



T.C.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN
11-15 YAŞ ARASI BİR GRUP ERGENDE BAĞLANMA
ÖZELLİKLERİNİN VE EBEVEYN TUTUMLARININ ARAŞTIRILMASI

Dr. Mehmet Erdem UZUN

UZMANLIK TEZİ

BURSA – 2011



T.C.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN
11-15 YAŞ ARASI BİR GRUP ERGENDE BAĞLANMA
ÖZELLİKLERİNİN VE EBEVEYN TUTUMLARININ ARAŞTIRILMASI

Dr. Mehmet Erdem UZUN

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ayşe Pınar VURAL

BURSA – 2011

İÇİNDEKİLER

Türkçe Özet.....	ii
İngilizce Özet.....	iv
Giriş.....	1
Gereç ve Yöntem.....	21
Bulgular.....	25
Tartışma ve Sonuç.....	39
Kaynaklar.....	47
Ekler	54
Teşekkür.....	69
Özgeçmiş.....	70

ÖZET

Bu çalışmada bağlanma düzeyini ve şeklini etkileyecek değişkenleri de göz önünde bulundurarak Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almış hasta grubunu sağlıklı bir grupla bağlanma özellikleri ve ilişkili ebeveyn tutumları bakımından karşılaştırmayı amaçlanmıştır.

Çalışmaya yaşları 11-15 yaş arasında olan ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu nedeniyle takip edilen 51 hasta ile herhangi bir psikopatoloji saptanmayan 26 kontrol katılmıştır. Deneklere kişisel bilgi formu ve İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA), deneklerin ebeveynlerine ise Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme tutum Ölçeği (AHÇYTÖ) uygulanmıştır.

Araştırma sonucunda deneklerimizin İÖA'dan aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında tüm bağlanma tipleri bakımından hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hasta grubunda en yüksek ortalama kayıtsız bağlanma alt tipinde, kontrol grubunda en yüksek ortalama güvenli bağlanma alt tipinde görülmüştür. Deneklerin AHÇYTÖ'den aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında tüm ebeveyn tutum alt ölçeklerinde hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hem hasta ve hem de kontrol gruplarında en sık karşılaşılan ebeveyn tutum şekli demokratik tutum ve eşitlik tanıma şeklinde bulunmuştur. Hasta grubunda yaş ile güvenli ve kayıtsız bağlanma alt ölçekleri arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kontrol grubunun İÖA ve AHÇYTÖ'den aldıkları puanların birbiri ile karşılaştırılması sonucunda kayıtsız bağlanma ile demokratik tutum ve eşitlik tanıma alt ölçeği arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

DEHB ve bağlanma süreci arasındaki bağın doğası henüz iyi anlaşılamamış olsa da, ortak perinatal risk faktörlerinin varlığı, ilişkili bir

varsayım oluşturuyor gibi görünmektedir.

Anahtar kelimeler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu,
bağlanma, ebeveyn tutumu.

SUMMARY

An Investigation of Attachment Style and Parenting Patterns in ADHD Adolescents Between 11-15 Years

In this study we aimed to investigate the attachment style and parenting pattern of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) adolescents comparing with healthy controls.

Fifty-one patients with ADHD diagnosis between 11-15 years old compared with 26 healthy control group of the same size. Sociodemographic form and Adolescent Relationship Scales Questionnaire (RSQ) were completed by adolescents while Parental Attitude Research Instrument (PARI) was applied to their parents.

No statistically difference was found between patients and healthy controls as looking at the average points of RSQ for all attachment styles. In patients group; the highest average points were found in dismissing attachment subtype but in healthy group in secure attachment subtype. The average score of PARI's all subscales of parenting style did not differ significantly between parents of patients and control groups. In both patients and control groups, the most common parenting style were egalitarianism and democratic attitude subscale. Comparing the scores of RSQ and PARI between patients and healthy groups secure and dismissing attachment subscales were positively statistically significant related with age in patients group. In the healthy group, between dismissing attachment and egalitarianism and democratic attitude parenting subscale were positively statically related.

Even the relationship between ADHD and attachment style process had not been understood, common perinatal risk factors are seemed to be an

assumption between each subjects.

Key words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, attachment, parenting style.

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Tanım

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu erken çocukluk döneminde başlayan, temel belirtileri dikkat eksikliği, hareketlilik, dürtüsellik olan süregelen, gelişimsel nöropsikiyatrik bir bozukluktur (1).

Tarihçe

DEHB tıp literatüründe ilk olarak 1902 yılında, George Still tarafından tanımlanmıştır. Bu çocukların kıpır kıpır, dürtüsel, dikkat sorunları ve duygudurum belirtilerinin olduğu, bazı fiziksel kusurları ve özel öğrenme güçlüklerinin olduğu bildirilmiştir. Bu konuyla ilgili yazılmış olan bu ilk yazıda, klinik durum zorunlu olarak beyin hasarı ya da zeka geriliğine bağlı olmayan dikkatsizlik ve dürtü kontrol bozukluğu olarak tanımlanmıştır (2).

Lewin, 1930'da zihinsel özürlü çocuk ve erişkinlerde beyin hasarı ile huzursuzluk, hareketlilik arasında bağlantı olduğunu söylemiştir ve bu bilgi hayvan çalışmaları ile paralellik göstermektedir. Lehtinen 1947'de organik neden hipotezini "hiperaktivitesi ve zeka geriliği olan çocuklarda bilişsel bozukluklar", "perseverasyon, dürtüsellik, distraktibilite ve hareketliliği" tanımlamıştır. Straus, bu çocuklardaki durumu "Minimal Beyin Hasarı Sendromu" olarak adlandırmıştır (2-4).

Ancak 1940'lı yıllarda bu çocuklarda beyin hasarını düşündürecek bir nedene rastlanmamış ve Clements ve Peters bozukluğu "Minimal Beyin Disfonksiyonu" olarak adlandırmışlardır. Bu adlandırmaya Macek tarafından uluslararası bir konferansta itiraz edilerek, alt grupların farklılığına dikkat çekilmiştir (2, 5).

1965'de ICD-9 ve 1968'de DSM-II ile hastalığı bilimsel sınıflandırma çabaları başlamış, hastalığın adı "Çocukluk Çağının Hiperkinetik Sendromu" olarak değiştirilmiştir. Eğer "Davranım Bozukluğu" ile birlikte ise "Hiperkinetik Davranım Bozukluğu" olarak kullanılmıştır. DSM-III'de (1980) alt gruplara

ayrılarak, "Hiperaktivitenin Eşlik Ettiği Dikkat Eksikliği" ve "Hiperaktivitenin Eşlik Etmediği Dikkat Eksikliği" olarak adlandırılmıştır (2, 4).

DSM-III'de tanı ölçütlerinde değişiklik yapılarak, hastalığın ana belirtileri "dikkat eksikliği", "dürtüsellik" ve "hiperaktivite" olarak belirlenmiştir. Öğretmen ve ailelerle yapılan çalışmalarda dürtüsellüğün, hiperaktivite ile yüksek birliktelik gösterdiği görülmüş ve DSM-IV'de tek başına tanımlanması sonlandırılmıştır. DSM-III-R'da "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" olarak adlandırılmış, DSM-IV'de bozukluk, Yıkıcı Davranım Bozuklukları başlığı altına alınmıştır (2, 4-6).

Tanı (7)

DSM-IV e Göre Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır:

(1). Aşağıdaki dikkatsizlik semptomlarında altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

Dikkatsizlik

- (a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yaparlar.
- (b) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınık.
- (c) Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.
- (d) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).
- (e) Çoğu zaman üzerine aldığı görevi ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.
- (f) Çoğu zaman sürekli mental aktivite gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.
- (g) Çoğu zaman üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç gereçler).
- (h) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolayca dağınık.
- (i) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkan.

(2). Aşağıdaki hiperaktivite-impulsivite semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

Hiperaktivite

- (a) Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- (b) Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- (c) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).
- (d) Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.
- (e) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.
- (f) Çoğu zaman çok konuşur.

İmpulsivite (dürtüsellik)

(g) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan cevabını yapıştırır.

(h) Çoğu zaman sırasını beklemede güçlüğü vardır

(i) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örneğin başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).

B. İşlevsel bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif-impulsif semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 7 yaşından önce de vardır.

C. İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir bozulma vardır(örn. Okulda [ya da işte] ve evde).

D. Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bozulma olduğunun açık kanıtları olmalıdır.

B. Bu semptomlar sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örneğin Anksiyete Bozukluğu, Dissosiatif Bozukluk ya da bir kişilik bozukluğu)

Alt tipleri;

Alt tipin ayrımı son altı aydır baskın olan belirtiler göz önüne alınarak yapılır.

1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Tip: Ana belirtilerin üçü de aynı zamanda vardır. DEHB'ye sahip çocuk ve ergenlerin büyük kısmı bu grupta yer alır. Erişkinler içinde aynı durumun geçerli olup olmadığı tam olarak bilinmemektedir.

2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin önde Geldiği Tip: En az altı aydır süregelen dikkatsizlik belirtileri vardır. Hiperaktivite ve impulsivite belirleri yoktur ya da 6'dan azdır.

3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip: En az altı aydır hiperaktivite-impulsivite belirtilerinin en az altısı süregelirdir. Dikkatsizlik belirtileri yok ya da 6'nın altındadır.

Epidemiyoloji

DEHB oldukça sık görüldüğü bilinmesine karşın, bugüne kadar yapılmış olan araştırmalarda farklı yöntem ve tanı koyma ölçütleri kullanıldığından, bu konuda kesin bir görüş birliği bulunmamaktadır (8). Yayınlanmış DSM-IV uyumlu çalışmalarda yaygınlık %0.2- 12.2 arasında bildirilmiştir. DEHB en sık okul çağı çocuklarında görülür ve daha ileri yaşlarda yapılan çalışmalarda sıklık düşer (9, 10).

İtalya'da 232 okul çağı çocuğunda, yaygınlığı DSM-III-R'a göre %6.5 olarak bildirmişlerdir (11).

DSM-IV tanı ölçütleri kullanılmaya başladığından beri 3 alt tipin yaygınlığında %3-5 den %12'ye artış olmuştur. Bozukluk, erkeklerde kızlardan daha sıktır, erkek/kız oranı duruma bağlı olarak (örn: genel toplum ya da klinik gibi) 4:1 ile 9:1 arasında değişmektedir (2).

DEHB'nin, bu bozukluğu olan çocukların birinci dereceden kan bağı olan akrabalarında daha sık olduğu bulunmuştur. Olguların % 55'inde aile öyküsü vardır. Tek yumurta ikizlerinde eş zamanlı hastalanma oranlar %51, çift yumurta ikizlerinde %33 dür (2, 12).

Etiyoloji

DEHB nin etiyolojisi halen tam olarak ortaya konamamıştır. Ancak, bozukluğun nörobiyolojik temelleri olduğu konusunda büyüyen bir uzlaşma bulunmaktadır. Bu konuda Joseph Biederman ve Thomas Spencer, Xavier Castellanos, Lily Hechtman ve Allan Zametkin tarafından yazılan yazıları alanın karmaşıklığını, farklı bulguları ve çözümlenmesi gereken birçok sorunu açıkça ortaya koymuştur. DEHB belirtileri tek boyutlu değildir ve bu nedenle birbiriyle ilişkili birçok nöroanatomik ve nörokimyasal sistemleri içerirler. Bu nedenle, tek bir beyin bölgesinin ya da nörokimyasal sistemin herhangi bir belirtinin ya da belirti grubunun tek ya da birincil sorumlusu olması çok mümkün değildir (13).

• Genetik Etkenler

Genetik araştırmaların temel dayanakları ikiz çalışmaları, evlat edinme ve aile araştırmalarıdır. Genetik geçiş ve olası özgül genetik bozukluklarla ilgili kesin sonuçlara henüz ulaşamamıştır. Ancak yazında birinci derece kan bağı olanlarda bozukluğun sık görüldüğü, monozigot ikizlerde dizigot ikizlere göre anlamlı derecede uyumluluk saptandığı, DEHB olan çocukların kardeşlerinde bozukluğa genel topluma göre iki kat fazla rastlandığı bildirilmektedir (1, 14). İkiz çalışmaları DEHB'nun kalıtımsallığın %80 oranında olabileceğini göstermektedir (14). Bu çalışmalarda DEHB'nun kalıtsal özelliği desteklenmiş; tek yumurta ikizlerinde DEHB uyumluluğu %50–84, çift yumurta ikizlerinde ise %30–40 dolayında bulunmuştur. İkiz

çalışmalarında hiperaktivitenin kalıtsallığı %64–77 oranında, dikkat eksikliğinin kalıtsallığı %76–98 oranında hesaplanmıştır. Evlat edinme çalışmaları da ailesel geçişi desteklemektedir (15).

Bozukluktan sorumlu tutulan tek bir gen saptanamasa da genetik araştırmalar günümüzde sürmektedir (15, 16). Diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi DEHB'nin oluşumunda birden fazla genin bozukluğun ortaya çıkışına katkısı olduğu düşünülmektedir (17).

DEHB'nda moleküler genetik çalışmalarla incelenen genlerden en çok üzerinde durulan ve olumlu bulguların elde edildiği genler dopamin D4 reseptör geni (DRD4) ve dopamin taşıyıcı protein genidir (DAT1) (18). DRD2 geni de genetik polimorfizm ile davranışsal özelliklerin bağlantılandırılmasını amaçlayan geniş araştırmaların odağı olmuş; özellikle Taq1 polimorfizmi DEHB ile ilişkili bulunmuştur (19). Aynı zamanda 3. kromozomdaki tiroid reseptör β genindeki mutasyonla DEHB arasında da bir ilişki saptanmış olup otozomal dominant geçiş gösteren bu mutasyon sonucu bedende tiroid hormonuna genel bir direnç geliştiği vurgulanmıştır (20). DEHB ile ilişkilendirilen DRD1, DRD2, DRD3, DRD5, serotonin taşıyıcı protein geni (SLC6A4), norepinefrin taşıyıcı protein geni günümüze kadar çalışılan diğer genlerdir (14, 21, 22).

Ailesel yüklülük çalışmaları, DEHB'nun ailesel geçişini ortaya koyduğu gibi (23, 24) davranım bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, duygudurum bozuklukları, alkol-madde kullanım bozuklukları gibi DEHB ile ilişkili psikiyatrik bozuklukların da ailesel geçişini göstermiş (17, 25) ve kalıtımsallığın 0,6- 0,9 oranında olduğunu işaret etmiştir (23, 24). Bununla birlikte kalıcı DEHB'nun (erişkinlik dönemine uzanan) kalıcı olmayan DEHB'ndan daha güçlü ailesel geçiş gösterdiği öne sürülmüştür (26).

- **Nörokimyasal Etkenler**

Tedavide kullanılan ilaçların etkilerinden yola çıkılarak DEHB olan çocuklarda özellikle dopamin (DA) ve norepinefrin (NA) başta olmak üzere nörokimyasal değişikliklere yönelik araştırmalar artmıştır (27). DA, NA ve bunların metabolitlerinin DEHB'daki rolü konusunda bilgiler halen kısıtlı olmakla birlikte yazında genel olarak DA ve NA metabolizmasında bir

azalmadan söz edilmektedir (14). Psikostimülanların sinaptik aralıkta DA ve NA'in etkilerini güçlendirdiği, trisiklik antidepresanların norepinefrin geri alımını inhibe ederek DEHB belirtilerini iyileştirdiği, özellikle prefrontal kortekste presinaptik norepinefrin taşıyıcılarının inhibisyonu ile dopamin ve noradrenalin düzeylerini arttırarak etki eden atomoksetinin DEHB belirtilerini azalttığı farmakolojik çalışmalarla gösterilmiştir (28). Hayvanlar ve insanlarda yapılan çok sayıda çalışmada DEHB'da idrar, kan ve beyin omurilik sıvısı gibi farklı beden sıvılarında katekolamin dengesinde bozukluğa işaret eden bulgular elde edilmiştir. DEHB olan çocuklarda beyin-omurilik sıvısındaki homovalinik asit (HVA) ile aşırı hareketlilik arasında pozitif uyumluluk bulunmuş ve yüksek HVA'e sahip çocuklarda psikostimülana yanıt oranı da yüksek bildirilmiştir (29).

Nörofizyoloji ve Beyin Görüntüleme Çalışmaları

DEHB'nun santral sinir sistemi hasarı sonucu geliştiğine yönelik düşünceler bozukluğun tanımlanmasından bu yana öne sürülmekte olup, yapılan çalışmalar sonucunda bozukluğun nöroanatomik kökenleri konusunda pek çok ön bulgu elde edilmiştir (30). Silik nörolojik belirtiler ve özgün olmayan EEG bozukluklarının tabloya eşlik etmesi, epilepsi gelişme olasılığının normalden yüksek olması bu görüşü destekler niteliktedir (31). Bugüne kadar yapılan nöroanatomik çalışmalar, DEHB etiyolojisinde prefrontal striatal-kortikal döngünün rolü üzerinde görüş birliğine varma yolunda olup, ayrıca sağ prefrontal-striatal-talama-kortikal döngünün sola göre daha önemli olabileceğini düşündürmektedir. Ancak bu bulgular herhangi bir beyin yapısında bozukluk bulunduğunu göstermemekte, bazı beyin bölgelerinin sağlıklı kontrollerden farklı büyüklük veya simetride olduğunu bildirmektedir (29).

DEHB'daki aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinden sorumlu dopaminerjik ve noradrenerjik yolların, dikkat eksikliği belirtilerinden sorumlu yollardan farklı olduğu düşünülmektedir. Motor aktiviteyi kontrol eden nigrostriatal dopamin yolağın DEHB'daki aşırı hareketliliği ve dürtüsellliği açıklamaya aday olduğu; mezokortikal dopamin yolağı ve lokus

sereleustan prefrontal bölgeye uzanan noradrenerjik nöronların işlev bozukluğunun da dikkat eksikliğinden sorumlu olduğu öne sürülmektedir(14).

Psikososyal ve çevresel etkenler bugüne kadar elde edilmiş olan bilgiler ışığında, DEHB'nin nedenleri arasında genetik etkinin % 70-80 dolaylarında olduğu (32) geri kalan bölümden ise psikososyal etkenlerin sorumlu olabileceği düşünülmekte ve bu etkinin altta yatan biyolojik yatkınlığı arttırıcı bir rolü olduğu ileri sürülmektedir (33).

Araştırmacılar tarafından psikososyal etkenler anne baba tutumu, aile işleyişi, kişisel özellikler, diyet, hamilelik dönemi, doğum ve doğum sonrası olaylar olarak ele alınmaktadır. DEHB'ye neden olabilecek olan psikososyal etkenleri araştıran bir grup çalışmacı anne-baba ve çocuk ilişkisine odaklanmışlardır. Çalışmaların bir bölümü DEHB'li çocukların anne-çocuk etkileşimindeki uyum ve iletişiminin sağlıklı yaşlıtlarıninkine kıyasla daha sınırlı olduğunu ortaya koymaktadır (34).

Buhrmester ve ark. (35) tarafından yapılan bir çalışmada, anne-oğul ve baba-oğul etkileşimi ele alınmış, DEHB tanısı alan erkek çocukların ailelerinin daha itici, talepkar ve inatçı yapıya sahip oldukları görülmüştür. Gardner (36) tarafından yapılan çalışmada da DEHB tanısı alan çocukların annelerinin kontrollere kıyasla daha olumsuz, kontrolcü, zorlayıcı, kolay beğenmeyen bir yapıya sahip olduğu ve çocuklara geri bildirim ve ödülleri çok az verdikleri gözlenmiştir.

Ailesel ve çevresel risk etkenlerinin DEHB ile ilişkisini araştırdıkları çalışmalar; annenin düşük eğitim düzeyine sahip olması, ailenin düşük sosyoekonomik düzeyden gelmesi, ailede ve özellikle annede DEHB belirtilerinin bulunmasının DEHB için bir risk oluşturduğunu ortaya koymuştur. DEHB oluşumunu etkileyen çevresel etkenlerin arasında gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde karşılaşılan güçlükler de bulunmaktadır. Bu çalışmalarda DEHB'nin ortaya çıkmasında hamilelik dönemi kanamaları, yüksek tansiyon (preeklamsi), annenin kronik sağlık sıkıntıları ve annenin yaşı gibi değişkenlerin önemli rolü olabileceği ileri sürülmektedir (37).

Akut ve travmatik olaylara kıyasla fetusun oksijensiz kalması ve kronik olarak bazı toksik ve/veya allerjen maddelere maruz kalması,

DEHB'nin ortaya çıkmasında etkili bulunmuştur. Çevresel etkenler arasında, doğum ve doğum öncesi dönemlerinde toksik ve alerjen maddelerle karşı karşıya kalmanın, DEHB'nin nedenleri arasında yer aldığını öne süren çalışmalar mevcuttur (38). Üzerinde en çok durulan maddeler, kurşun, katkı maddeleri, hormonlar ve besin boyalarıdır (39).

Düşük doğum ağırlığı ile DEHB arasındaki ilişkiyi ele alan birçok araştırma sonucu, DEHB ile düşük doğum ağırlığı arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermektedir. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı Bölümünde yapılan çok kapsamlı bir çalışmada da DEHB tanısı alan çocuklardan % 20'sinde erken doğum öyküsüne rastlanırken; bu oranın kontrol grubunda % 8 olduğu dikkati çekmektedir. Ayrıca DEHB yakınması olan çocukların anne sütü alma sürelerinin normal bebeklere oranla çok az olduğu dikkati çekmiştir (40).

Annenin hamilelik döneminde alkol ve sigara kullanılması ile DEHB arasında ilişki bir çok araştırmaya konu olmuştur. Hamilelik döneminde sigara ve alkol kullanımı ve fetusun bu maddelere maruz kalması, beyin hasarlarının gelişmesi açısından önemlidir. Gebe fareler ile yapılan hayvan çalışmalarında, kronik olarak nikotine maruz kalma ile yavrudaki hiperaktif belirtiler arasında ilişki bulunmuştur. Bunun nedeni nikotik reseptörlerin dopaminerjik aktiviteyi azaltması ve dopaminerjik disregülasyonun DEHB belirtilerinin ortaya çıkma olasılığını arttırmasıdır (41).

Tedavi

DEHB tedavisinde seçenekler farmakoterapi ve davranışçı terapiler olarak özetlenebilir

a) Farmakoterapi: DEHB tedavisinde günümüze kadar MSS stimulanları (metilfenidat, dekstroamfetamin, pemolin), trisiklik antidepressanlar, MAO inhibitörleri, klonidin gibi ilaçlar kullanılmıştır (2).

Günümüzde DEHB'nin tedavisinde psikostimülanlar ilk farmakolojik seçenek olmaya devam etmektedir. DEHB tedavisi için ilaç alan çocukların büyük bir yüzdesi stimulan kullanmaktadır ve geçtiğimiz son 20 yılda metilfenidatın DEHB tedavisinde kullanımı gittikçe artmaktadır.

DEHB'nin tedavisinde sık olarak kullanılan metilfenidat, semptomimetik ve psikostimülan etki gösteren bir ilaçtır. Özellikle katekolaminlerin geri alımını bloke eder ve bu santral etkisini daha çok dopamin aracılığıyla yapar (42). Yapılan kapsamlı bir çalışmada (MTA-Multimodal Treatment Study of Children with ADHD), ilaç tedavisi, davranışsal terapi ve ikisinin bir arada uygulanması karşılaştırılmıştır. MTA çalışması (43), yaşları 7- 9 arası 579 çocukla stimulan kullanımından on dört ay sonraki sonuçları elde etmiş, ilaç tedavisinin ve kombine tedavinin tek başına davranışçı terapi uygulamaktan daha etkin olduğunu göstermiştir.

b) Psikososyal tedaviler:

DEHB olan çocuklarda psikososyal tedavi içerisinde psikoeğitim, akademik organizasyon becerileri ve eğitimi, anne baba eğitimi, davranışsal düzenleme, bilişsel davranışsal terapi, sosyal beceri eğitimi, aile ve bireysel terapi yer alır. Konrollü çalışmalar bu yöntemlerden anne baba eğitimi, davranışsal terapi ve sosyal beceri eğitiminin etkin olduğunu göstermiştir. Psikososyal ve ilaç tedavilerinin birlikte kullanımının, herhangi birisinin tek başına kullanımından daha etkili olduğu gösterilmiştir. Psikoeğitim, çocuğun ve ailenin DEHB ve onun olası etiyolojisi, belirtileri, tedavileri, yan etkiler ve seyri ile ilgili eğitimi demektir. Bu eğitsel süreç içinde eşhastalanım, çocuğun deneyimlerindeki eksiklikler, çocuk, anne baba ve ailenin üzerindeki stresler de ele alınabilir. Ayrıca, davranışsal yöntemlerle istenen davranışlar pekiştirilmeye, istenmeyenler söndürülmeye çalışılır (44). Genellikle ortalama 1-2 saatlik 10-20 seans süren, DEHB hakkında bilgi veren, çocuğun yanlış davranışlarına daha dikkatli yaklaşmayı öğreten, ailelere yönelik eğitim programı uygulanmaktadır (45).

Gidiş ve Sonlanış

DEHB olan çocuklarda belirtiler 7 yaş öncesi başlar ve kronik bir seyir gösterir. DEHB tanısı alan çocukların %30 ila %80'i adolesan dönemde de hiperaktivite belirtileri gösterir, % 65'i erişkin dönemde devam eder (2).

Ailede DEHB öyküsü olması, eşlik eden davranım bozukluğu, duygudurum Bozukluğu, anksiyete bozukluğu olması DEHB semptomlarının uzun süre devam etmesi için risk faktörleridir (45). Adolesan ve erişkin

dönemde suça eğilim ve antisosyal kişilik bozukluğu, uzun süreli izlem çalışmalarında %25-%40 oranında gözlenmiştir (46). Özellikle de önceki davranım bozukluğu tanısı alan erkek çocuklarda daha siktir ve karşıt olma ve agresif davranışların gözlenmesi kötü prognostik bulgudur (47). DEHB tanısı almış olan çocukların normal kontrol grubuna göre adolesan dönemde daha fazla oranda uyuşturucu maddeleri denedikleri ve daha fazla oranda sigara kullandıkları bilinmektedir, genel populyasyondakinden yüksek olarak %30 oranında madde kullanımı bildirilmektedir (46).

Bağlanma Kuramı

Bağlanma [attachment], yaşamın ilk günlerinde başlayan, çevreyle olan etkileşim sonucu gelişen ve duygusal yönü ağır basan bir durumdur. Aynı zamanda bağlanma, çocuk ve bakım veren kişi arasında gelişen; çocuğun bakım veren kişiyi arama ve yakınlık arayışı davranışları ile kendini gösteren, özellikle stres durumlarında belirginleşen, dayanıklı ve devamlılığı olan duygusal bir bağ olarak da tanımlanmaktadır (48).

Bowlby (49) bağlanmayı, bakıcıya yönelik yakınlığı sürdürmeye hizmet eden içgüdüsel bir süreç ya da insanların kendileri için önemli gördükleri kişilere karşı geliştirdikleri güçlü duygusal bağlar olarak tanımlamaktadır. Bağlanma kuramı, anne ve bebek arasındaki bağın işlevini, bağın zarar görmesinin çocuğun gelişimi üzerindeki olumsuz etkilerinin sonuçlarını inceler.

Bu kavram, bireyin diğerleriyle daha sağlam duygusal bağlar kurma eğilimini ve istenmeyen ayrılıklarla kayıp durumlarında gelişen kaygı, kızgınlık, depresyon gibi duygusal sıkıntıları açıklar. Kuramın temeli 1950'lerin sonlarında ebeveyninden ayrılan çocukların çektiği yoğun sıkıntıyı anlamaya çalışan İngiliz psikanalist John Bowlby (1907-1990) tarafından atılmıştır (50).

Bowlby'e göre bağlanma bebeklik bitiminde sona ermemekte, güvenli bağlanma erken çocukluk boyunca sürmekte, bebeklik döneminde, çocuklukta, ergenlikte ve erişkinlikte farklı güven temelli bağlanma

davranışları gözlenmektedir. Bowlby, bağlanma davranışının gelişimini 4 evrede inceler:

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

Bowlby (51), büyük bebeğin ya da çocuğun ilk bağlantı nesnesinden ayrılmasını 3 evrede inceler. Birinci evre, sesli ya da sözlü karşı çıkma evresidir. Bebek bu evrede anneyi geri getirmek için ağlar. İkinci evre, bebeğin annenin geri dönüşüyle ilgili umudunu kestiği, onun geri dönüş olasılığını düşündüğü acı, yas evresidir. Üçüncü evre ise, savunma evresidir. Bebek annenin ayrılmasıyla ilgilenmez.

Bağlanmanın gelişimi: Temel bağlanma yaşamın ilk 9 ayında gerçekleşir ve bu, bakımverenin yokluğuna karşı öngörülebilir davranışlar şeklinde kendini gösterir. Bu dürtüsel bir işlemdir ve güvenliği ve hayatta kalmayı sağlayan bir özelliğe sahiptir. Bağlanma nesnesinin arzu edilen konumuyla gerçek konumu arasında bir çelişki doğduğunda bağlanma sistemi aktif hale gelir (44).

Bağlanmanın nörobiyolojisi: “Anne” beyni daha fazla bakım verme için hazırlanmıştır. Limbik sistemin evriminde dişilerin beyni bebeğin stresli çağrılarına daha duyarlılık gösterme, çocuklarla daha yakın ilişki içinde olma ve daha çok oyun oynamak üzere yapılanmıştır (52). Çeşitli deneylerle anatomik olarak incelenen bağlanmada en önemli beyin bölgelerinin amigdala, septal alan ve singulat korteks olduğu bildirilmiştir (53).

Sosyal bağlanmanın ele alındığı bu çalışmalar sonucunda, bakım verenleri tarafından yeteri kadar bakım, sevgi ve destek alan çocukların bağımsız ve ilişkilerinde güvenli erişkinler olmasının temellerinin nörobiyolojik dengelerde bulunduğu söylenebilir. Bir karşılıklılık içeren anne çocuk ilişkisinde, eğer çocuk iyi bakım alırsa beyin de biyokimyasal düzenini “her şey yolunda” olarak oluşturmakta ve kaydetmekte, eğer çocuk reddediliyor veya ihmal ediliyorsa nöronal düzenekler de ona göre oluşmaktadır. Sonuç

olarak araştırmalardan elde edilen veriler doğrultusunda bağlanmanın bilişsel sũreçler yanında nũrohormonların etkisiyle de şekillendiği anlaşılmaktadır. Tartışılması gereken bir diğer durum da bunun tam tersi olarak bağlanma sorunları nedeniyle de bazı nũrohormonal dũzensizliklerin meydana gelebilmesi olasılığıdır (52).

Bağlanma stilleri: Bağlanma şekillerini ilk kez Ainsworth tanımlamıştır. Ainsworth laboratuvar ortamında annesinden ayrılan ve sonradan annesiyle buluşturulan çocukların tepkilerini incelemiştir. Bunları gũvenli, kaygılı-kararsız ve kaçıngan-dirençli olarak 3 ayrı gruba ayırmıştır. Son yıllarda bu sınıflandırmaya dezorganize-dezoryante bağlanma da eklenmiştir (54). Ainsworth'e (55) gũre gũvenli bebek, annenin gereksinmelerini karşıladığını bilir, bu deneyim sũrekli yinelenir.

Kaygılı kararsız bebek ise, anneden ayrılırken ağlamaya ve sıkıntı duymaya çok yatkındır. Bu bebekler gereksinme duyduklarında anne-babalarının karşılık verebileceklerinden, yardımcı olabileceklerinden emin değildir. Bu belirsizlik yũzũnden ayrılık anksiyetesi duymaya yatkındırlar. Kaçıngan bebek ise, annenin reddedici davranışını aynalamakta, kendisini korumak için anneden kopmaktadır. Hayatını, annesinin sevgisi ya da desteği olmadan sũrdũrmeye çalışır (56). Hazan ve Shaver (57, 58, 59-61), Ainsworth'un ortaya koymuş olduğu ũçlũ bağlanma biçiminin yetişkin yaşamındaki karşılıkları olan ve ũzellikle yakın (intimate) ilişkiler bağlamında tanımladıkları romantik ilişkilerde bağlanmayı, kendini bildirim dayanan bir ũlçekle araştırmışlar ve yetişkinler için de gũvenli, kaygılı-kararsız ve kaygılı-kaçıngan bağlanma biçimleri olmak ũzere ũç boyut tanımlamışlardır.

Son yıllarda ergen ve yetişkin yakın ilişkilerinde bağlanmanın rolũnũ inceleyen Bartholomew ve Harowitz Bowlby'nin (57, 58, 59-61), bağlanma sisteminin benliğe ve başkalarına ilişkin içsel modelleri içerdiği gũrũřũnden yola çıkarak "Dũrtlũ Bağlanma Modeli"ni oluşturmuşlardır. Buna gũre, benlik ve başkaları modelleri olumlu ve olumsuz olma durumuna gũre dũrt kategoride değerlendirilmektedir

Benlik modelinin olumlu olması başkalarının onayından bağımsız olarak var olan, içselleştirilmiş ũz saygı ve "sevebilirlik" duygusu olarak

betimlenebilir. Benlik modelinin olumsuz olması düşük özsaygı ve başkalarından onay olma gereksinimiyle ilişkilidir (58, 60). Başkaları modelinin olumlu olması, yakın ilişkilerde destek ve yakınlık aramaktan çekinmemeye ve başkaları hakkında olumlu beklentilere sahip olmaya; başkaları modelinin olumsuz olması ise başkalarına ilişkin olumsuz beklentiler taşımaya karşılık gelmektedir (58). Bu bağlanma stilleri güvenli, saplantılı, kayıtsız, korkuludur (Şekil-1) (61, 62).

		kendilik modeli	
		olumlu	olumsuz
Baskaları modeli	olumlu	Güvenli bağlanma	Saplantılı bağlanma
	olumsuz	Kayıtsız bağlanma	Korkulu bağlanma

Şekil-1: Dörtlü bağlanma modeli (60).

1- Güvenli bağlanma stilinde hem benlik hem de başkaları modelleri olumludur. Bu stile sahip kişiler kendilerini değerli olarak algılar ve diğerlerini kabul eder ve destekleyici olarak görürler (60). Bu kişiler hem başkalarıyla kolaylıkla yakınlık kurar hem de özerk kalmayı başarabilirler (58, 63) İhtiyaç duyduklarında diğerlerinden destek alma konusunda rahattırlar.

2- Saplantılı bağlanma stili olumsuz benlik modeli ve olumlu başkaları modeliyle ilişkilidir (61).

Bu grup Hazan ve Shaver'in kaygılı/kararsız stiliyle kavramsal olarak ilişkilendirilir. Kendilerini değersiz hissetme ve sevmeye değer görmeme eğilimindedirler. Başkalarının onay ve görüşüne bağımlıdırlar. Diğerlerine yakın olmayı isterler fakat ihtiyaç duyduklarında diğerlerinin hazır bulunması veya elde edilebilirliği konusunda güvenleri eksiktir. Bir insanın iyi olduğunu düşünüp yakınlaşmak isterler fakat reddedilecekleri veya terk edilecekleri konusunda yüksek düzeyde kaygı yaşarlar (63). Bu kişiler sürekli olarak ilişkileri konusunda takıntılıdır ve ilişkilerinde pek gerçekçi olmayan beklentilere sahiptirler (58).

3- Kayıtsız bağlanma stili benlik modelinin olumlu olduğu fakat başkaları modelinin olumsuz olduğu stildir (62). Bu stilde başkalarına karşı reddeder bir tutum vardır. Kişi özerkliğine aşırı derecede önem verir (58). Bağlanma figürünü elde edilemez ve sorumsuz olarak kabul ederler. Diğerlerinden uzak durarak ve bağlanma ihtiyaçlarını reddederek olası bir reddedilmeye karşı olumlu kendilik imajını korumaktadırlar (62, 63). Başkalarına karşı güvensiz oldukları, başkalarını destekleyici olarak algılamadıkları, kendilerini başkalarına açma ve yakınlık kurmada isteksiz oldukları (64) akranları tarafından daha düşmanca algılandıkları bulunmuştur (58).

4- Korkulu stil her iki modelinde olumsuz olduğu stildir. Bu stile sahip kişilerin hem benlik hem de başkaları modeli olumsuzdur (61). Diğerlerine aşırı bağımlıdır (62). Bunlar kendilerini değersiz ve sevilmez olarak algılamakta başkalarını da güvenilmez ve reddedici olarak algılar. Diğerleri tarafından kabul edilmeyi istemelerine rağmen reddedilme beklentileri ya da korkuları yüzünden yakın olmaktan korkarlar (60). Kendilerini başkalarına açma, yakınlık kurma ve stres anında başkalarından destek isteme konusunda rahatsızlık duydukları, kendine güvenlerinin az olduğu, sosyal ortamlarda atılganlık gösteremeyen kişiler oldukları bulunmuştur (60, 64).

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

Aksine, iki yaş öncesi güvensiz bağlanma geliştiren bebeklerin, düşük sosyalleşme, zayıf akran ilişkisi, öfke yakınmaları, okul öncesi ve sonrası zayıf davranış kontrolü gösterdikleri saptanmıştır. Ancak bağlanma kuramıyla ilgili ortak yanlış anlayış, güvenli bağlanmanın normal, güvensiz bağlanmanın da tam tersi patolojik kabul edilmesidir. Her ne kadar güvensiz bağlanma daha sonraki uyum ve davranım sorunlarıyla ilişkilendirilmeye çalışılmaktaysa da, bunun kesinlikle böyle olacağını söylemek doğru değildir. Ancak güvensiz bağlanmanın psikopatoloji gelişimi için bir risk ve kırılabilirlik oluşturduğu söylenebilir. Greenberg'in (44) psikopatoloji gelişimini açıklamaya çalıştığı modelde, 4 temel risk faktörü tanımlanır. Bunlar, çocuğun karakteri yani mizacı, kendine ait özellikleri, bağlanma öyküsü, ebeveynlerin anne-babalık stili ve aile ekolojisidir. Ergenlik döneminde yaşanan depresyon ile ergenin annesiyle güvensiz bağlanması arasında ilişki bulunmuştur. Dahası intihar riski olan ergenlerde de, yine güvensiz bağlanma ile ilişkili bulunmuştur.

Annenin doğum sonrası depresyonunun erken dönemde annenin bağlanma bozukluğuyla ilişkili olduğu gösterilmişken 14. ayda etkisi gösterilememiştir. Bunun nedeninin ilk aylarda annenin bebeğiyle ilişkisinin şekillendikten sonra yaşamının 2. yılında dış etkenlere daha dirençli olabileceği söylenmiştir (65). Brockington'a (66) göre bağlanma bozukluğu ile istenmeyen gebelikler ve gebelik sırasında fetusla ilişki kurulmaması arasında güçlü bir ilişki vardır. Özellikle prematüre bebekler, çoğul gebelikler, duyu kusuru veya ciddi hastalığı olan bebekler, istismar edilenler ile evlatlık alınan bebeklerde bağlanma sorunları yaşanabilir. Anne/babanın da ruhsal veya zihinsel sorunları olması, kötü muameleye maruz kalma öyküsü ile mevcut aile içi stres de bağlanma sorunları ortaya çıkmasına neden olabilir. Bunun dışında bebeğin mizacı, geçirdiği hastalıklar, anne/babanın duygulanım bozuklukları, deneyimsizlik (ergen anneliği) bağlanma üzerinde olumsuz rol oynayabilir (67).

Anne-babaların birinde ya da ikisinde birden görülen depresyon ya da şizofreni gibi zihinsel bir hastalık çocuklarla güvenli bağlanma ilişkisi kurulmasını engelleyebilir (55). Benzer şekilde çocuğun mizaç özellikleri,

gelişimsel olgunluğu, sağlık durumu bağlanma şeklini etkilemektedir. Çocukta var olan görme ya da işitme kaybı, çocuğun bakım verene yanıt verme yeteneğini engelleyebilmekte, damak yarığı ya da yüzde şarap lekesi anne-babanın da bağlanmasını etkileyebilmektedir. Çocuğunu kaybedecek olma olasılığı bile anne-babanın yakın ilişkiye girmesine engel olabilmektedir. Anne-babanın kendi anne-babasına bağlanma şekli de kendi çocuğunun bağlanma şeklini belirlemektedir. Çocuk ve anne-baba özellikleri dışında genetik, kardeş ilişkileri ve yaşam koşullarının da bağlanma üzerinde etkili olduğu kabul edilir (54).

Ergenlik döneminde bağlanma ve psikopatoloji: Ergenlik döneminde biyolojik, mental ve sosyal değişim ön plana çıkar ve başkasıyla ilişkideki kendilik oldukça önem kazanır. Ergenlik çok önemli bir geçiş dönemidir ve bu dönemde çok önemli değişimler gerçekleşir, dolayısıyla bağlanma özellikleri de revizyona uğrar. Ergenlik döneminde bir yandan bağlanmanın güvenliği ve psikososyal işlev üzerine etkisi araştırılırken, diğer yandan bağlanmanın klinik düzeyde etkilerine de bakılmıştır. Özellikle de gelişimsel psikopatoloji açısından ergenlik döneminde biyopsikososyal değişimler dramatik boyuttadır ve buna bağlı olarak da yeme bozuklukları, davranım bozuklukları ve intihar gelişimi gibi patolojiler bu dönemde artar (44). Bebeklikte şekillenen bağlanma stilleri, bireyin yaşamının her adımında önemli rol oynamaktadır. Süt çocuklarında saptanan bağlanma özelliklerinin ergenlik döneminde de devam ettiğine ilişkin kanıtlar vardır. Güvensiz bağlanan çocuklardaysa okul dönemi ve ergenlikte daha fazla duygusal sorun yaşadığı tespit edilmiştir (68).

Ergenlik döneminde yaşanan depresyon ile ergenin annesiyle güvensiz bağlanması arasında ilişki bulunmuştur. Ayrıca intihar riski olan ergenlerde de yine güvensiz bağlanma ile ilişki bulunmuştur (44).

Güvensiz bağlanma yeme bozukluğu gelişiminde ve hastalığın sürmesinde rol oynayabilmektedir. Güvensiz bağlanan bireylerde olduğu gibi yeme bozukluğu hastalarında da düşük benlik saygısı, yetersizlik ve işe yaramazlık duyguları gelişebilmektedir. Bulimik hastaların normal bireylere göre güvensiz bağlanma alt ölçeğini daha fazla işaretledikleri dikkati

çekmiştir. Daha da önemlisi bulimik hastaların %36'sının (normallerin %17'si) güvensiz bağlanma puanları patolojik olarak değerlendirilebilecek kadar yüksek bulunmuştur (69). Yeme bozukluğu hastalarının önemli bir kısmında söz konusu olan güvensiz bağlanma, bireysel yatkınlık ile bir araya geldiğinde yeme bozukluğu belirtileri ortaya çıkmaktadır (70).

Bağlanma ve davranım bozukluğunun ilişkisine bakılan son çalışmalarda, antisosyal davranım sorunlarının kaçınan ve çözümlenmemiş bağlanma süreçleriyle ilişkisi gösterilmiştir (71).

Bireylerin bağlanma stilleri anne-babaların çocuk yetiştirme tutumlarına göre şekillenir. Ergenlik döneminde ergen bağlanma örüntüsünde ve anne-baba-ergen arasındaki ilişkilerde temel dönüşümler yaşanır. Anne-babaya güvenli bağlanma, ergenin kimlik ve özerklik gelişimine yardım eder. Anne-babası tarafından tutarsız, zarar verici, ambivalan ya da tepkisiz kalma gibi uygunsuz bir tutumla karşılaşan çocuk güvensiz bağlanma geliştirir ve stresle karşı karşıya kaldığında mahremiyetini yitirdiğini hisseder. Güvensiz bağlanma geliştiren ergenlerse, çevrelerindeki güvenemediklerinden genellikle kişileri kontrolleri altına alma eğiliminde olurlar, öfkelerini doğrudan ifade edemezler, bütünlük duygusuna sahip olamaz ve özdeğer duygusunu sürdürmezler. Bu kişilerin kimlik organizasyonlarında sorunlar yaşanır. Sonuç olarak, anne-babalar tarafından yön verilen bağlanma süreci gelecekteki kişiliğin gelişimi için önemlidir. Bağlanma bozuklukları ergenlik ve yetişkinlik psikopatolojilerinin kaynağı olabilir (72).

Gebelikteki annenin yaşadığı stresinin bazı doğumsal anomalilerde artışa yol açabildiği bilinmektedir. Ayrıca; dikkat ve hareketlilik sorunlarının, gebelikte yaşanan stres ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (73).

Güvensiz bağlanan çocuklar davranışsal inhibisyon için gerekli kendini kontrol ve düzenlemeyi tam olarak geliştirememiş oluyorlar ve güvensiz bağlanan çocuklar ömür boyunca dürtülerini kontrol etme zorluklarıyla karşı karşıya kalırlar. Zor bir mizaçla karakterize DEHB li çocuklar için uygun olmayan yetersiz ebeveynliğin çocuğun kendini kontrolde yaşadığı zorlukları kötüleştirebildiği ve güvensiz bir bağlanma paternine sebep olduğu söylenebilir. Ebeveynin tepki vermedeki yetersizliği, uygunsuz

olması, tutarsızlığı çocuğun çaresizlik ve yalnız olma duygularını güçlendirerek hiperaktif stratejilerin gelişimine katkıda bulunur. DEHB si olan zor mizaçlı duygusal tepkiselliği yüksek ve kendini regüle etme zorluğu olan çocuklar güvenlik hissi sağlayan, anksiyeteyi ve kendini yatıştırma yeteneğinin eksikliğinden oluşan iç kaosu azaltan destekleyici ve organize edici ebeveynliğe ihtiyaç duyarlar.

Hiperaktivite ile kendini gösteren zor mizaçlı DEHB li çocuklarda otonominin aşırı kısıtlanması, cezalandırıcı, müdahaleci, hiçe sayıcı olarak algılanarak kaçınan bağlanmayla sonuçlanabilir (74).

Alkol bağımlılığı olan ana babaların çocuklarında görülen psikopatolojileri saptamak amacıyla yapılan çalışmada, alkol bağımlılarının çocuklarında daha yüksek oranlarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, tepkisel bağlanma bozukluğu, karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu gibi dışa yönelim bozuklukları bulunurken, bazı çalışmalarda da depresyon ve anksiyete gibi içe yönelim bozuklukları saptanmıştır (75).

Çocuk-aile ilişkisinde aile işlevselliğindeki bozuklukların ve anne baba tutumlarının, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gelişimi açısından önemli rol oynadığı bildirilmektedir. Dikkat eksikliği hiperaktivite tanısı konmuş bireylerin anne-babalarında daha çok olumsuz-tepkisel davranış kontrolü ve daha az olumlu annesabalık tutumu saptanmıştır (76). Katı ve tutarsız ebeveyn tutumunun davranım bozukluğu gelişiminde de ana etkenler arasında olduğu gösterilmektedir (77). Ebeveyn davranışlarının DEHB'li çocuklar için önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir. Birçok araştırmacı DEHB'nin gelişmesinde ebeveyn disiplininin büyük bir nedensel rol oynamadığına inanmalarına (Barkley 1998, Whalen ve Henker 1998) rağmen disiplinin DEHB semptomlarının gelişiminde ve DEHB'li çocuklarda Karşıt Olma Karşı Gelme (KOKG) ve Davranım Bozukluğu (DB) görülmesinde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (78). DEHB'li çocukların ebeveynleri sıklıkla aşırı hareketliliği ve dürtüsel davranışlara dikkat etmektedirler. DEHB olmayan çocukların ebeveynlerinden daha çok sözel direktifler, tekrarlayan emirler, azarlar ve cezalar vermektedirler. DEHB'siz çocukların ebeveynlerinden daha az ödüllendirici ve duyarlı

olmaktadırlar (79). Özellikle ailede çocuğun DEHB ve yıkıcı davranışlarını yöneten tutum, bozukluğun seyrini ve şiddetini etkileyebilir. Maladaptif başa çıkma yöntemleri, DEHB'li çocuklarda daha çok yıkıcı ve daha az uysal davranışlara neden olan, izin verici ve otoriter ebeveyn tutumları gibi daha az yapıcı disiplin uygulamaları ile birleştirilmektedir (80).

Bowlby'nin çalışmalarından başlamak üzere güvensiz bağlanma biçimi daha sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olarak düşünülmüşken güvenli bağlanma sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilmiştir (81, 82). Major depresyon, sosyal kaygı bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk ve kronik ağrı bozukluklarının güvensiz bağlanma biçimiyle ilişkileri araştırmalarda gösterilmiştir (83-85).

Biz de bu çalışmada bağlanma düzeyini ve şeklini etkileyecek değişkenleri de göz önünde bulundurarak DEHB tanısı almış hasta grubunu sağlıklı bir grupta bağlanma özellikleri ve ilişkili ebeveyn tutumları bakımından karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Olgular

Bu araştırmaya Kasım 2009 ile Ağustos 2010 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğinde 11-15 yaş arasında olan ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu nedeniyle takip edilen 51 hasta ile herhangi bir psikopatoloji saptanmayan 26 kontrol katılmıştır. Çalışma ile ilgili gerekli onay Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 24 Kasım 2009 ve 2009-5/15 karar numarası ile alınmıştır.

Çalışmaya Kabul Edilme ve Hariç Tutulma Kriterleri

Gönüllülerin 11 yaşından küçük olmaması ve 15 yaşından büyük olmaması, gönüllülerin ve ebeveynlerinin bilişsel açıdan çalışmada kullanılacak ölçekleri ve yönergeleri anlayacak düzeyde olmalarına dikkat edilmiş çalışmaya katılmak üzere ergen ve veli/vasisinin aydınlatılmış onamı alınmıştır (Ek-1, Ek-2) İşlevselliğini bozacak kronik hastalığı olanlar araştırmaya dahil edilmemiştir.

Uygulanan Form ve Ölçekler

Kişisel Bilgi Formu (Ek-3)

Çalışmayı yürütenler tarafından bu çalışma için oluşturulan ve 29 maddeden oluşan bu form ile çalışmaya alınan olgunun ad-soyadları, doğum tarihi ve yeri, yaşı, baba adı, adres ve telefon bilgileri, cinsiyeti, kardeş sayısı, okul durumu, kiminle yaşadığı, beraberinde yaşadığı ailesinin öz olup olmadığı, anne ve babasının eğitim seviyeleri ve çalışma durumları, ailenin aylık geliri, gönüllüde ve anne-babasinda sigara, alkol kullanımı olup olmadığı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, doğum, doğum öncesi ve sonrasında annenin yaşadığı herhangi bir stres, planlı istenen çocuk olup

olmadığı, olgudan önce ölü doğum, bebek ölümü ve küretaj olup olmadığı sorgulandı.

İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA), (Adolescent Relationship Scales Questionnaire): (EK-4)

Ergenlerin bağlanma stillerini ölçmek amacı ile Bartholomew ve Horowitz (1991) tarafından geliştirilen 'Relationship Scales Questionnaire'in güvenilirlik aralığı 0.87-0.95 ve iç tutarlığı 0.82, her alt ölçek için cronbach alfa ise sırasıyla güvenli bağlanma-korkulu bağlanma:-0.35, kayıtsız bağlanma-saplantılı bağlanma;- 0.5'tir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Sümer ve Güngör (1999) tarafından yapılmıştır. Ölçek 17 maddeden oluşmakta yakın duygusal ilişkilerden kastedilen arkadaşlık, dostluk ve benzerlerini ve bağlanma stillerini tanımlamayı amaçlamaktadır. 4 farklı derecede değerlendirme yapmaktadır (58, 60) .

İlişki Ölçekleri anketinde 17 madde 4 bağlanma stili için kullanılmaktadır (58).

Bu bağlanma stilleri;

Güvenli bağlanma; güvenli bağlanma gösteren ergen yakın ilişkiler, arkadaşlıklar kurabilmektedir. Kişisel otonomiye sahip, diğer insanların iliksilerine saygılı ve kendi ilişkilerinde tutarlı bir yapı sergilemektedir.

Korkulu bağlanma; bu bağlanma tarzında kişi geri çevrilme korkusu ile yakın arkadaşlıklar kurmaktan kaçınmaktadır. İçeride dönük, emniyetsiz, diğer kişilere karşı güven duymayan bir yapı sergiler.

Kayıtsız bağlanma; kayıtsız bağlanma örüntüsü olan ergenler kişisel iyilik halinin devamı için sürekli başkalarının onayına ihtiyaç duymaktadırlar. Yaşamında yer alan her girişiminde diğer insanları idealize eden bir yapı sergilemektedirler. İlişkilerinde tutarsız ve abartılı bir tutum gösterirler.

Saplantılı bağlanma; saplantılı bağlanma gösteren ergen; duygularını ifade etmeyen aleksitimik (duygudan yoksun) yapıya benzerlik göstermektedir. İlişkilerinde açık ve güvenilir olmayan bir yapı sergilemektedir. Ancak bağımsız ve kendine güvenlidir. Korkulu bağlanmayı ifade eden sorular (1, 4, 9, 14); kayıtsız bağlanmayı ifade eden sorular (2, 5, 12, 13, 16); güvenli bağlanmayı ifade eden sorular (3, 7, 8, 10, 17); saplantılı

bağlanmayı ifade eden sorulardır (5, 6, 11, 15). Ölçekteki her madde 1-7 arasında puan değerliği almaktadır. Ölçekte yer alan bir madde (ölçekte 5.madde) ters çevrilerek hem saplantılı hem de kayıtsız bağlanma stili için kullanılmaktadır. Ölçekteki ters maddeler (5, 7, 17) maddelerdir. “Güvenli bağlanma” boyutu dışındaki faktörlerde puan artışı sağlıksız bağlanmayı işaret etmektedir. Ölçekten toplam puan elde edilmemekte, faktör puanları değerlendirilmektedir.

Aile Hayatı Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (EK-5)

Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (AHÇYTÖ): Shaffer ve Bell tarafından geliştirilen, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Küçük ve ark. tarafından yapılan bu ölçek anne babaların çocuk yetiştirme tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla kullanılır ve anne-babalar tarafından doldurulur (86, 87). Ölçeğin iç tutarlılığı 0.91’dir. AHÇYTÖ aşırı annelik, demokratik tutum ve eşitlik tanıma, ev kadınlığını reddetme, karı-koca geçimsizliği, baskı ve disiplin gibi 5 farklı boyutu değerlendirir. Likert tipi bir ölçek olan, 1- 4 arasında puanlanan AHÇYTÖ’nin değerlendirilmesi sırasında 2,29,44. maddeler dışında tüm maddeler doğrudan işaretlenen dereceye göre puanlanır. Her faktör boyutu için puanlar ayrı ayrı toplanır. Sonuçta her olgu için tek bir toplam puan yerine 5 ayrı boyutu yansıtan 5 ayrı puan hesaplanmış olur. ‘demokratik tutum ve eşitlik tanıma’ boyutu dışındaki faktörlerde puan artışı olumsuz ana-baba tutumlarını gösterir. Ölçekten toplam puan elde edilmemekte, faktör puanları değerlendirilmektedir. AHÇYTÖ’nin alt ölçeklerinden alınabilecek en yüksek puan aşırı annelik için 64, demokratik tutum ve eşitlik tanıma için 36, ev kadınlığını reddetme için 52, karı-koca geçimsizliği için 24, baskı ve disiplin alt ölçeği için 64’tür (72).

İstatistiksel Analiz

Bu araştırmaya Bursa Uludağ Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğinde DEHB tanısı ile takip edilmekte olan yaşları 11-15 arasında değişen alkol veya madde kullanımı olmayan 51 hasta

ve yine poliklinikte değerlendirilen ve herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan 26 kontrol dahil edilmiştir.

Verinin istatistiksel analizi SPSS13.0 istatistik paket programında yapılmıştır. Verinin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılım gösteren veri için iki grup karşılaştırmalarında t-testi ve normal dağılmayan veri için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. ikiden fazla grup karşılaştırmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon ve Spearman korelasyon katsayıları ile incelenmiştir. Kategorik verinin incelenmesinde Pearson Ki-kare testi ve Fisher'in Kesin Ki-kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0.05$ olarak belirlenmiştir.

BULGULAR

Sosyodemografik Bulgular

Çalışmaya, Bursa Uludağ Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğinde Mental Bozukluklarının Tanısal ve Sayımsal El kitabı 4. Baskısına (DSM-IV-TR) (7) dayalı klinik görüşmeler ve anne-baba ile öğretmen tarafından doldurulan conners ölçekleri de göz önünde bulundurularak DEHB tanısı konmuş, klinik anlamda depresyon, anksiyete ve davranım bozukluğu olmayan yaşları 11-15 arasında 51 hasta ile DEHB ve herhangi bir kronik hastalığı olmayan 26 kişiden oluşan kontrol grubu dahil edildi. Çalışmaya katılan hastaların 15 i (%29,4) kız, 36'sı (%70,6) erkek; kontrol grubunda ise 13 ü (%50) kız, 13 (%50) ü erkekti. Gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p=0,76$) (Tablo-1).

Tablo-1: Hasta ve kontrol grubunun cinsiyet oranları dağılımı.

Grup	Kız		Erkek		p
	n	%	n	%	
Hasta	15	29,4	36	70,6	0,076
Kontrol	13	50	13	50	

Hasta grubun yaş ortalaması $12,88\pm 1,35$ kontrol grubunun yaş ortalaması $13,42\pm 1,36$ olarak bulundu. Gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p=0,09$). Araştırmaya dahil edilen hasta ve kontrol grubunun her ikisinde de en büyük ve en küçük yaşlar sırası ile 15 ve 11 olarak belirlendi (Tablo-2).

Tablo-2: Hasta ve kontrol grubunun yaş ortalamasının dağılımı.

Değişken	Kontrol		Hasta		p
	OP±SS	Min-Maks	OP±SS	Min-Maks	
Yaş ortalaması	13,42±1,36	11-15	12,88±1,35	11-15	0,090

OP: Ortalama Puan, Min:minimum, Maks: Maksimum, SS: Standart Sapma.

Hastaların eğitim durumuna bakıldığında %17,6 (n=9) sınıf ilköğretim 1-5. sınıfta, %68,6 (n=35) sınıf ilköğretim 6-8. sınıfta, %13,7 (n=7) sınıf lise de olduğu, kontrol grubunun %19,2 (n=5) sınıf ilköğretim 1-5. sınıfta, %53,8 (n=14) sınıf ilköğretim 6-8.sınıfta, %26,9 (n=7) sınıf lisede olduğu saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo-3).

Tablo-3: Hasta ve kontrol grubunun eğitim düzeyleri dağılımı.

Grup	Eğitim Durumu						p
	1-5 .sınıf		6-8 .sınıf		lise		
	n	%	n	%	n	%	
Hasta	9	17,6	35	68,6	7	13,7	1-5.sınıf-6-8.sınıf p=0,74 1-5.sınıf-lise p=0,44 6-8 sınıf-lise p=0,19
Kontrol	5	19,2	14	53,8	7	26,9	

Hastaların %37,3 (n= 19) sınıfın okul başarısı düşük, %47,1 (n= 24) sınıfın orta düzeyde, %15,7 (n= 8) sınıfın ise iyi olduğu. Kontrol grubunun %3,8 (n= 1) sınıfın okul başarısının düşük, %42,3 (n= 11) sınıfın orta, %53,8 sınıfın ise okul başarısının iyi olduğu saptandı.

Bütün deneklerin (hasta ve kontrol) anne ve babası %100 (n= 83) öz olarak belirlendi.

Hastaların aile tiplerine bakılınca %90,2 (n=46) sinin ailesi çekirdek aile, %7,8 (n=4) inin ailesi geniş aile ve %2 (n=1) sinin dağılmış ailede yaşadığı, kontrollerin ise %100 (n=26) ünün çekirdek ailede yaşadığı bulundu.

Hastaların annelerinin eğitim düzeyi %39,2 (n=20) sinin ilk ve orta dereceli okul mezunu, %60,8 (n=31) inin lise ve üzeri okul mezunu olduğu, kontrol grubunun annelerinin eğitim düzeyi % 56,5 (n=13) inin ilk ve orta dereceli okul mezunu, %43,5 (n=10) ünün lise ve üzeri okul mezunu olduğu belirlendi. Gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (p=0,165) (Tablo-4).

Tablo-4: Hasta ve kontrol grubunun annelerinin eğitim düzeylerinin dağılımı.

Grup	Annenin Eğitim Düzeyi				p
	İlkokul ve Ortaokul		Lise ve Yüksekokul		
	n	%	n	%	
Hasta	20	39,2	31	60,8	0,165
Kontrol	13	56,5	10	43,5	

Hastaların babalarının eğitim düzeyi %33,4 (n=17) ünün ilk ve orta dereceli okul mezunu, %66,6 (n=34) sinin lise ve yüksek okul mezunu olduğu, kontrol grubunun babalarının %37,5 (n=9) inin ilk ve orta dereceli okul mezunu, %62,5 (n=15) inin lise ve üzeri okul mezunu olduğu saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (p=0,723) (Tablo-5).

Tablo-5: Hasta ve kontrol grubunun babalarının eğitim düzeylerinin dağılımı.

Grup	Babanın Eğitim Düzeyi				p
	İlkokul ve Ortaokul		Lise ve Yüksekokul		
	n	%	n	%	
Hasta	17	37,4	34	66,6	0,723
Kontrol	9	37,5	15	62,5	

Annelerin çalışma durumuna bakıldığında, hastaların annelerinin %41,2 (n=21) sinin çalışan anne olduğu, %58,8 (n=30) inin çalışmadığı, kontrol grubunun annelerinin %40 (n=10) inin çalışan anne olduğu, %60 (n=15) inin çalışmadığı saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (p=0,921).

Babaların çalışma durumuna bakıldığında, hastaların babalarının %11,8 (n=6) inin çalışmadığı, %88,2 (n=51) sinin çalıştığı, kontrol grubunun babalarının ise tamamının %100 (n=26) çalıştığı saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (p=0,169).

Hastaların ailelerinin aylık gelir düzeylerine bakıldığında %33,4 (n=17) ünün 2010 yılı açlık sınırı olan 892 TL nin altında gelir düzeyine sahip olduğu, %66,6 (n=34) sinin açlık sınırının üzerinde gelir düzeyine sahip olduğu saptandı. Kontrol grubunun ise %32 (n=8) sinin açlık sınırının altında %68 (n=18) inin ise açlık sınırının üzerinde gelir düzeyine sahip olduğu saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (p=0,907).

Hastaların annelerinin psikiyatrik hastalıklarına bakıldığında %78,4 (n=40) ünün herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu, %21,6 (n=11) sinin bir psikiyatrik hastalık öyküsü (9 annede depresyon, 1 annede obsesif kompulsif bozukluk, 1 annede panik bozukluğu) vardı. Kontrol grubunun annelerinin psikiyatrik hastalık öyküsüne bakıldığında %88 (n=22) inin herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsünün olmadığı, %12 (n=4) sinin bir psikiyatrik hastalık öyküsü (3 annede depresyon, 1 annede panik bozukluk

vardı. Gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p=0,356$) (Tablo-6).

Tablo-6: Hasta ve kontrol grubunun annelerinin psikiyatrik hastalık öyküsünün var olup olmadığına göre dağılımı.

Grup	Annenin Psikiyatrik Hastalık Öyküsü				p
	Yok		Var		
	n	%	n	%	
Hasta	40	78,4	11	21,6	0,356
Kontrol	22	88	4	12	

Hastaların babalarının %88,2 ($n=45$) sinin herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu. %11,8 ($n=6$) inin bir psikiyatrik hastalık öyküsü (4 babada depresyon, 2 babada panik bozukluğu) vardı. Kontrol grubundaki babaların hiçbirinde psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu. Gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p=0,169$) (Tablo-7).

Tablo-7: Hasta ve kontrol grubunun babalarının psikiyatrik hastalık öyküsünün var olup olmadığına göre dağılımı.

Grup	Babanın Psikiyatrik Hastalığı				p
	Yok		Var		
	n	%	n	%	
Hasta	45	88,2	6	11,8	0,169
Kontrol	26	100	0	0	

Hasta ve Kontrol Grubunun ve Ebeveynlerinin İlişki Ölçekleri Anketinden ve Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo-8'de araştırmaya katılan ergenlerin ilişki ölçekleri anketinden aldıkları puan ortalamaları değerlendirilmiştir.

Tablo-8: Hasta ve kontrol grubunun İlişki Ölçekleri Anketinden aldıkları puan ortalamalarının değerlendirilmesi.

Değişkenler	Kontrol		Hasta		p
	OP±SS	Min-Maks	OP±SS	Min-Maks	
Güvenli Bağlanma	3,94±1,09	2,20-6,0	3,85±0,89	1,60-5,80	0,829
Korkulu Bağlanma	3,32±1,21	1,50-5,50	3,49±1,28	1,0-1,75	0,557
Saplantılı Bağlanma	3,50±1,24	1,25-6,25	3,60±1,43	1,0-7,0	0,825
Kayıtsız Bağlanma	3,83±0,98	2,00-5,40	3,96±1,19	2,0-6,40	0,690

OP: Ortalama Puan, Min:minimum, Maks: Maksimum, SS: Standart Sapma.

Hasta grubunda en yüksek puan ortalamasını kayıtsız bağlanma ölçeğinden alırlarken (3,96±1,19), sırasıyla güvenli bağlanma (3,85±0,89), saplantılı bağlanma (3,60±1,43) onu takip etmiş, en düşük puanı ise korkulu bağlanma (3,49±1,28) alt ölçeğinden almışlardır. Kontrol grubunda en yüksek puan ortalamasını güvenli bağlanma ölçeğinden alırlarken (3,94±1,09), sırasıyla kayıtsız bağlanma (3,83±0,98), saplantılı bağlanma (3,50±1,24) ve en düşük puanı ise korkulu bağlanma (3,32±1,21) alt ölçeğinden almışlardır.

Tablo-9: Hasta ve kontrol grubunun ebeveynlerinin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının değerlendirilmesi.

Değişkenler	Kontrol		Hasta		p
	OP±SS	Min-Maks	OP±SS	Min-Maks	
Aşırı Annelik	2,45±0,07	1,44-3,56	2,76±0,53	1,75-3,63	0,097
Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma	2,96±0,28	2,44-3,44	3,03±0,35	2,0-3,78	0,347
Ev kadınlığını Red Etme	2,18±0,83	1,23-4,38	2,28±0,57	1,38-3,62	0,251
Karı Koca Geçimsizliği	2,30±0,73	1,17-3,67	2,52±0,58	1,33-3,83	0,126
Baskı ve Disiplin	2,25±0,56	1,38-3,13	2,36±0,47	1,50-3,31	0,643

OP: Ortalama Puan, Min:minimum, Maks: Maksimum, SS: Standart Sapma

Tablo-9'da ergenlerin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeğinden (AHÇYTÖ) aldıkları puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Hasta grubunun alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları demokratik tutum ve eşitlik tanıma için 3,03±0,35, aşırı annelik için 2,76±0,53, karı koca geçimsizliği için 2,52±0,58, baskı ve disiplin için 2,36±0,47 ve ev kadınlığını red etme için 2,28±0,57 dir.

Kontrol grubunun alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları demokratik tutum ve eşitlik tanıma için (2,96±0,28), aşırı annelik için (2,45±0,07), karı koca geçimsizliği için (2,30±0,73), baskı ve disiplin için (2,25±0,56) ve ev kadınlığını red etme için (2,18±0,83) tür.

Tablo-10: Cinsiyete göre hasta grubunun İlişki Ölçekleri Anketinden aldıkları puan ortalamalarının değerlendirilmesi.

Değişken	Kız		Erkek		p
	OP±SS	Min-Maks	OP±SS	Min-Maks	
Güvenli Bağlanma	3,73±0,87	2,00-5,60	3,91±0,91	1,60-5,80	0,406
Korkulu Bağlanma	3,11±1,10	1,50-5,25	3,65±1,33	1,00-5,75	0,149
Saplantılı Bağlanma	3,36±1,38	1,00-6,00	3,70±1,46	1,00-7,00	0,481
Kayıtsız Bağlanma	3,96±1,13	2,20-5,80	3,96±1,23	2,00-6,40	0,950

OP: Ortalama Puan, Min:minimum, Maks: Maksimum, SS: Standart Sapma.

Tablo-10'da araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlerine göre ilişki ölçekleri anketinden aldıkları puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Kız grubunda en yüksek puan ortalamasını kayıtsız bağlanma ölçeğinden alırlarken (3,96±1,13), sırasıyla güvenli bağlanma (3,73±0,87), saplantılı bağlanma (3,36±1,38) onu takip etmiş, en düşük puanı ise korkulu bağlanma (3,11±1,10) alt ölçeğinden almışlardır. Erkek grubunda en yüksek puan ortalamasını kayıtsız bağlanma ölçeğinden alırken (3,96±1,23), sırası ile güvenli bağlanma (3,91±0,91), saplantılı bağlanma (3,70±1,46) onu takip etmiş ve en düşük puan ortalamasını korkulu bağlanma ölçeğinden almıştır.

Tablo-11: Cinsiyete göre kontrol grubunun İlişki Ölçekleri Anketinden aldıkları puan ortalamalarının değerlendirilmesi.

Değişken	Kız		Erkek		p
	OP±SS	Min-Maks	OP±SS	Min-Maks	
Güvenli Bağlanma	4,21±1,05	2,40-6,0	3,69±1,11	2,20-5,60	0,295
Korkulu Bağlanma	3,48±1,47	1,75-5,50	3,17±0,92	1,50-4,50	0,687
Saplantılı Bağlanma	3,38±1,30	1,75-6,00	3,61±1,22	1,25-6,25	0,390
Kayıtsız Bağlanma	4,13±1,05	2,00-5,40	3,52±0,84	2,20-4,60	0,101

OP: Ortalama Puan, Min:minimum, Maks: Maksimum, SS: Standart Sapma.

Tablo-11’de araştırmaya katılan kontrol grubunun cinsiyetlerine göre ilişki ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Kız grubunda en yüksek puan ortalamasını güvenli bağlanma alt ölçeğinden alırlarken (4,21±1,05), sırası ile kayıtsız bağlanma (4,13±1,05), korkulu bağlanma (3,48±1,47) onu takip etmiş ve en düşük puan ortalamasını ise saplantılı bağlanma (3,38±1,30) alt ölçeğinden almışlardır. Erkek grubunda ise en yüksek puan ortalamasını güvenli bağlanma alt ölçeğinden alırlarken (3,69±1,34), sırası ile saplantılı bağlanma (3,61±1,22), kayıtsız bağlanma (3,52±0,84) bunu takip etmiş ve en düşük puan ortalamasını korkulu bağlanma (3,17±0,92) alt ölçeğinden almışlardır.

Tablo-12: Cinsiyete göre hasta grubunun ebeveynlerinin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının değerlendirilmesi.

Değişkenler	Kız		Erkek		p
	OP±SS	Min-Maks	OP±SS	Min-maks	
Aşırı Annelik	2,91±0,62	1,75-3,63	2,70±0,47	1,75-3,63	0,208
Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma	2,94±0,37	2,00-3,67	3,06±0,33	2,33-3,78	0,312
Ev kadınlığını Red Etme	2,43±0,69	1,54-3,62	2,21±0,50	1,38-3,23	0,307
Karı Koca Geçimsizliği	2,67±0,62	1,50-3,67	2,45±0,55	1,33-3,83	0,172
Baskı ve Disiplin	2,47±0,50	1,50-3,31	2,31±0,45	1,56-3,19	0,254

OP: Ortalama Puan, Min:minimum, Maks: Maksimum, SS: Standart Sapma.

Tablo-12’de araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlerine göre AHÇYTÖ den aldıkları puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Kız grubunun demokratik tutum ve eşitlik tanıma alt ölçeği için aldığı puan ortalaması 2,94±0,37, aşırı annelik için 2,91±0,62, karı koca geçimsizliği için 2,67±0,62, baskı ve disiplin için 2,47±0,50 ve ev kadınlığını red etme için aldıkları ortalama puan 2,43±0,69 dür.

Erkek grubunun demokratik tutum ve eşitlik tanıma alt ölçeği için aldığı puan ortalaması 3,06±0,33, aşırı annelik için 2,70±0,47, karı koca geçimsizliği için 2,45±0,55, baskı ve disiplin için 2,31±0,45 ve ev kadınlığını red etme için 2,21±0,50 dir.

Tablo-13: Cinsiyete göre kontrol grubunun ebeveynlerinin Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının değerlendirilmesi.

Değişkenler	Kız		Erkek		p
	OP±SS	Min-maks	OP±SS	Min-maks	
Aşırı Annelik	2,31±0,85	1,44-3,56	2,56±0,59	1,50-3,38	0,464
Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma	3,02±0,26	2,56-3,44	2,89±0,30	2,44-3,44	0,319
Ev kadınlığını Red Etme	1,95±0,60	1,23-3,08	2,00±1,01	1,38-4,38	0,316
Karı Koca Geçimsizliği	2,05±0,74	1,17-3,50	2,56±0,65	1,67-3,67	0,046
Baskı ve Disiplin	2,26±0,64	1,38-3,13	2,23±0,46	1,38-2,63	0,483

OP: Ortalama Puan, Min:minimum, Maks: Maksimum, SS: Standart Sapma.

Tablo-13'de kontrol grubunun cinsiyetlerine göre AHÇYTÖ den aldıkları puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Her iki cinsiyet bakımından karı koca geçimsizliği tutumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,046). Kız grubunun demokratik tutum ve eşitlik tanıma alt ölçeği için aldığı puan ortalaması 3,02±0,26, aşırı annelik için 2,31±0,85, baskı ve disiplin için 2,26±0,64, karı koca geçimsizliği için 2,05±0,74 ve ev kadınlığını red etme için aldıkları ortalama puan 1,95±0,60 dur. Erkek grubunun demokratik tutum ve eşitlik tanıma alt ölçeğinden aldığı puan ortalaması 2,89±0,30, karı koca geçimsizliği için 2,56±0,65, aşırı annelik için 2,56±0,59, baskı ve disiplin için 2,23±0,46 ve ev kadınlığını red etme için 2,00±1,01 dir.

Tablo-14: Hasta grubunun İlişki Ölçekleri Anketi ve Aile Hayatı Çocuk Yetiştirme ve Tutum Ölçeği alt testlerinin puanlarının karşılaştırılması.

	Güvenli bağlanma		Korkulu bağlanma		Saplantılı bağlanma		Kayıtsız bağlanma	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Aşırı Annelik	0,10	0,94	0,01	0,91	0,10	0,47	0,16	0,26
Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma	0,07	0,61	-0,04	0,75	-0,89	0,54	0,06	0,67
Ev kadınlığını Red Etme	-0,57	0,69	0,04	0,75	-0,07	0,60	0,14	0,32
Karı Koca Geçimsizliği	-0,19	0,18	-0,02	0,88	-0,40	0,78	-0,06	0,63
Baskı ve Disiplin	-0,21	0,15	0,12	0,39	0,07	0,63	0,23	0,11

r: Korelasyon katsayısı

Tablo-14’de hasta grubunun ilişki ölçekleri anketi ve aile hayatı çocuk yetiştirme ve tutum ölçeği alt testlerinin puanlarının karşılaştırılması değerlendirilmiştir. Hiçbir bağlanma alt ölçeği ile herhangi bir tutum alt testi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo-15: Kontrol Grubunun İlişki Ölçekleri Anketi ve Aile Hayatı Çocuk Yetiştirme ve Tutum Ölçeği Alt Testlerinin Puanlarının Karşılaştırılması.

	Güvenli bağlanma		Korkulu bağlanma		Saplantılı bağlanma		Kayıtsız bağlanma	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Aşırı Annelik	-0,42	0,06	0,38	0,08	-0,32	0,34	-0,32	0,14
Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma	0,40	0,06	0,08	0,70	-0,31	0,13	0,52	<0,001
Ev kadınlığını Red Etme	-0,15	0,49	0,08	0,69	-0,17	0,42	-0,16	0,44
Karı Koca Geçimsizliği	-0,26	0,20	0,19	0,36	-0,16	0,43	-0,10	0,60
Baskı ve Disiplin	-0,25	0,25	0,26	0,21	-0,29	0,17	-0,29	0,17

r: Korelasyon katsayısı

Tablo-15:de kontrol grubunun ilişki ölçekleri anketi ve aile hayatı çocuk yetiştirme ve tutum ölçeği alt testlerinin puanlarının karşılaştırılması değerlendirilmiştir. Kayıtsız bağlanma ile demokratik tutum ve eşitlik tanıma alt ölçeği arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo-16: Hasta ve kontrol grubunun yaşları ile İlişki Ölçekleri Anketi ve Aile Hayatı Çocuk Yetiştirme ve Tutum Ölçeği alt testlerinin puanlarının karşılaştırılması.

	Kontrol Yaş (n=32)		Hasta Yaş (n=51)	
	r	p	r	p
Güvenli Bağlanma	0,13	0,53	0,39	0,04
Korkulu Bağlanma	0,11	0,56	-0,13	0,34
Saplantılı bağlanma	-0,12	0,95	0,26	0,06
Kayıtsız Bağlanma	0,06	0,76	0,28	0,04
Aşırı Annelik	0,20	0,36	0,22	0,11
Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma	0,17	0,40	-0,04	0,77
Ev kadınlığını Red Etme	0,24	0,26	-0,01	0,89
Karı Koca Geçimsizliği	0,17	0,41	-0,02	0,85
Baskı ve Disiplin	0,35	0,09	0,22	0,13

r: Korelasyon katsayısı

Tablo-16'da hasta ve kontrol grubunun yaşları ile ilişki ölçekleri anketi ve aile hayatı çocuk yetiştirme ve tutum ölçeği alt testlerinin puanlarının karşılaştırılması değerlendirilmiştir. Kontrol grubunda yaş ile bağlanma ya da tutum alt ölçekleri arasında herhangi anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Hasta grubunda ise yaş ile güvenli ve kayıtsız bağlanma alt ölçekleri arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırmaya Bursa Uludağ Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğinde DEHB tanısı ile takip edilen yaşları 11- 15 arasında değişen alkol veya madde kullanımı olmayan 51 hasta ve yine poliklinikte değerlendirilen ve herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan 26 kontrol dahil edilmiş ve ergenlerin bağlanma özelliklerinin ve ebeveynlerinin tutum özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bir çalışmada 6 aylıktan sonra adopte olan çocuklarda daha fazla dikkatsizlik-hiperaktivite semptomları gözlenmiştir. Dikkatsizlik-hiperaktivite semptomlarıyla bağlanma bozukluğu arasındaki güçlü ilişkinin altı çizilmiştir (89). DEHB den muzdarip çocuklarda içsel düzenleme zorluğu tanımlanmıştır. Emosyonları kontrol etmede zorluk ve emosyonel oynaklık sıklıkla DEHB nin ana semptomları ile ilişkilidir. Güvenli olmayan bağlanmanın olması (içsel düzenleme zorluğu olduğu için) böylece DEHB için spesifik bir yatkınlık oluşturabilir (89).

İmpuls kontrolü, kendini sakinleştirme, girişkenlik, ısrarcılık, sabır ve inhibisyonla ilgili problemleri içeren kendini düzenleme defisitleri DEHB nin en belirgin özellikleridir. DEHB li çocuklarda görülen kendini düzenlemedeki bozukluğun köklerini bakım veren-çocuk arasındaki gergin erken etkileşimlerden ve bozulmuş primer bağlanmadan alabileceği öne sürülmüş (90).

Araştırmalar göstermiştir ki güvensiz bağlanan kişiler afektif ve davranışsal düzenleme ile ilgili problemlere daha duyarlıdır. DEHB deki sosyal defisitlerin belirginliği, güvensiz bağlanmanın gelişimsel sonuçları ve DEHB li çocuklarda görülen zorluklar arasındaki çekici benzerliğin kanıtını sağlar. Bir çalışmada çocuklar 6 aylıkken anne babanın aşırı müdahalesi erken çocuklukta dikkatin çelinebilirliği, orta çocuklukta hiperaktivite üzerine, biyolojik ve mizaçla ilgili faktörlerden daha güçlü etki ettiği öngörülmüştür. Ek olarak DEHB li çocukların erken ilişki öykülerinin güvensiz bağlanması olan çocuklarınkine benzediğine işaret eder. DEHB li çocukların annelerinin

çocuklarıyla daha az etkileşim başlattıkları, çocukların başlattıkları pozitif ve nötr etkileşimlere daha az tepki verdikleri ve daha negatif, daha tepkisel, daha fazla hükmedici, daha kontrolcü fakat daha az pozitif ebeveyn stratejileri(kontrol grubuna göre) kullandıkları tespit edilmiştir (91).

Başka bir çalışmada da infant dezorganize bağlanmasıyla, sonraki çocukluk çağı DEHB olguları arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bu çocuklarda DEHB olasılığı genel popülasyonla aynı çıkmıştır (92).

Deneklerimizin İlişki Ölçekleri Anketi den aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında tüm bağlanma tipleri bakımından hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hasta grubunda en yüksek ortalama kayıtsız bağlanma alt tipinde görülürken, kontrol grubunda ise en yüksek ortalama güvenli bağlanmaya alt tipinde görülmüştür.

Yapılan bir çalışmada kombine ve hiperaktivitesi baskın olan tiplerdeki çocuklar dikkat eksikliği baskın olanlara göre anksiyöz (kaygılı) ve kaçınan bağlanmada daha yüksek skorlar almışlar (74).

Bundan farklı olarak bi çalışmada dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda saplantılı bağlanmayı daha çok bulmuştur (93).

Başka bir çalışmada DEHB nin bağlanmanın güvensizliği ile ilişkili olduğu hipotezine destek bulunmuş. Yine yapılan başka bir çalışmada DEHB li grubun güvensiz bağlanma skorları yüksek bulunmuş (94). Bu sonuçlar bizim bulgularımızla benzerdir.

Türkiye de sağlıklı bir ergen grubu ile yapılan çalışmada ergenlerin İÖA'nin alt ölçeklerinden aldıkları en yüksek ortalama puan güvenli bağlanma alt ölçeğine ait olarak bulunmuştur (72). Bizim çalışmamızda da kontrol grubunun en yüksek ortalama güvenli bağlanma alt ölçeğinden aldığı bulunmuştur. Deneklerin Aile Hayatı Çocuk Yetiştirme ve Tutum Ölçeği den aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında tüm ebeveyn tutum alt ölçeklerinde hasta ve kontrol grupları arasına istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hem hasta ve hemde kontrol gruplarında en sık karşılaşılan ebeveyn tutum şekli demokratik tutum ve eşitlik tanıma şeklinde bulunmuştur. Bu

bulgularla hem hasta ve hemde kontrol gruplarının ailelerinde demokratik bir tutumun egemen olduğu söylenebilir.

Keskin ve am (72) 2008'de yaptıkları çalışmada araştırmaya katılan ergenlerin ailelerinde demokratik tutumun egemen olduğunu ve tüm kararların dengeli, tutarlı bir şekilde tüm aile üyeleri ile birlikte alındığını düşünmüşler. Bu çalışmada elde edilen bulgular ile bizim çalışmamızdaki bulgular paralellik göstermektedir.

Bir alışmada DEHB li çocuklardaki mizaç ve ebeveynlik stiline bağlanma paternine etkileri araştırılmış, kombine ve hiperaktivitesi baskın olan tiplerdeki çocuklar dikkat eksikliği baskın olanlara göre anksiyöz ve kaçınan bağlanmada daha yüksek skorlar almışlardır. Ve ailelerinin bu çocuklar üzerinde kontrol stili daha yüksek çıkmıştır. Değişken duygusallığı olan çocukların serbest bırakılması anksiyöz bağlanmaya sebep olurken değişken aktiviteli çocukların kısıtlanması ise kaçınan bağlanmaya sebep olmuştur. DEHB li çocuklara yetersiz ebeveynliğin çocuğun kendini düzenlemedeki zorluklarını arttırabildiği ve güvensiz bağlanma paternlerine yol açabildiği gösterilmiştir. DEHB li çocukların ebeveynlerindeki aşırı kontrolcü ya da müsaade edici ebeveynlik güvensiz bağlanma paternlerinin yerleşmesine yol açabileceği söylenmiştir (74).

Keskin ve am (72) nun çalışmasında İlişki Ölçekleri Anketi'nin güvenli bağlanma ve saplantılı bağlanma alt ölçeklerinde erkeklerin kızlardan daha yüksek puan aldıkları ve daha çok güvenli ve saplantılı bağlanma geliştirdikleri belirlenmiştir.

Yapılan bir çalışmada farklı olarak Japon kız ergenlerin anne-babalarına erkek ergenlerden daha fazla güvenli bağlandıklarını belirtmiştir (95).

Yine başka bir çalışmada bağlanma bozukluklarıyla birlikte gözlenebilen hiperaktivite ve davranım bozukluklarını erkeklerde daha çok gözlemiş, bu grupta genetik etkenlerin önemli olduğunu saptamıştır (96).

Bizim alışmamızda hasta grubunun cinsiyete göre İlişki Ölçekleri Anketi'nden aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında hiçbir bağlanma tipi arasına istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hem kız hem de

erkeklerin en yüksek puan ortalamasını kayıtsız bağlanma alt ölçeğinden aldıkları saptanmıştır. Kontrol grubunun cinsiyete göre İlişki Ölçekleri Anketin' den aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında hiçbir bağlanma tipinde her iki cinsiyet arasına istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Kontrol grubunda hem kız hemde erkeklerin en yüksek puan ortalamasını güvenli bağlanma alt ölçeğinden aldıkları saptanmıştır.

Başka bir çalışmada da bağlanma stillerine ilişkin güvenli bağlanma üzerinde cinsiyetler arasında farklılığa rastlanmıştır, erkeklerin ortalaması, kızların ortalamasından yüksek olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bağlanma stillerine ilişkin korkulu bağlanma, saplantılı bağlanma ve kayıtsız bağlanma üzerinde cinsiyetler arasında farklılığa rastlanmamıştır (97).

Hasta grubunun cinsiyete göre Aile Hayatı Çocuk Yetiştirme ve Tutum Ölçeği den aldıkları puan ortalamalarına göre hiçbir tutum alt ölçeğine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Hem kız hemde erkek grubundakilerin ebeveynlerinin en yüksek puan ortalamasını demokratik tutum ve eşitlik tanıma tutumu alt ölçeklerinden aldıkları saptanmıştır.

Kontrol grubunun cinsiyete göre Aile Hayatı Çocuk Yetiştirme ve Tutum Ölçeği den aldıkları puan ortalamalarına göre hiçbir tutum tipinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Kontrol grubundaki kızların ve erkeklerin de ebeveynlerinin en yüksek puan ortalamasını demokratik tutum ve eşitlik tanıma tutumu alt ölçeklerinden aldıkları saptanmıştır.

Genel olarak baktığımızda çalışmamızda tüm deneklerin ailelerinde demokratik bir tutumun egemen olduğu ve aile içindeki kararların ortak bir şekilde alındığı sonucuna varılabilir.

Bir çalışmada DEHB li çocukların karakteristik davranışlarının annelere bağlanma derecesi ile ilişkili onun da suçlayıcı ebeveynlik stili ile ilişkili olduğu gösterilmiş. Bu sonuçlar DEHB li çocukların annelerinde çocuklarıyla bağlanma eksikliğinin bir sonucu olarak daha katı ve suçlayıcı ebeveynlik stili olabileceğini göstermiştir (98).

Hasta grubunun İlişki Ölçekleri Anketi ve Aile Hayatı Çocuk Yetiştirme ve Tutum Ölçeği den aldıkları puanların birbiri ile korelasyonlarına bakılmış ve anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Kontrol grubunun İlişki Ölçekleri Anketi ve Aile Hayatı Çocuk Yetiştirme ve Tutum Ölçeği den aldıkları puanların birbiri ile karşılaştırılması sonucunda ise kayıtsız bağlanma ile demokratik tutum ve eşitlik tanıma alt ölçeği arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Hasta ve kontrol grubunun yaşları ile İlişki Ölçekleri Anketi ve Aile Hayatı Çocuk Yetiştirme ve Tutum Ölçeği den aldıkları puanlar birbiri ile karşılaştırılmış ve kontrol grubunda yaş ile bağlanma alt ölçekleri arasında herhangi anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Hasta grubunda ise yaş ile güvenli ve kayıtsız bağlanma alt ölçekleri arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Keskin ve Çam (72) yaptıkları çalışmada İÖA'nin korkulu bağlanma alt boyutunda yaş ilerledikçe korkulu bağlanmanın azaldığı saptanmıştır. Bir çalışmada ilköğretim, lise ve üniversite öğrencilerinin bağlanma stilleri arasında farklılık saptanmıştır. Lise öğrencilerinde daha çok korkulu ve dağınık bağlanmaya, üniversite öğrencilerinde ise güvenli ve kayıtsız bağlanmaya rastlandığı belirtilmiştir (99).

Hasta ve kontrollerin yaşları ile Aile Hayatı Çocuk Yetiştirme ve Tutum Ölçeği nin alt boyutları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bir çalışmada DEHB'li çocuk ve ergenlerin algıladıkları ebeveyn tutumlarının yaşa göre farklılık gösterdiği ve ebeveynlerini izin verici- ihmalkâr olarak algılayanların yaş ortalamasının daha yüksek olduğu, ebeveynlerini otoriter ya da demokratik olarak algılayanların yaş ortalamasının ise daha düşük olduğu belirlenmiştir (78).

Bağlanmanın güvenliği dikkatin düzenlenmesi ve odaklanması kapasitelerini modüle edebilir; benzer şekilde, zor mizacın olması, dışavurum bozuklukları ve bağlanma süreçleri bozukluklarına ortak bir yatkınlık oluşturabilir. Klinik çalışmalar göstermiştir ki, güvenli olmayan bağlanma stilleri çocuklarda dışavurum bozuklukları için bir risk faktörüdür. DEHB için

bu etki kendini sadece diğerk risk faktörü olan çocuklarda gösterir. Bağlanma süreci ile yakından ilişki bir parametre olan ebeveyn bakımının kalitesi, DEHB nin davranım bozukluğu ile komorbid olma komplikasyonuna karşı koruyucu bir faktör olabilir. Ek olarak erken ağır eksikliklere (yetersizliklere) maruz kalan çocuklarda tanımlanan tepkisel bağlanma bozukluğu nun dikkatsizlik-hiperaktivite semptomlarıyla güçlü ilişkisi, bu iki bozukluk arasındaki bağı ve ayırıcı tanı sorusunu ortaya koyar. Bazı bilinen risk faktörleri ve araştırmalarda umut vaat eden faktörler ile birlikte perinatal faktörlerin rolünün bağlanmanın sağlanması ve DEHB için yatkınlık oluşturduğu görülmektedir. Hipotalamohipofizer aksın disfonksiyonu gibi epigenetik mekanizmalar da bu iki bozukluğa ortak biyolojik yatkınlık yaratabilir (89).

Anne-bebek bağlanma bozukluğu ruhsal hastalıklarla tam olarak açıklanamamasına rağmen, depresyonu olan annelerde daha yüksek oranda bağlanma bozukluğu görülmektedir. Bu durumun ciddiyetini gösteren bir çalışmada doğum sonrası ciddi depresyonda annenin bebeğine saldırgan duyguları, öfkesi, öldürme düşünceleri ve/veya davranışları artmış olarak bulunmuştur (100). Yine bu bozukluklarda bebeğin annesine bağlanma bozukluğu veya güvensiz bağlanma yaşadığı bildirilmiştir (101).

Benzer bir çalışmada psikiyatrik hastalıkların, anne bebek bağlanmasını uzun dönemde olumsuz etkilediği, doğum sonrası depresyonda doğumdan 1 yıl sonra bakılan anne-bebek bağlanmasının güvensiz nitelikte olduğu gösterilmiştir (102).

Güvensiz bağlanma, zor mizaçları veya çevreleri sebebiyle yatkınlığı olan çocuklarda dışavurum bozukluğu için bir risk faktörüdür. Güvensiz bağlanma stili klinik popülasyonda yaygındır, mümkündür ki sadece DEHB için spesifik bir yatkınlık değildir.

Bağlanma stili DEHB nin klinik görünümünün bir parçası olabilir. Ciddi erken duygusal yetersizliklerin olduğu durumlarda, DEHB ve bağlanma bozukluğu semptomları (aradaki ilişkinin doğası net olarak tanımlanmasa da) ön plandadır. Erken bakımda eksikliğe maruz kalan Romanya yetiştirme yurdu ve United Kingdom evlatlıkları ile bakım yetersizliğine maruz kalmayan evlatlık çocukların olduğu gruplarda 2 çalışma yapılmış. Erken eksikliğin

süresinin dikkatsizlik-hiperaktivite üzerine net etkisi belirtilmiştir. Bağlanma bozukluğu ile özellikle disinhibe tip DEHB arasında ayırıcı tanı yapmanın zorluğu gösterilmiş (89).

Bağlanma kuramcılarına göre, bağlanma biçimi süt çocukluğu döneminde güvenli ya da güvensiz olarak bir kez belirlendikten sonra çok az değişkenlik gösterir (68).

Bir bebeğin huy ve alışkanlıklarının belirlenmesinde bağlanmanın sağlıklı bir şekilde kurulmasının payının büyük olduğu söylenmiştir (103).

DEHB için genetik yatkınlık yaratan faktörlerin varlığı iyi bir şekilde gösterilmiştir ve DEHB için genetik yatkınlık yaratan faktörlerin varlığı iyi bir şekilde gösterilmiştir ve bunlar özellikle D4 alel 7'si olmak üzere bazı dopaminerjik gen polimorfizmini kapsar. Dopamin metabolizmasındaki bozulmalar, DEHB ve bağlanma bozuklukları için ortak bir yatkınlığa yol açar. Çünkü bu nörotransmitter dikkat, motivasyon, dikkatin yönlendirilmesi ve ödül sisteminde görev alır. Prematürite ve düşük doğum ağırlığı DEHB için risk faktörü olarak bilinir ve paralel olarak, yatkın olan ebeveynlerde bağlanmanın kurulmasında bir zorluk teşkil eder. Bağlanma stili DEHB'nin ortaya çıkması ve klinik evrimi üzerine etki edebilir veya yatkınlığı olan popülasyonda görünümü destekleyebilir. Bağlanmanın güvenli olduğu ailelerde, etkileşimlerin kalitesi DEHB'nin evrimsel komplikasyonu, özellikle de davranım bozukluğu komorbiditesini kısıtlıyor gibi görünmektedir. Ek olarak erken etkileşimin bozulmasındaki ciddi bozulmalar, Tepkisel Bağlanma bozukluğunu içerebilir ve hiperaktivite ile dürtüsellik semptomlarının riskini arttırabilir. Emosyonel düzenlemedeki zorluklar, Tepkisel Bağlanma bozukluğu ve DEHB nin ortak bir özelliğini oluşturuyor gibi görünmektedir (89).

DEHB ve bağlanma süreci arasındaki bağın doğası iyi anlaşılammış olsa da ,ortak perinatal risk faktörlerinin varlığı, ilişkili bir varsayım oluşturuyor gibi görünmektedir (89).

Bu çalışma bildiğimiz kadarıyla ülkemizde DEHB de bağlanma özelliklerinin araştırıldığı ilk çalışma olması nedeniyle önem taşımaktadır. Yurt dışında DEHB de bağlanmayı araştıran bazı çalışmalardan farklı

sonuçlar alınmiş olması Türk toplumunun yapısından, kullanılan ölçeklerin farklılığından ya da hastalarımızın çoğunun bileşik tip DEHB olmasından kaynaklanmiş olabilir. Bu alanda daha kapsamlı ve geniş kitleleri içeren çalışmalara gerek duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Köroğlu E (çeviri editörü). Amerikan Psikiyatri Birliği Psikiyatrik Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırması El Kitabı. Gözden Geçirilmiş 4. baskı (DSM-IV-R). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2000.
2. Weis M, Weis G. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Lewis M (ed). Child and Adolescent Psychiatry. 3rd edition. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2002. 645-70.
3. Canat S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Güleç C, Köroğlu E (editörler). Psikiyatri temel kitabı. 1. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1998. 1119-31.
4. Laurence L, Gren hill MD. Attention-deficit hyperactivity disorder in children. In: Garfinkel BD, Carlson GA, Weller EB (eds). Psychiatric disorders in children and adolescent. 1st edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1990. 183-93.
5. Graham P. Child psychiatry. 2nd edition. New York: Oxford University Press 1991:148-57.
6. Senol S, Köroğlu E. Genellikle ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konan bozukluklar. Köroğlu E (editör). DSM-IV Mental bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı 4. baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1994. 43-149.
7. Köroğlu E (çeviri editörü). Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanıs ve Sayımsal Elkitabı. 4. baskı. Ankara:Hekimler Yayın Birliği;2007.
8. Köroğlu E (çeviri editörü.) Ruhsal Bozuklukların Tanıs ve Sayımsal Elkitabı. Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007.
9. Burd L, Klug MG, Coumbe MJ, Kerbeshian J. Children and adolescents with attention deficit-hyperactivity disorder: 1. Prevalence and cost of care. J Child Neurol 2003;18:555-61.
10. Vasconcelos MM, Werner JJr, Malheiros AF, Lima DF, Santos IS, Barbosa JB. Attention-deficit/hyperactivity disorder prevalence in an innercity elementary school. Arq Neuropsiquiatr 2003;61:67-73.
11. Benjasuwntep B, Raungdaraganon N, Visudhiphan P. Prevalence and clinical characteristics of attention deficit hyperactivity disorder among primary school students in Bangkok. J Med Assoc Thai 2002;85:1232-124.
12. Cyr M, Brown CS. Current drug therapy recommendations for the treatment attention deficit hyperactivity disorder. In: Palmer KJ (ed). Topics in Pediatric Psychiatry. 1st edition. Hong Kong: Adis Boks; 2000. 69-79.
13. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan Sadock's pocket handbook of clinical psyhiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
14. Şenol S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Çuhadaroğlu F (editör). Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı. Ankara: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği Yayınları; 2008. 3293-311.

15. Ercan ES, Aydın C. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu özellikleri-tedavisi çocuklarda ve erişkinlerde belirtileri. Ercan ES (editör). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. 3. baskı. İstanbul: Gendaş; 2000.
16. Levy F, Hay DA, McStephen M, et al. Attention Deficit hyperactivity disorder: a category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:737-44.
17. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, et al. Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:526-33.
18. Mc Cracken JT. Attention Deficit Disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds). *Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8th edition. Philadelphia: Lipincott: Williams&Wilkins; 2005. 3183-204.
19. Grady DK, Zhang Y, Civelli O. PCR detection of the TaqA RFLP at the DRD2 locus. *Hum Mol Genet* 1993;2:2197.
20. Goldstein S. Continuity of ADHD in Adulthood: Hypothesis and Theory Meet Reality. In: Goldstein S, Ellison AT (eds). *Clinician's Guide to Adult ADHD Assessment and Intervention*. California USA: Academic Press; 2002. 25-45.
21. Aaron J, Addington M, Sidransky E. Support for Association Between ADHD and Two Candidate Genes: NET1 and DRD1. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2005;134:67-72.
22. Barr CL, Kroft J, Feng Y. The norepinephrine transporter gene and attention-deficit hyperactivity disorder. *Am J Med Gen* 2002;114:255-9.
23. Thapar A, Holmes J, Poulton K, et al. Genetic basis of attention deficit and hyperactivity. *Br J Psychiatry* 1999;174:105–11.
24. Todd RD. Genetics of attention deficit/hyperactivity disorder: Are we ready for molecular genetic studies? *Am J Med Genet* 2000;96:241–3.
25. Faraone SV. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am* 1994;3:285–98.
26. Wendew P, Wolf L. & Wassertein J. Adults with ADHD: An overview. *Ann N Y Acad Sci* 2001;931:1-16.
27. Cantwell DP. Attention deficit disorder a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:978–87.
28. Zhou J. Norepinephrine transporter inhibitors and their therapeutic potential. *Drugs Future* 2004;29:1235-44.
29. Castellanos FX. Cerebrospinal fluid homovanilic acid predicts behavioral response to stimulants in 45 boys with attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuro Psycho Pharmacology* 1996;14:125-36.
30. Ercan ES, Aydın C. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Ekşi A (editör). *Ben hasta değilim, çocuk sağlığı ve hastalıklarının psikososyal yönü*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 1999. 270–84.
31. Senol S, İseri E, Kockar A. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Ankara: HekimlerYayın Birliği; 2005.
32. Joseph J. Problems in Psychiatric Genetic Research: A Reply to Faraone and Biederman. *Developmental Review* 2000;20:582-93.
33. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD 1997;121:65-94.

34. Befera MS, Barkley RA. Hyperactive and normal girls and boys: mother-child interaction, parent psychiatric status and child psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 1985;26:439-52.
35. Buhrmester D, Whalen CK, Henker B, MacDonald V, Hinshaw SP. Prosocial behavior in hyperactive boys: effects of stimulant medication and comparison with normal boys. *J Abnorm Child Psychol* 1992;20:103-21.
36. Harvey E, Danforth JS, McKee TE, Ulaszek WR, Friedman JL. Parenting of children with attention-defecit/hyperactivity disorder (ADHD): the role of parental ADHD symptomatology. *J Atten Disord* 2003;7:31-42.
37. Saigal S, Pinelli J, Hoult L, Kim MM, Boyle M. Psychopathology and social competencies of adolescents who were extremely low birth weight. *Pediatrics* 2003;111:969-75.
38. Ercan ES, Aydın C. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. İstanbul: GendaşYay; 1999.
39. Hechtman L. Families of children with attention deficit hyperactivity disorder: a review. *Can J Psychiatry* 1996;41:350-60.
40. Öktem F, Sonuvar B. Dikkat eksikliği tanısı alan çocukların özellikleri. *Turk Psikiyatri Derg* 1993;4:267-72.
41. Erdoğan Bakar E. Dikkat Eksikliği Hiperkativite Bozukluğunun Alttıplerine Ait Bilişsel Örüntüler (Doktora Tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi; 2007.
42. Reich W, Huang H, Tood RD. 'ADHD Medication Use in a Population-Based Sample of Twins' *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:801-7.
43. Jensen PS, Arnold LE, Richters JE, et al. 'A 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit hyperactivity disorder' *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1073-86.
44. Güvenir T, Aysev AS, Taner YI (editörler). Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları. İstanbul: Golden Print; 2007. 719-26.
45. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescent with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:894-921.
46. Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, et al. Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychol Med* 2006;36:167-79.
47. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *J Pediatr Psychol* 2007;32:631-42.
48. Ainsworth MS. The personal origins of attachment theory. An interview with Mary Salter Ainsworth. Interview by Peter L. Rudnytsky. *Psychoanal Study Child* 1997;52:386-405.
49. Waters E, Posada G, Crowell JA, Lay KL. The development of attachment: from control system to working models. *Psychiatry* 1994;57:32-42.

50. Ward A, Ramsay R, Turnbull S, Benedettini M, Treasure J. Attachment patterns in eating, disorders: past in the present. *Int J Eat Disord* 2000; 28:370-76.
51. Ward A, Ramsay R, Treasure J. Attachment research in eating disorders. *Br J Med Psychol* 2000;73:35-51.
52. Özbaran B, Bildik T. Bağlanmanın nörobiyolojisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2006;13:137-44.
53. Winslow JT, Shapiro L, Carters S, et al. Oxytocin and complex social behavior. Species comparisons. *Psychopharmacol Bull* 1993;29:409-14.
54. Ward A, Gowers S. Attachment and childhood development. *Handbook of eating disorders*. England: Wiley Press; 2003;45.
55. Tosone C. Illusion, dillusion and reality in romantic love-attachment theory and its aplication to adult romantic love. *Love and attachment*. London: Jason Aronson Inc; 1999.
56. Bowlby J. Developmental psychiatry comes of age. *Am J Psychiatry* 1988;145:1-10.
57. Farrugia CE, Hohaus L. Conceptualising the pair-bond: Attachmnet, caregiving and sexuality as predictors of intimacy in adult romantic relationships. 6th Australian Institute of Family Studies Conference, Melbourne 1998.
58. Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma stili ölçeklerinin türk örnekleme üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999;14:71-106.
59. Brennan KA, Shaver PR. Attachment styles and personality disorders: Their connections to each other and to parental divorce, parental death and perceptions of parental caregiving. *J Pers* 1998;66:836-78.
60. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of four- category model. *J Pers Soc Psychol* 1991;61:226- 44.
61. Sümer N, Güngör D. Çocuk yetiştirme stillerinin bağlanma stilleri, benlik değerlendirmeleri ve yakın ilişkiler üzerindeki etkisi. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999;14:35-58.
62. Stanojevic TS. Adult attachment and prediction of close relationships. *Philosophy, Sociology and Psychology* 2004;3:67-81.
63. Collins NL, Feeney BC. Working models of attachment shape perceptions of social support: Evidence from experimental and observational studies. *J Pers Soc Psychol* 2004;87:363-83.
64. Mikulincer M, Nachshon O. Attachment styles and pattern of selfdisclosure. *J Pers Soc Psychol* 1991;61:321-31.
65. Moehler E, Brunner R, Wiebel A, Reck C, Resch F. Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother–child bonding *Arch Womens Ment Health* 2006; 9: 273–8.
66. Brockington IF, Fraser C, Wilson D. The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. *Arch Womens Ment Health* 2006;9:233–42.
67. Özmert EN. Erken Çocukluk Gelisiminin Desteklenmesi-III. Aile, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2006;49:256-73.

68. Hamilton CE. Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Dev* 2000;7:690-94.
69. Sharpe MT, Killen JD, Bryson SW, Et al. Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls. *Int J Eat Disord* 1998;23:39-44.
70. Alantar Z, Maner F. Bağlanma kuramı açısından yeme bozuklukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008;9:97-104.
71. Rosentein DS, Horowitz HA. Adolescent Attachment and psychopatplogy. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:244-53.
72. Keskin G, am O. Ergenlerin ruhsal durumları ve anne baba tutumları ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008;9:139-47.
73. Linet KM, Dalsdaard S, Obel C, et al. Maternal Lifestyle Factors in Pregnancy Risk of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Associated Behaviors: Review of the Current Evidence, *Am J Psychiatry* 2003;160:1028-40.
74. Finzi -Dottan R, Manor I, Tyano S. ADHD, Temperament, and Parental Style as Predictors of the Child's Attachment Patterns *Child Psychiatry Hum Dev* 2006;37:103-14.
75. Keskin G. Ergenlerin Ruhsal Durumları ve Ebeveyn Tutumları İle Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Doktora Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi; 2007.
76. Kılıç BG, Şener S. DEHB olan çocuklarda karşıt olma-karşı gelme bozukluğu/davranış bozukluğu eş hastalanımında aile işlevleri ve psikososyal değiğşenlerin karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Derg* 2005;16:21-8.
77. Scott S. Aggressive behaviour in childhood. *Br Med* 1998;316: 202-7.
78. Ertuğrul G. Toros F. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ergenlerin algıladıkları ebeveyn tutumu ve ebeveynlerinin evlilik uyumları arasındaki ilişki. *New/Yeni Symposium Journal* 2010;48:172-83.
79. Lowe VM, Danforth JS, Brooks D. ADHD: does parenting style matter? *Clinical Pediatr* 2008;47: 865-72.
80. Conlon KE, Strassle CG, Vinh D, Trout G. Family management styles and ADHD: utility and treatment implications. *J Fam Nur* 2008;14:181-200.
81. Bowlby J. Attachment and loss: Separation, anxiety and anger. Vol. 2. New York: Basic Books; 1973.
82. Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D, et al. Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:1111-23.
83. Winnie Eng, Richard GH, Trevor AH, et al. Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion* 2001;1:365-80.84.
84. Sullivan M, Jensen M, Romano J, et al The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain* 2003;104:627-37.

85. Myhr G, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:447-56.
86. Schaffer ES, Bell R. Development of a Parental attitude Research Instrument (PARI). *Child Dev* 1958;29:339-61.
87. Küçük Ş. The Validity of the Turkish Form of PARI subscales. (Doktora Tezi). İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi; 1987.
88. Kreppner JM, O'Connor TG, Rutter M. Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome? *J Abnorm Child Psychol* 2001;29:513-28.
89. Franca N, Maurya M, Purper-Ouakil D. ADHD and attachment processes: Are they related? *L'Encéphale* 2009;35:256-61.
90. Olson SL. Developmental perspectives. In Sandberg S (ed). *Hyperactivity disorders of childhood*. New York City: Cambridge University Press;1996;149-94.
91. Clarke L, Ungerer J, Chahoud K, et al. Attention Deficit Hyperactivity Disorder is Associated with Attachment Insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2002;16: 1045- 359.
92. Pinto C, Turton P, Hughes P, White S, Gillberg C. ADHD and Infant Disorganized Attachment: A Prospective Study of Children Next-Born After Stillbirth. *J Atten Disord* 2006;10;83-91.
93. Green J, Stanley C, Peters S. Disorganized attachment representation and atypical parenting in young school age children with externalizing disorder. *Attach Hum Dev* 2007;9:207-22.
94. Clarke L, Ungerer J, Chahoud K, Johnson S, Stiefel I. Attention deficit hyperactivity disorder is associated with attachment insecurity. *Clin Child Psychol Psychiatr* 2002;7:179-98.
95. Matsuoka N, Uji M, Hiramural HZ, Chen Z, Shikai N, Kishida Y, et al. Adolescents' attachment style and early experiences: a gender difference. *Arch Women's Ment Health* 2006;9:23-9.
96. Minnis H, Reekie J, Young D, O'Connor T, Ronald A, Gray A, et al. Genetic, environmental and gender influences on attachment disorder behaviours. *Br J Psychiatry* 2007;190:490-5.
97. Erözerkan A. Lise öğrencilerinin bağlanma stilleri ve yalnızlık düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2004;4,2;155-75
98. Relationship between characteristic behaviors of children with AD/HD and mothers' parenting styles. *No To Hattatsu*. 2007;39:19-24.
99. Berman SL, Weems CF, Rodriguez ET, Zamora IJ. The relation between identity status and romantic attachment style in middle and late adolescence. *J Adolesc* 2006;29:737-48.
100. Psychometric properties and association with postpartum depression, *Arch Womens Ment Health* 2006;9:265-71.
101. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. (eds). *Patterns of Attachment: a Psychological Study of the Strange Situation*. New Jersey: Erlbaum Hillsdale;1978.

- 102.** Hornstein C, Trautmann-Villalba P, Hohm E, Rave E, Wortmann-Fleischer S, M. Schwarz. Maternal bond and mother–child interaction in severe postpartum psychiatric disorders: Is there a link? *Arch Womens Ment Health* 2006;9:279-84.
- 103.** Troy NW. The time of this first holding of the infant and maternal self-esteem related to feelings of maternal attachment. *Women Health* 1995;22:59-72.

EKLER

Ek-1:

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(HASTA GRUBU)

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sayın.....(Gönüllü)

Sayın.....(Veli/Vasi)

Sizi Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı tarafından yürütülen” Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu(DEHB) olan 11-15 yaş arası bir grup ergende bağlanma özelliklerinin ve ebeveyn tutumlarının araştırılması” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin yapıldığını, nasıl yapılacağını ve bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurulan bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına sahipsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma Sorumlusu

Yard.Doç.Dr.Ayşe Pınar Vural

ARAŞTIRMANIN BAŞLIĞI: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu(DEHB) olan 11-15 yaş arası bir grup ergende bağlanma özelliklerinin ve ebeveyn tutumlarının araştırılması

İÇERİK VE AMACI: Dikkat dağınıklığı ve aşırı hareketlilik bozukluğu bireyin kendi yaş ve gelişim düzeyi için beklenen dikkat ve hareketlilik düzeyinin okul, ev ve arkadaş ilişkilerini etkileyecek derecede sapma olması ile karakterize bir bozukluktur. Çocukluk çağı ruhsal patolojileri arasında en sık görülen rahatsızlıktır. Bağlanma yaşamın ilk günlerinde başlayan, çevre ile olan etkileşim sonucu gelişen ve duygusal yönü ağır basan bir durumdur. Dolayısı ile ilk bağlanma ilişkisinin sonraki yıllardaki psikolojik uyumu etkilediği savunulmaktadır. Biz çalışmamızda polikliniğimize belirli bir zaman diliminde başvuran 11-15 yaş arasındaki DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin bağlanma özellikleri, algılanan sosyal destek ve ebeveyn tutumları arasındaki ilişkiyi ele alacağız

İZLENECEK OLAN YÖNTEM VE YAPILACAK İŞLEMLER: Çalışmada ebeveyn ve ergenlerle birer kez görüşme yapılarak kişisel bilgi formu, algılanan sosyal destek ölçeği, aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutum ölçeği, empatik eğilim ölçeği, ilişki ölçekleri anketi uygulanacaktır. Yapmanız gereken yukarıdaki testlerde bulunan soruları dikkatle okuyup cevaplandırmaktır.

ARAŞTIRMANIN SÜRESİ: Yaklaşık 6 ay

KATILMASI BEKLENEN GÖNÜLLÜ SAYISI: 100

SİZE GETİREBİLECEĞİ OLASI FAYDALAR: Bu çalışmanın kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve psikometrik testler için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu çalışmada kullanılan testlerden elde edilen bilgilerin sizin/çocuğunuzun tanı-tedavisine katkısı olabilecektir

SİZE GETİREBİLECEĞİ EK RİSK VE RAHATSIZLIKLAR: Psikiyatrik muayene ve psikometrik test uygulanmasının olağan riski. (örneğin hafif heyecanlanma)

KATILMA VE ÇIKMA:

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

MASRAFLAR : Kırtasiye masrafları tez sahibi tarafından karşılanacaktır.

GİZLİLİK:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Ben,, [*gönüllünün adı, soyadı Kendi el yazısı ile*] yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını

ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman tedavimi üstlenenlerin herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu Klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı (çocuğumun / vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

.....

İmzası :

.....

Adresi:

.....

(varsa Telefon No, Faks No):

.....

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı :

.....

İmzası :

.....

Adresi:

.....

(varsa Telefon No, Faks No):

.....

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırcının (Doktorun)

Adı-Soyadı

.....

İmzası

.....

..

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

**Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş
Görevlisinin**

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:.....

..

Görevi:.....

...

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Ek-2:

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(SAĞLIKLI KONTROL GRUBU)

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sayın.....(Gönüllü)

Sayın.....(Veli/Vasi)

Sizi Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı tarafından yürütülen” Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu(DEHB) olan 11-15 yaş arası bir grup ergende bağlanma özelliklerinin ve ebeveyn tutumlarının araştırılması” başlıklı **araştırmaya** sağlıklı kontrol grubu olarak davet ediyoruz. Siz bu araştırmanın **sağlıklı kontrol grubu** içinde yer alacaksınız. Sizden elde edilecek bilgiler veya veriler, çalışmanın diğer grubundan elde edilecek bilgi veya verilerle karşılaştırılacak bir sonuca ulaşılabilecektir.

Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin yapıldığını, nasıl yapılacağını ve bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurulan bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına sahipsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma Sorumlusu

Yard.Doç.Dr.Ayşe Pınar Vural

ARAŞTIRMANIN BAŞLIĞI: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu(DEHB) olan 11-15 yaş arası bir grup ergende bağlanma özelliklerinin ve ebeveyn tutumlarının araştırılması

İÇERİK VE AMACI: Dikkat dağınıklığı ve aşırı hareketlilik bozukluğu bireyin kendi yaş ve gelişim düzeyi için beklenen dikkat ve hareketlilik düzeyinin okul, ev ve arkadaş ilişkilerini etkileyecek derecede sapma olması ile karakterize bir bozukluktur. Çocukluk çağı ruhsal patolojileri arasında en sık görülen rahatsızlıktır. Bağlanma yaşamın ilk günlerinde başlayan, çevre ile olan etkileşim sonucu gelişen ve duygusal yönü ağır basan bir durumdur. Dolayısı ile ilk bağlanma ilişkisinin sonraki yıllardaki psikolojik uyumu etkilediği savunulmaktadır. Biz çalışmamızda polikliniğimize belirli bir zaman diliminde başvuran 11-15 yaş arasındaki DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin bağlanma özellikleri, algılanan sosyal destek ve ebeveyn tutumları arasındaki ilişkiyi ele alacağız

İZLENECEK OLAN YÖNTEM VE YAPILACAK İŞLEMLER: Çalışmada ebeveyn ve ergenlerle birer kez görüşme yapılarak kişisel bilgi formu, algılanan sosyal destek ölçeği, aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutum ölçeği, empatik eğilim ölçeği, ilişki ölçekleri anketi uygulanacaktır. Yapmanız gereken yukarıdaki testlerde bulunan soruları dikkatle okuyup cevaplandırmaktır.

ARAŞTIRMANIN SÜRESİ: Yaklaşık 6 ay

KATILMASI BEKLENEN GÖNÜLLÜ SAYISI: 100

SİZE GETİREBİLECEĞİ OLASI FAYDALAR: Bu çalışmanın kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve psikometrik testler için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu çalışmada kullanılan testlerden elde edilen bilgilerin sizin/çocuğunuzun tanı-tedavisine katkısı olabilecektir

SİZE GETİREBİLECEĞİ EK RİSK VE RAHATSIZLIKLAR: Psikiyatrik muayene ve psikometrik test uygulanmasının olağan riski. (örneğin hafif heyecanlanma)

KATILMA VE ÇIKMA:

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

MASRAFLAR : Kırtasiye masrafları tez sahibi tarafından karşılanacaktır.

GİZLİLİK:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Ben,, [gönüllünün adı, soyadı **Kendi el yazısı ile**] yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman tedavimi üstlenenlerin herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu Klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı (çocuğumun / vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

.....

İmzası :

.....

Adresi:

.....

(varsa Telefon No, Faks No):

.....

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı :

.....

İmzası :

.....

Adresi:

.....

(varsa Telefon No, Faks No):

.....

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırcının (Doktorun)

Adı-Soyadı

.....

İmzası

.....

..

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

**Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş
Görevlisinin**

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:.....

..

Görevi:.....

...

Tarih (gün/ay/yıl) :/...../.....

Ek-3:

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI AD

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Ad ve Soyad:

Tarih:...../...../.....

Doğum Tarihi: / /

Sıra No:

Doğum Yeri:

Protokol No:

Ay cinsinden yaşı

Telefon no:(ev) (.....).....

Baba adı:

(cep) (.....).....

Adres:

TC. numarası:

1. Cinsiyet: a) Kız ↑ b) Erkek ↑
2. Doğum yeri: a) Köy ↑ b) Kasaba ↑ c) İlçe ↑ d) İl ↑
3. Yaşadığı yer: a) Köy ↑ b) Kasaba ↑ c) İlçe ↑ d) İl ↑
4. Kardeş sayısı: a) Yok ↑ b) 1 ↑ c) 2 ↑ d) 3 ↑ e) 4 ↑ d)
5 ve üzeri ↑

5 ve üzeri ↑

5. Kaçınıcı çocuk: a) 1. çocuk ↑ b) 2. çocuk ↑ c) 3. çocuk ↑ d) 4. çocuk ↑
e) 5. çocuk ↑ f) 6 ve daha fazla ↑

6. Okula gidiyor mu?: a) Evet ↑ b) Hayır ↑

7. Okul türü: a) Özel eğitim ↑ b) Genel Okul ↑ c) Sınavla girilen okul ↑

8. Gittiği Okul:

- a) İlk öğretim 1-5 ↑ b) İlköğretim (6-8) ↑ c) Lise; 1- Düz lise ↑ 3) Anadolu lisesi ↑
2- Meslek lisesi ↑ 4) süper lise ↑

9. Okul başarısı:

- a) düşük ↑ b) orta ↑ c) iyi ↑

10. Kiminle yaşıyor:

- a) Anne ve baba ile ↑ b) Anne ile ↑ c) Baba ile ↑
d) Akrabalarının yanında ↑ e) Kurumda ↑

11. Anne ve baba öz mü, üvey mi?

	<u>Öz</u>	<u>Üvey</u>
Anne	↑	↑
Baba	↑	↑

12. Ailenin tipi:

- a) Çekirdek aile ↑ b) Geniş aile ↑ c) Dağılmış aile ↑ d) Kurumda yaşıyor ↑

13. Ailenin eğitim durumu (son bitirdiği okul)

- a) Okuma yazması yok

Anne

↑

Baba

↑

- b) Okuma yazması var ↑ ↑
c) İlkokul mezunu ↑ ↑
d) Ortaokul mezunu ↑ ↑
e) Lise mezunu (lise türü) †(.....) †(.....)
f) Yüksekokul- üniversite mezunu (alan) †(.....) †(.....)

14. Anne ve babanın çalışma durumu

	<u>Anne</u>	<u>Baba</u>
a) Çalışmıyor	↑	↑ (ne zamandır:.....)
b) İşçi	↑	↑
c) Memur	↑	↑
d) Emekli	↑	↑
e) Serbest Meslek	↑	↑

15. Ailenin toplam aylık geliri:

- a) 500 TL ve altı b) 501-1000 TL arası c) 1001-1500 TL arası
d) 1501-2000 TL arası e) 2001-2500 TL arası f) 2501 TL ve üzeri

16. Ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan kimse:

a) Yok†	b) Var †	<u>Kim</u>	<u>Rahatsızlığı</u>
		1) Anne	.....
		2) Baba	.....
		3) Annenin Babası	.....
		4) Annenin Annesi	.....
		5) Babanın Babası	.....
		6) Babanın Annesi	.....
		7) Hala	.....
		8) Dayı	.....
		9) Teyze	.....
		10) Amca	.....

17. Gönüllünün sigara/ alkol/madde/ kullanım öyküsü:

- a) Yok† b) Var † (.....)

18. Ailede sigara/alkol/madde kullanım öyküsü olan kimse:

- a) Yok† b) Var † (.....)

19. Gebelik öncesinde, esnasında veya sonrasında ebeveynlerde herhangi bir rahatsızlık:

- a) Yok† b) Var † (.....)

20. Gebelik planlı mı? İstenen bir çocuk mu?

- a) Hayır ↑ b) Evet ↑

21. A2. Annenin Başvurudaki Yaşı:

22. B2. Babanın Başvurudaki Yaşı:

23. Medeni Durum:

A5. Annenin medeni hali:

B5. Babanın

medeni hali:

- | | | |
|--------------------|---|---|
| 1) Evli | ↑ | ↑ |
| 2) Boşanmış | ↑ | ↑ |
| 3) Dul | ↑ | ↑ |
| 4) ikinci evliliği | ↑ | ↑ |
| 5) üçüncü evliliği | ↑ | ↑ |

24. Eşin Ölüm nedeniyle kaybı

A6. anne

B6. baba

Evet ↑

↑

Hayır ↑

↑

25 Ailede ölü doğum anamnezi:

- a) Yok b) Var ↑ (.....)

26 Ailede bebek ölümü

- a) Yok b) Var ↑ (.....)

27. Ölü bebeğin hastayla olan ilişkisi

1. Hastanın doğumundan önce

2. Hastanın doğumundan sonra

28. hastanın doğumundan önce annede küretaj anamnezi

- a) Yok b) Var ↑

29. Akraba evliliği

- a) Yok b) Var ↑

Ek-4

İLİŞKİ ÖLÇEKLERİ ANKETİ (ADOLESCENT RELATIONSHIP SCALES QUESTIONNAIRE)

Asagıda yakın duygusal iliskilerinizde kendinizi nasıl hissettiginize iliskin çeşitli ifadeler yer almaktadır. Yakın duygusal iliskilerden kastedilen arkadaşlık, dostluk ve benzerleridir. Lütfen her bir ifadeyi bu tür iliskilerinizi düşünerek okuyun ve her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını asagıdaki 7 aralıklı ölçek üzerinde değerlendiriniz.

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

1. Baskalarına kolaylıkla güvenemem 1 2 3 4 5 6 7
2. Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli. 1 2 3 4 5 6 7
3. Baskalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım. 1 2 3 4 5 6 7
4. Baskalarıyla çok yakınlaşırsam incitileceğimden korkuyorum 1 2 3 4 5 6 7
5. Baskalarıyla yakın duygusal iliskilerim olmadığı sürece oldukça rahatım
1 2 3 4 5 6 7
6. Baskalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak istiyorum
1 2 3 4 5 6 7
7. Yalnız kalmaktan korkarım 1 2 3 4 5 6 7
8. Baskalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim 1 2 3 4 5 6 7
9. Baskalarına tamamıyla güvenmekte zorlanırım 1 2 3 4 5 6 7
10. Baskalarının bana dayanıp bel bağlaması konusunda oldukça rahatımdır
1 2 3 4 5 6 7
11. Baskalarının bana, benim onlara verdiğim kadar değer vermediginden kaygılanırım. 1 2 3 4 5 6 7
12. Kendi kendime yettigiimi hissetmem benim için çok önemli 1 2 3 4 5 6 7
13. Baskalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim 1 2 3 4 5 6 7
14. Baskalarıyla yakın olmak beni rahatsız eder 1 2 3 4 5 6 7
15. Baskalarının bana, benim istedigim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum. 1 2 3 4 5 6 7
16. Baskalarına bağlanmamayı tercih ederim 1 2 3 4 5 6 7
17. Baskaları beni kabul etmeyecek diye korkarım 1 2 3 4 5 6 7

Ek-5:

AİLE HAYATI ve ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUM ÖLÇEĞİ(PARI)

Aşağıda verilen ifadeleri okuyup, şu şekilde belirtiniz:

4	3	2	1
Çok uygun	Oldukça uygun	Biraz uygun	Hiç uygun
Buluyorum	Buluyorum	Buluyorum	Bulmuyorum

Görüşünüzü bu sayılardan birini daire içine alarak bildiriniz. Bu ifadelerde doğru veya yanlış yoktur, sadece kendi görüşünüzü işaretlemeniz gerekiyor. Araştırma için büyük soruların cevaplandırılması çok önemli bir noktadır. Onun için, bazı ifadeler birbirine benzer dahi olsa gene de cevaplandırmanızı rica ederiz.

1-Çocuk yorucu veya zor işlerden korunmalıdır.	4	3	2	1
2- Anne ve babalar çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler.Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar.	4	3	2	1
3-Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse kendisi için o kadar iyi olur.	4	3	2	1
4-Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır.	4	3	2	1
5-Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse o kadar iyi terbiye edilir.	4	3	2	1
6- Çocuk yetiştirmek sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir.	4	3	2	1
7-Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken o kadar çok şey var ki, zamanını boşa geçirmesi affedilemez.	4	3	2	1
8-Babalar biraz daha şefkatli olsalar, anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler.	4	3	2	1
9-Çocuk yetiştirmenin kötü yanlarından biri de anne ya da babanın istediğini yapabilmesi için yeter derecede özgür olmamasıdır.	4	3	2	1
10-Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar.	4	3	2	1
11-Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir.	4	3	2	1
12-Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir kişi olacaktır.	4	3	2	1
13-Büyükler çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa evdeki düzen daha düzgün, daha akıcı olur.	4	3	2	1
14-Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek, bir annenin görevidir.	4	3	2	1
15-Anne ve babalar çocuklarına, sorgusuz, sualsiz kendilerine sadık kalmalarını öğretmelidirler.	4	3	2	1
16-Bütün genç anneler bebek bakımında beceriksiz olacaklarından korkarlar.	4	3	2	1

17-Eğer bütün gününü çocuklarının geçirmek zorunda kalırsa hangi anne olursa olsun sonunda çocuklar sinirine dokunur.	4	3	2	1
18-Anne babalar her zaman çocuklarının kendileri uymasını beklememeli, biraz da kendileri çocuklarına uymalıdır	4	3	2	1
19-Eğer anneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi, babaların daha anlayışlı olmalarını dilerlerdi.	4	3	2	1
20-Bir çocuğa ne olursa olsun dövüşmekten kaçınması gerektiği öğretilmelidir.	4	3	2	1
21-Çocuklar bencil olduklarında, hep bir şeyler istediklerinde annenin tepesinin atması çok normaldir.	4	3	2	1
22-Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorlarsa, bunu anne babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır.	4	3	2	1
23-Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna kapılırlar.	4	3	2	1
24-Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teşekkür eder.	4	3	2	1
25-Küçük bir çocuk cinsiyet konusunda sakınmalıdır.	4	3	2	1
26-Bir annenin çocuğunun hayatı hakkında her şeyi bilmesi hakkıdır. Çünkü çocuk onun bir parçasıdır.	4	3	2	1
27-Uyanık bir anne baba çocuğunun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır.	4	3	2	1
28-Çocuklar, anne babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler.	4	3	2	1
29-Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verilirse büsbütün şikayetçi olurlar.	4	3	2	1
30-Sert terbiye sağlam ve iyi karakter geliştirir.	4	3	2	1
31-Genç bir kadın henüz gençken yapmak isteyeceği pek çok şey olduğu için,anne olunca kendisini tutuklanmış hisseder.	4	3	2	1
32-Anneler çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerini feda ederler.	4	3	2	1
33-Babalar daha az bencil olsalar kendilerine düşen görevleri yaparlardı.	4	3	2	1
34-İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır.	4	3	2	1
35-Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir.	4	3	2	1
36-Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır.	4	3	2	1
37-Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne babaya uymalarını istemek doğru değildir.	4	3	2	1
38-Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerinden korkarlar.	4	3	2	1
39-Bir çocuğa başı derde girdiğinde dövüşme yerine büyüklerine başvurması öğretilmelidir.	4	3	2	1
40-Anne baba arasındaki bazı konular hafif bir tartışma ile çözümlenemezler.	4	3	2	1
41-Ev bakımında ve idaresinde en kötü şeylerden biri de kişinin kendini evinde tutuklanmış hissetmesidir.	4	3	2	1

42-Hiçbir kadından yeni doğmuş bebeğe tek başına bakması beklenmemelidir.	4	3	2	1
43-Oğlan ve kız çocukların birbirlerini soyunurken görmemeleri gerekir.	4	3	2	1
44-Çocuklarınızın sorunlarına eğilirsenez sizi oyalamak için birçok masal uydururlar.	4	3	2	1
45-Eğer anne babalar çocukları ile şakalaşp beraber eğlenirlerse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha çok yönelirler.	4	3	2	1
46-Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar.	4	3	2	1
47-Bir çocuk eninde sonunda anne babasınınkinden daha üstün akıla sahip olamayacağını öğrenir.	4	3	2	1
48-Eğer bir anne çocuklarını iyi yetiştiremiyorsa belki de bu babanın evde kendine düşen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur.	4	3	2	1
49-Genç bir anne için ilk bebeğinin bakımı sırasında yalnız kalmaktan Daha kötü bir şey olamaz.	4	3	2	1
50-Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoş görüyle karşılanmaz.	4	3	2	1
51-Anne babalar çocuklarını hayatta ilerleyebilmeleri için hep bir şeyler Yapmaları ve boşa zaman geçirmemeleri gerektiğini öğretmelidirler.	4	3	2	1
52-Akıllı bir kadın yeni bir bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar.	4	3	2	1
53-Evde olup bitenleri sadece anne bildiği için ev hayatını onun Planlaması lazımdır.	4	3	2	1
54-Kendi haklarına sahip olabilmesi için, bazen bir kadının kocasını terslemesi gerekir .	4	3	2	1
55-Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek bir kadına kanadı kopmuş kuş duygusunu verir.	4	3	2	1
56-Eğer anne kollarını sıvar, bütün yükü sırtına alırsa tüm aile rahat eder.	4	3	2	1
57-Anne-babalar çocuklarını kendi kendine oluşturdukları güveni sarsabilecek bütün güç işlerden sakınmalıdır.	4	3	2	1
58-Çocuklar aslında sıkı disiplin içinde mutlu olurlar.	4	3	2	1
59-Çocukların toplantılarıyla, kız-erkek arkadaşlarıyla ve eğlenceleriyle ilgilenen anne-babalar onların iyi yetişmelerini sağlar.	4	3	2	1
60-Anne ve babaya sadakat her şeyden önce gelir.	4	3	2	1

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince klinik bilgi, beceri ve deneyimlerini aktararak mesleki gelişimime büyük katkılar sağlayan Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı emekli öğretim üyesi Prof. Dr. Suna TANELİ ve Anabilim Dalı Başkanı Yrd. Doç Dr. Yeşim TANELİ'ye; ayrıca Anabilim Dalımızın yeni öğretim üyesi Yrd. Doç Dr Pınar VURAL'a, Psikiyatri Anabilim Dalı başkanı Prof. Dr. Selçuk KIRLI'ya, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Mehmet Sait OKAN'a, Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyeleri Doç. Dr. Aslı SARANDÖL, Doç. Dr. Enver Yusuf SİVRİOĞLU, Doç. Dr. Cengiz AKKAYA, Yrd. Dr. Saygın EKER'e, tezimin tüm aşamalarında desteğini esirgemeyen başta tez danışmanım, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Pınar Vural'a çalışmamın istatistiksel analizinin her aşamasında büyük yardımını gördüğüm Biyoistatistik Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Güven ÖZKAYA'ya, Uzman Psikolog Arzu KANTARCIOĞLU'na, Psikolog Özge Güder ATASOY'a sekreterlerimiz Emine ÇAY ve Serap ÖZDEMİR e teşekkürü bir borç bilirim.

Ayrıca hastanemizde birlikte çalışma fırsatı bulduğum asistan arkadaşlarıma, hemşirelere ve tüm personele teşekkür ederim.

Ayrıca hayatımın her alanında en büyük destekçim olan bugünlere gelmemde büyük emekleri olan anne ve babama çok teşekkür ederim.

Dr. Mehmet Erdem Uzun

ÖZGEÇMİŞ

05.06.1980 yılında Gaziantep de doğdum. İlk Öğrenimimi Gaziantep Durnalık Köyü İlkokulunda, orta öğrenimimi Gaziantep Piri Reis ve Şehit Adem Yavuz Ortaokulunda (1991-1994), lise öğrenimimi Gaziantep 19 Mayıs Lisesinde (1994-1997) tamamladım. 2004 yılında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldum. 2005 Eylül TUS sınavını kazanarak 09.11.2005 tarihinde Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimime başladım ve halen eğitimime devam etmekteyim.