve huzursuzlukla karakterize ayrılık kaygısı yaşamaya bağlanmanın oluştuğunun bir göstergesidir.
 - a. Çocuğun birincil ihtiyaçlarını karşılayan ve çocuğun yanında rahat hissettiği kişiye birincil bağlanma figürü denir. Bu kişi genellikle, annedir. Çocuk, birincil bağlanma figürünü sabitledikten sonra, diğer kişilerle de bağlanma gerçekleştirebilir. Bu kişiler; baba, bakıcı, anneanne, dede gibi diğer bakım verici kişileri içine alır.
- iv). Karşılıklı ilişki aşaması: 18-24 aylar ve sonrasında güvenli yer olgusunun oluşması ile çocuk anneden giderek daha uzun süreli ayrılıklara dayanabilir hale gelir. Güvenli yer olgusu ile keşif davranışı arasında karşılıklı bir ilişki vardır (20). Ayrışma ve duygusal otonomiye doğru ilerleyen bu süreç kendini düzenlemeye de temel oluşturmaktadır. Çocuk giderek gerektiğinde bekleyeceğini öğrenir ve davranışlarını ona göre ayarlar. Bağlanmanın biçimlendiği bu süreci anne-baba ilişkisi, babanın geleneksel rolü, bakım verme ve yetiştirme tutumları, anne ya da babadan ayrılık, hastalık ve travmatik yaşantılar belirgin şekilde etkilemektedir (1, 2, 3, 5).

1.2. Bağlanma Gelişimi

Kesin olarak kanıtlanmamış olmakla birlikte, anne ile bebek arasındaki ilk bağlanma ilişkisinin doğum öncesinde kurulduğu ileri sürülmektedir (21, 26, 27). Yirmi altıncı haftada fetüsün algılama, tepki gösterebilme ve işittiği bilgileri yakalama yeteneklerinin olduğu, annenin duygulanımlarına yanıt verebildiği bildirilmektedir. Doğum öncesi dönemde annenin bedeninde meydana gelen değişimler, olumlu ya da olumsuz duygular bebeğe aktarılmaktadır. Gebelikte annenin karnına dokunarak bebeğini tenisel olarak hissetmesi ve bebeğini kabulü bağlanma ilişkisi için oldukça önemlidir. Bu noktada, annenin fetüse ilişkin oluşturduğu tasarımın içeriği ön plana çıkmaktadır. Eğer kendi anne babası ile sıcak, sevgi dolu ve güvenli bir bağlılık ilişkisi varsa, bu durum evliliğine ve çocuğu ile olan ilişkisine de olumlu olarak yansımaktadır (28-30).

Yakınlık arama eğilimi ile dünyaya gelen bebeğin anne ile kurduğu tutarlı ve güvenli ilişki, sağlıklı gelişmesi için oldukça önemlidir. Doğumdan hemen sonra annelerinden ayrılarak özel bakıma alınan bebeklerde gelişmenin yavaşladığı ya da durduğu, bu bebeklerin yemek yemedikleri, sosyal geri çekilme yaşadıkları ve yüzlerinde sürekli üzüntülü bir ifade taşıdıkları belirtilmiştir (30-32). Birincil bağlanma nesnesinden herhangi bir sebeple ayrılma durumlarında, bebeğin kalp atım hızının yükseldiğini ve nörobiyolojik sistemlerinin işleyişinde farklılaşmalar olduğu belirlenmiştir (33).

1.3. Duygu Düzenlenmesinde Bağlanmanın Rolü

Bağlanma kuramına göre çocuk stres karşısında nasıl tepki vereceğini birincil bağlanma kişisi ile ilişkisinden içselleştirmekte ve başa çıkma mekanizmalarını geliştirmektedir (34). Bowlby (1988) içsel çalışan modellerin amacını duyguların düzenlenebilmesi olarak görmektedir. İçsel çalışan modeller stres karşısında duygu düzenlenmesini sağlamaktadır(6). Bebekten gelen sinyalleri annenin/bakıcının doğru yorumlaması ve duruma uygun ve hızlı tepkileri vermesi bu nedenle önem taşımaktadır. Duygu düzenlemede sorunları olanların anksiyete ve depresyona eğilimli oldukları ileri sürülmektedir (35).

Duygulanım düzenlenmesi ısı regülasyonu gibi olgunlaşan ve yıllar içerisinde değişim gösteren bir süreçtir (36). Liebenluft'un ağır duygudurum düzenleme sorunu

olarak tanımladığı bir durum DSM 5'te yer alacaktır (DSM5.org). Duygulanım düzenlenmesinde güvenli bağlanma önemli bir yer teşkil etmektedir. Yapılan çalışmalarda güvensiz bağlanma boyutlarına sahip bireylerde ileriki yaşamlarında duygulanım düzenlenmesinde sorunlar olduğu, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik hastalıklar geliştirdikleri gösterilmiştir (37).

1.4. Bağlanma Hiyerarşisi

Bağlanma davranış sistemi, bağlanma kişisine yakın olmayı amaçlar (4). Yaşamın erken dönemlerinde bebeğin bakım almaksızın yaşaması mümkün olmadığından birincil bağlanma figürü anne olmaktadır. Buna karşın, pek çok bebekte temel bağlanma anneyle olduğu kadar babayla da olmaktadır (34). İlerleyen zaman içinde sosyalizasyon süreçleriyle birlikte diğer aile üyelerine, akrabalara, arkadaşlara, sevgiliye, eşe ve çocuğuna bağlanma gelişmektedir. Her gelişim döneminde o dönemin ihtiyaçlarına göre bağlanma kişileri değişim göstermektedir.

Ergenlikte bağlanma açısından ailenin ağırlığı azalmakta ve arkadaşlar ağırlık kazanmaktadır. Genç ile ebeveynleri arasında var olan bağlar artık sınımlanacak güvenli bağlar olarak algılanmaktan çok sınırlayıcı bağlanmalar olarak görülmeye başlanmakta, kendi yolunu bulmak için bağımsızlığa ihtiyaç duymaktadır (38, 39). Ancak ait olma ve kimlik edinme gereksinimi nedeniyle ebeveynlerle aynı öneme sahip ya da daha önemli bireyler gençlerin hayatına girebilmektedir. Akranlara cinsel ilgi bu çerçevenin daha da genişlemesine sebep olmaktadır (38). Bu yeni ilişkiler, gencin kuracağı aile ve iş yaşamındaki bağlanmalarının taslaklarını belirlemede, kendi içinde tutarlı ve süreğen bağlanmalar geliştirdiğinde erişkinliğe adımını atmaktadır.

Erişkinlikte temel gereksinim yakın ilişkilere olduğu için romantik bağlanmalar ön plana geçmektedir (4, 28, 30). Çocukların dünyaya gelmesi ile bağlanma çocuklara kaymaktadır.

1.5. Bağlanma Biçimleri

Bowlby tarafından tanımlanan bağlanma kuramından yola çıkarak Ainsworth ve arkadaşları yabancı durum testini kullanarak bağlanmayı gruplara ayırmışlardır. Bu testte çocuk ve annesi bir odaya alınır, daha sonra annenin odadan ayrılması ve odaya dönmesi üzerinden çocuğun verdiği tepkilere göre güvenli ve güvensiz bağlanma

kalıpları tanımlanır. Araştırmacılar bu tepkiler üzerinden bağlanmayı güvenli(secure), kaygılı-ikircikli (anxious/ambivalent) ve kaçınan (avoidant) olarak 3 gruba ayırmışlardır. Annelerinin her zaman yanlarında olup, stres durumlarında yardımcı olacaklarından emin olan çocuklar güvenli bağlanma gösterirler (22). Anne ayrıldığında tepki göstermelerine karşın döndüğünde kolaylıkla yatışırlar. Güvenli bağlanma çocuğun kesintisiz, tutarlı tepki veren, duyarlı ve her zaman ulaşılabilir bir bakım verene sahip olmasıyla gerçekleşir. Kaygılı/ikircikli bağlanma örüntüsü olan çocuklar, çağırıldıklarında annenin yanıt vereceğinden ya da yardımcı olacağından emin olmayan çocuklardır (19, 23). Bu nedenle ayrılığa direnirler ve anne döndüğünde yatışmazlar. Araştırmacı davranışlarda bulunmaya ilişkin kaygıları vardır. Kaçınan bağlanma örüntüsü olan çocuklar ise annelerinin yardımcı olacağına ilişkin hiç güveni olmayan çocuklardır (24). Sürekli olarak çocuklarını geri çeviren ya da reddeden annelerin çocukları ayrılığa tepkisiz kalıp anne döndüğünde yakınlaşmazlar.

Bu bağlanma örüntülerine daha sonra Main ve Solomon dağınık bağlanma örüntüsünü (dezorganize) eklemiştir (25). Stres ile baş etmede organize bir davranış göstermeme, yabancı durum testinde stereotipik, asimetrik ve zamansız hareketlerin varlığı, donup kalma ya da hareketlerde yavaşlama dağınık bağlanma ölçütü sayılmaktadır. Bu çocukların annelerinin fiziksel taciz ya da ihmalde bulunan, psikiyatrik bozukluk oranları yüksek olan ya da kendi bağlanma nesnelere ile olan sorunlarını çözememiş anneler olduğu bildirilmektedir. Dağınık bağlanma örüntüsünün altında yatan temel duygu bakım verenden korku duymaktır (25, 26).

1.6. Kendi ve Başkaları Modeline Göre Bağlanma Biçimleri

Anne-bebek ilişkisi, çocuğun dünyayı öngörmesini ve kendisini onunla bir ilişki içine yerleştirmesini sağlayan ‘kendi-başkaları’ modelleri olarak şemalaşmaktadır (19, 33). Kişinin kendisini başkaları, özellikle de bağlanma kişisi tarafından sevgi ve yardıma değer birisi olarak görüp görmediği “kendilik modeli” ile ifade edilir. Bu model ilişkilerde yaşanan *kaygı* ile ilişkilendirilmektedir (2, 13, 19, 33). Reddedilme ve terk edilme korkusunu yansıtan bağlanma kaygısı kişinin kendisini bakım almayı hakeden, değerli biri olarak mı, yoksa değersiz, her an terkedilebilir biri olarak mı algıladığı ile ilişkilidir. Bağlanılan kişinin korunma ve destek beklentilerine karşılık veren güvenilir biri olarak görülüp görülmediğini ifade eden “başkaları modeli” (13, 19, 38) ise ilişkilerde kaçınma tepkisi ile ilişkilidir (41). Kaçınma boyutu başkalarına yakın

olmaktan ya da başkalarının yakın olmasından ve bağımlı olmaktan hissedilen rahatsızlığı tanımlamaktadır.

Erişkinlerdeki yakın ilişkiler için kendisinin ve başkaları içsel çalışma modelleri temel alınarak 4 ayrı bağlanma biçimi oluşturulmuştur (1, 3, 4, 20, 41). Bu dört model bireyin benlik imajı (pozitif ya da negatif) ve başkaları imajlarının (pozitif ya da negatif) birleşimleri kullanılarak tanımlanmıştır. Güvenli bağlanmada kişi kendini değerli hissetme ve sevilebilir olduğu duygusunu, diğer insanların kabul edici ve cevap vericiliğine dair beklentileriyle birleştirdiği (12) için düşük düzeylerde kaygı ve kaçınma gösterir (14, 15). Saplantılı bağlanmada kişi kendini değersiz hissetmeyle birlikte başkalarına yönelik olumlu değerlendirmelere sahiptir. Kendilerine güveni az, başkalarını destekleyici olarak algılayan, bu destekten olumlu şekilde faydalanamayan, kendini açma düzeyleri az olan bireylerdir (43). Kayıtsız bağlanma biçiminde, kendini değerli hissetme ve sevilebilir olduğu duygusuna diğer insanlara karşı olumsuz beklentiler eşlik eder. Bu kişiler hayal kırıklıklarından korunmak için yakın ilişkilerden kaçınırlar, böylece bağımsızlıklarını ve incinmezliklerini sürdürürler. Korkulu bağlanmada kendini değersiz hissetme ve sevilmeye layık görmeme duygusu, başkalarının olumsuz, güvenilmez ve reddedici olarak algılanmasıyla birleşir. Bu kişiler başkalarıyla yakın bağlar kurmaktan kaçınarak, başkalarından beklenen reddedilmeye karşı kendilerini korurlar (40-44).

1.7. Bağlanmada Kaygı ve Kaçınma Boyutları

“Kendi” ve “başkaları” modelleri üzerine şekillenen bağlanmaya kaygı ve kaçınma tepkileri, erken dönemlerde duyarsız ya da tutarsız ebeveyn davranışlarının sonucu çocukların ihtiyaç ve beklentilerinin yeterince karşılanmaması yüzünden gelişmektedir (1, 4, 5, 45-50). Özellikle çocuk stres altında iken, hastalandığında ya da diğer ihtiyaç işaretleri verdiği durumlarda, bakım sağlayan kişilerin tutarsız, yetersiz ve/veya dengesiz karşılık vermeleri, sinirli ve kaygılı olmaları, benmerkezci ya da orantısız müdahaleci davranmaları bağlanma kaygısına yol açmaktadır. Çocuk bu kaygıyla baş etmek için strese karşı aşırı duyarlılık oluşturan yüksek aktivasyon taktiklerine yönelmektedir. Bu taktik doğrultusunda yakın ilişki içinde oldukları kişilerin davranışlarına ve ulaşılabilirliğine aşırı dikkat harcamaya başlamakta, ilişkiler ve başkalarına “yapışma”, sürekli yakınlık ve onay arama gibi davranışlar

sergilemektedir. Bu durumun depresyona yatkınlık için ciddi bir risk faktörü olduğu ileri sürülmektedir (47-57).

Bağlanmada kaçınma davranışı ise bakımverenlerin bebeğin yakınlık, destek ve korunma ihtiyaçlarına soğuk, mesafeli ya da sinirli davranarak karşılık vermesi sonucunda oluşmaktadır. Bu tür ebeveynler çocuklarının duygularını bastırarak kontrol etmeye çalışırlar. Duygularını bastırmayı ve göstermemeyi öğrenen çocuk destek aramaktan vazgeçmekte ve duygularını ortaya çıkaracak durumlardan kaçınmaya başlamaktadır. Stresle baş etmek için kendisine yüksek düzeyde güven geliştirmekte, tehdit ya da stres durumunda duyguların aktivasyonunu engellemeye (deactivating) yönelik bir davranış taktikleri oluşturmaktadırlar. Bu taktiğin kullanımı zamanla bağlanma sistemini tetikleyecek davranışlardan kaçınma, başkalarının yakınlık ve destek ihtiyaçlarına duyarsızlık geliştirme gibi davranışlara dönüşmektedir. Kaçınma temelindeki “deaktivasyon” stratejisinin, aşırı bastırma ve engelleme nedeniyle somatizasyon, alkol bağımlılığı ve kompulsif davranış riskini arttırdığı belirtilmektedir (56-58).

1.8. Dörtlü Bağlanma Modeli

Bartholomew ve ark. tarafından geliştirilen Dörtlü Bağlanma Modeline göre güvenli bağlanan yetişkinler kendilerini değerli ve sevilebilir algılandıkça diğerlerini de ulaşılabilir ve duyarlı bulurlar. Güvenli bağlanan kişilerin benlik saygıları yüksektir, yakınlık kurmaktan rahatsızlık hissetmezler ve kendilik kontrollerine sahiptirler. Diğer üç bağlanma biçiminde ise kendilik ve diğerleriyle ilgili olarak olumsuz bir içsel çalışan model bulunmaktadır ve her üçü de güvensiz bağlanma adı altında yer almaktadırlar. Kaygı kendini değerli hissedip hissetmeme ile ilgilidir. Yüksek kaygılı bireyler kendilerini değersiz bulurlar. Kaçınma ise karşı tarafın güvenilirliği ile ilgilidir. Yüksek kaçınma gösterenler karşı tarafı güvenilir bulmayanlardır. Buna göre kaygı ve kaçınma düşük ise güvenli bağlanma, kaygı yüksek ve kaçınma düşük ise saplantılı bağlanma, kaçınma yüksek ve kaygı düşük ise kayıtsız ve hem kaygı hem kaçınma yüksek ise korkulu bağlanma oluşmaktadır (1-22, 44, 47).

1.9. Bağlanma ve Kendilik Gelişimi

Bebeğin bağlanma yaşantıları doğum öncesinden başlayarak yaşam boyu gen ifadesini, duygu düzenlemesini, zihinleştirme yetisini, kendini düzenlemeyi ve sosyal

etkileşimleri yakından etkilemektedir (58). Sağlıklı ve konforlu bir yaşam, sağlıklı ilişkiler için beklenen, arzulanan güvenli bağlanmadır. Kendiliğin duygusal, bilişsel ve sosyal gelişimi için güvenli bir bağlanma temeldir. Bağlanma birçok yönden kendilik gelişimini etkilemektedir. Fonagy tanımladığı yansıtıcı kendilik ile bağlanmanın kendilik oluşumundaki etkisini açıklamaktadır. Yansıtıcı kendilik ile insanların kendileri ve başkalarına ilişkin tasarımlarını tahmin ettiklerini, bunu da kuşaklar boyunca aktardıklarını belirtmektedir. Erinlik ve ergenlik döneminde kendisine yönelttiği “ben kimim” sorusuna vereceği yanıt da bağlanmayla ilişkili olarak geldiği ailenin ve bulunduğu ortamın dinamiklerine göre belirlenecektir (59).

Olumsuz erken dönem yaşantıları güvensiz bağlanmaya neden olarak kendilik organizasyonunu da olumsuz etkileyecektir.

1.10. Çocuklukta Bağlanma Sorunları

Doğumla birlikte intrauterin yaşam için biyolojik gereksinimlerin karşılandığı alışveriş de sona ermektedir (49,50). Annenin güvensiz bağlanma biçimi ile ilişkili olarak doğum sonrasında depresyona girmesi, anne ile bebek arasında kurulan ilişkiyi, annenin bebek bakımını ve ebeveyn rolünü öğrenmesini olumsuz etkileyebilmektedir (50-52). Annenin depresyonu, güvensiz bağlanma tarzının çocuğa aktarılmasıyla sonuçlanabilmektedir (53-55).

Bakım verenin uygunsuz ve tutarsız bağlanması ya da bakımverenin sık değişmesi çocukta tepkisel bağlanma bozukluğuna yol açabilmektedir (50-54). Beş yaşın altı çocuklar için geçerliliği olan bu tanının ketlenmemiş tipinde çocuğun sosyal etkileşiminde bir sorun olmamakla birlikte, seçilmiş bir bağlanma nesnesi bulunmamaktadır. Ketlenmiş tipte ise etkileşimi başlatmada ve sürdürmede ya da herhangi bir etkileşime yanıt vermede güçlük vardır(55).

Bebeklik ve erken çocukluk dönemi ruhsal ve gelişimsel bozukluklar tanı sınıflandırması (Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood- DC:0-3,60), DSM'deki eksen 2'ye karşılık gelecek şekilde ebeveyn çocuk ilişki bozuklukları şeklinde yeni bir tanımlama getirmekte, aşırı müdahaleci, aşırı ilgisiz, anksiyöz/gergin, öfkeli/hostil, karışık ilişki bozukluğu, istismar edici olarak ayırmaktadır.

1.11. Bağlanma Oluşumunu Etkileyen Faktörler

İçinde yaşanılan aile ortamı, aile bütünlüğü, anne-babanın özellikleri ve birbirleriyle ilişkileri, çocuk yetiştirme tutumları, maruz kalınan travmalar, çocuğun bireysel özellikleri bağlanma oluşumunu etkileyen faktörler olarak bildirilmektedir (61-64). Kişiliğin mizaç ve karakter bileşenleri de bağlanmayla etkileşen faktörlerdir. Bebeğin zor bir mizaca sahip olması bağlanma oluşumunda olumsuz etki gösterebilmektedir. Mizaç, yaşamın ilk yıllarından başlayarak varolan, görece aynı kalan ve kişinin davranış örüntülerini belirleyen bir oluşumdur. Mizacın olasılıkla bağlanmanın güvenli ya da güvensiz olacağını öngörebilme gücü bulunmaktadır. Mizacın negatif duygusallık (emosyonalite) boyutunun daha öngörücü özellik taşıdığı düşünölmektedir (56, 57, 65, 66). Mizacın bağlanmaya olan etkisi üzerine yapılan ilk çalışmalarda psikopatolojisi olanlar ile sağlıklılar karşılaştırılmış ve psikopatolojisi olanlarda duygusuz bakım verme davranışının ağırlıkta olduğu gösterilmiştir (65, 66, 67, 68). Ortalama yaşları 15 olan ergenlerde duygusuz kontrolü olan (affectionless control) ebeveyn davranışının özkıyım düşünceleri için risk etmeni olduğu, kendine zarar verici davranışı 3 kat, depresyonu 5 kat arttırdığı gösterilmiştir (69, 70). İleriye dönük bir çalışmada ise kaygılı bağlanma biçimine sahip küçük çocukların çocukluk çağı ve ergenlik dönemi boyunca anksiyete bozukluğu geliştirme açasından yüksek risk altında oldukları gösterilmiştir (71).

Kişiliğin kültürel farklılıklardan etkilenen karakter boyutu, hem bağlanma biçimini (67, 68) hem de psikopatoloji örüntüsü ve sıklığına belirleyen (69, 72) temel etkenlerden biridir. Bu nedenle batı (bireyci) ve doğu (toplulukçu) psikokültürel örüntülerini harmanlayarak, kendisine özgü bir “ilişkisel benlik” oluşturan (73) ölkemizde bağlanma ile psikopatoloji arasındaki ilişkilerin incelenmesi önem kazanmaktadır.

1.12. Çocuk Yetiştirme Tutumlarının Bağlanmaya Etkisi

Bowlby, yetersiz/patolojik ana babalığı özellikle ilgi (care) ve kontrol/koruma (control/protection) boyutlarıyla ilişkilendirmektedir. İlgisizlik terimi, yetersiz bakım verme, bebeğin gereksinimlerini karşılamama, çocuğu küçümseme, eleştirme ya da reddetmeyi içermektedir. Kontrol terimi ise aşırı koruma, bağımsızlığı desteklememe ya da aşırı kontrol etme olarak tanımlanmıştır. Bebeklikteki yetersiz bakımın daha sonraki

yaşam dönemlerinde sorunlu ilişkilerin yordayıcısı olduğu ileri sürülmektedir (74). Ebeveynin kaygılı/aşırı kontrolcü olması, çocuğun özerkliğinin ve yeterlilik duygusunun gelişmesini sınırlayarak, çevreyi kontrol edilemez olarak algılamasına yol açacaktır (75). Ebeveynlerini sınırlarına dalıcı olarak algılayan çocukların ayrılık kaygısı geliştirdikleri bildirilmektedir (73-75).

1.13. Aile Bütünlüğünün Bağlanmaya Etkisi

Anne babanın evlilik ilişkisi ve ailenin stabilitesi çocuğun gelişim süreçlerini etkileyerek, kişiler arası ilişkilerine yansımaktadır. Ailenin bütünlük içinde algılanması ve sorunlar karşısında aile bireylerinin birlikte olacağı duygusu çocukta kendine ve diğer insanlara olan güveni sağlayacaktır. Aile bütünlüğü çocuğun olayları bütüncül olarak kavraması açısından da önem taşımaktadır. Aile bütünlüğü içinde yetişen çocuk iyi ve kötü yanları bir arada kabul edebilirken, parçalanmış bir ailede iyiler bir tarafta kötüler bir tarafta algılanır. Çocuğun bağlanma stratejileri aile içerisindeki bu temel güvenli aile bağlarına bağlıdır. Sağlıklı bağlanma oluşması açısından aile içerisindeki güven temeline dayanan bağlar oldukça önemlidir. Aile içerisindeki güven temelli bağlar iyi ve kötüyü bir arada anlamaya, sorun çözme yeteneğini geliştirmeye ve umudun gelişmesine katkıda bulunur. Bunlar da ileriki yaşamda psikiyatrik hastalıklara karşı savunma olarak kullanılır (76, 77, 78.) .

1.14. Erken Travmaların Bağlanmaya Etkisi

Erken yaşlarda meydana gelen olumsuz yaşantıların güven ilişkisi temelli bağlanmaya olumsuz etki yaptığı bilinmektedir. Örneğin trafik kazası, cinsel istismar ve benzeri travmalar çocuğun güven algısında sarsılmalara ve olumsuz etkilere neden olmaktadır. Erken yaşantılar bellek organizasyonunda sorunlara yol açmaktadır.

1.15. Bağlanma ve psikopatolojinin gelişimi

Güvensiz bağlanma kişinin kendisine, başkalarına ve dünyaya bakış açısını olumsuz etkileyerek kendilik gelişimini olumsuz etkilemektedir. Çocuğun çevreyi araştırma davranışına girmesini engelleyerek bilişsel gelişimine de ket vurmaktadır. Ayrıca stresi artırarak psikopatolojiye yol açan nedensel bir değişken olarak rol oynamaktadır (65). Bu nedenle güvensiz bağlanma biçimi daha sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin önemli bir belirleyicisi olarak düşünülmektedir (3).

Bunun yanında Shaver ortak bir geçmişe ve gelişimsel güzergaha sahip olduklarından, güvensiz bağlanma ve psikopatolojinin nedensel bir ilişkiden çok büyük oranda biniştiklerini ileri sürmektedir.

Bu alanda yapılan çalışmalarda güvensiz bağlanma biçimleri olan kaygılı/ikircikli bağlanma anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklarla ilişkilendirilirken, kaçınan bağlanma davranış bozukluğu ve diğer dışa vuruk patolojilerle ilişkilendirilmektedir (79, 80). Dağınık bağlanmanın ise dissosiyatif bozukluklar ve psikozla birlikteliğinden sözedilmektedir (81, 82).

Son yıllarda bağlanma ve psikopatoloji arasındaki ilişkiler genellikle kaygı ve kaçınma boyutu ile yüksek aktivasyon ve aktivasyonu engelleme stratejileri dikkate alınarak incelenmektedir. Kaygı ve kaçınma birbirinden farklı etkiler göstererek, farklı psikopatolojilere yol açmaktadır. Kaygı ve buna dayanan aşırı aktivasyon stratejisinin içselleştirme sorunlarıyla, kaçınma ve buna dayanan bağlanma aktivasyonunu engellenme stratejisinin dışsallaştırma sorunlarıyla ilintili bulunmuştur (58, 64).

Kaygılı (saplantılı) bağlanmaya sahip olanların daha fazla bağımlı kişilik bozukluğu, kaçınmacı bağlanmaya sahip olanların şizoid ya da bununla ilişkili kişilik bozuklukları gösterdiği bulunmuştur (57). Brennan ve Shaver (1998) 13 kişilik bozukluğu ile dört bağlanma stili arasındaki ilişkiyi inceledikleri kapsamlı araştırmalarında kişilik bozukluğu gösterme oranının özellikle yüksek bağlanma kaygısına sahip olan korkulu ve saplantılı bağlanan kişilerde çok yüksek olduğunu göstermişlerdir (2). Başka bir çalışmada, kaygılı bağlanmanın B kümesi (antisosyal, sınırda, histrionik ve narsisistik) ve C kümesi (kaçınan, bağımlı ve obsesif-kompulsif) belirtileriyle, kaçınmacı bağlanmanın ise A kümesi (paranoid, şizoid ve şizotipal) belirtileriyle ilişkili olduğunu göstermişlerdir (66).

Yukarıda kısaca özetlenen çalışmalar ışığında çalışmamız, erken yaşantıların bağlanmada kaygı ve kaçınma üzerine etkili olduğu, bağlanmada kaygı ve kaçınmanın major depresyon tanısı alanları, panik bozukluk tanısı alanlardan ayırt edeceği hipotezini test etmek üzere kurgulanmıştır. Ayrıca, iki tanı grubunun da kontrol grubuna oranla daha yüksek düzeyde kaygı ve kaçınma göstereceği beklenmektedir.

2. PANİK BOZUKLUĞU

2.1. Tanım

Panik bozukluğu yineleyici, beklenmedik panik ataklarıyla birlikte, ataklar arasında beklenti kaygısı ile seyreden kronik bir anksiyete bozukluğudur. Panik ataklar, gün içerisinde hiç beklenmedik bir yerde ve zamanda aniden ortaya çıkar ve 10 dakika içinde doruk noktasına ulaşır. Ataklar yaklaşık olarak 15-20 dakika sürmekle birlikte bazen birkaç dakika, bazen de bir veya birkaç saat sürer. Panik ataklar sırasında ölüm ve delirme korkusu, kontrolünü kaybetme korkusunun yanında çarpıntı, göğüs ağrısı, bayılacakmış olma hissi, nefes darlığı gibi kardiyovasküler hastalıkları akla getiren işaretler vardır. Bu işaretler sonrası acil servise başvuran hastaya yapılan tıbbi incelemelere ve telkinlere rağmen korkularının giderilmesi ve hayati tehlikesinin bulunmadığının açıklanması oldukça zordur. İlk panik ataktan sonra hastaların birçoğunda yeniden atak geçirmeye karşı bir korku gelişir. Hastalar başlangıçta rahat iken, kısa süre sonra ataklar arasında gerginlik ve kaygı düzeyleri artar. Kaygılı beklenti, uyanıklık düzeyinde artış, motor gerginlik, panik atak gelişimine karşı bireyi koruyan eşiğin düşmesine ve yeni bir atak gelişme riskinin artmasına neden olur (83, 84, 85). Panik bozukluğunda olaylarla ilişkili olmayan ve zaman zaman ortaya çıkan anksiyete yaşantısı vardır. Anksiyeteye alakalı yoğun kaygı ve bunaltı, panik bozukluktaki kaçma davranışından sorumludur. Kaçma davranışının amacı atağı durdurmaktır. Ortam kaçmak için uygun olmadığında, hastalar sıkıntılı bir Şekilde yrr veya sürekli konuşurlar. Hastanın atağın ne zaman ortaya çıkacağını bilmemesi kaçınma davranışını kuvvetlendirir, bu da yeni bir atağı hazırlayan anksiyete belirtilerine neden olur. Bazı hastalarda beraber yaşadıkları kişilerden ayrı düşme ya da eski sağlıklarını kaybetme endişesi vardır. Hastalar tanı konulamayan bir hastalıkları

olduğu düşüncesine sahiptirler. Bu düşünce hem kronik bir anksiyete oluşmasına, hem de tıbbi veya tıp dışı arayışlar içine girmelerine neden olmaktadır (83, 84, 86).

2.2. Tarihçe

PB gerçek tanımlanması DSM-III ile ortaya çıkmıştır. 1980 yılında Amerika Psikiyatri Birliği'nin hazırladığı DSM-III'de panik bozukluk, anksiyete bozuklukları içinde ayrı bir tanı olarak ele alınmıştır. Ayrıca bu sınıflamada agorafobiye de anksiyete bozuklukları içinde tek başına veya panik bozukluk ile birlikte yer verilmiştir. DSM III-R'de panik bozukluğa, agorafobiden çok daha fazla yer verilmiş ve agorafobi olmaksızın panik bozukluk sınıflaması da eklenmiştir (87). DSM-IV'de ise agorafobili ve agorafobisiz panik bozukluk tanıları yer almaktadır (88). Dünya Sağlık Örgütü Ruh Sağlığı sınıflaması olan International Classification of Mental Disorders (ICD-9)'da panik bozukluk tanı kategorisi bulunmazken, ICD-10'da bir ay içerisinde bir kaç kez ağır otonomik bunaltı nöbeti geçiren hastalar için "panik bozukluk veya paroksizmal bunaltı nöbetleri" tanısı kullanılmıştır (89).

2.3 Epidemiyoloji

PB popülasyonda oldukça sık izlenen psikiyatrik bir bozukluktur. Toplumda her on kişiden biri yaşamının bir döneminde, en az bir panik atağı yaşamaktadır. Ancak yineleyici panik atakların sıklığı %7 civarındadır. PB genel nüfusta yaygınlık oranı %1-2 olarak bildirilmiştir (87). Eskiden panik bozukluğu yaygın anksiyete bozukluğunun akut bir formu olarak değerlendirilmiştir. Daha sonraları sodyum laktat ile panik atakların oluşturulması, ailesel kalıtımının gösterilmesi, trisiklik antidepressanlarla yanıt alınması bu hastalığın sınıflandırılmasında yeni bir ufuk açmıştır. Panik bozukluğu kapsamının agorafobiyi de içine alacak şekilde genişletilmesi ve önceden fobik bir bozukluk olarak değerlendirilen birçok durumun yeni ölçütlere göre panik bozukluğu tanısı alması epidemiyolojik çalışmaların sonuçlarını da etkilemiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) Epidemiyolojik Saha (Epidemiological Catchment Area; ECA) ve Ulusal Eş Tanı (NCS) çalışmaları ile epidemiyolojik veriler elde edilmiştir. ABD'de beş ayrı merkezde yürütülen ECA çalışmasında PB için bir aylık prevalans %0,5 iken yaşam boyu prevalans %1,6 olarak bulunmuştur (82, 83). DSM III-R ölçütleri temel alındığında PB'nin genel toplumdaki yaygınlığı %3-4 arasında, yaşam boyu prevalansı %3,8 bulunmuştur (82-84). DSM IV-TR temel alındığında ise yaşam boyu prevalansı %1-4 oranında, 6 aylık yaygınlığı %0,5-1 oranındadır. Epidemiyolojik çalışmalara göre

bütün agorafobi vakalarının en az yarısı PB yokluğunda oluşmaktadır ki bu oran DSM IV-TR'deki agorafobi ve PB arasındaki sıkı bağlantı ile uyuşmamaktadır. Ülkemizde 1992 yılında İstanbul'da yapılan bir çalışmada PB yaygınlığı %1,2 iken, 1995 yılında Sivas'ta yapılan bir çalışmada ise %4,3 oranında bulunmuştur (82-88). Başka bir çalışmada panik bozukluğunun (agorafobi ile birlikte veya agorafobi olmaksızın) yaşam boyu prevalansı %1,5-3,5 arasında, bir yıllık prevalans hızı %1-2 arasındadır. Panik ataklarının yaşam boyu prevalansı ise % 4 civarındadır (87, 88, 89).

Panik bozukluğu tipik olarak geç ergenlik ve genç erişkinlik döneminde başlamaktadır, buna rağmen çocukluk ve geç erişkinlik dönemi başlangıçlı olan vakalar da vardır (87, 91). Kadınlarda bozukluğun erkeklerden 3-3.5 kat fazla görüldüğü bildirilmektedir. Aile çalışmalarında da erkeklere kıyasla kadınlarda PB riskinin arttığı izlenir (92, 94-96). Aile çalışmaları, panik atakların ve panik bozukluğun eğitim, etnik ve sosyal durumla bağlantılı olmadığını ancak boşanma veya ayrılığın panik atakları ve PB riskini artırdığını göstermektedir (87, 88, 91).

2.4. Etiyoloji

2.4.1. İkiz ve Aile Çalışmaları

Anksiyete bozukluklarının ailesel geçişinde genetik faktörlerin önemli bir rol oynadığını gösterilmiştir. Yine de net sonuçlar bulunmamaktadır. PB'da ailesel risk %3,4 ile %17 arasındadır. PB'un 20 yaşında veya daha erken başladığı hastaların akrabalarında PB gelişme riski daha fazladır. Hastaların ailesindeki kadınlar arasında erkeklerden daha sık görülmektedir. Tek yumurta ikizlerinde PB veya agorafobi, çift yumurta ikizlerine göre daha sık izlenmektedir. Bu veriler PB'nin gelişiminde genetik etmenlerin katkısını desteklemektedir (97, 98).

2.4.2. Biyolojik Yaklaşımlar

Anksiyete duyarlılığının genetik olarak aktarıldığı varsayılmaktadır. McNally anksiyete duyarlılığının genetik yönüne vurgu yapmıştır (99). Yapılan bir çalışmada PB'li kişilerin akrabalarında panik atağı olmayanların dahi karbondioksite duyarlı olduklarını göstermiştir (100). Başka bir çalışmada ailesinde panik atakları öyküsü olanlar ile olmayanlar karşılaştırılmış. Ailede panik atak öyküsü bulunanların anksiyete karşı daha duyarlı olduklarını göstermektedirler. Bu bulgular PB genetik temelinden

ziyade anksiyete duyarlılığının genetik bir temeli olduğunu düşündürmektedir (100, 101).

Tehdit algısı organizmanın bütünlüğüne zarar gelebilecek herhangi bir durumda oluşan algıdır (102-104). Tehdit algısı durumunda vücutta çok yönlü değişimler izlenir. Tehdit algısına karşı aşırı uyarılmanın ileriki dönemdeki panik atakları tetikleyen sempatik sistem aktivasyonuna neden olduğunu belirtilmektedir (105). Vücutta genel bir alarm durumu oluşur. Organizmada sempatik aktivasyon sonrası kan basıncı artar, kalp hızlanır, kaslara giden kan artar, solunum hacmi artar, solunum hızlanır, beyinde ve vücutta adrenerjik hormonlar artar. Tüm bunlar daha uyanık ve aktif bir organizma için savaş yada kaç taktiğini uygulamasına zemin hazırlar. Bu aktivasyon devreye giren parasempatik sistem ile dengelenir. PB olgularına kabul gören hipotez yetersiz parasempatik sistem olduğudur. Tehdit algısı ile uyarılan beyinde sempatik aktivasyon olmakta ancak parasempatik aktivasyonda sorun olduğu düşünülmektedir (99, 100, 103). PB'da adrenerjik beta reseptörlerde izlenen düşüş NA seviyesinde artış olduğunu ve sempatik sistemin aktive olduğunu düşündürmektedir. PB'da presinaptik NA reseptörlerinde sorun olduğu kabul edilmektedir. Bilindiği gibi presinaptik NA reseptörleri otoreseptör tabiatında olan alfa 2 reseptörleridir. Stres ile alfa 2 reseptörleri arasındaki ilişki alfa 2 antagonisti verildiğinde panik atağı semptomları çıkmasıyla kanıtlanmaktadır (99, 100, 106). PB'nda benzodiazepin antagonistleri ile panik atağı ortaya çıkabilmektedir.

2.4.2.1. Hipotalamo-Pituiter-Adrenal Sistem

Kortikotropin salınım faktörü (CRF) anksiyetenin oluşumunda rol oynamaktadır. Stres altındayken CRF'nin düzeyi artmakta ve hipotalamo-pituiter-adrenal (HPA) sistemini aktive ederek kortizol ve dehidroepiandrosteronu artırmaktadır. PB olanlarda bu aksta sorunlar olduğu, hipofiz bezi hacminde azalma olduğu gösterilmiştir (107).

2.4.2.2. Panik gelişiminde etkili olan nöroanatomik bölgelerle ilgili beyin görüntüleme çalışmaları

Stres ile amigdala, locus cereleus (LC) ve hipotalamusta noradrenalin (NA) düzeylerinin arttığı bilinir. PB'li kişilerde sağ orbitofrontal korteks ve sağ insulada benzodiazepin reseptör bağlanma bölgelerinde azalma olmaktadır. PB'nda amigdala ile prefrontal korteks (PFK) bağlantılarında sorunlar olduğu düşünülmektedir (98, 106).

PB'lu kişilerde hipokampus ve parahipokampus kan akımı ve glukoz metabolizmasında asimetri bulunmuştur. Sağ hipokampal bölgede azalmış metabolizma izlenmiştir. Ayrıca temporal loblarda küçülme ve lateral ventriküllerin temporal hornlarında genişlemede gösterilmiştir (106). Bu çalışmalardan farklı olarak yapılan başka çalışmalarda ise; Laktat infüzyonu sonucu panik atak gelişenlerde Pozitron Emisyon Tomografi (PET) kullanarak hipokampal ve parahipokampal bölgede aktivite artışları ve parahipokampal giruslarda kan akımında azalma izlenmiştir (108, 109). PB olanlarda sağ prefrontal korteks, medial orbital frontal korteks ve anterior singulat girus glukoz metabolizmasında artış izlenmiştir (110). Manyetik Rezonans Imaging (MRI) çalışmalarında, sol temporal lob hacminin anlamlı derecede küçük olduğu ve amigdala hacminde azalma olduğu iddia edilmiştir. Ayrıca PB hastalarında putamen gri cevherde volüm azalması saptanmıştır (108-110).

2.4.3. Psikopatolojik Yaklaşımlar

2.4.3.1. Psikoanalitik Yaklaşım

Psikoanalitik kurama göre ego bir bütün olarak algı, savunma, biliş, anksiyete ve duygudurumun düzenlenmesinde temel bir rol üstlenir. Sinyal-anksiyete intrapsişik mekanizma içerisinde yer alır ve egonun uyarılması için az miktarda anksiyete oluşturur, psikolojik açıdan anlam taşıyan tehlikelere karşı savunmayı harekete geçirir. Bu durum travmatik anksiyetenin oluşmasına engel olur. Freud, travmatik anksiyetede egonun iç veya dış kaynaklardan baş edemediği miktarda yüksek anksiyetenin ortaya çıktığını ifade etmiştir. Bu travmatik anksiyete günümüzde panik epizodu ile karşılık bulmaktadır.

Freud nevrotik anksiyeteyi başlıca üç farklı grupta incelemektedir:

- i). Genel bir endişe veya beklenti anksiyetesi.
- ii). Fobik bozukluklarda görüldüğü gibi, bazı obje ve durumlara bağlı anksiyete.
- iii). Herhangi bir içsel veya dışsal tehdit edici faktörle bağlantısı olmayan anksiyete.

PB'nda izlenen anksiyete üçüncü gruba girmektedir. Atak sırasında hastanın yaşadığı nefes darlığı ve çarpıntı gibi fizyolojik belirtiler hastanın aklına ölüm korkusunu getirir. Buna ek olarak çoğu hasta, kendi düşünce ve duyguları üzerindeki kontrolünü yitirerek çıldıracağı ya da aklını kaçıracağı şeklindeki düşüncelerdir. Kohut, Freud'un anksiyete türlerine iki yeni tür daha ilave etmiştir. Parçalanma ve yok olma

anksiyetelerinin ilkinde bireyin kendiliğinde bir parçalanma ya da dağılma, diğerinde ise kendiliğin yitimi veya daha kesin olarak varlık duygusunun kaybı sözkonusudur. Anksiyetenin bu formları ile panik atak sırasında hastanın yaşadığı delirme ve ölüm korkuları arasında yakın bir benzerlik vardır.

Agorafobik hastalarda görülen panik atakların temelinde ayrılık anksiyetesinin olduğu ileri sürülmektedir. Agorafobik erişkinlerin öyküleri dikkatle incelendiğinde, çocukluklarında ayrılık anksiyetesi bozukluğu geçirdikleri gözlenmektedir. (86, 98, 111). PB olan hastalar anne babalarını öfkeli, tehdit edici, eleştirel veya kontrol edici, kendilerini de korkulu ve utangaç olarak tanımlamaktadırlar. Anne babanın çocuk üzerindeki korkutucu, eleştirel ve aşırı kontrol edici davranışları, yabancı durumlara karşı gelişen korkuyu daha da arttırmaktadır. Bu korku nesne ilişkilerinde (PB’li hastalarda zayıf bir kendilik temsili ile güçlü nesne temsilleri söz konusudur) bozulma ve bağımlılık-bağımsızlık arasındaki çatışmanın sürüp gitmesi ile sonuçlanmaktadır (111).

2.4.3.2. Stress - Diyatez Modeli

PB olan hastalarda, ilk panik ataktan önce olumsuz yaşam olaylarının sıklığının yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Retrospektif çalışmalarda, panik bozukluğu olan hastaların %80’inde tanıdan önceki bir yıl içinde önemli yaşam stresörleri rapor edilmiştir ve hastaların büyük kısmı bu olayların PB’un başlaması ile ilişkisi olduğuna inanmaktadır. PB oluşumu “stress – diyatez” modeli ile açıklanacak olursa, bu bireylerin olumsuz yaşam olaylarının oluşturduğu strese karşı duyarlı oldukları belirtilmektedir. Bu duyarlılık biyolojik faktörlere, sosyal desteklerin azlığına ve bilişsel süreçlerdeki değişikliklere bağlı olabilir (86, 96).

2.4.3.3. Bilişsel – Davranışçı Yaklaşım

Bilişsel davranışçı kuramcılara göre PB modelinin temel elemanları şunlardır;

I- Klasik koşullanma: Agorafobik hastalar korktukları ortamlarla sistematik bir şekilde yüzleştirildiklerinde kaçınma davranışı ile panik atakların sıklığı ve şiddeti azalmaktadır. İlk evrede nötral uyaran ile birlikte rahatsız edici bir olay sonucu ortaya çıkan korkunun edinilmesi önemlidir. İkinci evrede ise zararsız bir durumun oluşturduğu korku tepkisi (koşullu tepki) kaçma ya da kaçınma davranışı ile öğrenilmiş

olmaktadır. Ancak hastaların büyük bir bölümünde fobik kaçınmaya yol açan herhangi bir çevresel etmen ayırt edilememektedir.

II- Korkudan korkma ve interoseptif koşullanma: Panik bozukluğu olan hastalar özgül dış uyaranlardan çok, içsel süreçlerden (panik atakları) korkmaktadır. Panik ataklar Pavloviyan interoseptif koşullanmanın sonucudur. Hafif bir baş dönmesi şeklindeki oldukça zararsız bir bedensel yakınma, öğrenilmiş çağrışımlar aracılığıyla kısa bir süre sonra ortaya çıkacak bir panik atağının ön belirtisi olarak değerlendirilir. Sonuçta bu koşullu uyarıyı oluşturan içsel olaylar bir süre sonra panik atak şeklindeki koşullu tepkinin ortaya çıkmasına yol açacaktır.

III- Katastrofik yanlış yorumlama: PB'li hastalar atak sırasındaki belirtilerini yanlış bir biçimde yorumlama eğilimindedirler. Örneğin; göğüs ağrısı hasta tarafından kalp krizi geçirmekte olduğu biçiminde değerlendirilmektedir. Benzer şekilde depersonalizasyon veya derealizasyon duyularını, davranışları üzerindeki denetimini kaybetmekte ya da delirmekte olduğu biçimde algılayabilirler.

IV- Anksiyeteye duyarlılık: PB'li hastaların anksiyete duyarlılıkları artmış olduğu için stres oluşturan durumlar karşısında zararsız bedensel duyular gelişebilir ve bunlar yanlış bir şekilde yorumlanabilir. Ayrıca bu hastalar tekrar bir panik atak geçirebilecekleri yolunda otomatik düşünceler geliştirirler. Bu ve benzeri otomatik düşünceler kendi savunmalarını küçümsemelerine, güven duygularının yıkılmasına ve hastanın tam anlamıyla anksiyete durumuna girmesine yol açar. Buradan yola çıkarak panik bozukluk otomatik düşünce ve imgelerin gelişmesi ile açıklanmaktadır. Bu düşünce ve imgeler bireyin fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik halini tehdit eden temalar ile belirlidir (98).

2.5. Bağlanma ve Panik Bozukluğu

Bağlanma sorunları olan kişiler erişkinlikte psikiyatrik bozukluk geliştirebildiği daha önce yapılan bazı çalışmalarda gösterilmiştir. Bowlby, erken yaşlarda sıcak, destekleyici ve ulaşılabilir ebeveynlerle karşılaşmayanların bağlanma sorunları yaşadığını belirtmiştir. Kişinin yaşamında önemli fiziksel veya duygusal önemi bulunan bir figürün kaybı da bağlanma sorunlarına yol açabilir. Kayıp nesnesine ilişkin bu durum çocukluk çağında yaşanan kayıp deneyimleri ile yakından bağlantılıdır. Bu açıdan bağlanma biçiminin etkileri çerçevesinde PB gelişimi değerlendirilebilir (64, 66,

70). Panik bozukluğunun erken ebeveyn ayrılığı ile ilişkisi ortaya konmuş ve ebeveyn ayrılığı ya da ölümünün panik bozukluğu gelişiminde önemine işaret edilmiştir. Psikoanalitik kuram anksiyetenin bir uyarıcı rolü üstlendiğini ancak bireyin bu uyarımla baş edebilecek savunma geliştiremeyerek bu anksiyetenin düzeyini daha da arttırdığını öne sürmektedir (112).

Bebek ve çocuk için anneden ayrılma veya ayrı kalma tehditi anksiyete kaynağıdır. Ayrılma anksiyetesi yaşayan bebek ve çocuklar erişkinlikte PB gelişimi açısından risk altındadır. Bireyden beklentiler ve rol değişimi gibi etkilerle hastanın yüklendiği sorumluluklarda bir artış olması ya da hastanın ruhsal yapılanmasında önem taşıyan bir figürün kaybı da panik bozukluğunu tetikleyebilmektedir (111).

İleriye dönük bir çalışmada, kaygılı bağlanma biçimine sahip küçük çocukların çocukluk çağı ve ergenlik dönemi boyunca anksiyete bozukluğu geliştirme açısından yüksek risk altında oldukları gösterilmiştir (67). PB gelişiminde bağlanma boyutlarının önemli olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. PB olan bireylerin anneleri sevecen, girişken, kontrolcü olarak, babaları ise soğuk, katı ve pasif olarak nitelendirilmektedir. Annelerine olan bağlılık dolayısıyla bu çocuklar annelerinden ayrılmayı tolere edemezler. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğunun temel özelliği evden ya da evde bağlandığı kişiden ayrılmaya bağlı aşırı anksiyetenin yaşanmasıdır. Bu bozukluğu olan bireyler her evden ya da bağlandıkları kişilerden ayrıldığında yineleyici bir biçimde aşırı sıkıntı ve kaygı yaşarlar. Bağlandıkları bakımverenlerinden özellikle annelerinden ayrıldıklarında bu kişilerin nerede olduklarını bilmek ve onlarla ilişki içinde olmak isterler. Ayrılık anksiyetesinin agorafobik hastalarda görülen panik atakların temelinde olduğu ileri sürülmektedir (86, 96, 98, 111, 112).

PB, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve kronik ağrı bozukluğunun güvensiz bağlanma biçimiyle ilişkileri çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (64, 66, 67, 70). Bir başka açıklama ile de daha ileri yaş grubunda görülen ayrılık kaygısı, anksiyöz/ikircikli bağlanmanın klinik anlamlılık eşliğini aşmış bir formu gibidir. Bu bağlanma biçimini geliştirmiş olan, ayrılınca kaygılı ve huzursuz, birleştğinde de kolay yatışmayan ve anneye yapışıp kalan bu çocuklar, okul zamanı zorunlu ayrılık durumunda ayrılık anksiyetesi geliştirmeye yatkındırlar (54).

Yapılan çalışmalarda PB ile bağlanma tipleri eşleştirelememiştir. Kaygılı ve kaçınan bağlanma gösterenlerde PB gelişimi rapor edilmiştir. Kaygılı ve kaçınan bağlanma sonucu PB geliyiyor yoksa PB sonrası mı kaygılı ve kaçınan bağlanma oluyor sorusunun yanıtı çok açık değildir. Ağır basan görüş, yüksek kaygılı ve kaçınma bağlanma gösterenlerin yaşadıkları olayları yanlış yorumlayarak PB geliştirdikleridir. Başka bir görüşe göre de yaşanan olayları yanlış yorumlamak ve güvensiz bağlanma beraber şekillenmekte ve psikopatolojiyi oluşturmaktadır.

2.5.1. Tanı

2.5.1.1. DSM-IV-TR Panik Bozukluğu İçin Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdakilerden hem (1) hem de (2) vardır:

(1) Yineleyen beklenmedik panik atakları

(2) Ataklardan en az birini 1 ay süreyle (yada daha uzun süre) aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) izler:

(a) Başka ataklarında olacağına ilişkin sürekli kaygı

(b) Atakların yol açabilecekleri yada sonuçlarıyla ilgili olarak üzüntü duyma

(c) Ataklarla ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme

B. Agorafobinin olması ya da olmaması

C. Panik atakları bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D. Panik atakları, Sosyal Fobi (örneğin korkulan toplumsal durumlarla karşılaşma üzerine ortaya çıkan), Özgül Fobi (örneğin özgül fobik bir durumla karşılaşma), Obsesif Kompulsif Bozukluk (örneğin bulaşma üzerine obsesyonu olan birinin kir ve pislikle karşılaşması), Posttravmatik Stres Bozukluğu (örneğin ağır bir stres etkenine eşlik eden uyaranlara tepki olarak) ya da Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (örneğin evden ya da uzak akrabalarından uzak kalmaya tepki olarak) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Not: Tanı agorafobi yoksa “Agorafobisiz panik bozukluğu”, varsa “Agorafobili panik bozukluğu” adını alır (3).

3. MAJOR DEPRESYON

3.1. Tanım

Depresyon temel olarak bilişsel, psikomotor ve psikofizyolojik alanlardaki bozukluklarla, kişiler arası güçlüklerin eşlik ettiği bir grup bozukluktur. Klinik anlamda depresyon, derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde bozukluk gibi belirtileri içeren bir sendrom olarak anlaşılmalıdır (113).

3.2. Tarihçe

Depresyon çok eski çağlardan beri bilinen bir hastalıktır. Hipokrat melankoli terimini kullanmış, ayrıca depresyonun temelini fizyolojik olduğunu açıklamıştır. Soranus ve Galen mani ve melankolinin değişik tanımlarını yapmışlardır (114, 115). Depresyon sözcüğünü teknik anlamda ilk kullananlardan biri olan Delasiauve depresyonu, “hastalık etkisi altında acı çekmekte olan kişilerin ruhlarının düşkünlüğü” diye tanımlamıştı (115). 1911’de Karl Abraham’ın dinamik yaklaşımını takiben, 1917 yılında Freud’un depresif durumun oluşmasına neden olan zihinsel mekanizmaları açıklaması psikiyatri alanında bir devrim olarak kabul edilmiştir (116, 117).

Son yıllarda depresyon sınıflandırmasında kullanılan yeni terimler, bu alandaki belirsizliğin giderilmesi açısından önemlidir. Son olarak Avrupa’da Dünya Sağlık Örgütü öncülüğünde ICD-10 ve Amerikan Psikiyatri Birliği’nin DSM-IV sınıflandırması ile bir dil birliğine ve standartlaşmaya gidildiği izlenmektedir (81, 115).

3.3. Epidemiyoloji

Depresyon ileri düzeyde işgücü ve yeti yitimine yol açan hastalıktır. Yaşam boyu bir depresif nöbet geçirme olasılığı genel olarak %18-20 oranları arasında kabul edilir (kadınlarda %20-26, erkeklerde %8-12). Depresyonun görülme sıklığı (insidansı) oranları %0,2-4,5 arasında bulunmuştur. Depresyona en sık 18-44 yaş grubunda rastlanmaktadır. Major depresyon kadınlarda erkeklerden 2-3 kat fazla görülmektedir (113, 114). Yapılan çalışmalarda ilk nöbetin başlama yaşının 20’li yaşların başlarına kaydığı görülmüştür (113, 114). Son zamanlarda ise özellikle sosyokültürel yapının değişimine bağlı olarak yaşlılardaki depresyonun arttığı izlenmektedir. Yaşlı bireylerde özellikle 60 yaş üstü bireylerdeki depresyonun erken tanınması ve tedavinin başlanması onların günlük aktivitelerindeki konforunu, özerkliğini artırmaktadır (117).

Tüm dünyada özellikle gelişmiş ülkelerde depresyon sıklığının kadınlarda erkeklerden fazla bulunması (119), kadınların tedaviye başvurmaya yatkın oluşları, X kromozomuna bağlı bir genetik geçişin olabileceği, hormonların depresyona etkisi, “kadınlardaki düşük benlik saygısı”, “öğrenilmiş çaresizlik” ve “geleneksel kadın rolü” gibi etkenler ile açıklanmaya çalışılmaktadır (113, 114, 120). Depresif belirtilerin alt sosyoekonomik düzeydeki kişilerde daha yaygın olarak bulunduğu gösterilmişse de, major depresif bozukluğun sosyal sınıflarla belirgin bir ilişkisi saptanamamıştır (113, 114). Tüm toplumlarda duygudurum bozukluklarının yaygınlığı ırklara göre farklılık göstermemektedir (113, 114). Genel olarak major depresif bozukluk sıklıkla kişiler arası ilişkileri olmayan, boşanmış ya da ayrı yaşayan insanlarda görülmektedir (113, 114). Major depresif bozuklukta, obsesif özellikler taşıyan, güvensiz, bağımlı, özellikle öfke gibi duyguları ifade etmekte güçlük çeken, stressörler karşısında bunaltı geliştirmeye yatkın, eleştirilere karşı duyarlı kişilik özelliklerinden söz edilmektedir (113, 114). Unipolar ve bipolar depresyonu olan hastaların ailelerinde ise depresyon eğiliminin daha fazla olduğu belirtilmektedir (113, 114, 121).

3.4. Etyoloji

3.4.1. Genetik Faktörler

Yapılan çalışmalar duygudurum bozukluklarının gelişiminde genetik faktörlerin önemli rolü olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle monozigot ikizlerde depresyonun daha sık rastlanması; aile prevalansının toplumdan yüksek olması bu bulguyu

destekler niteliktedir. Unipolar depresyonluların birinci dereceden akrabalarında hastalanma riski genel populasyona göre iki üç kat yüksektir. İkizlerde yapılan çalışmalara bakıldığında, tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranı %40-50 arasında bulunmuştur (113, 114, 121).

Evlalık çalışmalarında; depresyonu olan evlatlıkların biyolojik anne-babalarında depresyona olma ihtimali olmayanlara göre belirgin fazla bulunmuştur. Bu bulgu genetik yüklülüğü öngörmesi bakımından önemlidir. Yapılan araştırmalar sonucunda, unipolar depresyonda genetik yüklülüğün çok önemli olduğu dikkat çekmektedir. Ayrıca bipolar affektif bozukluğu olanların akrabalarında da en sık görülen hastalık bipolar bozukluk değil unipolar depresyondur (113, 114, 121, 122).

3.4.2. Beyin Görüntüleme Çalışmaları:

Geç yaşlarda başlayan depresyonlarda yapılan BT ve MRG çalışmalarında özellikle kaudat çekirdek ve putamen hacimlerinde azalma, kortikal atrofi, ventriküllerde genişleme ve subkortikal alanlarda yaygın vasküler değişimler rapor edilmiştir. Depresyonda PET ve SPECT çalışmalarında, frontal ve subkortikal yapılarda düşük serotonin aktivitesini düşündüren bulgular izlenmiştir. Bunlara ek olarak depresyonlu hastalarda yapılan SPECT analizi ile sol hemisferde hipoperfüzyon tespit edilmiştir (113, 114, 123).

3.4.3. Biyojenik Aminler

Duygudurum bozukluklarının etyolojisinde biyojenik aminlerin üzerinde durulmaktadır. Duygudurum bozukluklarının etyolojisinde tek bir nörotransmitterin etkisinden çok çoğul nörotransmitterlerin ortak etkileri ve beynin farklı bölgelerinde farklı ve değişen etkilerinden söz edilmektedir (113, 114, 122, 123).

3.4.3.1. Noradrenalin

Noradrenalin (NA) depresyonda etkisi olduğu düşünülen önemli bir nörotransmitterdir. Bu etkinliğinin en önemli delili olarak trisiklik antidepressanların NA ve serotonin (ST) artırıcı etkilerinin olması ve depresyonu belirgin şekilde iyileştirmesidir. Adrenerjik reseptörlerin duyarlılığında azalma olması ile antidepressanlara alınan klinik cevap arasındaki ilişki NA depresyon etyolojisindeki önemine vurgu yapmaktadır. Presinaptik alfa-2 adrenerjik reseptörler sinaptik aralığa

salınan NA seviyesini azaltarak depresyona yol açarlar (113, 114, 116, 124). Bazı çalışmalarda NA transporter gen polimorfizmi çalışılmış, ancak ilgili bulunmamıştır (125).

3.4.3.2. Serotonin

ST depresyon etyolojisinde bilinen en önemli nörotransmitter olarak karşımıza çıkmaktadır. İntihar girişiminde bulunan hastalarda düşük BOS serotonin konsantrasyonları ST'in etyolojideki yerinin önemini birkez daha vurgulamaktadır (113, 114). Serotonin taşıyıcı geninin (5-HT T) kısa yada uzun alel kopyasına sahip olanlar arasında depresyon görülme riski değişmektedir. Serotonin üretiminin hız sınırlayıcı enzimi olan triptofan hidrosilaz gen polimorfizmi ile depresif hastaların belirtileri arasında ve yine aynı genin polimorfizmi ile depresif hastalardaki intihar davranışı arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (126).

3.4.3.3. Dopamin

Mezolimbik yolağın ve dopamin tip I (D1) reseptörlerinin depresyonda hipoaktif olduğu bulunmuştur. Rezerpin dopaminde azalmaya yol açar ve depresyona neden olur. Parkinson hastalığı gibi dopamin miktarının düştüğü durumlarda depresyon sıklığı artmaktadır (113, 114). Dopamin reseptörlerinin polimorfizmi açısından yapılan çalışmada D4 reseptör geni ile major depresyon arasında ilişki olduğu bulunmuştur (127).

3.4.4. Psikososyal Nedenler

3.4.4.1. Yaşam Olayları ve Çevre

Bazı çalışmalarda yaşanan olayların depresyonda birincil rolü olduğuna inanılır. Ancak bazıları da bu yaşanan olayların sadece depresyonun başlangıcında etkili olduğunu belirtirler (113, 114). Çevresel olaylarla daha iyi baş edenler yakındaki kişilerden daha iyi destek almaktadırlar. Emile Durkheim “Toplum ile bütünleşemeyen bireyler intihar için çok büyük risk altındadır” demiştir. Sosyal destek ağı kalabalık olan kişilerde psikiyatrik rahatsızlıkların görülme ihtimali azalmaktadır (113, 114).

3.4.4.2. Aile

Mizaç depresyonun oluşumu, gidişi ve sonlanımında oldukça etkilidir. Aile psikopatolojilerinin varlığı depresyonun nasıl sonlanacağı ve tedaviye ne ölçüde cevap verileceği konusunda bir fikir verir (113, 114).

3.4.4.3. Hastalık Öncesi Kişilik Özellikleri

Bazı kişilik özellikleri depresyona yatkınlık oluşturmaktadır. Bu kişilik özellikleri, aşırı mesuliyet duygusu, bağımlılık, narsisizm, titizlik, güvensizlik ve kolayca suçlanma eğilimi şeklinde özetlenebilir. Bazı kişilik bozukluklarında depresyon sıkça izlenir. Bu kişilik bozuklukları oral-bağımlı, obsesif-kompulsif ve histrionik kişilik bozukluklarıdır (113, 114).

3.4.4.4. Psikanalitik Görüş Açısından Depresyon

Ruhçözümlemesinin ilk yıllarında, depresyon kin ve nefretin üst benliğin baskısıyla kişinin kendisine yöneltilmesi şeklinde açıklanmıştır (104, 106, 113, 114). Ego psikologlarına göre; çocuğun oral ihtiyaçlarının engellenmesi onda öfke ve anksiyeteye yol açar. Erken dönemde yaşanan olumsuzluklar erişkin yaşamdaki ambivalan tutumlara neden olurlar. Bu da depresyona yatkınlık oluşturur. Yaşamın ilk yıllarında şekillenen bu depresif oluşum benlik değerini düşüren kayıp ya da kayıp tehditleriyle yeniden canlanarak depresyonun ortaya çıkmasına sebep olur (104, 106, 113, 114, 128, 129).

3.4.4.5. Depresyona Davranışçı-Bilişsel Yaklaşımlar

Öğrenilmiş çaresizlik modeline göre depresif kişiler olaylar karşısında sorumluluk almazlar ve sonuçları kendi kontrollerinin dışındaki nedenlere bağlarlar (104, 113, 114, 128, 129).

Bilişsel modelde önce düşünce oluşur ardından duygulanım gelir. Bilişsel kurama göre, depresyondaki kişi dünyayı ve yaşantıları olumsuz algılar, olumsuz düşüncelerin otomatik olarak etkisinde kalır, bilgi işleme ve algıda sistematik hatalar yapar, uygulanması sıkıntı yaratan şemalar oluştururlar. Bu kurama göre, çocukluk dönemine ait olumlu ve olumsuz yaşantılar dış dünya ile ilgili şemaları oluşturur. Bu şemalar daha sonra algıları organize etmede ve davranışları yönetmede kullanılır. Bazı

şemalar katı, değişmez ve dirençli yapıdadır. Olumsuz şemalara sahip kişiler stres karşısında bu şemalarını aktifleştirirler ve depresyon ortaya çıkar (104, 106, 113, 114, 128, 129).

3.5. Major Depresyonun Klinik Özellikleri

3.5.1. Major depresif Epizodun DSM-IV'e Göre Tanı Ölçütleri

A- İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması;semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da zevk alamama olması gerekir.

Not: Açıkca genel tıbbi bir duruma bağlı olan ya da duyguduruma uygun olmayan hezeyan ya da varsanı semptomlarını katmayınız.

(1) Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn.kendisini üzgün ya da boşlukta hissediyor) ya da başkalarının gözlemesi (örn.ağlamaklı görünümü vardır) ile belirli,hemen her gün,yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum. Not:Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.

(2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren,tüm etkinliklere karşı ya da etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)

(3) Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahının azalmış ya da artmış olması. Not:Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması.

(4) Hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnianın (aşırı uyku) olması

(5) Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir)

(6) Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması

(7) Hemen hergün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrısız olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

(8) Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir)

(9) Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması)

B. Bu semptomlar bir karma epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.

3.6. Depresyon ve Bağlanma

Bağlanma kuramı (3), bağlanma ve majör depresyon arasında iki durumu önemsemektedir. İlkinde, temel bakım veren kişiden ayrılık veya kişinin kaybının bebekte yarattığı çaresizlik ve umutsuzluk duygularının majör depresyona neden olabilmektedir. İkinci durumda ise, bebeğin bakıcıyla güvenli bir bağlanma ilişkisi kuramaması kendiliğinden değersiz; diğerlerinin ise ulaşılamaz olarak algılandığı olumsuz içsel temsillerin oluşması, değersizlik, yetersizlik ve öfke duygularını beraberinde getirmekte ve majör depresyon bu bağlamda ortaya çıkmaktadır. Majör depresyonda duygulanım düzenleme (affect regulation) ile ilgili sorunlar vardır. Duygulanım düzenleme bir olgunlaşma sürecinden geçer (37). Aynı termoregulasyon gibi yıllar

içerisinde olgunlaşarak son halini alan biyolojik yönleri de olan bir durumdur. Son yıllarda özellikle duygudurum düzenlenmesinde bir maturasyon sürecinden geçtiği düşünülmektedir.

Olumsuz benlik modeli (düşük özsaygı) ve başkalarının onayına sürekli ihtiyaç duyma gibi özellikleri nedeniyle bağlanma kaygısının depresyon yatkınlığı ile ilişkili olduğu çok sayıda çalışmada gösterilmiştir (2, 27). Psikiyatrik tanı grupları ile yapılan çalışmalarda da kaygılı bağlananların güvenli ya da kaçınan bağlanmaya sahip olanlara oranla daha fazla depresyon tanısı aldığı ya da depresyon belirtileri gösterdiği bulunmuştur (3, 43). Kaçınmacı bağlanma ile depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar ise genellikle karmaşık bulgular ortaya koymaktadır. Bazı çalışmalarda kaçınmacı bağlanma ile depresyon yatkınlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunurken (130) bazılarında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (11, 20, 58). İki güvensiz bağlanma stilinin (kaygılı ve kaçınmacı) farklı depresyon belirtileriyle ilişkisini inceleyen çalışmalar ise kaygılı bağlanmanın başkalarıyla ilişkiler ile ilgili belirtilerle (örn., aşırı bağlılık, kıskançlık, onay arama); kaçınmacı bağlanmanın ise başarıya aşırı yönelme, yalnızlık vb. belirtilerle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (58).

4. GEREÇ VE YÖNTEMLER

4.1. Örneklem

Bu araştırma, Ekim 2009 ile Ekim 2011 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri kliniğine başvuran DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre panik bozukluğu ve major depresyon tanısı almış hastalar ile yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından eşleştirilmiş sağlıklı kontrol grubu ile yapılmıştır. Bu süre içinde çalışma kriterlerini karşılayan 100 panik bozukluğu tanısı almış hasta, 100 major depresyon tanısı almış hasta ve 145 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya alınmıştır. Panik bozukluğu, Major depresyon tanısı DSM-IV-TR kriterlerine göre düzenlenmiş olan yapılandırılmış görüşme formu (The Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR: SCID-I) kullanılarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılanlar yapılacak işlem konusunda bilgilendirilmiş ve onamları alınmıştır. Araştırma projesi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

4.2. Hastalar İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri

1. DSM-IV TR'e göre panik bozukluğu, major depresyon tanısını karşılamak
2. 18-65 yaş arasında olmak
3. Görüşmeye engel olacak sosyokültürel ve eğitim düzeyinde bulunmama
4. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

4.3. Hastalar İçin Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

1. Tanısal amaçlı görüşmeyi engelleyecek düzeyde eğitim ve dil problemi olması
2. Eş psikiyatrik tanı almış olma
3. Endokrin hastalıklar (hipo/hipertiroidi, adrenel yetmezlik, Cushing, diabet gibi), eşlik eden ciddi hematopoetik, kardiyovasküler, respiratuar sistem hastalıklarının olması, epilepsi, demans ve nörolojik hastalık öyküsünün olması
4. Ağır bir fiziksel hastalığın varlığı
5. Alkol, sigara ve madde kötüye kullanımı ve bağımlılığın varlığı
6. Gebelik
7. Son 3 ay içerisinde ilaç tedavisi öyküsünün olması

4.4. Kontrol Grubu İçin Çalışmadan Dışlama Kriterleri

1. Bireysel ve ailesel psikiyatrik hastalık hikayesi
2. Yakın zamanda geçirilmiş stresli yaşam olayı
3. Hipertansiyon, diyabet gibi ağır tıbbi rahatsızlığı olanlar
4. Son üç ay içerisinde tıbbi tedavi hikayesi olması
5. Genel sağlık anketinden 1 veya üzeri puan almak

4.5. Veri Toplama Araçları

1. Sosyodemografik veri formu
2. DSM-IV-TR'e göre yapılandırılmış klinik görüşme formu (SCID-I)
3. Genel Sağlık Anketi
4. İlişki ölçekleri anketi

4.5.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu form çalışmanın amacına uygun olarak, klinik ve literatür bilgi birikimleri dikkate alınarak tarafımızdan hazırlanmıştır. Form yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum, yaşadığı yer gibi sosyodemografik veriler yanısıra çocukluğuna ilişkin bazı bilgileri de içermektedir. Erken yaşantılara ilişkin sorular çocukluğunu geçirdiği yer, 0-1 yaş arasında bakımının kim tarafından yapıldığı, kim tarafından yetiştirildiği, ne kadar süreyle anne sütü aldığı, çocukluğunda nasıl bakıldığı, nasıl bir disiplinle

büyütüldüğü, çocukluğunda ailenin bütün ya da parçalanmış olması, çocukluğunda annenin çalışıp çalışmadığı, çocukluğunda anne/babasinda önemli hastalık öyküsü, çocukluğunda kendisinde önemli hastalık öyküsü, anneden ayrılık, cinsel travma varlığına ilişkindi. Bu form klinisyen tarafından hastayla yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

4.5.2. DSM-IV-TR'e Göre Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (The Structured Clinical Interview For DSM-IV-TR Axis I Disorders)

First ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş (131). DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre eksen I bozukluklarının tanısını koymaya yarayan yapılandırılmış bir görüşme çizelgesidir. Çalışmamızda SCID-I'in klinik versiyonu kullanılmıştır. SCID-I klinik versiyonu Çorapçioğlu ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilmiş, Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (132).

4.5.3. İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA)

Katılımcıların bağlanma boyutları Griffin ve Bartholomew (1994) tarafından geliştirilen İlişki Ölçekleri Anketi'nin (İÖA) Türkçe versiyonu (133) kullanılarak ölçülmüştür. İÖA, 30 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılar, her bir maddenin kendilerini ve yakın ilişkilerdeki genel tutumlarını ne derece tanımladığını 7 basamaklı bir ölçek üzerinde işaretlemişlerdir (1 = beni hiç tanımlamıyor; 7 =tamamıyla beni tanımlıyor). 9 ve 28. maddeler ters kodlandıktan sonra Simpson modeli (1992) kullanılarak, 10,12,13,15,20,24,29,30. maddelerin aritmetik ortalaması bağlanmada kaçınma, 5,7,9,11,12,13,16,17,18,21,23,25,28. maddelerin ortalaması bağlanmada kaygı düzeyi olarak hesaplanmıştır.

4.5.4. Genel Sağlık Anketi

Bu anket toplum taramalarında psikiyatrik hastaları bulmak için kullanılmaktadır. 1996 yılında Dr. Cengiz KILIÇ tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (134). Bu ölçek 1970 yılında David Goldberg tarafından toplumda sık izlenen psikiyatrik hastalıkları tanımlamak için kullanılmıştır. Psikotik olmayan depresif ve bunaltılı hastaların taramasında kullanılmaktadır. Psikotik hastalarda önerilmemektedir. Bu ölçek ile son haftalarda psikiyatrik sıkıntılar yaşayan olgular

bulunabilmektedir. Bu ölçek likert tarzındadır. 0,1,2,3 şeklinde puanları vardır. Her soru hiç olmuyor, her zamanki kadar, her zamankinden sık, çok sık şeklinde dörder şıklıdır. 12,28,30 ve 60 soruluk biçimleri vardır. 5 puan üzerinde alanlar ruhsal sorunları olan bireyler olarak kabul edilir.

4.6. İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 yazılımı kullanıldı. Nicel değişkenler ortalama \pm standart sapma (SD) olarak, nitel değişkenler ise sayı ve yüzde olarak sunuldu. Nicel değişkenlerin normal dağılım gösterdiği Shapiro Wilk normallik testi ile saptandı ($p>0,05$). Grupların karşılaştırılmasında T Testi, Pearson Ki-Kare Analizi ve Fisher'in Kesin Ki-Kare Testi kullanıldı. Grupların kendi içindeki değişkenler arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi ile test edildi ve $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Çalışmanın hipotezleri ANCOVA ve ayırdedici fonksiyon analizleri ile sınıandı. Ayrı ayrı yapılan iki ANCOVA analizinde bağlanma puanları bağımlı değişken, tanı grubu bağımsız değişken, yaş ve cinsiyet ise kontrol değişkenleri olarak analize dahil edildi.

5. BULGULAR

Örneklem grubumuz 100 depresyon, 100 panik bozukluğu hastası ile yaş, cinsiyet ve eğitim durumları eşleştirilmiş 145 sağlıklı kontrolden oluşmaktadır. Deneklerin sosyodemografik verileri Tablo.1’de sunulmaktadır.

Tablo 1: Sosyodemografik veriler

		Major Depresyon (n=100)		Panik Bozukluğu (n=100)		Kontrol Grubu (n=145)		P
Yaş		Ort: 34.1 SS: 9.03		Ort: 34.2 SS: 1,04		Ort: 33,2 SS: 9,4		0,48
Cinsiyet	Kadın	66	%66	68	%68	92	%62,8	0,69
	Erkek	34	%34	32	%32	54	%37,2	
Eğitim durumu	İlköğretim	62	%62	61	%61	110	%75,9	0,19
	Lise ve sonrası	38	%38	39	%39	35	%24,1	
Evlilik durumu	Evli	66	%66	81	%81	112	%77,2	0,04
	Bekar	34	%34	19	%19	33	%22,8	
Yaşadığı Yer	Köy, Kasaba	15	%15	14	%14	39	%26,9	0,02
	Kent	85	%85	86	%86	106	%73,1	
Mesleği	Ev hanımı	35	%35	32	%32	42	%29	0,34
	Memur	38	%38	46	%46	50	%34,5	
	İşçi	2	%2	1	%1	4	%2,8	
	Serbest	25	%25	20	%20	46	%31,7	
	Emekli	0	%0	1	%1	3	%2,1	

Medeni durum açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmaktadır. Bu farkı depresyon grubundaki bekarlar oluşturmaktadır ($p=0,04$).

Yaşanılan yer açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. Farkı sağlıklı kontrol grubu oluşturmaktadır. Hastalar hastaneye gelenler arasından seçilmişken, sağlıklı kontrol grubu Malatya kent merkezinde yaşayanlardan oluşturulmuştur.

Bağlanma tarzlarının ve boyutlarının oluşmasına önemli düzeyde katkısı olacağı düşünülen erken çocukluk yaşantılarına ilişkin veriler Tablo.2’de sunulmaktadır.

Anne sütü alma ayı açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark saptanmıştır (kikare= 20.654 $p<0,01$). MD grubunda 6 aydan az süt almış olanların oranı diğer gruplardan daha fazladır.

Çocukluğunda kimin tarafından yetiştirildiği sorusuna verilen yanıtlarda da istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark saptanmıştır (kikare=11.486 $p<0,003$). Sağlıklı kontrol grubundakiler, MD ve PB grubundan farklı olarak büyükanne-baba, bakıcı tarafından yetiştirilmiş olanları daha fazla içermektedir.

Çocukluğunda gördüğü ilgi açısından gruplar arasında istatistiksel düzeyde anlamlı fark bulunmaktadır (kikare=12.530 $p= 0,014$). PB grubundakiler, MD ve sağlıklı kontrollerden farklı olarak kendilerini daha az oranda aşırı ilgi ile yetiştirilmiş olarak algılamaktaydılar.

Çocukluğunda annenin çalışıp çalışmaması açısından gruplar arasında istatistiksel fark bulunmaktadır (kikare=8.247 $p=0,02$). PB grubundakilerin annelerinin çalışma oranı diğer gruplardakilere göre daha düşük düzeydedir.

Çocuklukta anneden ayrılık olup olmamasına göre gruplar arasında istatistiksel fark bulunmaktadır (kikare=8.853 $p=0,012$). MD grubundakilerin daha fazla oranda anneden ayrı kaldıkları izlenmektedir. Çocukluğunda hastalık geçirenlerde panik bozukluğu (kikare=5.737 $p<0.05$), çocukluğunda anneden ayrı kalanlarda depresyon (kikare=8.853 $p<0.01$) daha yüksek oranda bulunmaktadır.

Tablo 2. Erken çocukluk yaşantılarına ilişkin değişkenler

		Major depresyon		Panik bozukluğu		Sağlıklı kontrol		P
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Çocukluğunda aile bütünlüğü	Bütün	78	%78	86	%86	125	%86,2	0,18
	Parçalanmış	22	%22	14	%14	20	%13,8	
Anne sütü alımı	6 aydan az	37	%37	13	%13	24	%16,6	0,01
	6 ay- 1 yıl	22	%22	41	%41	37	%25,5	
	1 yıl – 2 yıl	34	%35	35	%35	66	%45,5	
	2 yıl üzeri	7	%7	11	%11	18	%12,4	
Kim tarafından yetiştirildiği	Anne	73	%73	86	%86	75	%51,7	0,01
	Büyükanne-baba, bakıcı	27	%27	14	%14	70	%48,3	
Çocukluğunda nasıl bakıldığı	Aşırı ilgiyle	22	%22	12	%12	39	%26,9	0,01
	Yeterince ilgiyle	52	%52	65	%65	63	%43,4	
	İlgisiz	26	%26	23	%23	43	%29,7	
Nasıl bir disiplinle yetiştirildiği	Aşırı kontrol	29	%29	26	%26	47	%32,4	0,83
	Yeterince kontrol	53	%53	54	%54	75	%51,7	
	Az kontrol	18	%18	20	%20	23	%15,9	
Çocukluğunda önemli hastalık geçirme	Var	13	%13	24	%24	20	%13,8	0,06
	Yok	87	%87	76	%76	125	%86,2	
Çocukluğunda annenin çalışma durumu	Anne çalışıyor	26	%26	12	%12	38	%26,2	0,02
Çocukluğunda anneden ayrılık	Var	16	%16	4	%4	12	%8,3	0,01
Çocukluğunda cinsel travma	Var	1	%1	6	%6	3	%2,1	0,08
Çocukluğunda anne babada önemli hastalık	Var	21	%21	23	%23	44	%30,3	0,20

Çocukluğunda cinsel travma geçirme, PB grubunda diğer gruplara oranla daha yüksek düzeydeydi. Bu oran gruptaki denek sayısı azlığı nedeniyle istatistiksel açıdan anlamlı düzeye ulaşamamaktaydı (kikare=5.053 p=0,08).

Çocukluğunda anne babanın önemli hastalık geçirmesi açısından gruplar arasında istatistiksel fark bulunmamaktadır (kikare=3.186 p=0,20).

Tablo 3. Bağlanmada kaygı ve kaçınma boyutlarının gruplardaki dağılımı

Gruplar	Kaygı puanı	Kaçınma puanı
Major Depresyon (n:100)	3,22±0,79	3,02±0,55
Panik Bozukluğu (n:100)	2,98±0,71	3,02±0,51
Kontrol grubu (n:145)	2,67±0,47	2,52±0,50
Toplam (n:345)	2,92±0,68	2,81±0,57

Gruplar arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak için post hoc Tukey analizi yapıldı (Tablo 4 ve 5).

Tablo 4. Bağlanmada kaygı boyutunun gruplar arasındaki farkı

		Gruplar	Ana fark	Standart sapma	p
Tukey	Major Depresyon	PB	,23875	,09217	,027
		Kontrol	,54672	,08472	,000
	Panik Bozukluğu	MD	-,23875	,09217	,027
		Kontrol	,30797	,08472	,001
	Kontrol Grubu	MD	-,54672	,08472	,000
		PB	-,30797	,08472	,001

Bağlanmada kaygı düzeyi açısından her üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark bulunmaktaydı. Kontrol grubundakiler diğer iki gruptakilerden daha düşük düzeyde bağlanmada kaygı puanına sahipti. Major depresyon grubunun bağlanmada kaygı puanları panik bozukluğu grubundakilere oranla istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p<0.02$).

Bağlanmada kaçınma boyutu kontrol grubunda her iki hastalık grubuna oranla istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük saptandı ($p<0.00$). Major depresyonla panik bozukluğu hasta grupları arasında kaçınma boyutu açısından anlamlı düzeyde fark bulunmamaktaydı.

Tablo 5. Bağlanmada kaçınma boyutu açısından gruplar arası fark

		Gruplar	Ana fark	Standart sapma	p
Tukey	MajorDepresyon	PB	,00556	,07348	,997
		Kontrol	,49946	,06754	,000
	PanikBozukluğu	MD	-,00556	,07348	,997
		Kontrol	,49391	,06754	,000
	KontrolGrubu	MD	-,49946	,06754	,000
		PB	-,49391	,06754	,000

Bağlanmada kaygı ve kaçınma boyutlarını değerlendirmek ve gruplar arasında karşılaştırma yapabilmek için kaygı ve kaçınma puan ortalamaları kesme değerleri olarak alındı. %95 güvenlik aralığında kaygı için kesme değeri 2,59 olarak hesaplandı. Kaçınma için kesme değeri 2,44 olarak hesaplandı. Kontrol grubu ile her iki hastalık grubu arasında bağlanmada kaygı (kikare=20.037 p<0.00) ve kaçınma (kikare=78.685 p<0.00) açısından istatistiksel açıdan fark bulunmaktaydı. Major depresyonu olan hastalar arasında kaygı düzeyi yüksek olanların oranı sağlıklı gruba ve panik bozukluğu olanlara göre daha yüksekti. Kaçınma düzeyi yüksek olanların oranı her iki hasta grubunda da sağlıklı gruba göre daha yüksekti.

Kaygı ve kaçınma puanları kesme değerinin altında olanlar kaygı yok, kaçınma yok şeklinde, kesme puanının üstünde yer alanlar kaygı var, kaçınma var şeklinde kodlandığında her üç grubun bağlanma tarzları Tablo 6'da olduğu gibi saptanmıştır.

Tablo 6. Major depresyon, panik bozukluğu ve sağlıklı kontrollerde kaygı ve kaçınma boyutlarına göre bağlanma tarzları

Toplam (n:345)	Kaygı yok Kaçınma yok	Kaçınma var Kaygı yok	Kaygı var Kaçınma yok	Kaygı var Kaçınma var	p
Major Depresyon (n:100)	5 (%5)	26 (%26)	14 (%14)	55 (%55)	0,01
Panik Bozukluğu (n:100)	11 (%11)	31 (%31)	7 (%7)	51 (%51)	0,01
Sağlıklı kontrol (n:145)	57 (%39,3)	29 (%20,0)	38 (%26,2)	21 (%14,5)	0,01

Kontrollerde kaygı yok-kaçınma yok bağlanma boyutu %40 oranında bulunmuştur ve diğer iki klinik tablodan daha yüksek düzeyde kaygı yok- kaçınma yok bağlanma boyutu (güvenli bağlanma) izlenmiştir. Kontrollerin %65'inde kaçınma yok, %60'ında kaygı yok boyutu bulunmaktadır. PB grubunda %60'ında kaygı var, %82'sinde kaçınma var bağlanma boyutu varken MD'luların %70'inde kaygı var, %80'inde kaçınma var bağlanma boyutu bulunmaktadır.

Erken çocukluk döneminde yaşanan önemli olayların bağlanmada kaygı ve kaçınmayı etkileyip etkilemediğini incelediğimizde bağlanmada kaygı boyutunun sosyodemografik değişkenler ve çocukluk yaşantısındaki değişkenlerle istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde etkileşim göstermediğini saptadık. Bağlanmada kaçınma boyutlarının cinsiyete ve medeni duruma göre farklılık gösterdiğini bulguladık. Kadınlarda (kikare=5.504 p<0.019) ve bekarlarda (kikare=5.199 p<0.023) kaçınma istatistiksel açıdan daha yüksek düzeyde bulunmaktaydı. Erken çocukluk yaşantıları açısından kaygı ve kaçınma düzeyinde fark gösteren değişkenler Tablo 7'de özetlenmiştir.

Tablo 7. Bağlanma kaygısı ve kaçınma düzeylerinin erken çocukluk yaşantıları ile ilişkisi

		ÇGY	KB	BT	AÇD	ABH
Kaygı	Pearson Kikare	0,057	0.182	3.550	0.601	3.402
	p	0,811	0,670	0,170	,438	0.06
Kaçınma	Pearson Kikare	5,269	26.066	6.216	5.686	6.892
	p	0.022	0,000	0,045	0,017	0.009

*ÇGY: Çocukluğun geçtiği yer, KB: Kimin baktığı, BT: Bakım tarzı
AÇD: Annenin çalışma durumu, ABH: Anne baba hastalığı

Erken çocuklukta yaşanan olumsuzlukların her birini bir risk etkeni olarak tanımladığımızda karşılaşılan risk düzeyini belirlemek mümkün oldu. Çocuklukta aile bütünlüğünün olmaması, 6 aydan az anne sütü alımı, ilgisiz bakım, aşırı kontrol ya da az kontrol, anne babada önemli hastalık, çocukluk çağında önemli hastalık, çocukluk çağında anneden ayrılık ve cinsel travmanın varlığında her bir bileşen 1 puan olarak kodlandırıldı. 4 ve üzeri puanlar yüksek risk olarak ele alındı. Yüksek riskli grup bağlanma boyutları açısından karşılaştırıldığında yüksek riskli grubun belli bir bağlanma boyutunu yordamadığı ve istatistiksel açıdan fark oluşturmadığı saptandı (Tablo 8).

Tablo 8- Yüksek risk ve bağlanma boyutları

Toplam (n:345)	Kaygı yok Kaçınma yok	Kaçınma var Kaygı yok	Kaygı var kaçınma yok	Kaygı var kaçınmavar	p
Yüksek risk 1(n:261)	52 (%19,9)	67 (%25,7)	45 (%17,2)	97 (% 37,2)	>0,05
Yüksek risk 2(n:84)	21 (%25,0)	19 (%22,6)	14 (% 16,7)	30 (%35,7)	>0,05
Toplam (n:345)	73 (2%1,2)	86 (%24,9)	59,(%17,1)	127 (%36,8)	>0,05

Yüksek riskin MD, PB yada sağlıklı için yordayıcı olup olmadığına baktığımızda gruplar arasında fark bulunmadığı izlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Yüksek risk ve hastalık grupları

Toplam (n:345)	Major Depresyon	Panik Bozukluğu	Kontrol Grubu	p
Yüksek risk 1(n:261)	71 (%27,2)	80 (% 30,7)	110 (%42,1)	>0,05
Yüksek risk 2(n:84)	29 (%34,5)	20 (%23,8)	35 (%41,7)	>0,05
Toplam (n:345)	100 (%29)	100 (%29)	145 (%42)	>0,05

6. TARTIŞMA

Olumsuz çocukluk yaşantıları ve mizaç sorunları ile birlikte psikiyatrik hastalıklar için hazırlayıcı etken olabilmektedir. Bağlanma kuramı erken dönem yaşantılarının kişinin bellek, zihin ve kendilik organizasyonuna bağlanma üzerinden etkide bulunduğunu varsaymaktadır (1,3,4,6,7). Erken dönem yaşantıları etkisiyle gelişen güvensiz bağlanma (135,136,137), yetişkinlikte eksen 1 ve eksen 2 patolojileri geliştirebilmekte ve işlevselliği belirgin düzeyde bozabilmektedir. Güvensiz bağlanmanın yetişkinlik depresyonuna ve panik bozukluğuna hazırlayıcı bir faktör olabileceği bilinmektedir (138).

Bağlanma boyutlarının ortaya konulması ile hekim hasta ilişkisi yeni bir boyut kazanabilir. Hasta ile olan ilişkide bağlanma boyutlarına göre planlamalar yapılabilir. Hekim hasta ilişkisi ebeveyn çocuk ilişkisine benzeyen, işlevsel dinamikleri olan bağlanmanın bulunduğu bir süreçtir. Terapide terapistin “yeterince iyi annelik” yaparak koruyucu ve güvenli bir ortam sağlaması, “düzeltici duygusal yaşantılar” aracılığı ile sağlıklı bağlanma tarzlarının onarılmasına yardımcı olacaktır. Bağlanma büyük ölçüde süregelen, aynılık gösteren, tutarlılığı olan bir süreç olmakla birlikte etkileşimlere açık, dinamik bir yöne sahiptir. Terapistle ilişki bağlanma sorunları için olabildiğince onarıcı nitelikte olmak durumundadır(139).

Bağlanma tarzı, kişiler arası ilişkilerde bireyin kendisi ve diğeri arasındaki mesafeyi ihtiyaçları doğrultusunda belirlemesini sağlamaktadır. Savunma mekanizmalarında olduğu gibi kaygı yaratıcı durumların etkisini azaltarak bireyi acıdan korumaya çalışmaktadır. Ancak yine savunma mekanizmalarının yersiz ve abartılı kullanılmasında psikopatolojilerin ortaya çıkması sürecine benzer şekilde bazı durumlarda işlevselliğini yitirerek kendisi sorun üreti hale gelebilmektedir. Bu nedenle tek başına

güvensiz bağlanmanın psikopatolojiyi yordadığını söylemek güçtür. Güvensiz bağlanma annenin psikopatolojisinden çocuğu korumak için işleyen bir mekanizma olarak da rol oynayabilir. Çocuk kendisini geri çekerek, çevreye kayıtsız kalarak belki de annenin psikopatolojiden kendisini korumaya çalışıyor olabilir. Ancak diğer insanlarla ilişkilerinde de bu bağlanma tarzıyla iletişime geçmeyi sürdürdüğünde yakın ilişkilerde belirgin sorunlar yaşayarak, stres altına girebilir. Bu bağlamda güvensiz bağlanma hem psikopatolojiden koruyor, hem de psikopatolojiye zemin hazırlıyor olabilir. Bunun için bağlanma boyutlarını ve işlevlerini daha geniş çerçevede ve daha objektif olarak ölçecek ölçeklerin geliştirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır.

Çalışmamızın sonuçları 6 aydan az anne sütü alımı, anne tarafından yetiştirilme, çocukluğunda ilgi azlığı, annenin çalışmaması, anneden ayrılığın olması, çocukluğunda hastalık geçirme, çocukluğunda anneden ayrı kalmanın psikopatoloji gelişiminde risk etkeni olarak rol oynadığını göstermekteydi.

Emzirme anne ve bebek arasında düzenli yakın ilişkiyi garantileyerek, bebeğin sakinleşmesini ve gevşemesini sağlayarak stresten korumakta(140), güvenli bağlanmanın oluşmasına temel olmaktadır (141). Çalışmamızın bulgularından birisi olan major depresyon grubunda 6 aydan az anne sütü alanların oranının yüksek olması, yeterince anne sütü alamamanın ruhsal hastalıkların gelişimine zemin hazırladığı görüşünü (142) desteklemektedir. Karabekiroğlu ve arkadaşları (2009) çocuklarda yaptıkları bir çalışmada 2 aydan daha kısa ya da 24 aydan daha uzun süre anne sütü alanlarda psikiyatrik sorun düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu saptamışlardı (143).

Çocukluğunda kimin tarafından yetiştirildiği de ruhsal hastalıklar açısından sorun oluşturabilmektedir. Çalışmamızda sağlıklı kontrol grubundakilerin, MD ve PB grubundan daha yüksek oranda büyükanne-baba tarafından yetiştirilmiş olması, panik bozukluk grubundaki annelerin daha az oranda çalışıyor olmaları dikkat çekici bulgulardır. Anne tarafından bakılıyor olmanın örneklem grubumuzda bu sonucu doğurması, annenin kaygılarının çocuğa yansması (144, 145) ya da çoklu bağlanmaların olumlu etkisi (145) gibi nedenlere bağlanabilir. Çocuk bakımında deneyimsiz bir annenin kaygılarının çocuğa yansmasını ailedeki deneyimli büyükler engelliyor olabilir.

Çocukluk döneminde aile bütünlüğünün bozulmasının psikopatoloji geliştirme açısından bir risk etkeni olduğu birçok çalışmada bildirilmektedir (146). Çalışmamızda aile bütünlüğünün bozulması yetişkinlikte major depresyon ya da panik bozukluğu açısından sağlıklı kontrollerle istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturmamaktaydı. Literatürle bağdaşmayan bu durum, anne tarafından yetiştirilme ve annenin çalışmama durumunun örneklem grubumuzda sağlıklı kontrollerden daha yüksek oranda saptanması bulgusuyla birleştirildiğinde anlam kazanabilir. Aile bütünlüğünün bozulduğu durumlarda çocuğun bakımını genellikle aile büyükleri üstlenmektedir. Annenin bakım verdiği çocuklarda sağlıklı gelişimin daha yüksek düzeyde olması annelerin çocuk bakımı ve yetiştirme açısından deneyimsiz ve kaygılı olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda depresyon grubunda çocukluğunda anneden ayrılık tanımlayanların oranının yüksek bulunması literatür bulgularıyla uyumludur (147, 148, 149). Bowlby (1980) çocukluk ya da ergenlik döneminde bağlanmada yaşanan kayıpların ve umutsuzluk duygularının ileri dönemlerde depresyon yaşamayla ilişkili olduğunu belirtmektedir.

Çocukluğunda hastalık geçirme, cinsel travmaya uğrama gibi tehdit edici olayların panik bozukluğu grubunda sağlıklı gruba ve depresyon grubuna göre daha fazla oranda olması literatürle örtüşmektedir (144, 145). Hastanede uzun süre kalmanın çocuklukta ve erişkinlikte depresyon ve anksiyete için risk faktörü olduğu bir diğer ifadeyle psikopatolojiye yatkınlık sağladığı düşünülmektedir (150, 151).

Bağlanmada Kaygı ve Kaçınma Boyutları

Sosyalleşme sürecinde toplumsal cinsiyet rolleri bağlanmada kaygı ve kaçınma düzeylerinin farklı gelişmesine yol açabilmektedir. Çalışmamızda kadınlarda erkeklere göre kaçınma düzeylerinin yüksek saptanması sosyalleşme süreçleri ile yakından ilişkili görünmektedir. Kentte yaşayanlarda kaçınma düzeylerinin daha yüksek saptanması, kentteki iletişim ve güven sorunları ile ilişkilendirilebilir.

MD grubunda bağlanma kaygısı ve kaçınmasının yüksek çıkması literatürdeki çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (136, 152). Geçmiş çalışmalar göstermiştir ki, bağlanmada yüksek kaygı ile depresyon arasında belirgin bir paralellik bulunmaktadır. Bağlanmada yüksek kaygı, bağlanma sisteminin aktivasyonuna yol açmakta, kişinin

sürekli olarak başkalarının ilgi, sevgi ve güvenine ihtiyaç duymasına, başkalarının olumsuz değerlendirme ve geri bildirimlerinden daha fazla örselenmelerine neden olmaktadır (58). Başkalarından onay arama davranışının kaygılı bağlanma için temel unsur olduğu ve depresyona yatkınlığı gösterdiği bildirilmektedir (136, 152) Bağlanma kaygısı ile depresyon arasındaki ilişkiye düşük özsaygı ve benliğe yönelik olumsuz tutumlar aracı değişkenler olarak etki edebilmektedir (135).

Bağlanmada kaçınma ve bağlanma sisteminin aktivasyonun engellenmesi ile başkalarından kaynaklanan olumsuz değerlendirme ve benzeri risk faktörlerini azaltarak kişilerin depresyondan korunduğu akla gelebilir. Ancak, bu konuda geçmiş çalışmalar genellikle karmaşık sonuçlar vermektedir. Korkulu bağlanma stili yüksek kaygı ile birlikte yüksek kaçınmayı da içermekte, bu bireyler depresyona yatkın görünmektedir (17). Yapılan bir çalışmada kadınlar için korkulu bağlanmanın majör depresyon açısından belirleyici bağlanma biçimi olduğu gösterilmiştir (152). Bizim çalışmamızda depresyon grubunun diğer klinik gruplardan daha yüksek düzeyde kaçınma gösterdikleri bulunmuştur. Geleneksel olarak toplulukçu bir yapı sergileyen Türk toplumunda yakın ilişkilerin kendini tanıma ve tanımlama, başkaları tarafından onay için önemi bilinmektedir (137). Kaçınan bağlanma gösteren bireylerdeki olumlu kendilik algısının aslında bilişsel bir meydan okuma olduğu, bu kişilerin temelde olumsuz kendilik algısına sahip oldukları, ancak toplum tarafından reddedilmeyi tolere edemeyecekleri için kendilerine abartılı bir saygınlık gösterdiklerine yönelik bulgular mevcuttur(11,58). Dolayısıyla toplumumuzda yaşayan bir bireyde majör depresyon gelişimi bağlanmada kaçınmayı belirgin hale getirebilir. Oysa kişisel ve ilişkisel özerkliğin egemen olduğu, kişiler arası ilişkilerin belirgin sınırlarla çizildiği bireyci toplumlarda bağlanmada kaygı MD için risk etkenidir.

Çalışmamızda PB grubunda da sağlıklı kontrollere göre bağlanma kaygısı yüksek saptanmıştır. Genel kaygıyla ilişkili olduğu bilinen bağlanma kaygısının PB için de bir risk faktörü olduğu söylenebilir (137, 152). Ancak bu durum panik bozukluğa özgü görünmemektedir. Çalışmamızda PB grubu bağlanma kaygısı boyutunda kontrol grubundan farklılaşırken MD grubundan anlamlı olarak farklılaşmamıştır. Brennan ve Shaver (1998) kaçınma boyutunda daha yüksek olanların daha fazla PB belirtileri bildirdiklerini bulmuşlardır (2, 13). Bizim çalışmamızda da PB grubunda olanlarda bağlanmada kaçınma düzeyi belirgin düzeyde yüksekti. PB ile güvensiz bağlanma

arasında belirgin bir ilişki olduğu gösterilmesine karşın (57, 137) temel bağlanma boyutları ile ilişkisi konusunda tutarlı bulgular mevcut değildir. Bizim çalışmamız, önceki çalışmalar ile uyumlu olarak daha yüksek kaçınma ile PB'nu ilişkilendirmiştir.

PB ve MD'lu grup bağlanmada kaçınma bakımından benzeşmektedir. İki klinik grupta da kaçınma boyutunun yüksek puanları eşleniktir. Daha önceki çalışmalar kaçınma ile PB ve bazı anksiyete bozukluklarını eşleştirmiştir. Türk toplumu örneğinde yüksek kaçınma değerleri MD ile ilişkidir, ancak batı toplumlarında yüksek kaçınma anksiyete bozuklukları ve bazı kişilik bozukluklarıyla ilişkili bulunmuştur.

Hem bu çalışmada hem de geçmiş çalışmaların çoğunda bağlanma stillerinin kişilerin beyanına dayalı özbildirim ölçekleriyle ölçülmesinden kaynaklanan yanlılıklar nedeniyle bağlanma ile psikopatoloji arasındaki ilişki tam olarak anlaşılammaktadır (14). Kişinin beyanına dayalı ölçümlerin hem savunucu yaklaşımlara açık olması, hem de ölçeklerin ölçüm gücünden kaynaklanan sorunlar yüzünden bağlanma stil ya da boyutlarını nesnel olarak temsil edemediği bilinmektedir (58). Bu nedenle, bu çalışmanın en önemli sınırlılığı bağlanma boyutlarının özbildirim ölçekleriyle ölçülmüş olması ve bahsedilen yanlılıklara açık olmasıdır.

Bu çalışma sınırlılıklarına rağmen Malatya örnekleminde Türk toplumundaki MD, PB ve sağlıklı kontrollerinde bağlanma boyutlarını ortaya koymaktadır. Psikopatoloji gelişimi sürecinde bağlanmada kaygı ve kaçınma boyutlarının rolünün açıklığa kavuşması terapilerde izlenecek yolu belirlemede önemli bir veri sağlamaktadır.

7. ÖZET

PANİK BOZUKLUĞU VE MAJOR DEPRESİF BOZUKLUKTA BAĞLANMA BOYUTLARININ ARAŞTIRILMASI

Amaç: Bu çalışmada, erken yaşantıların bağlanmada kaygı ve kaçınma üzerine etkili olduğu, bağlanmada kaygı ve kaçınmanın major depresyon (MD) tanısı alanları, panik bozukluğu (PB) tanısı alanlardan ayırt edeceği hipotezini test etmek üzere kurgulanmıştır. Ayrıca, iki tanı grubunun da kontrol grubuna oranla daha yüksek düzeyde kaygı ve kaçınma göstereceği beklenmektedir.

Yöntem: Bu araştırma, Ekim 2009 ile Ekim 2011 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Psikiyatri kliniğine başvuran DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre panik bozukluğu ve major depresyon tanısı almış hastalar ile yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından eşleştirilmiş kontrol grubu ile yapılmıştır. Bu süre içinde çalışma kriterlerini karşılayan 100 panik bozukluğu tanısı almış hasta, 100 major depresyon tanısı almış hasta ve 145 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya alınmıştır. Panik bozukluğu, Major depresyon tanısı DSM-IV-TR kriterlerine göre düzenlenmiş olan yapılandırılmış görüşme formu (The Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR: SCID-I) kullanılarak saptanmıştır. Çalışmaya katılanlar yapılacak işlem konusunda bilgilendirilmiş ve onamları alınmıştır. Araştırma projesi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Bulgular: MD ve PB grubunun sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek bağlanmada kaygı ve kaçınma puanına sahip olduğu gösterildi. MD grubunun hem sağlıklı kontrollerden hem de PB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı

daha yüksek bağlanmada kaygı puanına sahip olduğu gösterildi. MD ve PB grubu arasında bağlanmada kaçınma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı gösterildi. MD grubunda 6 aydan az anne sütü almış olmak istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu gösterildi. Erken dönem yaşantılarının bağlanmada kaygı ve kaçınmayı istatistiksel olarak anlamlı olarak etkilemediği gösterildi.

Sonuçlar: Bu çalışma, Malatya örnekleminde bağlanma boyutlarının araştırıldığı ilk çalışmadır. En dikkat çeken yanı MD grubunda 6 aydan az anne sütü almış olmanın gösterilmesi idi. Bir diğer önemli olanda bağlanmada kaygı ve kaçınmanın MD grubunda yüksek çıkmasıydı. MD grubunda kaçınma boyutunun yüksek çıkması kültürel dinamiklerle açıklanabilmektedir. PB grubunda sağlıklı kontrollere göre bağlanmada kaygı ve kaçınma puanı yüksek, bağlanmada kaygı puanı ise MD grubundan düşük çıkması Malatya örnekleminin Türkiye örneklemini ile uyumlu olduğunu gösterdi. Bulunan bu sonuçlar önceki çalışmalar ile uyumludur. Sonuçta MD, PB ve sağlıklı kontrollerde bağlanma boyutlarının farklılaştığını Malatya örnekleminde göstermiş bulunmaktayız.

Anahtar kelimeler: Bağlanma, kaygı, kaçınma, major depresyon, panik bozukluğu

8. SUMMARY

INVESTIGATION OF ATTACHMENT STYLE IN PANIC DISORDER AND MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Aim: In this study, the early experiences to be effective in attached to the anxious and avoidance, attached to the anxious and avoidant the hypothesis that will distinguish major depression (MD) and panic disorder (PD) diagnosis fields patients. In addition, two diagnostic groups than in the control group is expected to show a high level of attached to the anxious and avoidance.

Method: This study between October 2009 and October 2011, Turgut Ozal Medical Center, Inonu University Faculty of Medicine, Clinic of Psychiatry DSM-IV-TR diagnostic criteria, patients with a diagnosis of panic disorder and major depression with age, gender and education level were made with a control group matched for . During this period, study criteria, 100 patients with panic disorder, major depression in 100 patients and 145 healthy controls were recruited. Panic disorder, major depression according to DSM-IV-TR criteria, which was organized in a structured interview form (The Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR: SCID-I) were determined. Participants in the study, and informed consent was informed of the action,. The research project was approved by the Ethics Committee of Inonu University Faculty of Medicine.

Findings: MD and PD group were significantly higher than in healthy controls connect to a statistically shown to have anxious and avoidance scores. MD group than the PD group and healthy controls had a statistically significant higher score of attached to the anxious. MD and PD there is no statistically significant difference between groups in terms of attached to the avoidance are shown. MD group were breast-feeding less than 6 months to be formed by a statistically significant difference was shown. Attached to the anxious and avoidance, early experiences of the participants were shown not affected by.

Result: This study, the first investigating of attachment style in sample of the Malatya. The most notable being as well to show that the MD group was breast-feeding at 6 months. The other most important thing to the high exposure of MD patients, attached anxious and avoidance. Increase the extent of avoiding the emergence of cultural dynamics can be explained in MD patients. PD patients compared to healthy controls attached to the anxiety and avoidance scores were high, attached to the emergence of anxious score significantly lower in the MD sample of Malatya, Turkey showed that the sample is compatible with. These results are consistent with previous studies. As a result, MD, PD and healthy controls differ in dimensions of attachment have shown a sample of Malatya.

Key words: Attachment, anxiety, avoidance, major depression, panic disorder

9. KAYNAKLAR

1. Bifulco A, Moran P. Wednesday's Child: Research into Women's Experience of Neglect and Abuse in Childhood and Adult Depression. London: Routledge. 1998.
2. Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. Self-report measurement of adult attachment. In: Simpson J A, Rholes WS, ed(s). Attachment Theory and Close Relationships. New York: Guilford. 1998: 46-76.
3. Bowlby J. Attachment and Loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and Anger. New York: Basic Books. 1973.
4. Bowlby J. Attachment and Loss: Vol. 3. Sadness and Depression. New York: Basic Books. 1980.
5. Bowlby J. A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory. London: Routledge. 1988.
6. Dozier M, Stovall KC, Albus KE. Attachment and psychopathology in adulthood. In: Cassidy J, Shaver PR, (ed)s. Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications. New York: Guilford. 1999: 497-519.
7. Shaver PR, Clark CL. The psychodynamics of adult romantic attachment. In: Masling M, Bornstein RF, ed(s). Empirical Perspectives on Object Relations Theories. 1994: 105-156.
8. Shear K, Shair H. Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology* 2005; 47(3): 253-267.
9. Clayton P, Hirschfeld R. Follow up and family study of anxious depression. *American Journal of Psychiatry* 1991; 148: 1512-1517.
10. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, et. al. Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum. 1978.
11. Shaver PR, Schachner DA, Mikulincer M. Attachment style, excessive reassurance seeking, relationship processes, and depression. *Personality and Social Psychology Bulletin* 2005; 31: 343-359.
12. Bowlby J. Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment. Australia: Pimlico. 1997.
13. Brennan KA, Shaver PR. Attachment styles and personality disorders: Their connections to each other and to parental divorce, parental death and perceptions of parental caregiving. *Journal of Personality and Social Psychology* 1998; 66: 835-878.
14. Sümer N. Yetişkin bağlanma ölçeklerinin kategoriler ve boyutlar düzeyinde karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Dergisi* 2006; 21: 1-22.

15. Harma M, Öztürk A, Sümer N. Erken dönem bağlanma davranışları sınıflandırma setinin Türkiye örneğinde değerlendirilmesi. Paper published in the 2nd Psychology Graduate Students Congress Book, Ilgaz 2008.
16. Bifulco A, Moran P, Ball C, et. al. Adult attachment style: I. Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2002; 37: 50-59.
17. Carnelley KB, Pietromonaco PR, Jaffe K. Depression, working models of others, and relationship functioning. *Journal of Personality and Social Psychology* 1994; 66: 127-140
18. Ainsworth MDS, Bell S. Attachment, exploration, and separation. *Child Development* 1970; 41: 49-67.
19. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology* 1991; 61: 226-244.
20. Birnbaum GE, Orr I, Mikulincer M, et. al. When marriage breaks up – does attachment style contribute to coping and mental health? *Journal of Social and Personal Relationships* 1997; 14: 643-654.
21. Collins NL, Feeney BC. A safe haven: an attachment theoretical perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology* 2000; 78: 1053-1073.
22. Stevenson-Hinde J. Attachment theory and John Bowlby: Some reflections. *Attachment & Human Development* 2007; 9:337-342.
23. Bowlby J. *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London: Tavistock Publications. 1979.
24. Bowlby J, The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis* 1958; 39: 350- 373.
25. Main M, Solomon J. Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: Brazelton TB, Yogman MW, ed(s). *Affective Development in Infancy, Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern*. Westport CT: Ablex. 1986: 95-124.
26. Lamb ME, Teti DM, Bornstein M. Developmental phases: infancy. In: Lewis M, ed. *Child and Adolescent Psychiatry*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2002: 293-323.
27. Fraley RC, Waller NG. Adult attachment patterns: A test of the typological model. In: Simpson JA, Rholes WS ed(s), *Attachment Theory and Close Relationships*. New York: Guilford Press. 1998: 77-114.
28. Bloom KC. The development of attachment behaviors in pregnant adolescents. *Nursing Research* 1995; 44: 284-289.

29. Zeanah CH, Boris NW, Larriey JA. Infant development and developmental risk: A review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36: 165-178.
30. Soysal AŞ, Ergenekon E, Eroğlu D. Bebekleri tanı açısından yüksek-standart risk altında olan annelerin duygudurumlarının kısa süreli yardım grupları ile değerlendirilmesi. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 2000; 8: 106-111.
31. Van de Rijt-Plooij HC, Plooij PX. Distinct periods of mother infant conflict in normal development: sources of progress and germs of pathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1993; 34: 229-245.
32. Goodfriend MS. Treatment of attachment disorder of infancy in a neonatal intensive care unit. *Pediatrics* 1993; 1: 139-142.
33. Boccio M, Laudenslager MN, Reite ML. Intrinsic and extrinsic factors affect infant responses to maternal separation. *Psychiatry* 1994; 57: 43-50.
34. Biller HB. *Fathers and Families Paternal Factors in Child Development*. London: Auburn House. 1993.
35. Bretherton I, Munholland KA. Internal working models in attachment relationships. A construct revisited. In: Cassidy J, Shaver PR, ed(s). *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* New York: Guilford Press. 1999: 89-114.
36. Leibenluft E, Gobbin MI, Harrison T, et. al. Mothers' neural activation in response to pictures of their children and other children. *Biological Psychiatry* 2004; 56: 225-232.
37. alışır M. Yetişkin bağlanma kuramı ve duygulanım dzenleme stratejilerinin depresyonla ilişkisi. *Psikiyatride Gncel Yaklaşımlar* 2009; 1: 240-255.
38. Horowitz LM, Rosenberg SE, Bartholomew K. Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993; 61: 549-560.
39. West ML, Sheldon-Keller AE. *Patterns of Relating: An Adult Attachment Perspective*. New York: Guilford Press. 1994.
40. Weger Jr. H, Polcar LE. Attachment style and the cognitive representation of communication situations. *Communication Studies* 2000; 2: 149-161.
41. Pietromonaco PR, Barrett LF. Attachment theory as an organizing framework: A view from different levels of analysis. *Review of General Psychology* 2000; 4(2): 107-110
42. Fraley RC, Shaver PR. Adult attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology* 2000; 4: 132-154.

43. Erözkan A. Lise öğrencilerinin bağlanma stilleri ve yalnızlık düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2004; 4: 155-175.
44. Jones SM. Attachment style differences and similarities in evaluations of affective communication skills and person-centered comforting messages. Western Journal of Communication 2005; 69: 233-249.
45. Weger Jr. H, Polcar LE. Attachment style and person-centered comforting. Western Journal of Communication 2002; 66: 84-103.
46. Belsky J. Developmental origins of attachment styles. Attachment and Human Development 2002; 4: 166-170.
47. Pearson JL, Cowan PA, Cowan CP. Adult attachment and adult child-order parent relationships. American Journal of Orthopsychiatry 1993; 4: 606-613.
48. LeCroy CW. Parent adolescent intimacy: Impact on adolescent functioning. Adolescence 1988; 89: 137-147.
49. Atasoy Z, Ertürk D, Şener Ş. Altı ve on iki aylık bebeklerde bağlanma. Türk Psikiyatri Dergisi 1997; 8:266-279.
50. Sabuncuoğlu O, Berkem M. Bağlanma biçimi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye'den bulgular. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17: 252-258.
51. Bifulco A, Figueiredo B, Guedeney N. Maternal attachment style and depression associated with childbirth: Preliminary results from a European and US crosscultural study. The British Journal of Psychiatry 2004; 46: 31-37.
52. McMahon C, Barnett B, Kowalenko N, et. al. Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. Journal of Affective Disorders 2005; 84: 15-24.
53. Danacı AE, Dinç G, Devci A. Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi 2000; 11: 204-211.
54. Kökçü F, Kesebir S. İki uçlu olgular ve çocuklarında bağlanma biçiminin mizaç, kişilik ve klinik özellikler ile ilişkisi: kontrollü bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi 2010; 21: 309-318.
55. Soysal AŞ, Özçelik A, Arhan E, et. al. Bir olgu sunumu eşliğinde tepkisel bağlanma bozukluğunun gözden geçirilmesi. Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi 2009; 18: 248-252.
56. Mangelsdorf SC, Frosch CA. Temperament and attachment: one construct or two. Advances in Child Development Behavior 1999; 27: 181-220.
57. Shorey HS, Snyder CR. The role of adult attachment styles in psychopathology and psychotherapy outcomes. Review of General Psychology 2006; 10:1-20.

58. Bigras M, Crepaldi MA, Carvalho de Lima ML. A mother-child secure attachment to prevent interpersonal violence among young people. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2011; 11(1): 15-20.
59. Brown LS, Wright J. Attachment theory in adolescence and its relevance to developmental psychopathology. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2001; 8(1): 15-32.
60. Dunitz M, Scheer PJ, Kvas E, et. al. Psychiatric diagnoses in infancy: A comparison. *Infant Mental Health Journal* 1996; 17(1): 12-23.
61. Henderson S. The social network, support and neurosis. The function of attachment in adult life. *The British Journal of Psychiatry* 1977; 131: 185-191.
62. Brugha TS. Social support networks and type of neurotic symptom among adults in British households. *Psychological Medicine* 2003; 33: 307-318.
63. Mallinckrodt, B. Childhood emotional bonds with parents, development of adult social competencies, and the availability of social support. *Journal of Counseling Psychology* 1992; 39: 453-461.
64. Howes C, Ritchie S. Changes in Child-Teacher Relationships in a Therapeutic Preschool Program. *Early Education & Development* 1998; 9(4): 411-422.
65. Mikulincer M, Shaver PR. *Attachment Patterns in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. New York: Guilford Press. 2007.
66. Matsuoka N, Uji M, Hiramura H, et. al. Adolescents attachment style and early experiences: A gender difference. *Archives of Womens Mental Health* 2006; 9: 23-29.
67. Miller L, Kramer R, Wamer V, et. al. Intergenerational transmission of parental bonding among women. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36: 1134-1139.
68. Scinto A, Marinangeli MG, Kalyvoka A, et. al. The use of the Italian version of the Parental Bonding Instrument (PBI) in a clinical sample and in a student group: an exploratory and confirmatory factor analysis study. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale-An International Journal for Epidemiology and Psychiatry Sciences* 1999; 8: 276-283.
69. Martin G, Waite S. Parental bonding and vulnerability to adolescent suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994; 89: 246-254.
70. Warren SL, Huston L, Egeland B, et al. Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36: 637-644.
71. Rothbaum F, Rosen K, Ujie T, et. al. Family systems theory, attachment theory, and culture. *Family Process* 2002; 41: 328-350.

72. Van Ijzendoorn MH, Sagi A. Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. In: Cassidy J, Shaver PR ed(s). *Handbook of Attachment: Theory Research and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press. 1999, 713-734.
73. Kağıtçıbaşı C. Autonomy and relatedness in cultural context: Implications for self and family. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 2005; 36: 403-422.
74. Arend R, Gove FL, Sroufe LA. Continuity of individual adaptation from infancy to kindergarten: A predictive study of ego-resiliency and curiosity in preschoolers. *Child Development* 1979; 50: 950-959.
75. Chorpita BF, Barlow DH. The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin* 1998; 124(1): 3-2.
76. Masterson J. Bağlanma Kuramı ve Nörobiyolojik Kendilik Gelişimi Açısından Kişilik Bozuklukları. Çorak A. (çed), İstanbul: Litema Yayınları. 2008.
77. Sadava SW, Busseri MA, Molnar DS. Investigating a four-pathway model of adult attachment orientation and health. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2009; 26(5): 604-633.
78. Merz EM, Schuengel C, Schulze HJ. Inter-generational relationships at different ages: an attachment perspective. *Ageing & Society* 2008; 28: 717-736.
79. Sümer N, Ünal S, Selçuk E, ve ark. Bağlanma ve psikopatoloji: bağlanma boyutlarının depresyon, panik bozukluk ve obsesif-kompulsif bozuklukla ilişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi* 2009; 24(63): 38-45
80. Dewitte M, Houwer JD, Goubert L, et al. A multi-modal approach to the study of attachment-related distress. *Biological Psychology* 2010; 85(1): 149-62.
81. Moskowitz A, Schafer I, Dorahy MJ, et. al. Chapter 9: An attachment perspective on schizophrenia: The role of disorganized attachment, dissociation and mentalization. psychosis, Psychosis. In: *Trauma and Dissociation*. Online: John Wiley & Sons. 2008: 117-133
82. Lyons-Ruth K, Dutra L, Schuder MR, et. al. From infant attachment disorganization to adult dissociation: relational adaptations or traumatic experiences? *Psychiatric Clinics of North America* 2006; 29(1): 63-68.
83. Kaplan HI, Sadock BJ, Greeb JA. Panic Disorder and Agoraphobia. In: *Synopsis of Psychiatry*. 7. Baskı Giza: Mass Publishing CO. 1994: 582-592.
84. Bayraktar E. Panik bozukluğu ve agorafobi. In: Köroğlu E, Güleç C, (ed)s *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2007: 296-317.
85. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Köroğlu E (çeviri ed.),Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR). 4. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2007.
86. Atalay DN, Bayraktar E. Panik Bozukluk. İzmir:Ege Üniversitesi Yayınları. 1992.

87. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Association. 1987.
88. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
89. Öztürk MO, Uluğ B. Dünya Sağlık Örgütü: ICD-10, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Ankara:Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayınları. 1993.
90. Hoehn H, Saric R, Mcleod DR. Biology of Anxiety Disorders. Washington: American Psychiatric Press, 1993.
91. Pine DS, McClure EB. Anksiyete bozuklukları: Klinik özellikleri. Aydın H, Bozkurt A, ed. 8. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi. 2007.
92. Repier DA, Narron WE, Rae DS. The Epidemiology of anxiety disorders: The Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. Journal of Psychiatric Research 1990; 24: 3-14.
93. Regier DA, Myers JK, Kramen M. The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program: Historical context, major objectives and study population characteristics. Archives of General Psychiatry 1984; 41: 934-941.
94. Altınöz E. İstanbul'da bir gecekondu bölgesinde mizaç bozuklukları ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığı üzerine bir epidemiyolojik çalışma. İstanbul: Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi. 1992.
95. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu O. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Sivas: Dilek Matbaası, 1995: 33-37.
96. Crowe RR, Noyes R, Pauls DL. A family study of panic disorder. Archives of General Psychiatry 1983; 40: 1065-1069.
97. McMahon FJ, Kassem L. Anksiyete Bozuklukları: Genetik. Aydın H, Bozkurt A ed(s). 8.baskı. Ankara: Güneş Kitabevi 2007: 1759-1762.
98. Abby JF, Salvatore M, Jeremy DC. Anxiety Disorders in Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6th ed. Baltimore: Williams Wilkins. 1995: 1191-1204.
99. McNally RJ, Anxiety sensitivity and panic disorder. Biological Psychiatry 2002; 52(10): 938-946.
100. Kyrstal JH, Deutsch DN, Charney DS. The biological basis of panic disorder. Journal of Clinical Psychiatry 1996; 57(10): 23-31.
101. Beek NV, Griez E. Anxiety sensitivity in first degree relatives of patients with panic disorder. Behaviour Research and Therapy 2003; (41): 949-957.
102. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları. 12. Baskı. İstanbul:Remzi Kitabevi. 2002.

103. Anderson RL, Atkinson RC, Smith EE, et. al. Psikolojiye Giriş. İstanbul:Arkadaş Yayınları. 1999.
104. Cüceloğlu D, İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları. 12. Baskı. İstanbul:Remzi Kitabevi. 2002.
105. Van Emmichoven IA, van Ijzendoorn MH, de Ruiter C, et al. Selective processing of threatening information: Effects of attachment representation and anxiety disorder on attention and memory. *Development and Psychopathology* 2003; 15:219-237.
106. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. 3. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi. 2006.
107. Kartalci S, Dogan M, Unal S, et. al. Pituitary volume in patients with panic disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacol & Biological Psychiatry* 2011; 35: 203-207.
108. Reiman EM, Raichle ME, Robins E, et al. The application of pozitron emission tomography to the study of panic disorder. *The American Journal of Psychiatry* 1986; 143: 469-477.
109. Sakai Y, Kumano H, Nishikawa M, et al. Cerebral glucose metabolism associated with a fear network in panic disorder. *Neuroreport* 2005; 16: 927-931.
110. Vythilingam M, Andersen ER, Gaddard A, et al. Temporal lobe volume in panic disorder: A quantitative magnetic resonance imaging study. *Psychiatric Research* 2000; 28: 75-82.
111. Shear KM, Kooper AM, Klerman GL. A psychodynamic model of panic disorder. *The American Journal of Psychiatry* 1993; 150: 859-866.
112. Fenichel O. Nevrozların Psikoanalitik Teorisi. İzmir: Ege üniversitesi Tıp Fakültesi Kitaplar Serisi. 1974.
113. Oztürk MO, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 12. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1994.
114. Isık E, Duygulanım Bozuklukları / Depresyon ve Mani. 13. Baskı. İstanbul: Bogaziçi Matbaası. 1991.
115. Simon B, Weiner M. Models of mind and mental illness in ancient Greece. The Homeric model of mind. *Journal of the History of Behavioural Sciences* 1996; 2: 303-314.
116. Freud S. Mourning and Melancholia .Standart ed. London: Hogart Press. 1957.
117. Abraham K. Notes On The Psycho-Analytical Investigation And Treatment Of Manicdepressive İnsanity And Allied Conditions. New York: Basic Books. 1960
118. Serby M, Yu M, Overview: Depression in the elderly. *Mouth Sinai Journal of Medicine* 2003; (70): 38-44.

119. Blazer D. Mood disorders: Epidemiology. In: Kaplan H, Sadock B, ed(s). Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins. 1995: 1079-1089.
120. Schwenk TL, Coyne JC. Depression. In: Rakel RE, ed. Textbook of Family Practice. Philadelphia: W.B.Saunders Company. 1990: 1582-1595.
121. Aydın H, Bozkurt A, Özgen F. Duygudurum bozukluklarının genetik yönü. Depresyon Monografileri Serisi/3. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1993.
122. Kendler KS, Walters EE, Truett KR, et. al. Sources of individual differences in depressive symptoms: Analysis of two samples of twins and their families. The American Journal of Psychiatry 1994; 151(11): 1605-1622.
123. Krishnan KR, Hays JC, Blazer DG. MRI-defined vascular depression. The American Journal of Psychiatry 1997; 154(4): 502-509.
124. Leonard BE. Fundamentals of Psychopharmacology. 2nd ed. West Sussex: John Wiley & Sons. 1997.
125. Zill P, Engel R, Baghai TC. Identification of a naturally occurring polymorphism in the promoter region of the norepinefrine transporter and analysis in major depression. Neuropsychopharmacology 2002; 26: 489-493.
126. Du L, Bakish D, Hrdina PD. Tryptophan hydroxylase gene 218A/C polymorphism is associated with somatic anxiety in major depressive disorder. Journal of Affective Disorders 2001; 65: 37-44.
127. Manki H, Kanba S, Muramatsu T, et. al. Dopamine D2, D3, and D4 receptor and transporter gene polymorphism and mood disorders. Journal of Affective Disorders 1996; 40: 7-13.
128. Akvardar Y, Çalpak D, Etaner U, ve ark. Psikanalitik Kurama Giriş, İstanbul: Mepev Yayınları. 1997: 56-103.
129. Güleç C, Psikoterapiler. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1993.
130. Mallinckrodt B, Wei M. Attachment, social competencies, social support, and psychological distress. Journal of Counseling Psychology 2005; 52(3): 358-367.
131. First MB, Spitzer RL, Miriam G, et. al. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P). New York: Biometrics Research. 2002.
132. Çorapçıoğlu A. SCID-I Klinik versiyon. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Matbaası. 1999.
133. Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirilmesi ve kültürler arası bir karşılaştırma. Türk Psikoloji Dergisi 1999; 14: 71-76.

134. Kılıç C. Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7(1): 3-9.
135. Roberts JE, Gotlib IH, Kassel JD. Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology* (1996); 70: 310-320.
136. Bifulco A, Moran P, Ball C, et. al. Adult attachment style. II. Its relationship to psychosocial depressive-vulnerability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2002; 37: 60-67.
137. Cooper LM, Shaver PR, Collins NL. Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology* 1998; 74: 1380-1397.
138. Beatson J, Taryan S. Predisposition to depression: The role of attachment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2003; 37(2): 219-225.
139. Fonagy P, Leigh T, Steele M, et. al. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64: 22-31.
140. Gribble KD. Mental health, attachment and breastfeeding: implications for adopted children and their mothers. *International Breastfeeding Journal* 2006; 1:5
141. Zetterstrom R. Breastfeeding and infant-mother attachment. *Acta Paediatrica* 1999; 88: 1-6
142. Fergusson DM, Woodward LJ. Breast feeding and later psychosocial adjustment. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 1999; 13(2): 144-157.
143. Karabekiroğlu K. Anne sütü alma süresi erken çocukluk dönemi psikiyatrik sorunları için özgül bir risk faktörü müdür? *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2009; 3(3): 24-33.
144. Bayer JK, Sanson AV, Hemphill SA. Parental influences on early childhood internalizing difficulties. *Journal of Applied Developmental Psychology* 2006; 27: 542-559.
145. Howes C, Ritchie S. Attachment organizations in children with difficult life circumstances. *Development and Psychopathology* 1999; 11: 251-268.
146. Hammen C, Rudolph KD. Childhood Mood Disorders. In: Mash EJ, Barkley RA, ed(s). 2nd ed. *Child Psychopathology*. New York: Guilford Press. 2003: 233-278.
147. Breier A, Kelsoe JR, Kirwon PD, et al. Early parental loss and development of adult psychopathology. *Archives of General Psychiatry* 1988; 45: 987-993.
148. Lachman ME, James JB. Charting the course of midlife development. In: Lachman ME, James JB, ed(s). *Multiple Paths of Midlife Development* Chicago IL: University of Chicago Press. 1997: 1-17.

149. Maier EH, Lachman ME. Consequences of early parental loss and separation for health and well-being in midlife. *International Journal of Behavioral Development* 2000; 24(2): 183-189.
150. Huebner RA, Thomas KR, Berven NL. Attachment and interpersonal characteristics of college students with and without disabilities. *Rehabilitation Psychology* 1999; 44(1): 85-103.
151. Betts J, Gullone E, Allen JS. An examination of emotion regulation, temperament, and parenting style as potential predictors of adolescent depression risk status: A correlational study. *British Journal of Developmental Psychology* 2009; 27(2): 473-485.
152. Meyer B, Pilkonis PA, Proietti J, et. al. Attachment styles, personality disorders, and predictors of symptom course. *Journal of Personality Disorders* 2001; 15: 371-389.

10. EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR

Hastalığımın kişiler arası ilişkilerle bağlantısını araştırmak üzere yapıldığı açıklanan bu çalışmanın gerekçeleri doktorum tarafından açıklandı. Elde edilecek bilgilerin bu tür hastalıkların açıklanmasında ve tedavisinde katkıları olabileceği belirtildi. Anket verilerimin ve ismimin saklı tutulacağı anlatıldı. Doktorumun herhangi bir dayatması olmaksızın kendi isteğimle bu çalışmaya katılmış bulunmaktayım.

Tarih:
Adı Soyadı:
İmza:

Ek 2. Genel Sağlık Anketi

GENEL SAĞLIK ANKETİ-12 (GSA-12)

Hasta tarafından doldurulan ve özellikle birinci basamakta ruhsal rahatsızlığı ayırt etmek üzere Goldberg (1972, 1978) tarafından geliştirilen bir ölçektir. Bugüne kadar birçok farklı dil ve kültüre uyarlanmıştır. 60 soruluk formu sonrasında geliştirilen 30, 28, 12 soruluk kısa formları aynı şekilde güvenilir bulunmuştur. Bu çalışmada kullanılan GSA, 12 soru içermektedir. Her soru hiçbir zaman-her zamanki kadar- her zamankinden sık-çok sık olmak üzere 4 şıktan oluşmaktadır. Yanıtlar 0-0-1-1 şeklinde puanlanabilir. Her puan bir belirtiyi göstermektedir ve en yüksek puan 12 dir. Puan yüksekliği olası ruhsal sorunlara işaret etmektedir. Ülkemizde yapılan araştırmalar ruhsal rahatsızlık ön tanısı açısından GSA-12'nin kesme noktasının 1 ve 2 arasında olduğunu göstermiştir.

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kılıç (1996) tarafından yapılmıştır.

Kılıç C. Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik ve Geçerlilik Araştırması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1996; 7: 3-9.

SON ZAMANLARDA

Endişeleriniz nedeni ile uykusuzluk çekiyor musunuz?	Hayır, hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?	Hayır hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Yaptığımız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?	Her zamankinden iyi	Her zamanki kadar	Her zamankinden kötü	Her zamankinden çok kötü
Çevrenizde yararlı bir rol oynadığınızı düşünüyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az

Sorunlarınızla başa çıkabilmek için kendinizi yeterli görüyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?	Hayır hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Karşılaştığınız güçlüklerin üstesinden gelemediğinizi hissediyor musunuz?	Hayır hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyormusunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok az
Günlük işlerinizden zevk alıyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok az
Kendinizi mutsuz ve çökkün hissediyor musunuz?	Hayır hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok sık
Kendinize güveninizde azalma var mı?	Hiç yok	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok fazla
Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	Hayır, hiç görmüyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık

Ek 3. Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Adı Soyadı Başharfleri:

Eğitim:

Yaş:

Meslek:

Cinsiyet:

Medeni durum:

Yaşadığı yer: Şehir () Kasaba () Köy ()

Çocukluğunu geçirdiği yer: Şehir () Kasaba () Köy ()

0-1 yaş arasında bakımını kim yapmış?

Anne () Bakıcı+Anne () Anne+Anneanne/Babaanne () Diğer ()

Çocukluğunda kim tarafından yetiştirilmiş?

Anne () Baba () Bakıcı+Aile ()

Anneanne/Babaanne () Diğer ()

Çocukluğunda nasıl bakılmış?

Aşırı ilgiyle () İlgisiz () Yeterince ilgiyle ()

Çocukluğunda nasıl bir disiplinle büyütülmüş?

Aşırı kontrol () Yeterince kontrol () Az kontrol ()

Yetiştirilme biçiminin hastalığının oluşumuna katkısı olduğunu düşünüyor mu?

Evet () Hayır () Evetse nasıl

Şimdi kimlerle yaşıyor?.....

Tek başına yaşayabilir mi? Evet () Hayır () Hayırsa neden.....

Çocukluğunda ailenin durumu:

Bütün () Parçalanmış () Boşanmış ()

Çocukluğunda anne çalışıyor muydu? Evet () Hayır ()

Bebekliğinde ne kadar süreyle anne sütü aldı?

Çocukluğunda anne/babada önemli hastalık

öyküsü:.....

Çocukluğunda önemli hastalık

öyküsü:

Çocukluğunda anneden ayrılık: Var () Yok ()

Varsa kaç yaşında..... süresi

Çocukluğunda cinsel travma: Var () Yok ()

Varsa kaç yaşında.....

Ek 4. İlişki Ölçekleri Anketi

İLİŞKİ ÖLÇEKLERİ ANKETİ

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

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

- 1. Başkalarına kolaylıkla güvenemem.
- 2. Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli.
- 3. Başkalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım.
- 4. Bir başka kişiyle tam anlamıyla kaynaşıp bütünleşmek isterim.
- 5. Başkalarıyla çok yakınlaşırsam incitileceğimden korkuyorum.
- 6. Başkalarıyla yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım.
- 7. İhtiyacım olduğunda yardıma koşacakları konusunda başkalarına her zaman güvenebileceğimden emin değilim.
- 8. Başkalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak istiyorum.
- 9. Yalnız kalmaktan korkarım.
- 10. Başkalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim.
- 11. Çoğu zaman, romantik ilişkide olduğum insanların beni gerçekten sevmediği konusunda endişelenirim.
- 12. Başkalarına tamamiyle güvenmekte zorlanırım.
- 13. Başkalarının bana çok yakınlaşması beni endişelendirir.
- 14. Duygusal yönden yakın ilişkilerim olsun isterim.
- 15. Başkalarının bana dayanıp bel bağlaması konusunda oldukça rahatımdır.
- 16. Başkalarının bana, benim onlara verdiğim kadar değer vermediğinden kaygılanırım.
- 17. İhtiyacınız olduğunda hiç kimseyi yanınızda bulamazsınız.
- 18. Başkalarıyla tam olarak kaynaşıp bütünleşme arzum bazen onları ürkütüp benden uzaklaştırıyor.
- 19. Kendi kendime yettiğimi hissetmem benim için çok önemli.
- 20. Birisi bana çok fazla yakınlaştığında rahatsızlık duyarım.
- 21. Romantik ilişkide olduğum insanların benimle kalmak istemeyeceklerinden korkarım.
- 22. Başkalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim.
- 23. Terk edilmekten korkarım.
- 24. Başkalarıyla yakın olmak beni rahatsız eder.
- 25. Başkalarının bana, benim istediğim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum.
- 26. Başkalarına bağlanmamayı tercih ederim.
- 27. İhtiyacım olduğunda insanları yanımda bulacağımı biliyorum.
- 28. Başkaları beni kabul etmeyecek diye korkarım.
- 29. Romantik ilişkide olduğum insanlar, genellikle onlarla, benim kendimi rahat hissettiğimden daha yakın olmamı isterler.
- 30. Başkalarıyla yakınlaşmayı nispeten kolay bulurum.