

T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİMDALI

NEVROTİK YAPILI HASTALARIN VE AİLELERİNİN
BORDERLİNE YAPILI HASTALARIN VE AİLELERİNİN
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE AİLE İLİŞKİLERİNİN
BİRBİRİNE VE KONTROL GRUBUNA GÖRE
KIYASLANMASI

(UZMANLIK TEZİ)

Dr. Deniz KARAYÜN

İstanbul, 2007

TEŞEKKÜR

Öncelikle tez konusunu belirlememden tezin bitimine kadar bana birçok konuda destek olan ve önerilerde bulunan tez danışmanım Doç. Dr Doğan Şahin'e, SPS öğretim üyesi değerli hocam Prof. Dr Bilgin Saydam'a, Ana Bilim Dalı Başkanımız çok sevgili hocam Prof. Dr Raşit Tükel'e

Psikiyatri eğitimim konusunda bana katkıda bulunmuş bütün hocalarıma,

Hasta grubuna ulaşmamda bana yardımcı olan değerli arkadaşlarıma ve aynı kliniği paylaşmaktan büyük keyif aldığım diğer asistan arkadaşlarıma hepsine,

Testleri uygulamam konusunda bana yol gösteren ve yardımcı olan Klinik Psikolog Nazan Emil Ögüç, Psikolog Oya ve Bilge'ye

Hastalara randevu vermemde yardımcı olan kliniğimiz sekreterlerinden Ebru Altay ve Serap Pehlivanoglu'na ve kliniğimizin ayrılmaz parçası diğer tüm sekreterlerimize,

Kliniğimizin emekçileri sevgili hemşirelerimize, tüm personelimize, psikologlarımıza ve sosyal hizmet uzmanımıza,

Bu çalışmaya gönüllü olarak katılan tüm hasta ve kontrol grubuna,

Tezimi hazırlamamda beni sürekli motive eden ve desteğini sürekli canlı tutan Alev'e,

Hayatımdaki bütün öğrenim süreçlerim boyunca sürekli yanımda olan ve bana sonsuz destek olan sevgili anne babama ve ailemin diğer tüm üyelerine

En içten saygı, sevgi ve teşekkürlerimle...

İÇİNDEKİLER

I. GİRİŞ VE AMAÇ.....	4
II. GENEL BİLGİLER.....	5
A. Kişilik.....	5
B. Kişilik Yapısı.....	6
C. Kişilik Özellikleri.....	6
D. Kişilik Modelleri.....	7
E. Kişilik Örgütlenme Düzeyleri.....	8
1. Nevrotik Kişilik Örgütlenmesi.....	9
2. Borderline Kişilik Örgütlenmesi.....	10
a. Kimlik Bütünleşmesi.....	11
b. Gerçeği Değerlendirme.....	11
c. Savunma Mekanizmaları.....	12
F. Borderline Kişilik Bozukluğunun Klinik Görünümü.....	14
G. Borderline Kişilik Bozukluğunun Epidemiyolojisi.....	16
H. Kişilik Gelişim Kuramları.....	16
1. Jean Piaget'in Bilişsel Gelişim Kuramı.....	16
2. Sigmund Freud.....	17
3. Erick Erickson'un Psikososyal Gelişim Kuramı.....	18
4. Anna Freud.....	22
5. Melania Klein.....	22
6. M. Mahler'in Gelişimsel Kuramı.....	23
7. Heinz Hartman.....	27
8. D.W. Winnicott.....	28
9. Edith Jacobson.....	29
10. Ronald Fairbairn.....	30
11. Karen Horney.....	31
12. Sullivan.....	32
13. Stanley I. Greenspan.....	33
14. Kurt Lewin.....	33
15. Murphy.....	34
I. Borderline Kişilik Örgütlenmesinin Etyopatogenezi.....	34
1. Biyolojik Açıklamalar.....	34
2. Bilişsel Davranışçı Açıklamalar.....	35
3. Klasik Analitik Kurama Göre Borderline ve Nevrotik Kişilik.....	38
4. Kendilik Psikolojisine Göre Borderline ve Nevrotik Kişilik.....	39
5. Nesne İlişkileri Kuramına Göre Borderline ve Nevrotik kişilik.....	41
III. GEREÇ VE YÖNTEM.....	46
A. Örnek Kümesi.....	46
B. Gereçler.....	46
C. Görüşmeler.....	53
IV. BULGULAR.....	54
A. Hastalara Ait Veriler.....	54

B. Ailelere Ait Veriler.....	82
C. Nevrotik ve Borderline Hastalar ile Kontrollerin ve Ailelerinin Verilerinin Genel Dökümü.....	117
1. Hasta Verileri.....	117
2. Hasta Ailelerinin Verileri.....	127
V. TARTIŞMA.....	141
A. Hasta Grubu Verileri.....	141
B. Aile Grubu Verileri.....	149
VI. SONUÇ.....	154
VII. ÖZET.....	157
VIII. SUMMARY.....	158
IX. KAYNAKLAR.....	159
X. EKLER.....	173

I. GİRİŞ VE AMAÇ

Bu araştırma, nevrotik ve borderline hastaların kendi aralarında ve kontrol grubuna göre aile özelliklerinin farklı olup olmadığını ve varsa ne tür farklılıklar olduğunu araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Dinamik kurama göre ruhsal yapı; psikotik organizasyon, borderline kişilik organizasyonu ve nevrotik kişilik organizasyonu olmak üzere üç farklı şekilde görülebilir. Nevrotik ve borderline kişilik organizasyonlarını açıklamak için yapılan çalışmalar fazla değildir. Çalışmalar bu yapıların oluşumunda erken dönem aile ilişkilerinin büyük önem taşıdığına vurgu yapmakta ve borderline yapıları hastaların aile ilişkileri ve kişilik özelliklerinin daha patolojik olduğunu belirtmektedir.

Çalışmamızda nevrotik ve borderline kişilik yapıları ve oluşumlarıyla ilgili çeşitli bilgilere yer verip, çalışmamızda kullandığımız yöntemleri tanıtarak sonuçları belirttikten sonra, en son bölümde verileri tartışacağız.

II. GENEL BİLGİLER

A. Kişilik

Kişilik, kişilik yapısı ve kişilik bozukluğu birbirleriyle karıştırılan ve bazen birbirlerinin yerine kullanılan kavramlardır. Görüngüsel bir yaklaşımda bu karışıklık büyük sakıncalar yaratmasa da dinamik açıklama biçimlerinde bu durum sorunlar yaratabilmektedir. Bundan dolayı bu kavramlar ayrı ayrı ele alınacaktır.

İlk olarak kişiliği ele alırsak kişilik, Türkçe sözlüğe göre “kişinin kendisine göre ayrılığı, öz yapısına uygun kendine özgü özellikleri, insana yakışacak tutum, alışkanlık ve davranış biçimlerinin tümüdür.” Deyim konuşma dilinde olumlu özelliklerle yüküdür. ‘kişilikli biri’ deyimini birey için güvenilirlik, değerlilik, saygınlık ve deneyimlilik gibi olumlu sıfatları akla getirir (Püsküllüoğlu 1994). Kişilikle ilgili tanımlamaların çoğunun ortak yönü işlevselliktir, yani organizmanın ruhsal uyumuna ve motivasyonuna odaklanılmıştır.

Özgül olarak, Alport (Allport 1937) kişiliği, kişinin çevresine, kendine özgü uyumunu belirleyen psikofiziksel sistemlerinin bireye özgü dinamik organizasyonu olarak tanımlanmıştır. Alport, dinamik organizasyon tanımı ile kişiliğin sürekli olarak gelişim ve değişim içerisinde olan organize bir sistem (çok katlı bir birim) olduğunu vurgulamıştır. ‘Bireye özgü’den kasıt kişiliğin bireyin davranışlarının da ötesinde uzanan bir şey olmasıdır. Psikofiziksel kavramıyla, kişiliğin ne ruhsal ne de sinirsel bir yapı olduğu, ancak her ikisi ile birlikte açıklanabileceği ifade edilmektedir. Belirlemek kelimesinden ise dışa vuran ve uyumsuz davranışların kişilik özellikleri tarafından belirlenme eğiliminde olduğu anlatılmaya çalışılmıştır. Çevreye kendine özgü uyum demekle ise işlevsel veya evrimsel olarak kişiliğin her bireye özgü hayatta kalım ve daha genel olarak uyum kalıbı gibi görev yaptığına dikkati çekmektedir.

Yapısal açıdan bakıldığında kişilik; mizaç, karakter ve psişe olarak ayrıştırılabilir (Sadock 2007). Kısaca söylemek gerekirse mizaç; temel emosyonları, karakter; kişinin kendi ve kişiler arası ilişkiler hakkındaki gerçekçi bakışı, psişe ise ; kendilik farkındalığının sezgilenmesini ve zekayı içermektedir.

Kendilik farkındalığı ve zeka kişilik gelişimini önemli derecede etkilediğinden, karakter ve mizacın tek başına değerlendirilmesi, kişiliğin gelişiminin anlaşılmasında yetersiz kalmaktadır. Kişiliğin temel işlevi, hissetmek, düşünmek ve algılamak ve bunları amaca uygun davranışlar olarak birleştirmesidir (Sadock 2007).

B. Kişilik Yapısı

Psikoterapi kuramlarında ‘kişilik yapısı’ sınırları olan bir ‘ruhsal bütün’, bir ‘ruhsal birim’ anlamına gelir. Özgül bir benlik ve üst benlik, özgül çatışmalar ve özgül savunmalar, uyumlu bir ruhsal bütünü yani kişilik yapısını oluşturur. Benliğin örgütlenme yetisi (organizasyon) sayılan öğelerin beraberce ve uyum içinde yapılaşmasında, yani kişilik yapısının kazanılmasında önemli görevler üstlenir. Bireşim (sentez) ve bütünleme (entegrasyon) işlevleri benliğin örgütlenme yetisinin tamamlayıcılarıdır.

‘Kişilik yapısı’ özgül işlevsel ve yapısal öğelerin bu yetiler aracılığıyla ve uyumu hedefleyerek oluşturdukları ruhsal bütündür. Değişkenlik ve karışıklığa karşı süreklilik ve kalıcılık kişilik yapısının özgül nitelikleridir (Sadock 2007).

C. Kişilik Özellikleri

Kişilik özellikleri birçok uyararı işlevsel olarak eşdeğer kılma ve uyumsal ve ifade edici davranışların tutarlı şekillerini başlatma ve yol gösterme kapasiteli nöropsikolojik yapılardır (Allport 1937).

DSM-IV, kişilik özelliklerini kendi kendisi ve çevresi hakkında, yani diğer insanları ve dünyayı bir bütün olarak algılama, ilişkilendirme ve düşünmenin devamlı modelleri olarak tanımlamaktadır (APA 2000). Dolayısıyla kişilik özelliklerinin ana değeri bireyin davranışlarındaki tahmin edilebilen ayarlamaların tanımlanmasındaki faydalardır (Sadock 2007).

‘Davranışı içsel mi yoksa dışsal durumlar mı belirliyor?’ sorusu ile doğrudan bağlantılı olduğundan dolayı, zaman ve mekana karşı kişilik özelliklerinin sabitliği, kişilik teorisinde on yıllarca tartışma konularından biri olarak kalmıştır. Durumsalcılarla kişilikçiler arasındaki tartışmada, durumsalcılar davranışı son derece duruma özgül olarak, kişilikçiler ise organize ve amaca yönelik olarak değerlendirmiştir. Epstein ve O’Brien tarafından dikkat çekildiği gibi, çelişki 10 yıllarca çözümsüz kalmıştır. Çünkü kesitsel bakıldığında, davranışın duruma özgül ve uzunlamasına bakıldığında genelde duruma ters olabileceği fark edilmişti. Tek bir davranış durumu, genellik ve güvenirlilik olarak sınırlanmıştır. Geniş ve sabit özellikleri açığa çıkarmak için durumlar ve zaman baştanbaşa birleştirilmelidir. Bu durum davranış eğilimlerini doğru tahmin etmeye olanak sağlamakta fakat tek davranışsal hareketler de daha az tahmin de bulunmaktadır.

Diğer yandan kişilik özellikleri kişiliği tamamen açıklamamaktadır. Çünkü insanlar zaman ve durumlara karşı davranışlarında ayarlanmış tutarlıklar göstermemektedir.

Biyogenetik etkenler bir bireyin deneyime ne şekilde uyum göstereceğini etkilemekte ve daha sonra da uyumsal eğilimleri değiştirmektedir. Bundan dolayı, kişilik özelliklerinin sabit olması beklenmemektedir (Sadock 2007).

D. Kişilik modelleri

Kişilikte gözlenen değişikliği altta yatan biyolojik süreçlerle bağdaştırmadaki en büyük zorluk fenotipik yapının, altta yatan biyogenetik yapıdan farklılık göstermesidir. Çünkü öğrenme ve çevresel etkenler fenotipik değişimi de etkilemektedir. Gözlenen fenotipik özellikler davranışı açıklamakta, ayrıca etyolojik açıklamaya da gereksinim duyulmaktadır. Faktör analizi altta yatan nedensel etkenleri değil, sadece ayırt edici davranış özelliklerinin en küçük sayısını vermektedir. Bundan dolayı, faktör analizi ile elde edilen fenotipik özellikli kişilik modelleri (Heinz J. Eysenk'in üç boyutlu modeli ve Paul T. Costa ve Robert R. McCrae'nin 5 faktörlü modeli) gözlenen fenotipik çeşitliliğin çoğunu açıklamakta, ancak altta yatan biyogenetik süreçlerle uyum göstermemektedir. Özellikle, nörotisizm ve yüksek zarardan kaçınma ve düşük kendini yönetmenin bir karışımıdır. Bununla birlikte zarardan kaçınma ve kendini yönetebilme tek genetik belirleyiciye sahiptir ve farklı beyin devreleriyle düzenlenmektedir. Tam tersine olarak, gelişimsel özellikli kişilik modelleri kişilik gelişimi esnasındaki deneyimlere yanıtta ortaya çıkan bireysel farklılıklar ve gözlenebilir davranışların altında yatan biyolojik yatkınlığı göz önünde bulundurmaktadır. En çok tanınan boyutsal modeller Henrick Sjobring, Marvin Zuckerman ve Cloninger'in modelleridir. Bazı sınırlılıklarına karşın, 1940'ların sonlarındaki Sjobring'in gelişimsel modeli kişilik araştırmasını fenotipik gözlemler ve faktör analizi düzeyinin ötesine taşımak için keşifsel bir girişimdir. Model kişiliğe yatkınlık oluşturan latent değişikliğin 3 boyutunu tanımlamaktadır. Geçerlilik (deneyimlere uyumdaki kabul edilebilir enerji derecesi), sağlamlık (uyumdaki tutarlık) ve kararlık (bir kişinin rutin uyumunda becerikli alışkanlıklar geliştirmek için maksimum potansiyeli olarak yorumlanabilir). Bu 3 genetik yaratılışın birbirlerinden ve zeka etkeninden (kapasite olarak yorumlanır) bağımsız olduğu ve ayrıca, kişinin davranış bozukluklarına yatkınlığını tanımladığı varsayılmaktadır (Sadock 2007).

Kişilik, sıklıkla niteliksel olarak farklı gelişimsel evrelerin ve yapısal tiplerin doğrusal dizilimi olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte, ara ve karışık özellikleri olan heterotipik bireylerin sık bulunması, kişilik yapılarının niteliksel olarak farklı ve homojen olan belli sayıdaki tiplerle sınırlı olduğu temel varsayımına gölge düşürmektedir. Benzer şekilde, bir bütün olarak bakıldığında yalnızca kişilik gelişiminin hızında ve doğrultusunda değil aynı

zamanda zaman içinde yeniden düzenlenen kişiliğin ana kısımları arasında da uyumsuzluk ve tutarsızlık olduğu gittikçe belirginleşmektedir (Sadock 2007).

E. KİŞİLİK ÖRGÜTLENME DÜZEYLERİ

Günümüzde dinamik psikiyatri açısından ruhsal yapılanma 6 kategoride ele alınmaktadır. Bunlar;

- 1.Normal Nevrotikler
- 2.Semptom Nevrozları
- 3.Karakter Nevrozları
- 4.Narsisistik Karakter
- 5.Borderline Örgütlenme
- 6.Psikotik Örgütlenme

Normal nevrotikler, herhangi bir semptom ya da karakter patolojisi bulunmayan kişilerdir.

Semptom nevrozları, önemli bir karakter patolojisi göstermeyen fakat geçici ya da tekrarlayıcı semptomlar ya da tabloların görülebileceği normal nevrotik yapıdaki bireyleri içerir.

Karakter nevrozları ise histerik, obsesif, depresif ve karma karakterleri kapsar. Karakter nevrozları ile semptom nevrozları arasındaki temel fark semptom nevrozlarında nevrotik semptomlar ya da bir bozukluk söz konusu iken karakter nevrozlarında nevrotik yapı tüm karaktere yayılmıştır.

Narsisistik karakter, karakter nevrozlarından daha alt düzeyde bir grup olsa da ayrı bir kategori olarak mı yoksa borderline düzey içinde mi ele alınacağı tartışmalı bir konudur.

Borderline örgütlenme, psikotik örgütlenmenin üstünde ve de karakter nevrozlarının altında olan ve ciddi ruhsal patoloji gösteren hasta grubudur.

Ruhsal yapılanmanın en alt basamağında psikotik örgütlenme yer alıyor olup en ağır patoloji bu gruptadır (Kernberg 1966).

Ruhsal örgütlenme Kernberg'e göre de kabaca üç şekilde görülebilir (Kernberg 1977) bunlar;

1. Nevrotik kişilik örgütlenmesi 2. Borderline kişilik örgütlenmesi 3. Psikotik kişilik örgütlenmesidir. Kernberg'e göre bu örgütlenmeler arasındaki ayırım kimlik bütünleşmesi, savunma mekanizmaları ve gerçeği değerlendirme yetisi olmak üzere üç niteliğe göre yapılır. Bu ayırım aşağıda ki tabloda gösterilmiştir.

Tablo1: Farklı kişilik örgütlenmeleri arasındaki ayrımlar

Grup	Kimlik Bütünleşmesi	Savunma Mekanizmaları	Gerçeği Değerlendirme
Nevrotik	Tam	Üst düzey	Tam
Borderline	Kimlik dağınıklığı	İlkel	Korunmuş
Psikotik	Yok	Alt düzey	Bozuk

1. NEVROTİK KİŞİLİK ÖRGÜTLENMESİ

Nevrotik kişilik örgütlenmesi yukarıda bahsedildiği gibi kimlik bütünleşmesinin tam olması, üst düzey savunma mekanizmalarının olması ve gerçeği değerlendirme yetisinin tam olması ile diğer kişilik örgütlenmelerinden ayrılır. Nevrotik örgütlenmede yeterli bir anksiyete toleransı, impuls kontrolü ve sublimasyon kapasitesi gözlemlenir. Nevrotik yapılarda tüm self imajları (hem iyi hem de kötü olanlar) kapsamlı bir selfe, başkalarının “iyi” ve “kötü” imajları da kapsamlı bir başkaları kavramına entegre edilir. Kişiler sağlam bir self duygusuna ve başkalarını etraflıca anlama kapasitesine sahiptirler. Nevrotik yapılı kişilerin “bütün” obje ilişkileri yaşamak üzere sahip olduğu kapasite, hem kendisiyle hem de başkalarıyla ilgili zıt özelliklerin entegrasyonunu yansıtır. Nevrotik yapılı kişilerde egonun savunma organizasyonu nu represyon başta olmak üzere, reaksiyon formasyon, izolasyon, yapıp-bozma, entellektüalizasyon ve rasyoneliasayon gibi gelişmiş ya da üst düzey savunma mekanizmaları oluşturur. Bu savunma mekanizmaları aracılığıyla onaylanmayan dürtüler bilinçli egodan uzaklaştırılarak ego intrapsişik çatışmalardan korunmuş olur (Kernberg1977).

Nevrotik yapıda kullanılan savunma mekanizmalarını gözden geçirelim.

Represyon: Freud; “ bastırmanın özü, bir şeyi kovma ve onu bilinçten uzaklaştırmaktır” (Freud 1915) diye söylemiştir. Anna Freud (1936) represyonun, bir düşünce ya da afektin bilinçli egodan kovulmasını içerdiğini ve egonun idle birleşik olduğu zamanlarda represyondan söz edilemeyeceğini bildirmiştir. Böylece represyon daha ileri bir dönemde egonun ana savunma mekanizmasıdır ve bir dürtünün ya da reprezentasyonunun ya da her ikisinin bilinçli egodan uzaklaştırılmasını içerir ve diğer nevrotik savunma mekanizmalarıyla desteklenir. Represyon ego çekirdeğini sağlamlaştırır ve korur, ego sınırlarının belirlenmesinde önemli katkıları vardır.

Represyonun etkin olduğu nevrozlar ve üst düzey kişilik bozukluklarında tolere edilemeyen çatışmalara bağlı anksiyeteye karşı ego kendisini bu çatışmaları bilinçten

uzaklaştırarak korur. Represyon daha etkili bir savunma mekanizmasıdır, ancak daha güçlü karşı-yatırım gerektirir, çünkü splittingin tersine dürtü akışının bloke edilmesi söz konusudur. (Kernberg 1990)

Yer değiştirme: Bir kaynağa bağlanmış duygular bu bilinçaltı süreçle başkasına yönlendirilir. Fobiler bu savunma mekanizmasının klasik örneğidir.

Reaksiyon Formasyon: burada kabul edilmeyen istek ya da dürtü bastırılır ve tam zıt bir karakter özelliği benimsenir. Obsesif-kompulsif bozuklukta ve obsesif kişilikte sık görülür.

İzolasyon: afektin düşünsel içeriğe eşlik etmemesidir. Örneğin travmatik bir anı kolaylıkla anımsanabilir ancak afektif içerik buna eşlik etmez. Obsesif kompulsif hastalarda sık görülür.

Yapı-bozma: tamamlanmış ya da kabul edilmeyen bir düşünce ya da eylemi tersine dönüştürmek ya da geçersiz kılmak amacıyla sembolik bir eylemde bulunmayı ve majik düşünceyi içerir. Bu mekanizmada obsesif-kompulsif hastalar için karakteristiktir. (Gabbard 1990)

Konversiyon: travmatik bir olayın mnestik içeriğinin bastırılarak afektif içeriğinin uygun (predispoze ya da sembolik anlamı olan) bir organa yöneltilmesidir.

Ek olarak nevrotik kişilik örgütlenmesinde katı olabilmesine karşın rölatif olarak iyi entegre olmuş bir süperego gözlemlenir (Kernberg 1986).

2. BORDERLINE KİŞİLİK ÖRGÜTLENMESİ

Kernberg borderline kişilik örgütlenmesinin semptomatik, yapısal ve oluşumsal yönlerinin sistematik ve dinamik betimlemesini yapmaya çalışmıştır. Ortak noktaları nispeten özgül ve dikkati çekecek ölçüde kararlı bir patolojik ego yapısı olan önemli bir psikopatolojik kümelenmeler grubu olduğunu, bu grubun ego patolojisinin nevroz ve psikozda görülenden farklı olduğunu ve bu hastaların kişilik örgütlenmesinin nevroz ve psikoz arasında gidip gelen geçici bir durum olmadığını söylemiştir. Bu hastaları, borderline kişilik örgütlenmesi olan hastalar olarak tanımlamayı önermiştir. (Kernberg, 1966)

Kernberg bu hastaların başvuru semptomlarının, nevrozlar ve karakter bozukluklarının başvuru semptomlarına benzeyebildiğini, dolayısıyla derinlemesine tanısal bir muayene yapılmadığı takdirde özel kişilik örgütlenmelerinin gözden kaçabileceğini söyler.

Kernberg; nevrotik, borderline ve psikotik kişilik örgütlenmesi arasındaki ayırıcı tanıyı üç niteliğe göre yapar bunlar;

a.Kimlik bütünleşmesi

b.Savunma Mekanizmaları

c.Gerçeği Değerlendirme Yetisi

Borderline kişilik örgütlenmesinde, kimlik dağınıklığının mevcudiyeti ve ilkel savunma mekanizmalarının kullanımının yanı sıra dikkati çeken bir diğer özellik gerçeği değerlendirme yetisinin önemli derecede bozulmuş olmasıdır (Kernberg 1977).

a. KİMLİK BÜTÜNLEŞMESİ

Kernberg, kimlik dağınıklığını, kendilik ve nesne tasarımlarının bütünleşmesinin tamamlanmaması olarak tanımlamıştır. Kendilik tasarımlarının bütünleşmemesi en iyi olarak kişinin kendisini algılayışı ve davranışlarındaki dengesizlik ve tutarsızlıklarla kendisini gösterir. Hayatlarındaki önemli kişilere ilişkin algılayışları ve değerlendirmeleri de anlamlı bir bütünlük oluşturmayacak denli yüzeysel ve dağınıktır, bu nesne tasarımlarının bütünleşmemiş olmasının bir göstergesi sayılabilir (Kernberg 1975).

Kimlik dağınıklığı; kendilik ve nesne tasarımlarının bütünleşmemiş olması yanında kronik boşluk duygusu ve can sıkıntısı, yalnızlığa ve terk edilmeye tahammülsüzlüğün varlığı ile de gözlenebilir. Kernberg'e göre kimlik dağınıklığı içselleştirilmiş iyi ve kötü nesne ilişkilerinin yansızlaştırılmamış ve bütünleştirilememiş olmasına bağlıdır. Kimlik dağınıklığı olan kişi kendini ve dünyayı ve bu ikisi arasındaki ilişkiyi daima yansızlaştırılmamış, bütünleşmemiş kavramlarla algıladığı için duygusal, davranışsal ve düşünsel bakımdan tutarlı bir kişilik sergileyemez. Şiddetli duygusal dalgalanmalar, uç noktalara varan yargılar, dramatik davranışlar sergiler. Dolayısıyla da tutarlı ve belli kararlılıkları olan bir ilişki sürdüremezler, ilişkilerinde sıcak ve empatik olamazlar. Kendilik tutarlılıkları ve değerleri başkalarının varlığına bağlı olduğu için yalnızlığa tahammül edemezler ve zorlayıcı bir tarzda sosyal olma ihtiyacı hissederler. Bu durum nesne sürekliliğinin olmamasına bağlıdır. Bu kişiler kendilik deneyiminin gerçekliğini destekleyen erken içselleştirmelerin yetersizliği nedeniyle depersonalizasyona eğilim gösterirler (Kernberg 1975).

b. GERÇEĞİ DEĞERLENDİRME

Klinik olarak gerçeği değerlendirme; hezeyan ve varsanılara kapılmama, garip,gerçekdışı düşünce ve duyguların bulunmaması, başkalarının gerçeklikle ilgilidüşüncelerine uygun şekilde yaklaşabilme gibi özelliklerle kendini belli eder (Kernberg 1977).

Borderline örgütlenmesi olan vakalarda gerçeği değerlendirme kapasitesi korunmuş olmakla birlikte zaman zaman geçici psikotik çözümler, paranoid epizodlar, kendine ve gerçeğe yabancılaşma deneyimleri gibi tablolar görülebilir ve genellikle bunlar psikoterapötik

manevralar, hastaneye yatırılma veya düşük dozlu ilaç tedavileri ile düzeltilebilir. (D.Şahin 2001)

c. SAVUNMA MEKANİZMALARI

Borderline hastalar da ilkel savunma mekanizmalarının etkinliği söz konusudur. İlkel savunma mekanizmaları şunlardır; splitting (bölünme), primitif idealizasyon (ilkel yüceltme), projektif identifikasyon (yansıtma özdeşim), denial (inkar), omnipotans (tümgüçlülük) ve devaluasyon (değersizleştirme). Egoyu çatışmalardan korumak için bu mekanizmalar aracılığıyla self ve çelişkili yaşantılar aktif olarak ayrı tutulurlar. Savunma mekanizmaları borderline hastayı intrapsişik çatışmalardan korumuş olurlar. Ancak bunu egoyu zayıflatma pahasına yaparlar. Böylece hastanın uyum için gerekli etkinliğini ve esnekliğini azaltırlar (Kernberg 1986).

Şimdi bu savunma mekanizmalarını ele alacağız.

Splitting: Zıt nitelikli introjeksiyonlar (içe alım) ve identifikasyonlar, yani libidinal ve agresif dürtü etkisi altında gelişen self ve obje imajları başlangıçta egonun integratif kapasitesindeki eksiklik nedeniyle doğal olarak “iyi” ve “kötü” olarak bölünmüşken, daha sonra egodaki bu bölünme savunma amaçları için kullanılır. Kernberg bu savunmayı splitting olarak adlandırmaktadır. Volkan, Kernberg’in kullanımına katılmakta bu kavramı üst düzey splitting’ten ayırt etmek için “primitif splitting terimini önermektedir (Volkan 1979).

Splitting ego zayıflığının temel nedenidir. Splitting represyona oranla daha az karşı yatırım gerektirdiği için zayıf bir ego kolaylıkla splittinge başvurabilir. Sonuçta ego zayıflığının ve splittingin birbirlerini destekledikleri bir kısır döngü yaratılmış olur. (Kernberg 1967)

Splittingin en iyi bilinen görünümü, dış objelerin, tümüyle iyi ve tümüyle kötü olarak bölünmeleri ve belirli bir kişi hakkında tüm duygu ve düşüncelerin aniden ve tamamıyla tersine dönüşmesidir. Çelişkili self kavramları arasında bir uçtan diğerine tekrarlayıcı salınımlar da splitting mekanizmasının bir sonucudur. Self imajı ve obje reprezentasyonlarının çelişkili özellikleri hastaya gösterildiğinde anksiyetesinin artması splitting mekanizmasının bir göstergesidir. (Kernberg 1986)

Kernberg’e göre splitting aşağıdaki savunma mekanizmalarının bazıları ile birlikte görülür.

Primitif İdealizasyon (İlkel Yüceltme): Primitif idealizasyon ile gerçek dışı, tümüyle iyi ve güçlü obje imajları yaratılır. Ancak bu objelere karşı kişide sevgi anlamında gerçek bir bağlılık ve ilgi yoktur (Volkan ve Çevik 1992)

Burada tehlikeli objeler dünyasına karşı korunma gereksinimi söz konusudur. Böyle ideal bir objenin bir başka fonksiyonu da kişiye omnipotan bir identifikasyon sağlamasıdır. Agresyona karşı ideal objenin yüceliği paylaşılacak ve narsistik gereksinimlerin direkt doyumunu sağlanacaktır (Kernberg 1967). İdealize kişiler, aynı derecede gerçek dışı ve güçlü “tümüyle kötü” objelere karşı potansiyel bir müttefik olarak görülebilirler. (Kernberg 1986)

Projektif İdentifikasyon: projektif identifikasyonda:

- a) Kişinin kendinin bir bölümünü dışsal bir nesneye yansıtması
- b) Kendilik ve nesne temsilcileri ayrımının netliğini kaybetmesi
- c) Kişilerarası etkileşim yoluyla dışsal nesnenin gerçekte yansıtılan

malzemeye göre düşünüp davranıp hissetmesi

d) Yansıtılan malzemenin yansıtılan kişi tarafından işlenip değiştirildikten sonra yeniden içselleştirilmesi söz konusudur (Kernberg 1987).

İnkâr: Duygusal olarak bağımsız iki bilinç alanının karşılıklı olarak inkâr edilmesidir. Hasta kendi ya da başka insanlar hakkındaki algılarının, düşüncelerinin ve hislerinin başka zamanlarda olanların tamamıyla zıttı olduğunun farkındadır; ancak bunu hatırlaması onun için duygusal bir önem taşımaz ve o andaki hissetme biçimini etkilemez. Kernberg’e göre inkâr, borderline hastalarda tipik olarak bölmeyi pekiştirir. Hasta bir dönemde kendisi ve nesne hakkında sahip olduğu duygu, düşünce ve algıları hatırlamakla birlikte bunlar karşısında kayıtsızdır. Böylelikle ruhsal çatışmadan kaçınılır (Kernberg 1986).

Tüm güçlülük ve Değersizleştirme: Bu iki mekanizmada bölmeye yakından ilişkilidir. Bu mekanizmaları kullanan hastalar, bazı zamanlarda idealleştirilmiş “sihirli” bir nesneyle talepkar, yapışık bir ilişki kurma ihtiyacı ile başka zamanlarda sihirli bir biçimde tüm güçlü oldukları yönünde derin bir hissi açığa çıkararak fanteziler ve davranışlar arasında gidip gelebilirler (Kernberg 1967).

Borderline kişilik organizasyonunun yapısal analizinde beş özellik göze çarpar. Bunlar;

1) Özgül Olmayan Ego Zayıflığı: Borderline kişilik yapılanmasında ilkel savunma mekanizmalarının kullanımına bağlı özgül ego zayıflığı yanında özgül olmayan bir ego zayıflığı da söz konusudur ve kendisini şu üç özellikte gösterir

1) Anksiyete toleransının eksikliği; alışıldık düzeyde yaşanan her ek kaygı, hastayı daha fazla semptom oluşturmaya ya da dışa dönük davranışlara sevk eder ya da regresyonla tepki verir.

11) İmpuls denetim zorlukları; ruhsal gerilimi azaltmanın bir yolu olarak kestirilemez ve değişken bir şekilde itkisellik gösterirler, anksiyetede ya da herhangi bir dürtü türünde bir artışın basit bir yansıması olarak ortaya çıkarlar.

ııı) Gelişmiş yüceltme kanallarının eksikliği; burada hastanın doğrudan kendini koruma ya da kendi çıkarına uygun biçimde davranmanın ötesindeki değerlere bağlanamadığı, yaratıcılığının ortaya çıkmadığı görülür.

2) Birincil Süreç Düşüncesine Kayış

3) Borderline Kişilik Organizasyonuna Özgü Savunma Mekanizmaları

(ilkel savunma mekanizmaları)

4) İçselleştirilmiş Nesne İlişkileri Patolojisi

5) Süperegö patolojisi

(Kernberg 1986).

F. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNUN KLİNİK GÖRÜNÜMÜ

Hastalar daha çok depresif, nevrotik belirtilerle ya da intihar girişimleri sonrası kliniklere başvururlar. Temel klinik görünümüleri kişilerarası ilişkilerde, kendilik imgesinde ve afektte instabilite ve belirgin impulsivitedir (APA 1994). Hastaların kliniklere başvuru sebepleri öykü derinleştikçe farklılaşmaya başlar. Örneğin çoklu sayıdaki nevrotik semptomlar, yaygın anksiyete ya da görünüşte m.depresyon gibi duran, fakat biraz derinlemesine öykü alındığında bir duygu durum bozukluğu olmadığı anlaşılan durumlar tarif ederler. Araştırmalar BKB' de gözlemlenen tipik klinik özelliklerin hastalar arasında farklılaşabildiğini gösterse de, BKB' de çoğunlukla gözlemlenen klinik özellikler şunlardır;

Çoklu Nevrotik Semptomlar: Hastanın birden fazla sayıda fobisi olabilir. Bunlar genellikle kişinin vücudu ve görünüşüyle ilgili olabildiği gibi sosyal fobiyi hatırlatacak tarzda olabilir. Bazen de OKB benzeri semptomlar görülebilir, bunlar aşırı değer verilmiş düşünce niteliğini kazanan obsesyonlar ve yaşamı kısıtlayan kompulsiyon tarzında görülebilir. Bazı borderline hastalarda nevrotik düzeydeki gibi ego distonik yaşanan obsesyon ve kompulsiyonlar olabilir (Zai 1998, İnceoğlu 2000, Brunnhuber 2003).

Hastalar çoklu sayıda, garip ya da yıllardır devam eden konversiyon semptomları gösterebilir.

Dissosiyatif fügler ve hatta bilinçte bozulmanın eşlik ettiği amnezi görülebilir (Skodol et al 2002).

Hipokondri görülebilir (Snyder 1986). Bu daha çok kronik hastalık korkusu, sağlık ritüelleri, sağlıkla aşırı ilgilenme dolayısıyla sosyal yaşamdan uzaklaşma şeklinde ortaya çıkar. Kernberg, bu kümelenmenin muhtemelen semptomatik nevrozdan çok kişilik

patolojileriyle ilişkili olduğunu, diğer herhangi bir semptomatik nevrozla birlikte paranoid ve hipokondriyak eğilimlerin muhtemelen borderline kişilik organizasyonuna işaret eden tipik bir kombinasyon olduğunu söyler.

Anksiyete: Bu hastalarda yoğun yaygın ve nedeni belli olmayan anksiyete görülebilir (Zimerman ve Mattia 1999, Zanarini 1998). Bunu genellikle sürüp giden bir can sıkıntısı, boşluk duygusu, tatminsizlik hissi olarak ifade ederler. Bu semptom özellikle diğerleriyle beraber bulunulduğunda anlamlıdır. Kernberg bu yoğun anksiyetenin kendilik bütünlüğünün algılanamamasına, ideallerin yokluğuna ve nesne açıklığına bağlı olduğunu düşünür.

Değişik Sapkın Cinsel Eğilimler: Bu hastalardan bazılarının cinsel hayatı tamamen ketlenmiş gibi görünürken mastürbasyon fantezilerinde birden fazla sapkın eğilim görülebilir. Bu hastalarda çeşitli sapkın cinsel eğilimler ve görünür cinsel sapmalar görülebilir (Aksüt 2003).

Dürtü Kontrol Bozukluğu: Daha çok ataklar şeklinde ortaya çıkar. Tipik örneklerinin alkolizm, madde bağımlılıkları, bazı psikotik kökenli şişmanlık türleri ve kleptomani, yeme bozukluğu özellikle de bulimiya nervosaya sık rastlanır (Zanarini 1998).

Kendine Zarar Verici Davranış (Skodol 2002): Hastalar genellikle duydukları yoğun sıkıntı hissinden kurtulmak için bileklerini kolların ya da vücutlarının diğer bölümlerini keskin bir aletle çizebilir ya da kesebilirler.

Manipülatif İntihar Girişimleri: Borderline hastalarda en sık hastane başvuru nedenlerinden birisidir. İntihar girişimleri daha çok hastaların çevrelerindeki kişileri etkileme amacı gütsede borderline hastaların %3 ile %10'u sonuçlanmış intihar girişimleriyle hayatlarını kaybederler. (Yen 2004, Gabbard 1994)

Kısa Psikotik Yaşantılar: Daha çok paranoid düşünceler tarzında ortaya çıkabilirler. Genellikle kısa ve geçici olup stres sonrası ya da psikoterapi sırasında gerilemeli aktarım ilişkisinde ortaya çıkabilir (O'Connell 1989, Meyer 2002, Moskowitz 2005).

Depresif Belirtiler (Hart 2001, Iaceviello 2007): Genellikle değişkendir. Borderline'ların süperego gelişimi sorunlu olduğundan depresif, disforik durumlarında öfke, idealleştirilmiş kendilik duyularıyla ilgili bir çöküşün göstergesi olan çaresizlik, umutsuzluk ve sıkıntı gibi belirtiler görülür.

Kişiler Arası İlişkilerde Sorunlar (APA 2002): Yüceltme ve değersizleştirme arasında gidip gelen, dengesiz, derinliksiz, kolay kurulup bozulan ilişkiler görülebilir. Yakınlık ve ayrılıkla ilgili sorunlar yaşanabilir. Aşırı ilgi ya da ilgisizlik durumlarında birtakım problemler yaşayabilirler. Diğerleriyle kurdukları ilişkilerde diğer kişiyi yüceltme veya değersizleştirmeye bağlı olarak sorunlar yaşayabilirler.

G. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNUN EPİDEMİYOLOJİSİ

Borderline kişilik örgütlenmesine genel popülasyon içinde rastlanma oranı %23-30'dur. Bunlar psikiyatrik başvurusu olan grubun yaklaşık %40'ını oluştururlar. Kernberg'in değerlendirmesine göre genel nüfus içindeki oranı %15 olarak belirlenmiştir. (Gunderson 1984)

Borderline kişilik bozukluğuna ise genel popülasyonda rastlanma oranı yaklaşık % 1-2'dir (Bateman 2004, Samuels 2002, Torgersen 2001, Torgersen 2005). Ayaktan izlenen hastalarda %10, yatan hastalarda ise %20 oranında görülmektedir. Kliniklere başvuran tüm kişilik bozukluğu vakalarının %30-60'lık kısmını oluşturmaktadırlar (DSM-IV). Psikiyatri kliniğine başvuran hastaların ise %15-20'ni oluştururlar (Gunderson 2001)

Kadınlarda erkeklere oranla 3 kat fazladır (Fyer 1988, Grilo 1996, Soloff 1994, Akhtar 1986, Hudziak 1996, Herran ve ark. 1999, Belek 1999, Sağduyu ve ark. 2000, Von Korff ve ark. 1987). Borderline kişilik bozukluğu olan hastaların birinci derece yakınlarında, bu bozukluğun görülme oranı genel popülasyona göre oldukça fazladır (Baron 1985, Loranger 1982, Links 1988, Zanarini 1988, Zanarini 2004). Aynı zamanda, madde suistimali, antisosyal kişilik bozukluğu ve depresif bozukluklar için de artmış ailesel risk vardır.

H. KİŞİLİK GELİŞİM KURAMLARI

Kişiliğin gelişimini açıklayan birbirinden farklı çok sayıda kuram vardır. Şimdi bu kuramlardan tezimiz doğrultusunda önemli olan birkaç tanesine değineceğiz

1. JEAN PİAGET'İN BİLİŞSEL GELİŞİM KURAMI

Piaget'in yaklaşımının temeli biyolojiktir. Büyüyen organizmadaki biyolojik yapıların, gelişimi ve uyumuyla ilgilenmiştir. Piaget'in en önemli katkısı çocuğun bilişsel gelişimini tanımlamasıdır. Dört gelişimsel dönem tanımlar:

Duyusal-motor dönem (doğumdan iki yaşına dek uzanır);

Çocuğun davranışı henüz somuttur, uyumsal etkinliği organizasyonu sınırlıdır. Çocuk zihninde temsil edilenleri arayabilir. Örneğin görüntüden kaybolan nesnelere arar, uzaysal ilişkileri anlayabilir ve değiştirmeye başlar.

İşlem öncesi dönem;

İkinci yaştan yedinci yaşa dek uzanır. Bu dönemde önceden oluşan zihinsel temsiller, ilişkileri ve yasalarıyla birlikte dış dünyanın gelişmiş bir bilişsel görünümüne dönüşür. Bu

dönem de çocuğun kavramsal düşüncesi henüz bütünleşmemiştir, sıklıkla çelişkiler ve tutarsızlıklar görülür. Örneğin, çocuk bir adamı bir baba ve bir tamirci olarak sınıflayabilir, ancak aynı adamın hem baba hem de tamirci olabileceğini anlayamaz. Ben merkezlidir. Başkalarının duygu ve düşüncelerini algılayamaz. Cansız nesnelere kişilik atfeder. Bir nesne veya olayı sembolle ifade etme yeteneği kazanır.

Somut işlemler dönemi:

Yedinci yıldan on birinci yıla kadar uzanır bu dönem de çocuğun düşünce süreci daha organize, daha tutarlı ve mantıklı işler görürler.

Soyut işlemler dönemi:

Çocuk daha üst düzeyde bir bilişsel organizasyona ve kavramsal yeteneğe ulaşır. bu dönemin en genel niteliği gerçeğin tüm olasılıklar dizisinden sadece bir tanesi olduğunu kavrayıştır. Gençlik çağlarındaki uslamla tündengelimsel hipotezdir.

(Güleç ve Köroğlu 1997)

2. SIGMUND FREUD

Freud'un kuramı biyolojik bir psikoloji kuramıdır. Ruhsal yapıyı anlamak için geliştirdiği psikanalitik kuramın 5 ana ögesi vardır bunlar;

1. Topografik Öğreti (bilinç, bilinç dışı, bilinç öncesi)
2. Yapısal Öğreti (id, ego, süper ego)
3. Genetik Öğreti (oral, anal, fallik, latans, genital)
4. Ekonomik Öğreti
5. Dinamik Öğreti

1. Topografik Öğreti : Buna göre ruhsal yapı bilinç, bilinç öncesi ve bilinç dışı diye 3 katmandan oluşmuştur. Freud'a göre bu bilinç durumları buzdağına benzetilebilir. Freud'a göre davranışları büyük oranda belirleyen bilinç dışıdır. Bilinç dışı kolaylıkla erişilemeyen ancak serbest çağrışımla, rüya ve fıkra analizi, dil ve kalem sürçmeleri gibi durumlarla, ulaşılabilen bir bilinç bölümüdür.

2. Yapısal Öğreti : Bu öğretiye göre ruhsal yapı 3 bölümden oluşur. bunlar id, ego ve süperegodur. İd, kişiliğin doğuştan var olan bölümüdür. Yeme, içme, hava alma türün devamlılığını sürdürme gibi işlevleri vardır.

Ego, Ruhsal yapının gerçeği değerlendiren bölümüdür. İçinde yaşanan dünyayla kurulan ilişkileri ego sürdürür. Ego çevreyle ilişkiyi yürütüşünde bilinçli algılama, düşünme-yargılama, duygulanma, yürütme gibi zihin işlevlerini üstlenir. Değerlendirir, yargılar, çözüm getirir, savunmalar yaratır, bağdaştırır. Çevreye uyum sağlamak, mantık, egonun görevleridir.

Ego, id ile süperegoyu dengeler. Ego gerçeklik ilkesine göre işlev görür. Süperego, yasakların ideallerin olduğu bölümdür. İd dürtülerinin dengelenmesinde egoya yardımcı olur.

3. Genetik Öğreti : Ruhsal durum ve rahatsızlıkların kökeni çocukluk dönemleri ile açıklanır. Bu dönemler şunlardır:

a. Oral Dönem(0-1): Freud'a göre bu dönemde haz bölgesi ağızdır. Meme emmede aşırı doyum sağlanır ya da sağlanmazsa fiksasyon (saplantı) olur. Oral dönemin fiksasyonları, ileride oral karakter denilen yapının ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu dönemdeki fiksasyonlarda, aşırılık şeklinde ortaya çıkabildiği gibi, tamamen içeri çekilme, yalnızlık, yemek yememe, tarzında yaşanabilir.

b. Anal Dönem (1-3) : 1-3 yaşlarında tuvalet eğitimi ile başlar. Bu dönemdeki aşırı katı tutum ya da aşırı serbest tutum fiksasyona sebep olur. Anal karakterin özelliği titizlik, biriktiricilik (biriktirip birden harcama) ve benzerleridir. Obsesif yapı özellikleri anal dönemle ilgilidir.

c. Fallik Dönem (3-7) : Bu dönem içinde karşı cinsten ebeveynine ilgi duyulur. Bu dönemde ödipus karmaşası yaşanır ve sonuçta erkek çocuğun anneden uzaklaşıp baba ile özdeşim kurması ile bu çatışma çözülür (kız çocukları için babadan uzaklaşıp anneye özdeşim kurma). Bu dönemdeki fiksasyonlarda histerik yapı özellikleri gözlenebilir.

d. Latans Dönem (7-11) : Çocuğun sosyal yaşama girmesiyle başlar. Bu dönemde cinsel ilgi gizli hale gelmiştir.

4. Ekonomik Öğreti : Belirli bir davranış ya da ruhsal durum, id, ego ve süper ego arasındaki güç dengesine bağlı olarak ortaya çıkacaktır. Bunların her birinin belirli bir miktar enerjisinin bulunduğu temeline ilişkin bilgiler ekonomik öğretinin verileridir.

5. Dinamik Öğreti : Nevrotik, psikotik kişilerde, davranışın id, ego ve süper ego arasındaki dinamik etkileşiminde, dengesiz uyumsuzluklar vardır. Dinamik öğretisi, ilk üç hipotetik yapı arasında canlı bir etkileşimin bulunduğu sağlıklı ve uyumsuz davranışların bu etkileşimler ile oluştuğu ile ilgilidir.

(Sadock & Sadock 2007)

3. ERİCK ERİKSON'UN PSİKOSOSYAL GELİŞİM KURAMI

Erikson kuramında belli kavramlardan bahsetmiştir (Erikson 1984). Bunlar;

Aşamalı oluşum ilkesi (epigenetik principle);

Buna göre kişilik gelişmesi, yaşamın ilk günlerinden başlayarak birbiri üzerine binen ve birbirini hazırlayan basamaklardan ilerleyerek oluşur. Aşamalı oluşum ilkesine göre, her dönemin kendisine özgü gereksinimleri, tamamlanacak görevleri, çözülecek sorunları, duyarlı yönleri ve özgül bunalımı (crisis) vardır. Normal kişilik gelişmesi bu gereksinimlerin

karşılanması, sorunların çözülmesi, görevlerin uygun zamanda tamamlanması, bunalımın atlatılması ile gerçekleşir.

Organ işlev-biçimi (organ mode);

Buna göre belli bir dönemin ağırlık noktası olan bölgeye ilişkin temel işlevler bütün organizmaya yayılarak organizmada egemen bir işlev biçim oluşturur.

Toplumsal işlev-örüntü (social modality);

Buna göre her dönemin kendine özgü organ işlev biçimi toplumsal çevre ile sürekli etkileşim içindedir. Örneğin, İçe-alma (incorporation) bir organ işlevi biçimi (organ mode), alma ve verme ise toplumsal bir işlev-örüntü (social modality) dür. İçe alma işlev-biçimi organizma da yaygın bir psikobiolojik eğilim; almak ya da vermek te toplumsal alışveriş anlamı taşıyan bir benlik yetisidir.

Erikson'a göre kişilik gelişimi yaşam boyu devam eden bir süreç olup "eğer her şey çocukluk dönemiyle açıklanırsa, o zaman her şey bir başkasının kusuru olarak değerlendirilir ve insanın kendi sorumluluğunu üstlenme gücüne duyulan güvende azımsanmış olur!" diye bahsetmektedir.

Erikson insan gelişimini sekiz evreye ayırmıştır. Erikson, "İnsanın Sekiz Evresi"ni benlik gelişiminin aşamaları olarak tanımlamıştır. Her evrede benlik, belli bir takım gelişmeleri tamamlamakta; sorunları çözmekte ve evreye-özgü bir psikososyal bunalımı (psychosocial crisis) atlatmaktadır. Evrelerin adı, benliğin o evrede geçirdiği özgül psikososyal bunalıma verilen addır.

Erikson, her evrede benliğin karşılaştığı bir olumlu benlik ögesi, bir de bunun karşıtını belirtmiştir. Örneğin ilk evrede temel güvenin karşıtı temel güvensizliktir. Bu evreye özgü psikososyal bunalım temel güven ve güvensizlik arasında bir dengenin kurulabilmesi ile ilgilidir. Öyleyse ilk evre "Temel güvensizliğe karşı Temel güven " adını almaktadır.

Bu dönemler,

- 1) GÜVEN YA DA GÜVENSİZLİK (Oral-duyum dönemi)
- 2) ÖZERKLİK YA DA UTANÇ VE KARARSIZLIK (Anal kas dönemi)
- 3) GİRİŞİM YA DA SUÇLULUK (cinsel devinsel dönem)
- 4) BECERİ YA DA AŞAĞILIK DUYGUSU (Gizil dönem)
- 5) EGO KİMLİĞİ YA DA ROL KARGAŞASI (Erinlik ve erginlik dönemi)
- 6) YAKIN İLİŞKİLER YA DA SOYUTLANMA (Genç Yetişkinlik Dönemi)
- 7) ÜRETKENLİK YA DA KISIRLIK (Yetişkinlik Dönemi)
- 8) EGO BÜTÜNLEŞİMİ YA DA UMUTSUZLUK dönemleridir.

Bunlara kısaca göz atacak olursak;

1) GÜVEN YA DA GÜVENSİZLİK (Oral-duyum dönemi)

Bu dönem oral dönemin karşılığıdır ve yaşamın ilk yılı boyunca sürer. Karşılıklı etkileşen iki organizmanın (anne-çocuk) bütünleşmesindeki temel öğeler süreklilik, tutarlılık ve aynılıktır. Anne çocuk ilişkisindeki bu süreklilik, tutarlılık ve aynılık çocukta "temel güven duygusunun" özünü oluşturur.

Bu dönemin tehlikesi, çocuğun yeterli güven duygusu kazanamayışı ve temel güvensizlik çekirdeğinin bütün oluşudur. Böyle bir durumun örnekleri aile içinde büyüme olanağı bulamayan çocuklarda görüyoruz.

Temel güven ve güvensizlik arasındaki çatışmanın çözümü için gerekli davranış örüntülerinin geliştirilmesi benliğin ilk görevlerinden biridir. Bu, aynı zamanda annenin de ilk görevlerinden biridir. Ama burada şunu açıkça belirtmek gerekir ki, "bebeklik çağında elde edilen güven duygusunun niceliği", bebeğe verilen besinlerin ya da sevgi gösterilerinin niceliğine değil, daha çok anne çocuk ilişkisine bağlıdır.

2) ÖZERKLİK YA DA UTANÇ VE KARARSIZLIK (Anal kas dönemi)

Anal dönemin karşılığı olan bu dönem, yaşamın ikinci ve üçüncü yıllarını kapsar. Bu evrede çocuk birbirine karşıt duygu ve eğilimler üzerinde giderek bir denge kurmayı seçim yapabilmeyi ve irade yetisini geliştirir. Bu devredeki tehlike utanç ve kuşkuculuk duygularının aşırı gelişmesidir.

3) GİRİŞİM YA DA SUÇLULUK (cinsel devinsel dönemi)

Fallik dönemin karşılığı olan bu dönem, beşinci yıl sonuna kadar sürer. Çocukluğun 3-6 yaşlarında gelişen bu dönemle ilgili olumlu benlik ögesi girişim duygusudur. Bu dönemin tehlikesi aşırı suçluluk duygusunun gelişmesidir.

4) BECERİ YA DA AŞAĞILIK DUYGUSU (Gizil dönemi)

Gizil dönemin karşılığı olan bu dönem ilkökul çağını kapsar ve 6-11 yaşları arasındaki dönemdir. Bu dönemde çocuk içinde bulunulan toplumun gereklerine göre kendisine yeni beceriler edinmeye başlar. Bu dönemde çocuğun karşılaşılabileceği tehlike yetersizlik ve aşağılık duygusudur. Bu dönemde bir başka önemli tehlikede çocuğun öğretilenleri olduğu gibi alması; bunların dışına çıkamaması ve sonunda öğrendiği teknolojinin kurbanı olmasıdır. Böylece çocuk benliği daralır, özerk ve girişimci benlik gelişmesi kısıtlanır.

5) EGO KİMLİĞİ YA DA ROL KARGAŞASI (Erinlik ve erginlik dönemi)

Kişinin toplumsal yerini, mesleki konumunu ve cinsel kimliğini tanımaya, yerine oturtmaya çalıştığı bir dönemdir. İşte, bu çabaya "kimlik bunalımı" (identity crisis) denir. Kimlik kargaşası (identity confusion) ise bu bunalımın ağırlaşması; geçici de olsa uyumun oldukça ağır biçimde bozulmasıdır.

6) YAKIN İLİŞKİLER YA DA SOYUTLANMA (Genç Yetişkinlik Dönemi)

Genç yetişkinlik çağında, artık birey kendi kimliğini bir başkasının ya da başkalarının kimliği ile birleştirebilmeye hazırlar. Bu evredeki tehlike yakın ilişkiler kurabilmenin karşıtı olan yalnızlık (isolation) duygusudur.

Erikson, kalıcı toplumsal anlamı olabilecek eşeyssel uyum (genitality) "ütopyasında" şu öğelerin bulunması gerektiğini belirtir :

1. Karşı cinsten
2. Sevilen bir eş ile
3. Karşılıklı doruk-doyuma ulaşılabilmesi
4. Karşılıklı güven duygusunun paylaşılabilmesi
5. a) İş
- b) Üreme
- c) Eğlence alanlarında birlikte bir düzen kurulabilmesi
6. Yeni yetişecek kuşaklara yeterli gelişme olanaklarının birlikte sağlanabilmesi
- 7) ÜRETKENLİK YA DA KISIRLIK (Yetişkinlik Dönemi)

Orta yaş kapsayan bu evrede, benliğin en önemli işlevi üretme, yaratma ve üretilen, yaratılan şeylere sevgi ile bağlanmadır. Bu evredeki tehlike kısırlık, verimsizlik, durağanlık (stagnation) ve benliğin yoksullaşmasıdır. Bir bakıma, orta yaş çökkünlüklerinde böyle bir durağanlık ve benliğin yoksullaşması söz konusudur. Bu tür çökkünlüklerde üretilmiş ve yetiştirilmiş olan ürünlerden, örneğin çocuklardan beklentilerin gerçekleştirilmemesi yetersizlik, yoksullaşma, durmuş olma duygusuna yol açabilir. İşte bu nedenle, bu evrede olumlu yön üretkenlik, olumsuz yön de durağanlık adımı almaktadır.

8) EGO BÜTÜNLEŞİMİ YA DA UMUTSUZLUK DÖNEMİ

Yaşlılık dönemini kapsayan bu evrede, daha önceki evrede kazanılmış benlik özelliklerinin artık iyice olgunlaşması ve birbirleri ile bütünleştirilmesi benliğin en önemli görevidir. Benlik bütünlüğü, olumlu olumsuz, acı tatlı yönleri ile bir bütün yaşamın olduğu gibi kabul edışıdir. Benlik bütünlüğü duygusundan yoksun oluşun belirtisi geçmiş günlerin iyi yaşanmamış olduğu duygusu, yeni baştan yaşama özlemi ve ölüm korkusudur. Bu çağın tehlikesi umut yitimi (despair) ve ölüm korkusudur. Yaşlılık çağındaki "benlik bütünlüğü" duygusu ile bebeklik çağındaki "güven duygusu" hem birbirine çok bağlı, hem de benzemektedir.

Erikson'a göre "yaşlılarda ölümden korkmamağa yetecek derecede benlik bütünlüğü olursa, çocuklarda yaşamdan korkmayacaklardır."

(Erickson 1984)

4. ANNA FREUD

Anna Freud'a göre, gelişim çizgilerinin prototipini bağımlılıktan duygusal bağımsızlığa ve yetişkin nesne ilişkilerine geçiş oluşturur. Ona göre;

* Anne ve bebek oral dönemde biyolojik bir birim oluşturur. Bu birimde annenin narsisizmi çocuğa aktarılmıştır, çocuğun narsisistik dünyasında da annesi vardır.

*Nesne sürekliliğinin kazanılması ve bunun yanında olumlu iç imgelerin de oluşmasıyla biyolojik ve psikolojik bütünlük çözülmeye başlar.

* Preödipal dönemin ambivalan ilişki tarzı kendini en çok oral dönemde gösterir. Yine bu dönemde egonun denetleyici ve baskıcı tutumları da sergilenir.

*Fallik-ödipal dönemde ise ilişki nesne merkezli olup sahiplenici, koruyucu, meraklı, sergileyici özellikler gösterir.

* Latent dönem dürtüsel enerjinin azaldığı ve denetlenebildiği, libidonun anne babadan dış figürlere aktarıldığı dönemdir.

* Preadölesan dönemde ambivalan, kısmi-nesneli ve biyolojik gereksinimlere yönelik tutum ve davranışlar yeniden ortaya çıkar.

* Ergenlik dönemi ise pregenital uğraşlara karşı yoğun çabaların olduğu libidinal yatırımın aile dışında ve karşı cinse yapıldığı, genital belirginleşmenin olduğu dönemdir.

A.Freud bağımsızlığın kazanılmasının biyolojik ve fiziksel bağımsızlığın kazanılması ile birlikte olduğunu vurgularken, 1- emmeden yemeye geçiş, 2- bezden tuvalet alışkanlığına geçiş yapılırken önemli ruhsal gelişimlerin olduğunu belirtir. A. Freud'un belirttiği diğer geçişler ise 3- benmerkezcilikten paylaşmaya ve arkadaşlığa, 4- bedenden oyuncığa, oyuncaktan işe geçiştir. Ona göre bu geçişlerin zamanında ve sağlıklı olmaları ruhsal yapılarının sağlıklı olması ile ilişkilidir (Freud A 1965).

5. MELANİE KLEİN

Klein, dürtünün en baştan beri bir nesneye yöneldiğini, önce kısmi nesnelere (örn: anne memesi) sonrada bütünsel nesnelere (annenin kendisi) bağlandığını öne sürmüştür. Oedipus ve suçluluk gibi şiddetli duygusal yaşantılar Klein'a göre aslında çok daha önce

başlamaktadır. Öte yandan Klein suçluluk duygusunun tek kaynağının cinsellik (ana / babaya duyulan arzular) olmadığını, belki asıl önemli nedenin saldırganlık olduğunu söylemektedir. Klein, gelişimi açıklamada aşama yerine pozisyon terimini kullanmıştır. Ona göre, başlangıçta bebekler anneleriyle halüsinatif bir füzyon içerisinde ilişkiye girerler. Bebek kendi parçalarını annenin parçaları olarak görür. Bu durum şizoid yanıdır ve doğumla başlar. Kendi saldırgan parçasını memeye (anneye) yansıtır ve memeden zarar görmekten korkar. Bebek aynı zamanda kendiliğin sevgi parçasını da anneye yansıtır, bu da memeye yöneliktir. Çünkü nesnenin sevgi bölümü olarak da burayı deneyimlemiştir. Bu da pozisyonun paranoid kısmını oluşturur. Bu yüzden Klein bu dönemi paranoid - şizoid pozisyon olarak isimlendirmiştir. Klein' a göre, çocuk id'in yanı sıra bir egoyla doğar, insanın kendi içindeki nesnelere ilişkisi, kendi dışındaki birer nesne olarak anasına ve babasına karşı iki yönlü ilişkisini oldukça etkiler, çünkü dışarıdaki nesnelerin içselleştirilmesi (introjeksiyonu) içerdeki nesnelerin dış dünyaya yansıtılmasına neden olur. Bebek ve anne arasında sessiz döngülerle giden yansıtma ve içselleştirme özdeşim süreçleri ruhsal yapıyı oluşturur. Bu karşılıklı etkileşim gerek ana-babayla ilişkilerin gerekse üst-ben (süper ego) gelişmesinin temelinde yer almaktadır. Klein'a göre yaşamın ilk 6-12 ayı boyunca bebekler annelerinin hem iyi hem de kötü olduklarını kabul ederler. Daha sonra bebek iki duygululuğu (ambivalans) tolere etme kapasitesine sahip olur. Bunu başardığında bebek paranoid-şizoid durumu aşar ve ikinci pozisyona girer, bu pozisyon depresif pozisyon olarak adlandırılır. Depresif pozisyonda iyi ve kötü nesnelere birleşir, tümünden iyi bir dünya algısından vazgeçilerek, insanlar parça nesnelere yerine bütün nesnelere olarak algılanmaya başlar. Bu durumda bebek aynı kişiyi hem sevip hem nefret edebilir ve suçtan doğan pişmanlık tecrübesi yaşayabilir. Klein'a göre, annenin ilişkideki tutumu çocuğun bu pozisyonları yaşama şeklini etkiler (Klein & Öner 1993).

6. MAHLER'İN GELİŞİMSEL KURAMI

(AYRIMLAŞMA-BİREYSELLEŞME KURAMI)

Bu gelişimsel kuramda Mahler, yeni doğanların ve küçük bebeklerin dış dünyaya göre 'ayarlanmadan' doğduğuna dikkati çekmekte ve bebeğin biyolojik doğumu ile psikolojik doğumunun birbiriyle çakışmadığını ve farklı olduğunu ileri sürmektedir (Mahler, 1974)

M. Mahler'in dönem (faz) ve alt dönemler (subfazlar) ile bölümlere ayırdığı "Gelişimsel kuramı", bebeğin psikolojik doğum süreci, biyolojik doğumu ve doğum sonrası normal otizm dönemini takiben yaşanan ve hayatın ilk üç yılını içine alan bireyselleşmenin, nesne ve kendilik algısının inşa edildiği, süreklilik kazandığı bir süreçtir. Bu süreçte anne ile bebek

arasında ikili ilişkiler vardır. Beynin gelişimi ile birlikte tekrarlayan, çok sayıda kendilik ve nesne izlenimleri (imajları) içe alınarak, kendilik ve nesne tasarımları oluşturulur.

Mahler ve arkadaşları normal gelişimin basamaklarını şöyle sıralamışlardır:

Normal Otizm Dönemi

Normal Sembiozis Dönemi

Ayrışma-Bireyselleşme Dönemi

Farklılaşma alt dönemi (Diferansiyasyon subfazı)

Uygulama alt dönemi (Practis subfazı)

Erken uygulama alt dönemi

Esas uygulama alt dönemi

Yeniden Yaklaşma Alt dönemi

Yeniden yaklaşmanın başlangıcı

Yeniden yaklaşma krizi

Yaklaşmanın bireysel çözümler

Emosyonel Nesne Kalıcılığı ve Bireyselleşmenin Pekişme Alt dönemi.

I. NORMAL OTİZM DÖNEMİ

Yaşamın ilk bir aydır. Bu dönemin temel işlevi, doğum sonrası koşullarda organizmanın homeostatik dengesini sağlamaktır. Bu dönemde bebeğin dünyası nesnesizdir, organize kendilik imajı ve nesne imajı gelişmemiş olup “primer farklılaşmamış dönem” adını da alır.

Anne, nesnelere ve dış dünya bebeğin bir uzantısı ve parçası olarak algılanır, bu yüzden otizm dönemine “Mutlak Primer Narsizm Dönemi” denir. Eğer bu dönemde annenin yeterli desteği olmazsa, yaşamın ileriki dönemlerinde görülen panik tepkilerine eşdeğer ve bütün organizmayı saran tedirginlik durumları oluşabilir. Anne bir yandan yeni doğanı iç uyaranların seli altında kalmaktan ve örselenmekten korurken, bir yandan da bedensel algıların yavaş yavaş dışarıya yönelmesine yardımcı olur. Böylece çocuğun dış dünyayı giderek daha çok fark etmesi sağlanır (Mahler ve McDevitt, 1989), bu dönemde nesnelere bir yüze değil, bir fonksiyona sahiptirler. Tekrarlanan ilişkiler çocuğun yaşantısında nesnelere ilkel bir kabulüne izin verir ki, bu self-obje yapılaşmasının da ilk önemli basamağını oluşturur. Mahler bu dönemde annelik rolü gibi harici fenomenlerin, çocuğun yaşantılarında, zaman içinde “haz verici”, “iyi” olanla “acı verici”, “kötü” olanı ayırt etmesinde yardımcı olduğunu ileri sürer. Bu ayrılaşma daha sonraki bölünme (splitting) düzeneğinin çekirdeğini oluşturacaktır (Mahler ve McDevitt 1989).

II. NORMAL SEMBİYOZİS DÖNEMİ

Bu dönem ikinci aydan, beşinci aya kadar sürer, normal sembiyotik dönemin en önemli özelliği, filogenetik olarak insan yavrusunun anne ile ikili birim (dual unity) içinde duygusal bir bağ oluşturma yetisidir (Mahler ve McDevitt, 1989). Doyurucu bir anne bebek ilişkisi daha sonra gelen ayrışma-bireyselleşme döneminde anneden başarıyla ayrılabilmenin ön koşuludur. Optimal sembiyoz, bireyselleşme adımlarının atılması ve dengeli bir “kimlik duygusu”nun kazanabilmesi için son derece önemlidir (Mahler ve McDevitt, 1989).

III. AYRIŞMA-BİREYSELLEŞME DÖNEMİ (Seperation and Individuation Phase)

5. aydan başlayıp üç yaşın sonuna kadar sürer. Bu dönem kendi içinde 4 alt dönemi içermektedir.

A) FARKLILAŞMA ALTDÖNEMİ (Differentiation subphase) (5 ve 8. aylar)

Bebek 5. aya geldiğinde annenin kendinden farklı biri olduğunu sezgilemeye başlamıştır, yedi ile sekizinci aylar gibi ilerleyen aylarda artık bebek anneye tam bir bağımlılık içinde değildir. Kendi bedenini kullanarak aktif olarak haz alır, ayrıca haz ve uyarılma için aktif olarak dış dünyaya yönelir (Mahler ve McDevitt, 1989). Annenin başkalarından ayrı bir birey olduğunu fark ettiği zaman yabancılardan tedirgin olur ve tepki gösterir. Mahler, yabancı anksiyetesini emosyonel nesne devamlılığa doğru gelişimin ilk basamağı olarak görmektedir.

B) UYGULAMA ALTDÖNEMİ (Practicing subphase) (8 ve 15. aylar)

Erken uygulama, esas uygulama alt dönemi olmak üzere ikiye ayrılır.
i. Erken Uygulama Alt dönemi;

Mahler’e göre bu dönemde, kimlik gelişimi açısından büyük önem taşıyan beden sınırlarının gelişmesi, beden parçalarının ve beden özünün (body self) daha çok farkına varılması gerçekleşir.

ii. Esas Uygulama Alt dönemi (12 ve 15. aylar);

Bebek 12. aydan itibaren ayağa kalkar ve yürümeye başlar. Beden ve beden işlevlerine yapılan libidinal yatırımlar, hızla büyüyen gelişen otonom ego fonksiyonlarına geçiş yapar. Artık, bedenin içindeki duyuların algısı birbiriyle bütünleşir. Yavaş yavaş kendi duygularıyla, yeni yeni farkına varmaya başladığı başkalarının duygularını eşleştirir ve diğer insanları kendi zevkini paylaşmaya, hatta ona katılmaya davet eder (Mahler ve McDevitt, 1989). Mahler’e göre uygulama alt döneminin doğası, yalnızca iç etkenlere değil, annenin tutumuna da bağlıdır.

C) YAKINLAŞMA VEYA YENİDEN YAKLAŞMA ALTDÖNEMİ (Reapprochment subphase) (15 ve 24. aylar)

Mahler ve ark.(1975), bu alt dönemi üç bölümde incelemişlerdir

i.Yakınlaşmanın Başlangıç Alt dönemi;

15. ayda iki ayaküstünde serbest hareket edebilmesi ve sembollerle düşünebilmenin başlaması nedeniyle, çocuk kendi ayrılığını iyice fark etmektedir. Göreceli olarak annenin varlığını unutmuşçasına davranan bebek, yeniden anneye aktif olarak yaklaşır. (McDevitt ve Mahler, 1989)

Mahler'e göre, 16. ve 17. aylara gelindiğinde bebek sevgi nesnelere kendinden ayrı ve farklı kişiler olduğunu fark ettiğinde, sıkıntı ve korku yaşar, bu bebeğin hem kendine olan sevgi ve özgüvenin azalması, hem de kendi büyüsel ve omnipotan güçlerine olan inancın çökmesine neden olur.

ii.Yakınlaşma krizi alt dönemi; (18 ve 24. aylar);

Mahler'e göre bu dönemde iki uçlu eğilim (ambitendensi) vardır. Bu iki uçlu duygulanım, anne ve bebek arasındaki ilişkide normal ölçülerde yaşandığında, iyi ve kötü nesnelere ayrılmasını (splitting'ini) kolaylaştırır. Bu davranışlar aşırıya kaçtığına, birer tehlike işaretidir. Bebekle anne arasındaki bu ilişki normal yaşanabilirse, egonun bütünleştirici gelişmesinde de olumlu etkisi olacaktır. Mahler ve arkadaşları (1975), yakınlaşma krizinin özel önemi olduğunu belirtirler. Bu krizin çözülmesi ya da çözülmemesi yaşamın daha sonraki dönemleri için birçok bakımdan belirleyici olmaktadır.

Yaklaşma alt döneminde annenin duygusal ulaşılabilirliği kadar önemli bir başka etken de baba ile ilişkidir. Baba çok erken dönemlerden beri bir sevgi nesnesi olarak, anneden tamamen farklı bir kategoride yer alır. bebek çok erken dönemlerde bile babanın anne ile özel ilişkisini algılar. Bu algı ayrışma-bireyselleşme dönemi ve daha geç preödüpal dönem için önemlidir (Mahler ve ark, 1975). Baba, anne-çocuk ilişkisindeki ambivalansı yumuşatır ve özerk gelişimi teşvik ederek, çocuğun regresif eğilimlerine karşı savaşmasını sağlar. Ayrıca önemli bir kişi olarak, özdeşim için kendini sunar. McDevitt ve Mahler'e (1989) göre, anne ile olan ambivalan bağın çözülmesi ve birey olmanın başarılması için, baba ile doyurucu bir ilişki çok büyük önem taşır.

iii.Yakınlaşma Krizinin Bireysel Çözümleri;

Mahler'e göre krizin çözülmesi, gerçekçi özsaygının (self-esteem) ve sürekliliğin (self-constancy) ortaya çıkması ve gelişmesinde de önemlidir, yakınlaşma krizinin çözümlenmemesi özsaygıda da azalmaya yol açar. Üçüncü alt dönemin sonunda, çocuk ilk basamak kimlik oluşumunu tamamlamıştır. Aynı zamanda ikinci basamak kimlik oluşumu da başlar; bir kız veya erkek çocuğu olarak cinsel kimliği belirir. Yaklaşma krizinin

çözülmesiyle splitting düzeneğinin yerini represyon alır. Böylece ilk kez intrapsişik çatışmalar ve geçici nevrotik semptom oluşumu ile karşılaşırız (McDevitt ve Mahler, 1989).

Eğer yaklaşma döneminin en önemli sorunlarından olan ‘ambivalans’ ve ‘splitting’ çözümlenmezse, özdeki ve nesnelere ilgili süreklilik duygusu ve psişik yapının gelişimi bozulur, oedipal çatışmaların çözümü güçleşir. Böylece latent dönem ve ergenlikte ya narsistik yönde nevrotik semptomlar gelişir, ya da borderline belirtiler ortaya çıkar (Mahler ve ark. ,1975).

D.EMOSYONEL NESNE KALICILIĞI VE BİREYSELLEŞMENİN PEKİŞMESİ ALTDÖNEMİ (25 AY - 3 YAŞ)

Mahler’e göre bu alt dönemdeki çocuk öz yönünden ele alındığında oldukça ileri bir ego yapılanmasını gösterir. Ayrıca anne-baba isteklerinin içselleştirilmesine ilişkin kesin işaretler vardır. Bunlar süperego öncüllerinin oluşumunu gösterir.

Üçüncü yıla kadar, her çocuğun yaşamında, annesinin değişik derecelerde empatik kişiliğine ve annelik kapasitesine bağlı olarak, şimdiye kadarki yaşantılarının sonucunda oluşmuş belli bir ruhsal yapılanma meydana gelmiştir. Bu, babayı ve tüm aileyi de içerir. Sonuçta ruh sağlığı ve patolojisinde, çocuğun birey olarak getirdiği özellikler, ilk yıllardaki anne-bebek ilişkisinin özellikleri ve büyüme sürecindeki pozitif ve negatif değerli yaşantısal olayların rolü büyüktür. Bu tür yaşantısal olaylar, bir bakıma çocuğun kaderini çizer. Bu çizgide sonsuz çeşitlilik ve tekrarlarla kendini gösteren yaşam temaları, yaşamı boyunca yüklendiği görevleri bulunur (Mahler ve ark. 1975).

7. HEİNZ HARTMANN

Hartmann'a göre, çocuk dünyaya ayrışmamış bir id-ego ile gelmektedir, "ayrışmamış matriks" denilen bu oluşum çocuğun annesi ile ilişkileri sonucu gelişip ayrışmaya başlamaktadır. Bu ayrışma sonucu önce ego sonra da süper ego olgunlaşmaktadır. Hartman'ın diğer bir katkısı da kendiliği ve egoyu birbirinden ayırmasıdır, Hartman’a göre, kendilik görünümü ego tarafından yaratılır. Bu herhangi bir anda bireyin kendine ait olan görünümüdür. Ego doğrudan, yani algılardan duygulardan düşüncelerden ve motor davranışlardan faydalanarak veya dolaylı yolla yani bedensel ve ruhsal kendini bir nesne gibi sezerek o andaki kendilik görünümünü yaratmaktadır. Bu görünüm bilinçli ve bilinçdışı olabildiği gibi, gerçeğe uygun ya da gerçeğe aykırı olabilir. Kendilik tasarımı da, ego tarafından yaratılır. Egonun zaman içinde oluşturduğu gerçeğe uygun olan ve olmayan bütün kendilik görünümlerinin düzenli bir biçimde bir araya gelmesiyle tasarımlar ortaya

çıkılmaktadır. O halde kendilik tasarımları tüm bedensel durumları bilinçli ve bilinçdışı tüm içgüdüsel ve duygusal tepkileri içine almaktadır.

Hartman'a göre ego kendilik hakkında bilgi toplarken kendilik dışındaki nesnelere hakkında da görüşümler biriktirir. Bu nesne görüşümleri kendiliğin nesne ile olan ilişkisine egonun algılama işlevine ve nesnenin hangi içgüdüye bağlı olduğuna göre değişmektedir. Nesne görüşümleri yani bir başka deyişle içe alınmış nesnelere düzenli bir şekilde birleşince kişinin içinde nesnenin tasarımı oluşmaktadır. Örneğin annesi yanında yokken bile çocuğun egosu annesinin bir görüşümünü ya da tasarımını gereksinimini karşılayan bir nesne olarak tutabilir.

8. D.V. WINNICOT

Winnicot'a göre çocuk başlangıçta bütünleşmemiş, zamanda ve mekanda dağınık deneyimler yaşamaktadır. Bu deneyimler kendiliğin çekirdeklerini oluşturur. Kendiliğin bütünleşmesi, gelişmesi anne ile ilişki içerisinde, annenin sağladığı çevre içinde gerçekleşir. Çocuğun bütünleşmiş biçimde kendini algılaması ve kendilik duygusunu geliştirmesi, annenin sunduğu "kucaklayıcı çevre" sayesinde olur. Annenin çocukla ilgili bütünleşmiş tasarımları çocuğun giderek kendi bütünlüğünü kavramasına yol açar.

Winnicot'a göre annenin çocuğun ihtiyaçlarına eş duyumlu yanıtlar vermesi çocuğun tutarlı bir kendilik duygusu geliştirmesinde, iç dünyasının olgunlaşmasında önemli bir ilerlemeye neden olur. Winnicot çocuğun yanılsamasını, sanki her şeyi kendisi yaratıyormuş hissini veren annenin eş duyumlu yanıtlarına bağlamıştır. Kendiliğin bütünleşmesi de annenin eş duyumlu "ayna" yanıtlarına bağlıdır. Bu yanıtlar "kendilik duygusu" nun gelişmesinde önemli rol oynar. Çocuğun "yanılsama anı" nda tüm güçlülük duygusu güvenli bir şekilde yerleştikten sonra, yanılsamanın dereceli bir şekilde kırılması gerekmektedir. Bu, çocuğun sanrılı bir şekilde tüm güçlülüğü deneyimlemesinden gerçeklik ilkesine geçişi olarak açıklanabilir. Bu aynı zamanda anneden ayrılma ayırılma dolayısıyla bireyleşme anlamına da gelmektedir.

Bu dönemde Winnicot'a göre "geçiş nesnelere" devreye girmektedir. Bu nesnelere kimi zaman bir ev eşyası veya benzeri bir şeydir. Annesi üzerindeki tüm güçlü kontrolün yarattığı yanılsamadan çıkmakta olan çocuk, gerçekliğe dönmeden önce annesini, daha doğrusu annesi üzerindeki tüm güçlü kontrolünü sağladığı yeni bir nesne aramaktadır. Geçiş nesnesi

konusunda erişkinlerle çocuk arasında örtük bir anlaşma meydana gelir. Erişkinler çocuğun geçiş nesnesi üzerindeki kayıtsız egemenliğini tanır. Geçiş nesnesi çocuk açısından ne tüm güçlü kontrole tabidir, ne de büsbütün egemen olmadığı dış dünyaya aittir. (Winnicott 1998)

9. EDİTH JACOBSON

Edith Jacobson (1964), Freud'un birincil narsisizm ve mazoşizm kavramlarını tartışmaya açarak, yaşamın başlangıcında libido ve saldırganlık olarak ayrışmamış tek bir ruhsal enerjinin bulunduğunu ileri sürer. Bu ruhsal enerji iyi ve kötü deneyimlere bağlı olarak sonradan farklılaşır. Bir başka deyişle, her ne kadar başlangıçta içgüdüsel bir enerji varsa da, bu enerjinin iki farklı güdülenme sistemine ayrılmasını sağlayan, dış dünyadaki deneyimin duygusal tonları, yani iyi ve kötü duygusal deneyimlerdir (Jacobson, 1964).

Jacobson'a göre çocuğun anneye girdiği ilk ilişkiler içselleştirilmiş nesne ve kendilik temsilcilerinin gelişimi açısından önem kazanır. Tatmin ve tatminsizlik deneyimleri, ödüllendirici iyi nesne ve engelleyen kötü nesne temsillerinin gelişmesine yol açar. Bu imgeler (tasarım ya da temsiller) içselleştirilmiş nesne ilişkilerinin temelini oluşturur. Jacobson'a göre bu içselleştirilmiş nesne ilişkileri giderek dürtü tatmini ve tatminsizliğine bağlı güdülenme sisteminden ayrışarak kendine özgü bir güdülenme yapısı oluşturur (Greenberg ve Mitchell, 1983). Çocuğun dürtü talebine uygun şekilde yanıt vermeyen anne onu hem engeller hem de hüsrana uğratmış olur. Erken oral deneyimlerin çocuk tarafından örgütlenmesi, nesne ve onunla ilişkide bulunan kendilik temsilcilerinin oluşmasına yol açar. Bu oluşum egonun işlevidir. Ancak söz konusu temsilcilerin oluşması da egonun nesne dünyası içinde işlevselliğini ve egonun gelişimini etkiler (Jacobson, 1964).

Jacobson (1964), çocuğun gelişiminde anne-çocuk ilişkisinin en etkili faktör olduğunu belirterek, egonun yapılanmasında annenin rolünü şöyle özetlemiştir: Parental etkiler egonun gelişimini uyararak, cinsel ve agresif dürtülerin ego ve ikincil süreç işlevlerinin hizmetinde kontrolünü, kısmi inhibisyonunu, kısmi birleşimini, nötralizasyonunu ve kullanımını destekler. Böylece, psikoseksüel gelişime ve duygular, düşünce, eylem ve gerçeklik duygusunun gelişmesine, amaçlı kişisel ve sosyal ilişkilerin, ego ve süperegodaki sevgi nesnelereyle özdeşleşmelerin kurulmasına büyük ölçüde katkıda bulunurlar. Genel olarak çocuğun bireyleşmesini ve psikobiyojik bağımlılık durumundan, sosyal, kültürel ve sonunda ego-sintonik seksüel amaçlara yayılan bağımsız ego aktivitesinin gelişimini destekler. Parental sevgi, nesnelere ve kendiliğe, stabil ve devamlı libidinal yatırımların gerçekleşmesini sağladığından, kendilik ve nesne tutarlılığının, sağlıklı sosyal ve sevgi

ilişkilerinin ve devamlı özdeşimlerin gelişiminin, böylece “normal” ego ve süperego oluşumunun en iyi teminatıdır.

10. RONALD FAİRBAİRN

R.Fairbairn, (1963) kuramsal yaklaşımını tezler halinde belirtmiştir aşağıda bu tezler maddeler halinde özetlenmiştir;

1.Doğuştan itibaren bir ego vardır.

2.Libido, egonun bir işlevidir.

3.Ölüm içgüdüğü yoktur ve saldırganlık, engellenmeye veya yoksunluğa verilmiş bir tepkidir.

4.Libido egonun bir işlevi, saldırganlık da engellenmeye veya yoksunluğa karşı bir tepki olduğuna göre, id diye bir şey yoktur.

5.Ego, dolayısıyla da libido temel eğilim olarak nesne arar.

6.Çocuk tarafından deneyimlendiği kadarıyla kaygının en erken ve ilk biçimi ayrılık kaygısıdır.

7.Nesnenin içselleştirilmesi, ilk ve esas nesnesi (anne veya memesi) tatmin edici olmayan çocuğun bu durumla baş etmek için benimsediği savunmaya yönelik bir tedbirdir.

8.Nesnenin içselleştirilmesi, yalnızca nesnenin oral olarak bedenine içine alındığı bir fantezinin ürünü değil, farklı bir psikolojik süreçtir.

9.İçselleştirilen nesnenin iki görünümü, yani uyarıcı ve engelleyici görünümleri, ego tarafından nesnenin esas çekirdeğinden bölünerek ayrılır ve bastırılır.

10.Böylece iki bastırılmış içsel nesne, yani uyarıcı (veya libidinal) nesne ile reddeden (veya anti-libidinal) nesne oluşmaya başlar.

11.İçsel nesnenin bastırılmayan esas çekirdeği, ideal nesne veya ego ideali olarak tanımlanır.

12.Uyarıcı ve reddeden nesnelerin her ikisine de kökensel ego tarafından yatırım yapılmış olmasına bağlı olarak bu nesneler onlara yatırımda bulunan ego parçalarının da birlikte bastırılmasına yol açar. Bastırmadan sorumlu olan ego' nun merkezi çekirdeği ise bastırılmadan kalır.

13.Bunun sonucunda oluşan içsel ortamda kökensel ego üçe bölünmüştür; ideal nesneye (ego idealine) bağlanmış bir merkezi bilinçli ego, uyarıcı nesneye bağlanmış bir bastırılmış libidinal ego, son olarak da reddeden nesneye bağlanmış bir bastırılmış anti-libidinal ego.

14.Bu içsel durum Melanie Klein'in tanımladığı depresif konumdan daha temel bir şizoid konumu temsil eder.

15.Anti-libidinal ego reddeden nesneye bağlandığı için libidinal ego karşısında uzlaşmaz bir tutum benimser; bu da libidinal egonun merkezi ego tarafından bastırılmasını şiddetle güçlendiren bir etki yaratır.

16.Freud'un süperegö olarak tanımladığı şey aslında ;

- ideal nesne veya ego idealini
- anti-libidinal egoyu
- reddeden (veya anti-libidinal) nesneyi içeren karmaşık bir yapıdır.

Bu değerlendirmeler, içgüdüler ve değişimlerini esas alan bir kişilik kuramıyla karşıtlık oluşturur ve kişiliği nesne ilişkileri terimleriyle kavrayan bir kuramın temellerini oluşturur. (S.M. Tura, 2000)

11. KAREN HORNEY

Horney, çevresel etkenlerin kişilik gelişiminde önemli olduğunu söyler. Ona göre insanlardaki temel eğilimler güven ve doyum arzularıdır. Bu arzular ve sosyal ilişki örnekleri kişiliği şekillendirir. Horney'e göre temel anksiyete, bütün nevrotik belirtilerin esas kaynağıdır. Bunun oluşumunda bireyler arası ilişkiler esas rolü oynar. Düşman bir dünya içinde yardımsız olma hissi temel anksiyeteyi doğurur. Temel anksiyete, kişilik bütünlüğü üzerinde sürekli yaygın etkisi olan kronik bir haldir.

Horney'e göre temel sıkıntıya karşı şu savunma mekanizmaları oluşur:

- a. Sevgi b. Teslimiyet c. Kudret d. İçine dönme

Sevgi ve teslimiyet, kişiyi insanlara olumlu, yapıcı bir şekilde; kudret ise güç arzusuyla olumsuz ve düşmanca yaklaştırır. İçine dönme kişiyi insanlardan, toplumdan uzaklaştıracaktır. Herkes sevgiye muhtaçtır. İnsan kendini güvende hissederse, sevgi ihtiyacını grubu içinde dostları arasında karşılıklı eşitlik çerçevesinde doyurur. Güvensizlik hisseden kişi ise, aşırı aşk ve sevgi ihtiyaçlarında, hiçbir fark gözetmez. Etrafındaki ilişkilerde ön planda olmayı ister.

Horney'e göre nevroitikler, esnek olmayan, kendi potansiyelleri ve davranışları arasında çelişki olan kimselerdir. İzolasyon korkuları vardır. Kendilerini terkedilmiş ve tehlike içinde hissederler. Kendilerine inançları yoktur.

Horney'e göre anksiyeteden korunma çabaları şöyle sıralanabilir:

1. Sevgi kazanarak (sevgi)
2. Baş eğer (teslimiyet)
3. Güçlü olarak (kudret)
4. İnsanlardan kaçarak (içedönük)
5. Sömürücü-alıcı kişilik kazanarak
6. Popüler olma çabasına girerek
7. Olduğu gibi değil, istediği gibi görünerek (benliğinden uzaklaşarak)
8. Herkesten daha iyi olmaya çabalayarak
9. Bağımsızlığa ve öz yeterliliğe yönelerek
10. Yanlış yapma korkusu içinde kusurlu yönlerini örtme çabasına girerek.

Horney kadın ve erkek arasındaki farklılığın, cinsel organ farklılığından ileri gelmediğini söyler. Ona göre Odipal çatışma babaerki toplumlarda görülür, anaerki toplumlarda görülmez. Bu da erkek cinsine imrenme özelliği olmadığını, erkeğin gücüne imrenmenin olduğunu kanıtıdır. Bu gücü erkeğe toplum verir. Yanlış eğitim çocuğu sorunlu kılar. Saldırganlık doğuştan değildir. Saldırganlık, güvenlik duygusunu sürdürmek için oluşturulan bir savunma mekanizmasıdır.

12. SULLIVAN

Sullivan'a göre insan doğum anında var olan ya da olgunlaşma süreci içinde ortaya çıkan bazı tepki eğilimleriyle dünyaya gelir. İnsanın fizyolojik ve duygusal ihtiyaçlarına doyum sağlama yönünden başkalarına bağımlı olması bir yana, yaşadığı her olay ve öğrendiği her şey ilişkilerinin içeriği tarafından belirlenir ve etkilenir.

Bebeklik döneminde çocuğun temel ihtiyacı annenin sıcak davranışlar göstermesi ve onun biyolojik ihtiyaçlarını sevecen bir tutumla giderebilmesidir. Sullivan'a göre annenin anksiyeteli olması çocukta korkuya benzer gerilimler oluşturabilir. Anksiyete gerilimini giderek daha iyi tanıyan bebek bu duyguyu azaltmak ya da ortadan kaldırmak için davranışlarını nasıl yönlendirmesi gerektiğini öğrenmeye başlar. Çeşitli kültürel tutum ve değerleri ona öğreten büyüklerden oluşan çevresinin onayını kazanarak güvenliğini sağlar. Bu dönemde bebek kendi bedenini çevresindeki diğer nesnelere ayırmayı öğrenir.

Sullivan'a göre birinci çocukluk dönemi sözlü dilin belirmesinden oyun arkadaşlarına gerek duyulmasına dek sürer. Bu dönemde yaşantılar sintaksik bir nitelik alır. Benlik sistemi çocuğun cinsiyetine göre biçimlenmeye başlar, erkek çocuk toplumdaki erkek rolüyle kız çocuk da kadın rolüyle özdeşleşir. Simgesel yeteneklerin gelişmesiyle çocuk yetişkin yaşamı yansılayan oyunlar geliştirir. Sullivan bu etkinlikleri "dramatizasyonlar" diye adlandırmıştır (Gençtan 1999).

13. STANLEY I. GREENSPAN

Stanley I. Greenspan'in gelişim teorisine göre:

0-3 ay arası denge kurma dönemidir. Bu evrede sorunlar varsa kişiliğin temel fonksiyonları etkilenir ve "otizm" gelişebilir. Algı bozuklukları, motor beceri bozuklukları görülebilir.

2-7 ay arası bağlanma dönemidir. Bu evredeki sorunlar psikolojik yapıda ve diğer insanlarla ilişki kurma kapasitesinde kusurlara yol açar.

3-30 ay arası bedensel ve psikolojik açıdan farklılaşma dönemidir. Bu dönemde ciddi sorunlar olmuşsa birincil derecede ego kusurları meydana gelir.

10-18 ay arasında davranışlarda organizasyon, girişimde bulunma ve içselleştirme kapasiteleri, ayrıca ego yapısı süratle gelişir. Bu dönemdeki ciddi sorunlar ilerde uyuşturucu ve alkol bağımlılığı, ruhsal bedensel bozukluklar ve dürtü bozukluklarına temel oluşturur.

1.5- 3 yaş arasında temsili kapasite öne çıkar bu dönemde ciddi sorunlar yaşanmışsa benlik ve obje temsillerinin farklılaşması ve düzenlenmesi ve nihayet bütünleşmesiyle ilgili, ikinci ego arızaları oluşur. Ayrıca borderline kişilik gelişiminin yolu açılır (Mirci 2000).

14. KURT LEWIN

Lewin'e göre kişiyi anlamak için onun çevresiyle olan ilişkilerini anlamak gerekir. Bu kuram kişinin bütünlüğü üzerine vurgu yapar ve kişinin sınırlarından bahseder. Lewin'in kuramın belli başlı özellikleri şunlardır:

1. Davranış meydana geldiği alanın bir fonksiyonudur.
2. Davranışı çözümlenme, parçalardan farklı olan top yekûn durumla başlar.
3. Somut birey somut bir durumda matematiksel olarak ifade edilir.

Lewin'e göre hayat alanı, bir yerdeki kişiyi ve onun çevresini kapsar. Bu kişinin hem özel iç alanını, hem yaşadığı nesnel dünyayı hem de ilişkilerini içerir. Hayat alanının merkezinde benlik vardır.

Benlik	Aile
Çevre	Toplum

Lewin'e göre bu sistemler arasında kişiden kişiye sayısal farklılıkların görülmesi, bireysel farklılıkları oluşturur. Lewin'e göre hayat alanında bir sınırdan diğer sınıra geçişi etkileyen artı ve eksi yükler vardır, ona göre kişinin içyapısının özellikleriyle dış dünya arasındaki ilişkiler artı yüklüyse bu kişinin davranışları daha ileriye dönük daha uyumlu olacaktır.

Lewin her kişinin ileriye yönelik davranışlarda bulunabilecek bir yapıya sahip olduğunu söyler. Davranışın belirleyicileri geçmişe değil kişiye aittir. Yaşam alanında bireyi çeken ve iten şeyler vardır. Bireyin tepkisi, öğrenmesi, kişiliği bunlara göre biçimlenir. Algı, duygu, zihinsel süreçler, kişinin yaşam alanına ve onun özelliklerine bağlıdır.

15. MURPHY

Murphy, kişinin ileriye yönelik davranacağını söylemiştir. Murphy, kişinin davranışlarının değiştirileceğine ifade etmiştir. Murphy bilişsel prensipleri kullanmış ve tipolojik prensipleri ele almıştır. Murphy, algı ve öğrenmenin kişilik üzerindeki önemli rolü olduğunu, kişiliğin algısal bir bütün olduğunu ve bu algının nasıl geliştiğini öğrenilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Murphy, insan kişiliğinin öğrenmeye dayandığını bunun da ihtiyaçların giderilmesine yönelik olduğunu söyler. Ona göre ihtiyaçların giderilmesi yönünde olan davranışlar gelişir.

I. BORDERLINE KİŞİLİK ÖRGÜTLENMESİNİN ETYOPATOGENEZİ

1. BİYOLOJİK AÇIKLAMALAR

BKB'nin etiyojisini biyolojik açıdan açıklamak için çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalara göz atacak olursak;

BKB tanı kriterlerinden afektif instabilitenin siklotimi, distimi ve iki uçlu duygudurum bozukluklarında da görüldüğü bulunmuştur. Bu nedenle duygudurum bozukluğu olanlarda bulunan biyolojik anormalliklerin borderline hastalarda da bulunabileceği düşünülmüştür. (Akiskal, 1981)

Borderline hastalarda DST (Dexametazon supresyon testi) ile yapılan çalışmalar sonucu, sadece eşlik eden M.depresyon varlığında kortizol düzeyinde baskılanma olmadığı bulunurken (Beeber ve ark. 1984, Krishnan ve ark. 1984), M.depresyon yoksa DST' de anormal sonuçlar görülmemektedir (Lahmeyer ve ark. 1988, Soloff ve ark. 1982). Ayrıca

BKB ve M.depresyonun birlikte görüldüğü hastalarda baskılanma oranları, yalnız M.depresyonu olan hastalardan daha düşüktür.

MD bozukluğu olan hastalara damar içi tirotropin salan hormon (TRH) verildiğinde, tiroid uyarıcı hormonda (TSH) yanıtızsızlık görülmektedir (Loosen ve Pronge 1982). BKB'de eşlik eden MD varsa bu durum oluşur (Garbutt,1983).

Bell ve ark. göre (1983) borderline hastalardaki afektif instabiliteden kolinerjik sistem sorumlu olabilir aynı şekilde borderline hastaların, REM uykusunun deneysel indüksiyonunda kolinerjik sistem agonistlerine kontrol grubundan daha duyarlı oldukları gözlenmiştir, ki bu da kolinerjik sistem disfonksiyonunu destekler görünmektedir.

Şizoafektif bozukluk, mani, hipomani gibi 1. eksen tanıları olan borderline hastaların yüksek lityum oranı, düşük MAO düzeyi ve normal REM latansı gösterdikleri, M.depresif bozukluğu olan ya da saf borderline hastaların ise lityum oranlarının, MAO düzeylerinin normal olduğu ve kısa REM latansı gösterdikleri tespit edilmiştir (Lahmayer ve ark. 1988).

Agresif davranışları, impulsivitesi ya da kendine zarar verici davranışları olan duygudurum bozukluklu ve kişilik bozukluklu hastalarla yapılan çalışmalarda, bu hastalarda serotonin reseptör agonistlerine yanıt olarak prolaktin düzeylerinin yükselmediği, yani serotonin reseptör duyarlılığının düşük olduğu tespit edilmiştir. (Coccaro ve ark. 1989, Moss ve ark. 1990).

Leyton ve ark. bir çalışmasında (2001) BKB'lilerde sağlıklı kontrollere göre medyal frontal girus, anterior singulate girus, superior temporal girus ve korpus striatumu da içeren kortikostriatal bölgelerde belirgin biçimde serotonin sentez kapasitesinin göstergesi olan Ü-(11C)- metil-L-Triptofan tutulumunda azalma olduğu saptanmıştır.

BKB'lilerde normal kontrollere göre dorsolateral frontal korteks işlevleriyle ilişkili planlama ve orbitofrontal lob işlevleriyle ilişkili karar verme aşamalarında bozulma saptanmıştır (Dowson ve ark. 2004)

2. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI AÇIKLAMALAR

Millon, sosyal öğrenme teorisine dayanan bir bakışla, borderline hastalarda temel sorunun kendi kimliğine ait sürekli ve net bir duygudan yoksunluk olduğunu söyler. Netleşmiş bir kimlik duygusu olmaması, başarılı bir kimlik gelişimini aksatan, biyolojik, psikolojik ve sosyolojik etkenlerin bir sonucudur.

Belirgin ve sürekliliği olan amaçlarının olmayışı, eylemlerin uyumsuz olmasına ve dürtü kontrolünün azalmasına yol açar. Sorunlarla baş etmedeki yetersizlik, kişilerin kendi duygularıyla baş etmesindeki zorluğu da kapsar.

Millon (2000), borderline hastaların diğer insanlara korunma ve güvence için bağımlı olduklarını öne sürer ve bu yardım kaynağından muhtemel bir ayrılma işaretine karşı son derece duyarlı olduklarını ekler.

Young, kişilik bozukluklarının tedavisinde kullanılmak üzere, şema odaklı kognitif terapi adını verdiği, kognitif-davranışçı bir model geliştirmiştir. Şemalar bireyin kişisel ve çevresel bilgiyi nasıl düzenleyeceğini belirleyen, onun dış dünya ve kendisiyle ilgili temel varsayımlarını içeren, geçmiş yaşantı ve deneyimler sonucunda oluşmuş bilişsel (kognitif) yapılardır. Yaşamın erken dönemlerindeki kişisel deneyimler ve çevredeki önemli insanlarla yapılan özdeşimlerle oluşan şemalar, yaşamın daha ileri yıllarındaki benzer deneyimler ve öğrenmelerle pekişir. Kalıcı bilişsel yapılar olan bu şemalar bazen sorunla başa çıkma düzeneği olarak olumlu olabilecekleri gibi bazen de işlevsellikten uzak ve dolayısıyla olumsuz olabilirler.

Kişilik denilen duygusal ve davranışsal örüntüler yaşamla ve kendilikle ilgili bu tür şemalardan oluşur. Şemalar "yetersizim", "sevilmiyorum" gibi koşulsuz mutlak önermeler biçimindedir. Young'a göre kişilik bozuklukları, bu uyumu bozucu şemaların sonucudur. Young'a göre borderline kişilik bozukluğundaki, erken uyumu bozucu şemalar şunlardır:

Terk edilme / kayıp: Hastanın muhtemel ifadesi; "Sonsuza dek yalnız kalacağım. Bana yardım edecek kimse olmayacak",

Sevilmeme: "Eğer beni gerçekten tanırse sevmez veya yakın olmak istemez",

Bağımlılık: "Kendi başıma baş edemem. Dayanacak birine ihtiyacım var",

Boyun eğme / bireyselleşme yokluğu: "Diğerlerinin isteklerine, boyun eğmeliyim. Yoksa beni terk eder veya saldırırlar",

Güvensizlik: "İnsanlar beni incitir, saldırır, faydalanır. Kendimi korumak zorundayım",

Yetersiz öz disiplin: "Kendimi kontrol etmem veya disipline olmam mümkün değil",

Duygusal kontrolü yitirme korkusu: "Duygularımı kontrol etmeliyim yoksa kötü şeyler olur",

Suç/cezalandırma: "Ben kötü bir insanım. Cezalandırılmayı hak ediyorum",

Duygusal yoksunluk: "İhtiyaçlarımı karşılayacak, bana güç verecek, ilgilenecek hiç kimse yok" (Young 1991,1992).

Beck'in teorisine göre, bireyin kendisi, diğer insanlar ve yaşamla ilgili temel sayılıtları, algılamayı ve olayların yorumunu etkileyerek, hem davranış hem de duygusal yanıtlar üzerinde önemli bir rol oynar. Borderline bireylerle kognitif terapi esnasında ortaya çıkan üç temel sayılıt bu bozuklukta merkezi önem taşır. Bunlar; 'dünya tehlikeler ve kötü niyetlerle

doludur', 'ben güçsüz ve zarar görmeye müsait biriyim' ve 'ben doğuştan kabul edilemez biriyim' dir.

Açıktır ki bir insanın, dünyanın tehlike dolu olduğuna inanması ve kendisini göreceli olarak güçsüz görmesi, herhangi bir özgül korkuya göre çok daha önemlidir ve yaşamının tümünü etkileyen önemli sonuçlar doğurur. Bu, uyanıklığı ve dikkati elden bırakmanın, risk almanın, zayıflığın ortaya çıkmasının, kontrolsüz olmanın, kolaylıkla kaçamayacağı bir ortamda bulunmanın vs. her zaman tehlikeli olduğu sonucuna götürür. Böylece, süregelen gerilim ve kaygıya, tehlike işaretleri için uyanıklığa, kişiler arası ilişkilerde tedbirliliğe, kontrolü zor olan duygulardan rahatsız olmaya yol açar. Bu tür kaçınma davranışları, zayıflık ve zarar görebilirlik düşüncesini besler ve uyanık-savunmacı olma tutumunun sürdürülmesine neden olur. Borderline bireyler bu tehlike ortamında, birilerine dayanarak güç almayı da tehlikeli görürler. Çünkü bu, reddedilme, terk edilme ve eğer doğuştan gelen kabul edilemez yanı keşfedilirse, saldırı ile sonuçlanabilir.

Borderline bireyler bir ikileme karşı karşıyadır. Düşmanlıkla dolu bir dünya da, göreceli olarak herhangi bir emniyet kaynağı olmaksızın yardımsız olduklarını düşünmektedirler; bu nedenle herhangi birine tam güvenmeden yalnızlık ile bağımlılık arasında gider gelirler.

Beck, borderline bireylerin, “kognitif çarpıtmalar” adını verdiği düşünce bozuklukları gösterdiklerini söyler. Bu kognitif çarpıtmalar nedeniyle, kişinin gerçek dışı beklentileri olabilir. Kognitif çarpıtmalar çok çeşitli olabilir, ancak bunlardan en önemlisi Beck'in "Hep ya da hiç” tarzında düşünce adını verdiği düşünce çarpıtmasıdır. Buna aynı zamanda ikicil (dichotomous) düşünce, kutupsal düşünce adı da verilir. Bu, yaşantıları birbirini dışlayan kategoriler şeklinde yorumlama eğilimidir (iyi veya kötü, başarı veya yenilgi, güvenilirlik veya hilecilik). "Eğer tamamıyla başarılı değilsem, başarısızım demektir". Yaşantı devamlılığı olan bir çizgi şeklinde görülmez. Bu siyah veya beyaz tarzında düşünme, çizginin ortalarına düşen şeylerin de uçlarda yorumlanmasına neden olur. Durumları bu şekilde aşırı abartılı yorumlama, aşırı duygusal tepkilere zemin oluşturur. Ek olarak, bu ikili bakış, uçlardan birinden diğerine kayarak değişkenlik gösterebilir. Bu kaymalar, ani duygusal değişikliklere, dramatik davranışlara yol açar.

Doğuştan kabul edilemez oldukları düşüncesi bireyi, kabul görmek için bu gerçeği başkalarından saklamaları yoluna götürür. Keşfedilme korkusu nedeniyle yakınlık ve açıklıktan uzak durabilirler. Bu, yakınlık ve güvenlik ihtiyacının giderilmesini engeller. Bu durumda da ikincil düşünce devreye girerek 'istediğimi asla elde edemem, her şey faydasız' sonucuna yol açar. Engellenme veya engellenme beklentisi -yakınlaşma ve bağımlılık

isteğiyle ilgili- yoğun öfkeye yol açar. Bağımlılık ve yakınlık isteğinin doyumu da tehlikeli görülür, çünkü düşman bir dünya da bağımlı olmak, çaresizlik ve zarar görebilirlik anlamına gelir.

3. KLASİK ANALİTİK KURAMA GÖRE BORDERLİNE VE NEVROTİK KİŞİLİK

1910'lar, psikanalizin hızla yaygınlaşmaya başladığı yıllardır. Öncelikle Avrupa'yı etkilemekle birlikte, Freud'un 1909'da Clark Üniversitesi'nde verdiği seminerlerin ardından pek çok Amerikan psikiyatristi de Profesör tarafından analiz edilmek üzere Viyana'ya gelmeye başlamıştır. Baştan beri insanın doğasını ve özellikle nevrotik hastanın iç dünyasını anlamaya ve tedavi etmeye yönelmiş olan psikanaliz bir süre sonra psikozun nedenleri üzerine düşünmeye başlamıştır. Freud, yaptığı "Çarşamba Akşamı Toplantıları"nın birinde meslektaşlarına "narsisistik nevrozlar" dediği durumu tanımlamış, böylece psikanaliz, psikozlar dünyasına da açılmıştır.

Freud, herhangi bir yazısında "borderline" kavramından bahsetmemiş olmakla birlikte aslında bugün borderline kişilik bozukluğunda sıkça kullanıldığı düşünülen bölme mekanizmasını hatırlatan bir kavramdan söz etmiştir. "Ichspaltung". Almanca olan bu kelime, "benin (egonun) yarılması" olarak Türkçeleştirilebilir. Özellikle Schreber vakasını analiz ederken kullandığı bu kavramı Freud, daha çok fetişizm ve psikoz olgularında ego içinde birbirini etkilemeden varolan durumları anlatmak için kullanır.

Psikoz olguları için; ego içinde varolan bu durumlardan biri gerçekliğin farkında olan ve onu hesaba katan bir bölümken, diğeri gerçeklikle ilgili egodan çözülen, dürtünün etkisinde kalan ve sanrısız durumlardan sorumlu tutulan parçadır. Fetişizm örneğinde ise, fetişistlerin kadın cinsel organının gerçekliğini farkında olmalarına rağmen fetişte kadına atfedilen bir penis görüyor oldukları söylenir. Burada ego, dürtünün isteklerini doyurmakla gerçeklik arasında kalmıştır ve hem arzu üretimini hem de gerçekliğin hesaba katılmasını iki ayrı tutum olarak sergiler.

Laplanche ve Pontalis (1967)'e göre, Janet, Breuer ve Freud, ruhtaki bir ayrışmadan söz etmişler hatta aynı bireyde birbirini etkilemeden yan yana durabilen iki ayrı kişiliği gözlemlediklerinden bahsetmişlerdir. Breuer bu fenomeni açıklamak için "hipnoid durumlar" kavramını kullanmış, Janet, bu durumu psikolojik sentezin zayıflığına bağlamıştır. Freud ise aynı gözlemden yola çıkarak bilinçdışı varsayımını üretmiştir. "Spaltung" (Yarılma) terimi Freud'un sonraki dönem eserlerinde bir kavramsal araca dönüşmek yerine, ruhsal aygıtın

sistemlere, yani bilinç-bilinç öncesi ve bilinçdışına ayrıldığı olgusunu tanımlamak için kullanılmıştır. Aynı terimi Freud, egonun, biri gözleyen, diğeri gözlenen şeklinde ikileşmesini anlatmak için de kullanmıştır.

Laplanche ve Pontalis, aynı öznedede farklı, karşıt ve birbirinden bağımsız iki tutumun bulunmasının psikanalitik kişilik kuramının temeli olduğunu belirtmişlerdir. Freud'un bölünme mekanizması ile ilgili olarak ego içi bir bölünmeden söz ettiğini ve mevcut iki tutumu aralarında bir uzlaşmaya varılmadan eşzamanlı olarak bulunan ve diyalektik bir ilişki içermeyen tutumlar biçiminde tanımladığını söylemişlerdir.

S.M.Tura (2000)'ya göre Laplanche ve Pontalis'in saptamaları doğru olarak kabul edilirse, bu bizi Freud'un Spaltung'u bir savunma mekanizması olarak kullanıldığını düşünmeye iter. Fakat adı geçen yazarlar kavramın kullanılışından savunma anlamını çıkarmamışlardır. Bu durumu Kernberg şöyle açıklar; "Çünkü Freud'un terimi kullanması sistem içi, ego içi farklı tutumlarla sınırlıdır. Oysa nevrotilerde ruh içi çatışma ego, id, süperego ve yüksek savunmalar arasında, ağır kişilik bozukluklarında ise birbirinden çok iyi ayrılaşmamış ortak id-ego matriksi içinde, yani sistem içidir." (Kernberg, 1980)

Kernberg'e göre nevrotiler dürtüleri bastırma engeliyle kontrol ederler, dolayısıyla da çatışma genellikle dürtü ile süperego ve ego savunmaları arasındadır. Oysa borderline durum denen yelpazede dürtüler ruhun bütününe sızmıştır, ego ve id çok iyi ayrılaşmamıştır, dolayısıyla da çatışan güçler geniş ölçüde dürtüyle yüklü ego durumlarıdır. Bu çatışmayı ve bunun uyandırdığı kaygıyı kontrol eden savunma ise bunları bir araya getirmemektir ki zaten bölmenin esası da budur.

Özetle, bugün borderline kişilik bozukluğu olan vakaları tanımlamak için önemli bir araç olan bölme mekanizmasının, Freud'un "spaltung" kavramına ne oranda benzediği tartışmalıdır. Benzerlikler olmakla birlikte klasik psikanalitik kuramda bölmeyi bir savunma mekanizması olarak bulmak güçtür. Gene de Kernberg kendi kavramının bir şekilde Freud'a yaklaştığı kanısındadır. (Kernberg, 1976)

4. KENDİLİK PSİKOLOJİSİNE GÖRE BORDERLINE VE NEVROTİK KİŞİLİK

Kendilik psikolojisi 1970'li yıllarda Heinz Kohut tarafından geliştirilmiş psikanalitik bir kuramdır. Başlangıçta narsisistik gelişimi ve narsisistik kişilik bozukluklarını anlamaya yönelik olarak geliştirilmiş olan bu kuram daha sonraları başka psikopatolojileri de ele alacak şekilde genişletilmiştir (İşcan, 1995).

Kohut, borderline ve nevrotik bozukluk kavramlarını kullanmasa da kendilik psikolojisini ve patolojilerini anlatırken bu kavramlardan dolaylı olarak bahsetmektedir.

Kohut'un kendilik kuramı Anna Orsntein tarafından çocukluk psikopatolojilerine uyarlanmıştır (Ornstein, 1981). Kohut'un modelinde ruhsal yapının ana ögesi kendiliktir. Kohut'a göre insanın doğuştan itibaren kendilik yapısı vardır. Bu yapı başlangıçta gelişmemiştir. Kendiliğin gelişimi için diğer insanlara gereksinim vardır. Bu gereksinim somut bir şekilde kendilik-kendilik nesnesi dokusu içinde ortaya çıkar ve karşılanır. Bu süreç içinde çocuğun hem o an için gereksinimleri karşılanmış olur hem de çocuk zaman içinde bu işlevleri içselleştirerek bu gereksinimlerini, kendilik nesnesine giderek daha az gerek duyarak, kendi başına gidermesini öğrenir (dönüştürerek içselleştirme). Kohut bebekle kendilik nesnesi arasındaki ilişkiyi ruhsal gelişimin temeli olarak görür (Kohut 1971, İşcan, 1995).

Kendiliğin iki kutbu vardır:

1. Üstün göstermeci kendilik: Bu yapı çocuğun kendini sergileme, gösterme ve kendini üstün görme gereksinimini içerir.

2. Ülküleştirilmiş ana baba imgesi: Bu yapı, çocuğun içselleştirdiği ana babanın (kendilik nesnelere) ülküleştirilmiş gücünü, yetkesini kendisine kattığı yanıdır (Kohut 1988).

Buna koşut olarak çocuğun gelişiminde iki tür kendilik ilişkisinden söz etmek mümkündür: 1. Aynalanma gereksinimi, 2. Ülküleştirme eğilimi. Kohut'a göre çocuk narsistik gelişim çizgisi içinde bir yandan ebeveynini ülküleştirme onu mükemmel ve tüm güçlü algılama ve kafasında yarattığı bu tüm güçlü imajın bir parçası olma, onunla kaynaşma eğilimi içindedir. Diğer yandan çocuk kendini mükemmel ve tüm güçlü olarak algılama eğilimi gösterir ve ebeveyninin de kendisini bu şekilde algılamasını ve onaylamasını ister. Kohut bunu aynalanma gereksinimi olarak kavramlaştırmıştır (Kohut 1971, İşcan 1995).

Kohut çocuğun çekirdek kendiliği içinde "çekirdek tutkular" ve "çekirdek ülküler ve değerler" in var olduğunu savunur. Uygun bir kendilik ve kendilik nesnesi ilişkisi sonucunda çocuğun başlangıçtaki çekirdek tutkular ve ülküleri gelişerek bütünlük taşıyan çekirdek kendilik (cohesive nuclear self) haline dönüşür. Uygun kendilik-kendilik nesnesi ilişkisi sonucunda çocukluktaki büyüklük duygusu ve göstermecilik, kişinin kendisini ortaya koymasına olanak sağlayan tutkulara (self assertive ambitions) dönüşür. Yine uygun koşullar altında (beğenilme, takdiredilme ve kendilik nesnesiyle kaynaşma gereksinimleri uygun bir şekilde karşılandığında) kişinin kendiliği içinde içselleştirilmiş değerler ve ülküler kutbu oluşur. Ülküleştirilmiş ana baba imgesi kutbundaki gelişimsel yetersizlik iç gerilimi düzenleme sorunlarına yol açar.

Kendiliğin tutkular kutbuyla değerler kutbu arasındaki gerilim becerilerin gelişmesine olanak sağlar. Kohut bu yaşantıyı ikizlik (twinship) ya da diğer ben (alter ego) yaşantısı olarak tanımlamıştır. Kendiliğin bu alanı üçüncü bir kutup olarak da kabul edilir (tripolar self).

Kohut'un bir diğer kavramı dönüştürerek içselleştirmediir. Kohut'a göre dönüştürerek içselleştirme ölküleştirilmiş ve ayna görevi gören kendilik nesnesinden alınan işlevlerin kendiliğin bir parçası haline getirilmesi sürecidir. Bu süreçte rol oynayan en önemli etmen Kohut'a göre uygun hayal kırıklıkları (optimal frustration) bir başka deyişle eşduyum yetersizliğinin (empatik failure) uygun düzeylerde yaşanmasıdır, aksi taktirde çocuğun bazı işlevleri içselleştirmesi engellenir. Narsisistik gereksinimlerin yeterince karşılanmaması, diğer bir deyişle hayal kırıklıklarının çok yoğun olması ise bu narsisistik gereksinimlerde ilkel düzeyde sapanmaya neden olmaktadır (İşcan 1995).

Kendilik patolojisi, infantil narsisistik yapılar yaşa uygun olarak psişik yapı içine katışıp yerleşmediğinde ve zaman zaman gerçeklik egosunda geçici parçalanmalar ve yarılmalar oluştuğunda ortaya çıkar. Çocuklarda kendilik patolojisinin pek çok belirtisi, çocuğun ana babadan göremediği empati nedeniyle yaşanan düş kırıklığı ve sonucunda doğan kronik narsisistik öfke ile baş edebilme çabaları sırasında görülmektedir, (Gökler 1991).

Kohut (1977) kendilik bozukluklarını beş psikopatoloji boyutunda inceler: Psikozlar, sınır durumlar, şizoid ve paranoid kişilikler, narsisistik davranış bozukluğu ve narsisistik kişilik bozukluğu. Kohut'a göre gerek narsisistik davranış bozukluğunda, gerekse narsisistik kişilik bozukluğunda kendilikte zayıflama söz konusudur. Ancak narsisistik kişilik bozukluğunda kendilik bozukluğu daha ağır düzeydedir. Narsisistik davranış bozukluğu olan bireylerde cinsel sapkınlık (perversion), madde bağımlılığı ve suça yönelik davranışlar şeklinde belirtiler görülebilirken, narsisistik kişilik bozukluğunda hipokondriyazis, depresyon, kırııcı tutumlar karşısında aşırı duyarlılık ve heves kaybı öne çıkan belirtilerdir.

Tolpin ve Kohut'a (1979) göre psikozlar, sınır durumlar, şizoid ve paranoid kişilikler analiz edilemezler. Çünkü bu hastalarda çocuksu çekirdek kendilik onarılmaz bir şekilde zedelenmiştir. Gerek narsisistik kişilik bozukluğu, gerekse narsisistik davranış bozukluğu olan hastalar, kendilik nesnesi aktarımı geliştirebildiklerinden analiz edilebilirler.

5. NESNE İLİŞKİLERİ KURAMINA GÖRE BORDERLINE VE NEVROTİK KİŞİLİK

Borderline ve nevrotik kişiliğin nesne ilişkilerine göre tanımı daha çok Otto Kernberg tarafından ele alındığı için, ağırlıklı olarak Otto Kernberg'in açıklamalarına yer verilecektir.

Kernberg, ruhsal yapıda ortaya çıkabilecek patolojik gelişimleri üç tanı kategorisi halinde ele alır. Bunlar nevrotik, borderline ve psikotik örgütlenmelerdir. Bu ayrımı yaparken kimlik bütünleşmesi, gerçeği değerlendirme ve savunma mekanizmalarını esas alır. Nevrotik örgütlenmede kimlik bütünleşmiş, gerçeği değerlendirme net ve kesin ve bastırma ve ona yardımcı yüksek savunma mekanizmaları kullanılırken, borderline ve psikotik örgütlenmede kimlik dağınıklığı vardır. Borderline hasta, kendilik ve nesneyi ayırt edebilirken, psikotik örgütlenme içindeki hasta bunu yapamaz. Hem borderline hem de psikotik örgütlenmelerde bölme ve ilkel yardımcı savunma mekanizmaları kullanır. Nevrotik ve borderline hastada savunma ruh içi çatışmayla ilgilidir oysa psikotik örgütlenmede amaç kişiliğin dağılmasını engellemektir.

Kernberg gelişimin aşamalarını aşağıdaki gibi sıralar;

1.Dönem: Normal otizm ya da birincil ayrışmamış dönem

Ego henüz id'den ayrışmamıştır ve yalnızca hoşnutluk ve hoşnutsuzluk yaşantılarını ayırt edebilir. Hoşnutluk ve hoşnutsuzluk yaşantıları “anı adaları” biçiminde kodlanır.

2.Dönem: Normal simbiyoz ya da birincil kendilik dönemi

İlkel ego, 1-2 ile 6-8 aylar arasını kapsayan bu dönemle birlikte anı adaları üzerinde kendilik ve nesne görünümünü kurmaya başlar. Libidinal dürtü yatırılmış kendilik-nesne görünüm ve tasarımları “iyi”, agresyon yatırılmış kendilik-nesne görünüm ve tasarımları “kötü” olarak adlandırılarak, birbirlerinden ayrı tutulurlar. Bu dönemdeki bölmenin varlığı ilkel egonun bütünleştirici yeteneklerinin henüz gelişmemiş olmasındandır. Bu dönemde kendilik-nesne tasarımları birbiri içine girmiş olduğundan gerçeği değerlendirme işlevi bozuktur. Bebek kendisiyle nesne arasında bir ayırım yapamaz.

3.Dönem: Kendilik görünüm ve tasarımlarının nesne görünüm ve tasarımlarından ayırt edilmesi dönemi

6-8 ile 18-36'ncı aylar arasındaki bu dönemde iyi ve kötü taraftaki birleşik kendilik-nesne tasarımları birbirlerinden ayrılmaya, dolayısıyla ego kendilik ve nesneyi birbirinden ayırt edecek yeteneğe ulaşmaya başlar. Buna karşılık egonun bütünleştirici işlevi henüz tam olarak gelişmediğinden, iyi ve kötü nesne tasarımları birbirlerine birleşmemiştir ve aktif olarak birbirlerinden ayrı tutulurlar. Ancak kendilik ve nesne tasarımları birbirinden ayırt edildiği için gerçeği değerlendirme yeteneği gelişir.

Üçüncü dönem sona erene kadar çocuğun iç dünyası iyi ve kötü şeklinde ikiye ayrılmış olarak kodlanan ayrılmış kendilik ve nesne temsilcilerinden oluşur. Bu dönemde çocuğun iç dünyası kısmi yani tamamen iyi veya tamamen kötü nesne ilişkilerinin içerdiği kendilik ve nesne temsilcileriyle donanmıştır.

Kernberg borderline kişilik örgütlenmesi gösteren kişilerin 3. dönemde takıldıklarını söyler.

4.Dönem: “İyi” ve “kötü” kendilik-nesne görünüm ve tasarımlarının birleşmesi dönemi

Bu dönemde “iyi” ve “kötü” kendilik görünüm ve tasarımları birleşip tüm kendilik-tasarımını oluştururken, “iyi” ve “kötü” nesne görünüm ve tasarımları da birleşip tüm nesne-tasarımını meydana getirirler. Normal bir gelişmede ego, bu birleştirme işlevini yapabilecek duruma gelmektedir.

Bu birleşmenin sağlanmasıyla bölme sora erer. Bu dönemde “iyi” kendilik ve nesne tasarımları ile “kötü” kendilik ve nesne tasarımları yüzde yüz birleşmezler. Arta kalanların iyilerinden bazıları ego, kötülerden bazıları süperego içine girerse de geriye kalanlar egonun bastırma mekanizmaları ile id içine itilirler.

Nesne ilişkileri kuramına göre bu dönemdeki saplanmalar nevrotik bozukluklar ya da yüksek derecedeki karakter bozukluklarına yol açar. Ego, id ve süperego birer yapı olarak birbirlerinden ayrıldıkları için, çatışmalara karşı geliştirilen çözüm egonun ortaya çıkardığı bastırma ve diğer yüksek dereceli savunmalarla olmaktadır.

5.Dönem: Süperegonun olgunlaşması ve ego özdeşiminin daha ileri bir düzeyde bütünleşmesi dönemi

Bu dönemde bütünleşmiş olan kendilik ve nesne-tasarımlarının bazı yönleri ego ve süperego içine absorbe olurlar. Böylece ego daha fazla olgunlaşırken süperegonun oluşumu da tamamlanır. Tüm kendilik ve tüm nesne tasarımları daha rafine hale gelirler. Ego ve süperegodaki bu olgunlaşma ileri düzeyde rafine olmuş kendilik ve nesne tasarımlarının oluşumuna yol açarken, kendilik ve nesne tasarımlarının rafine olması ego ve süperegoyu daha da olgunlaştırır. Nesne ilişkileri kuramına göre süperego birtakım tabakalardan oluşur. En altta iyilerle hiç bulaşmamış “kötü” kendilik ve nesne tasarımları vardır. İdeal kendilik ve nesne görünüm ve tasarımları (her ikisi birden ego idealini oluşturur) süperegonun üst tabakasında gelişir ve alt tabakayla birleşmesiyle esnek ve yumuşak bir süperego gelişir. Böyle bir süperegonun egoyla ilişkisi daha olgun bir düzeydedir. Böylece yaşam boyu süren

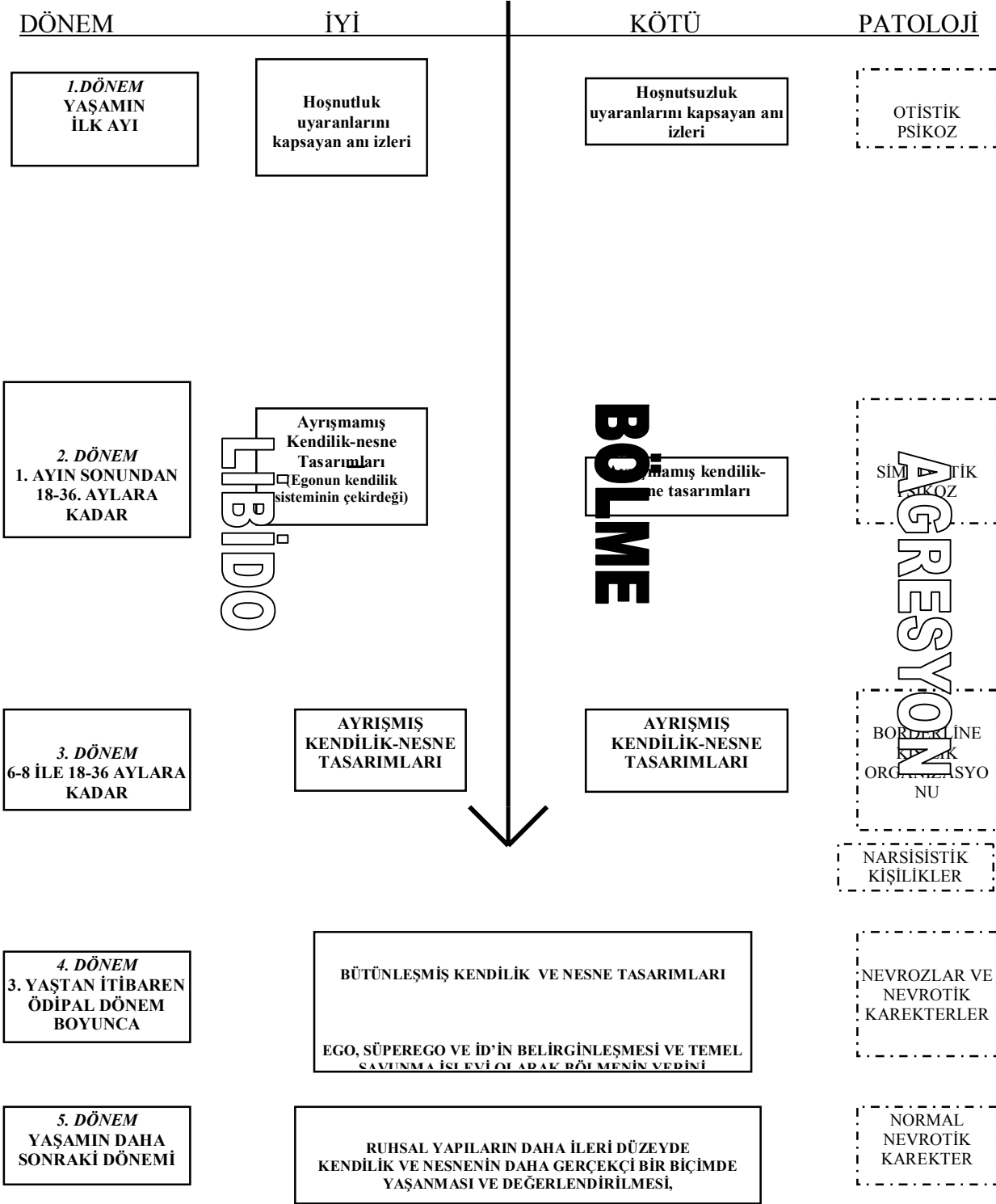
bir gelişme ve olgunlaşmadan söz edilebilir. Bu dönemlerin sağlıklı bir şekilde yaşanması sonucu kişiliğin ve kimliğin temel iskeleti gelişmiş olur.

Kernberg, çocuğun iki ego işlevini kullanma yetisinden söz etmiştir.

1. Kendilik-tasarımını, nesne-tasarımından ayırıştırıcı işlev

2. Libidinal olarak yatırılmış kendilik ve nesne-tasarımları ile saldırganlığa yatırılmış kendilik ve nesne-tasarımlarını birleştiren işlev.

Bu birleşme sürecinde, yani bölmenin ortadan kalkması sürecinde çocuk, bir yanda iyi tasarımlarını saklı tutma, öte yanda bu iyileri kötülerle birleştirme arasında kalarak çatışmaya girer. Normal gelişmede bu çatışmalar gerçeklik kuralına göre çözümlenip sonuçlanır. Böylece bölme etkinliğini yitirir ve yerini temel savunma mekanizması olarak bastırma alır. Yapısal olarak çocuğun birleştirici yeteneklerinde bir bozukluğun olması ya da kötü tasarımların agresyonla aşırı derecede yüklü olmasına bağlı olarak iyi tasarımları korumak amacıyla bu birleşme gerçekleşmeyebilir ve bölme temel savunma mekanizması olarak varlığını sürdürür. Aşağıdaki şekilde Kernberg'in katkılarıyla, nesne ilişkileri kuramına göre gelişimin aşamaları gösterilmiştir.



İYİ KENDİLİK TASARIMI



İYİ NESNE TASARIMI



KÖTÜ KENDİLİK TASARIMI



KÖTÜ NESNE TASARIMI

III. GEREÇ VE YÖNTEM

A. ÖRNEK KÜMESİ

Bu çalışmaya 2006-2007 yıllarında ilk grup olarak İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, genel polikliniğe başvuran ve çalışmaya uyan tanıyı almış hastalardan 40 tanesi çalışmaya alındı. 5 hasta randevularına gelmediği; 1 hastanın ebeveynleri ölçekleri doldurmadığı; 1 hastanın ailesi ölçekleri tamamlamadığı için çalışmaya alınmadı. 2 hastanın tanısı nevrotik kişilik örgütlenmesinin dışına çıktığı için çalışmadan çıkarıldı. Sonuçta SCID-I ve SCID-II'ye göre nevrotik kişilik örgütlenmesi içinde değerlendirilen 31 hasta çalışmaya alındı. İkinci grup için hastaların ailelerinden çalışmaya uygun olan 53 ebeveyn alındı. Hasta grubuyla yaş cins ve eğitim açısından uyumlu olmasına çalışılan 31 sağlıklı kontrol çalışmaya alındı. 31 sağlıklı deneğin çalışmaya uygun durumda olan 49 ebeveyni çalışmaya alındı. Bu çalışmada 2003 yılında aynı kliniğin sosyal psikiyatri servisi tarafından yapılan 31 borderline hasta ve 50 ebeveyninin verileri kıyaslama yapma amacıyla kullanıldı.

B. GEREÇLER

1. SCID-I

DSM-III-R Sınıflandırmasına göre 1. ekseninde tanı koymak için bireysel olarak uygulanan yapılandırılmış görüşme yöntemidir (Spitzer ve ark. 1987) Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları, Sorias ve ark. (1988) tarafından yapılmıştır.

2. SCID-II

120 sorudan ve davranım bozukluğu ek bölümünden oluşan DSM-III-R'a göre yapılandırılmış kişilik bozukluğu tarama testidir (Spitzer ve ark.1990) Türkiye'de geçerlilik güvenilirlik çalışmaları Sorias ve ark. tarafından 1990'da yapılmıştır.

3. Sosyodemografik Veri Formu

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Sosyal Psikiyatri Servisi ekibi tarafından hazırlanmış, Sosyal Psikiyatri Servisi Başvuru Değerlendirme Formunun kısaltılıp yeniden düzenlenmiş halidir. Görüşmeci tarafından uygulanmıştır.

4. Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE)

Durumluk ve sürekli anksiyete seviyelerini belirlemek için Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Spielberger'in iki faktörlü anksiyete kuramında durumluk anksiyete, kişinin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Yoğun stres altında durumluk anksiyete düzeyinde yükselme olurken stres ortadan kalkınca düşme görülür. sürekli anksiyete, kişinin anksiyeteye olan eğilimini verir. Bireyin içinde bulunduğu durumları stresli olarak algılama ya da yorumlama yatkınlığı da denebilir. Bu kişilerde durumluk anksiyete daha sık ve şiddetli olarak yaşanır. DSKE toplam 40 maddeden oluşmuş iki ayrı ölçeği içeren kendi kendini değerlendirme anketidir. Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Öner ve arkadaşlarınca 1994 yılında yapılmıştır. Durumluk anksiyete ölçeğinde kişinin o anda kendini nasıl hissettiğini göz önünde tutarak cevap vermesi istenir. Maddelerde ifade edilen duygu ya da davranışlar şiddet derecesine göre 1-hayır, 2-biraz, 3-çok, 4-her zaman, şeklinde seçeneklendirilmiştir. Ölçeklerde iki tür ifade vardır. 1-doğrudan ya da düz, 2-tersine dönmüş ifadeler. Düz ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları temsil eder. Doğrudan ifadelerde 4 puan değerindeki cevaplar, tersine dönmüş ifadelerde ise 1 puan değerindeki cevaplar, anksiyetenin yüksek olduğunu gösterir. Durumluk anksiyete ölçeğinde eklenen sabit değer 50, sürekli anksiyete ölçeğinde 35'tir. Elde edilen değer kişinin anksiyete puanıdır. 60 ya da üzerindeki değerlerde anksiyete düzeyinin normal sınırları aşmış olduğu düşünülebilir.

5. Beck Depresyon Ölçeği

Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilen ve depresyonda görülen emosyonel, somatik, kognitif ve motivasyonel belirtileri ölçmekte kullanılan, kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin Türkiye uyarlaması ve geçerlik-güvenirliği, Tegin tarafından 1980 yılında yapılmıştır.

Ölçekte 21 belirti kategorisi vardır. Her kategori için 0-3 arasında olan 4 seçenek bulunur. Kişinin, uygulama günü de dahil olmak üzere son bir hafta içinde kendini en iyi ifade eden cümleleri işaretlemesi istenir. İşaretlenen puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Bu puan, depresyonun düzeyini ya da şiddetini gösterir. Ölçeğin değerlendirilmesi 0-63 arasında puanlandırılarak yapılır. 0-9 arasındaki değerler en düşük değerlerdir, 10-16 arasındaki değerler ılımlı, 17-29 arasındaki değerler orta, 30-63 arasındaki değerler ciddi depresyonu gösterir.

6. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

Bir bütün olarak aile sisteminin çeşitli boyutları hakkında bilgi toplamak ve bu bilgiyi doğrudan aile üyelerinden almak üzere Epstein ve Bishop tarafından 1983'te geliştirilmiştir. Mc Master Aile İşlevleri Modelinin (MMFF) klinik olarak aile üzerine uygulanmasıyla elde edilmiştir. Bu ölçek ailenin yapısal ve örgütsel özelliğini ve aile üyeleri arasındaki etkileşimi sağlıklı ve sağlıksız olarak ayırt edebilecek şekilde tanımlanmıştır.

Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını ülkemizde Işıl Bulut 1990 yılında yapmıştır. 60 maddeden ve yedi alt ölçekten oluşur (problem çözme, iletişim, rollerin dağılımı, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel fonksiyonlar). Bu alt ölçeklerden 6 tanesi MMFF' de ele alınan alt-ölçeklerdir, 7.si olan genel fonksiyonlar aile değerlendirme ölçeğinde eklenmiştir ve ailenin sağlıklı olup olmadığını genel olarak değerlendirmektedir.

ADÖ, 12 yaşın üzerindeki tüm aile üyelerine bireysel olarak uygulanır ve soruları son 2 ayı değerlendirerek yanıtlamaları istenir.

(Epstein, Bolwin, Bishop, 1983; Keitner, Miller, Fruzzetti, 1987; Miller, Kabacoff, Keitner, 1986)

Aile Değerlendirme Ölçeği alt ölçekleri aşağıdaki gibidir;

a. PROBLEM ÇÖZME

Ailenin etkili bir şekilde işlevlerini yerine getirebileceği düzeyde maddi ve manevi sorunlarını çözebilme becerisi olarak açıklanmaktadır. Sorunun ortaya çıkışından çözülmesine kadar olan dönemi kapsar.

b. İLETİŞİM

İletişim, aile üyeleri arasındaki bilgi alışverişi biçiminde tanımlanabilir. Burada ailenin etkili bir iletişim içinde olup olmadığı ölçülmek istenmektedir. Bu nedenle üyeler arası sözlü iletişimin açık olup olmadığı, kişilerin söylemek istediklerini doğrudan doğruya ifade edip edemedikleri üzerinde durulmaktadır. Etkili iletişim açık ve dolaysız olmalıdır.

c. ROLLER

Ailenin maddi ve manevi ihtiyaçlarını karşılayan davranış kalıplarıdır. Ailenin kaynakların kullanımı, bakıp büyütme, destekleme ve kişisel gelişim sağlama, aile sistemini idare etme gibi konularda davranış kalıbı geliştirip geliştirmedini araştırır. Para, konut, giyim, yeme gibi maddi ihtiyaçların karşılanması rollere bağlı olarak ele alınmaktadır. Bu konuda işlevsel bir aile, çocukların ve ebeveynin bakımı, beslenme

ve gelişmesini sağlayacak şekilde rollerini benimsemiş olan ailedir. İşlevler para sağlık gibi konularda kural koymayı ve karar vermeyi gerektirir.

d. DUYGUSAL TEPKİ VEREBİLME

Aile üyelerinin her türlü uyaran karşısında en uygun tepkiyi göstermesi anlamına gelmektedir. Sevgi, mutluluk ve neşenin yanı sıra kızgınlık, üzüntü, korku ve utanç gibi duyguların sözle veya davranışlarla ifade edilebilir olması sağlıklılığı gösterir.

e. GEREKEN İLGİYİ GÖSTEREBİLME

Aile üyelerinin birbirine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgiyi içerir. En sağlıklı aileler birbirleriyle orta derecede ilgilenirler. Az veya çok ilgilenen aileler bu konuda işlevlerini yeterince yerine getirmiyorlar demektir.

f. DAVRANIŞ KONTROLÜ

Aile üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimidir. Bu alt ölçekte psikolojik ve sosyal tehlike karşısındaki davranışlar değerlendirilir. Ayrıca kontrolün esnek, katı, serbest ve düzensiz oluşu da bu alt ölçekte ele alınmaktadır.

g. GENEL FONKSİYONLAR

Yukarıda ifade edilen tüm boyutları kapsayacak şekilde genel bilgi toplamayı amaçlar.

Her alt ölçek için hesaplanan puan ortalaması 2 ve üzerindeyse bu sağlıksızlık göstergesidir. Bu rakam 4'e yaklaştıkça o işlev açısından sağlıksızlığın arttığı söylenebilir.

7. Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RIDKÖÖ)

1950'li yıllarda psikoloji literatüründe kontrol odağı inancından bahsedilmeye başlanmıştır (Phares, 1957 ve James, 1957).

Kontrol odağının kişiliğin boyutlarından biri olduğu, bireylerin geçmişteki pekiştirici yaşantılarına bağlı olarak davranışlarının sonuçlarını kendi kontrollerine veya kendi dışlarındaki odakların (örneğin şans kader tanrı gibi) kontrollerine bağlamaları sonucu oluşan bir özelliktir. (Rotter 1966, 1971, 1975, 1990)

Pek çok araştırmacı psikiyatrik hasta popülasyonları ve sağlıklı bireylerde yapmış oldukları çalışmalarda, psikopatoloji ile dış kontrol inancı arasında pozitif bir ilişki olduğu saptamıştır. (Arnkoff ve Mahoney 1979, Ganallen ve Blaney 1984, Burger 1984, Adler ve Price 1985, Layton 1985, Biaggio 1985, Hale ve Cochran 1987, Holder ve Levi 1988, Benassi, Sweeney ve Dufour 1988, Epstein ve Meier 1989, Hoffart ve Martinsen 1990).

Araştırmalar dışsal kontrollülerle karşılaştırıldıklarında içsel kontrollülerin entelektüel ve akademik etkinlikler için daha fazla zaman harcadıklarını (Crandal ve arkadaşları,1965), okul başarılarının daha yüksek olduğunu, özellikle yarışma ortamlarında daha fazla başarı gösterdiklerini (Kanoy ve arkadaşları,1980; Stipek, 1980) ve toplumsal olaylarda daha aktif olduklarını (Strickland, 1965; Pandey, 1979) göstermektedir. Yine içsel kontrollülerin diğerleriyle karşılaştırıldıklarında olumsuz etkilere daha fazla direnen, kişisel özgürlüklerin sınırlandırılmasına güçlü bir tepki gösteren (Cherunik ve Citrin, 1974), kendilerini daha etkili, güvenli ve bağımsız kişiler olarak algılayan (Solomon ve Oberlandes, 1974), olumlu kendilik kavramına sahip (Kilmann ve Hawell, 1974), atılgan ve girişimci oldukları (Lefcourt, 1972) söylenmektedir.

1966 yılında Rotter tarafından geliştirilen Rotter'in iç-dış kontrol ölçeğinin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması İ. Dağ tarafından 1991 yılında yapılmıştır. 29 maddeden oluşan ölçek, bireylerin genelleşmiş kontrol beklentilerinin, içsellik-dışsallık boyutu açısından saptamayı amaçlar. Her madde sadece birinin tercih edileceği iki seçenektir oluşur. 6 madde ölçeğin amacını gizlemek için dolgu maddesi olarak yerleştirilmiştir. Diğer 23 madde dışsallık yönündeki seçenekleri 1'er puanla değerlendirilmektedir. Buna göre ölçek puanları 0 ile 23 arasında değişmekte ve yükselen puanlar dış kontrol odağı inancının artmasına işaret etmektedir. Bu 23 maddeden 3'ünden fazlasının cevapsız bırakılması ölçeğin değerlendirilmesini engeller.

8. Shehan Yeti yitimi Ölçeği (SYÖ)

Yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (Leon ve arkadaşları,1992). "Yeti yitimini" üç madde ile ölçer (iş, sosyal yaşam ve boş zaman uğraşları, aile yaşamı ve evdeki sorumluluklar). Her maddeye 0-10 arasında (yeti yitimi yok –çok şiddetli yeti yitimi) değerlendirme puanı verilir. Toplam puan aralığı 0-30 arasında değişir.

9. MMPI (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri/ Minnesota Multiphasic Personality Inventory)

İlk kez 1943 yılında Minnesota Üniversitesi tarafından oluşturulup kullanılmıştır. Psikolog Starke R. Hathaway ve Nöropsikiyatrist J. Charnley Mc Kinley tarafından geliştirilmiş, objektif bir kişilik envanteridir. 1981'de Işık Savaşır tarafından Türkçeye uyarlama ve standardizasyonu yapılmıştır. Profiller Türk normlarına göre yeniden düzenlenmiş, psikiyatrik hastalardaki geçerlilik araştırması

da yapılarak normal erkek ve kadın profillerinin yanı sıra nevrotik ve psikotik hasta norm profilleri de gerçekleştirilmiştir. MMPI; doğru , yanlış ve bilmiyorum seçeneklerinin işaretlenebildiği 566 maddeden oluşan, bireyin kişisel ve toplumsal uyumunu objektif olarak değerlendirmeyi amaçlayan bir ölçektir. 10 adet kişilik ve 3 adet geçerlilik olmak üzere 13 alt testten oluşur. Bunların 10 tanesi klinik kullanım amaçları için psikopatolojik gruplara ayrılmıştır. Tüm alt testler aşağıdaki gibidir:

a. L (YALANCILIK): Kendini olduğundan daha iyi göstermek için, kişinin başvurduğu amaçlı ve pek ustaca olmayan girişimleri ortaya çıkarmayı amaçlar. Rasyonel yaklaşımla oluşturulan L alt-testinin 15 maddesi çoğu insanın kolayca kabul edebileceği küçük kusur ve hatalarla ilgilidir.

b. F (OLAĞANDIŞILIK): Test maddelerini atipik ya da normalden farklı bir şekilde yanıtlayanları ortaya çıkartmak için geliştirilmiştir. F alt-testindeki 64 madde normal yetişkinlerin ancak %10'undan daha azı tarafından puan alacak şekilde işaretlenir. Böylece incelenen kişi F ölçeğindeki maddelerin büyük kısmından puan alırsa teste verdiği cevapların normal insanların çoğundan farklı olduğu söylenebilir. F alt testinin üç önemli görevi vardır; 1. test alma tutumunun göstergesidir ve cevaplayış tarzındaki sapmaları ortaya çıkarmak için yararlıdır. 2. eğer profil geçersiz değilse F alt testi psikopatolojinin derecesinin göstergesidir. 3. F alt-test tıpkı diğerleri gibi kişinin test dışı davranışlarını tahmin etmek için kullanılabilir.

c. K (SAVUNUCULUK): Uygulama yapılan kişinin ruhsal bozukluğunu inkar ederek kendini olumlu bir şekilde tanıtmak ya da tam tersi ruhsal bozukluğu abartarak kendini hasta göstermek için başvurduğu çabaları daha gizli ve etkili bir şekilde belirlemek için hazırlanmıştır.

d. Hs (HİPOKONDRI): 33 soruluk bir ölçek olup, hipokondri teşhisi konulmuş kişilerde gözlemlenen çeşitli fiziksel şikayetleri içerir. Bu ölçekte yükselme somatizasyon savunmalarının ve psikolojik huzursuzluğun somatik semptomlarla ilişkisinin varlığına işaret eder.

e. (DEPRESYON): 60 sorudan oluşan, moral bozukluğu, umutsuzluk ve bezginlik duygularını değerlendirmeye yönelik bir ölçektir.

f. Hy (HİSTERİ): Sorumluluktan kaçma ve sorunları nedeniyle fiziksel belirtilere başvurma eğilimindeki kişileri ayırt etmeye yönelik olan 60 sorudan oluşur.

g. Pd (PSİKOPATİK SAPMA): 50 sorudan oluşan, impulsiflik, düşük tolerans eşiği ve sosyal uyumda zayıflık gibi psikopatik kişilik eğilimlerini ölçmeye yöneliktir. Zamandan az etkilenir. Yerleşik özellikleri yansıtır.

h. Mf (MASKULİNİTE-FEMİNİTE): 60 sorudan oluşur. Duygusal duyarlılık, cinsel özdeşim, özgecilik, feminin ve maskülin meslek uğraşı özdeşimini ve inkarını yansıtır.

i. Pa (PARANOYA): 40 maddeden oluşan bu alt test sanrısız inançları, referans fikirleri, perseküsyon fikirleri, grandiyöz duyguları, şüphecilik, alınganlık ve katılık gibi göstergeleri ile paranoyayı ölçmeyi amaçlar.

j. Pt (PSİKASTENİ): 48 sorudan oluşan ve obsesif-kompulsif sendromu değerlendirmek için geliştirilen bu alt ölçek, anksiyete, benliğe güven duymama, anormal korkular, karar vermede ve dikkatini toplamada zorluk, aşırı ahlaki standartlar, ruminasyon ve kompulsif ritüelleri yansıtır.

k. Sc (ŞİZOFRENİ): 78 sorudan oluşan ve heterojen bir psikotik hasta grubunun normallerden ayırt edilmesini amaçlayan bu alt ölçekteki soruların çoğu, garip düşünce içerikleri, ilgisizlik, apati, sosyal yabancılaşma, algı bozuklukları ve çeşitli sanrılarla ilgilidir. Temelde ölçtüğü egonun etkinliği ya da yetersizliğidir.

l. Ma (HİPOMANİ): 46 sorudan oluşan hipomanik duygulanım hareket ve düşünce hızlanması ve büyüklük fikirleriyle ilgilidir.

m. Si (SOSYAL İÇE DÖNÜKLÜK): 70 soruluk, sosyal ilişkilerdeki içe dönüklüğü ölçmeyi amaçlayan bir ölçektir. Sorular, kişiler arası etkileşimdeki bireyin duyduğu rahatsızlık, kendini yerme duyguları, başkalarına güvensizlik, duyarsızlık gibi alanları kapsamaktadır.

C. GÖRÜŞMELER

Kişilere çalışma hakkında bilgi verilip, yazılı onayları alındıktan sonra hasta ve kontrol grubundaki kişilerle iki görüşme planlandı. İlk görüşmede Sosyodemografik Veri Formu görüşmeci tarafından, Beck Depresyon Ölçeği, MMPI, Durumluk-Sürekli kaygı Envanteri, Aile Değerlendirme Ölçeği, Sheehan Yeti yitimi Ölçeği, Genel Sağlık Anketi çalışmaya katılanlar tarafından dolduruldu. İlk görüşmede SCID-I uygulandıktan sonra SCID-II formu verildi ve ikinci görüşmede SCID-II uygulandı.

Hastalarda en az ilkokul mezunu olma, en az 18 yaşında olabilme, uygulanacak testlere yanıt verebilme, nevrotik kişilik organizasyonu içinde olup SCID-I'den tanı alma koşulu işleme kriterleri olarak belirlendi.

Dışlama kriterleri ise; SCID-II'den tanı (C kümesi dışında) alma , SCID-I tanılarından, alkol madde kötüye kullanımı ya da bağımlılıkları, bipolar bozuklukları, psikotik bozukluklar, nevrotik çatışmalara bağlı gelişen depresif bozukluklar dışındaki depresif bozukluklar, genel tıbbi duruma ya da madde kullanımına bağlı psikiyatrik bozukluklar olarak belirlendi.

Kontrol grubu rastlantısal bir şekilde, gönüllüler arasından, psikiyatrik açıdan herhangi bir tanı almayan deneklerden oluşturuldu. Hasta grubuyla yaş cins ve eğitim açısından uyumlu olmasına çalışıldı.

Hastaların ve kontrol grubunun ailelerine de ilk görüşmede görüşmeci tarafından sosyodemografik veri formu uygulanmıştır. Daha sonra doldurmaları için RİDKOÖ, SCID-II, ADÖ ve MMPI verilmiştir. İkinci görüşmede doldurulan veriler gözden geçirildikten sonra ailelere SCID-I ve II uygulandı.

VERİLERİN ANALİZİ

Elde edilen veriler SPSS 11.0 for Windows programı kullanılarak bilgisayara girilmiştir. Daha sonra elde edilen veriler ki kare ve t testi uygulanarak istatistiksel işlemlere tabi tutulmuştur. Sonuçlar 2003 yılında SPS' de yapılan çalışmaya göre değerlendirilmiş ve gruplar oluşturulmuştur.

IV. BULGULAR

A. HASTALARA AİT VERİLER

1. Sosyodemografik veriler

a. Yaş

Çalışmaya alınan 62 kişinin (31hasta ve 31 Kontrol Grubunun) yaşları 18 ile 43 arasında değişiyordu. Kontrol grubuyla hasta grubu arasında yaş, eğitim ve cinsiyet özellikleri açısından anlamlı bir fark yoktu ve her iki grubun yaş ortalaması 26,3 idi.

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	Mean	N	Std. Deviation
hasta	26,35	31	7,158
kontrol	26,39	31	6,065
Total	26,37	62	6,579

b. Cinsiyet

Her iki grupta da 21 kadın, 10 erkek vardı. (Kadın %67,7-Erkek %32,3)

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	Frequency	Percent	
hasta	kadın	21	67,7
	erkek	10	32,3
	Total	31	100,0
kontrol	kadın	21	67,7
	erkek	10	32,3
	Total	31	100,0

c. Eğitim

Her iki grupta da 1 Yüksek lisans/doktora mezunu (%3.2), 8 Üniversite mezunu (%25.8), 20 Lise mezunu (%64.5), 2 ilkokul mezunu (%6.5) bulunmaktaydı.

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	Frequency	Percent	anlamlılık	
hasta	ilkokul	2	6,5	p>0.05
	Lise	20	64,5	
	üniversite	8	25,8	
	Mastır/doktora	1	3,2	
	Total	31	100,0	

kontrol	ilkokul	2	6,5
	Lise	20	64,5
	üniversite	8	25,8
	Mastır/doktora	1	3,2
	Total	31	100,0

d. Kardeş sayısı

Hasta grubunda ortalama kardeş sayısı 2.61 idi. Kontrol grubunda ortalama kardeş sayısı 3.90 idi. Gruplar arasında anlamlı fark vardı.

Tablo 5: Kardeş sayıları	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	Anlamlılık
	Hasta	31	2,61	1,054	P<0.05
	Kontrol	31	3,90	2,286	

e. Kaçınıcı çocuk olduğu

Hasta grubunda kardeş sırasındaki ortalama yer 1.84 idi. Kontrol grubunda kardeş sırasındaki ortalama yer 2.58 idi. Gruplar arasında anlamlı bir fark vardı.

Tablo 6: Kardeş sıralamasında kaçınıcı çocuk	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	Anlamlılık
	Hasta	31	1,84	,898	P<0.05
	kontrol	31	2,58	1,803	

f. Medeni durum

Hasta grubunda 22 kişi bekar (%71.0), 9 kişi evli veya birlikte yaşıyor idi (%29.0). Kontrol grubunda 25 kişi bekar (%80.6), 6 kişi evli veya birlikte yaşıyor (%19.4) idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Tablo 7: Medeni durumu				
deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	
Hasta	p>0.05	bekar	22	71,0
		evli/birlikte	9	29,0
		Total	31	100,0
kontrol		bekar	25	80,6
		evli/birlikte	6	19,4
		Total	31	100,0

g. Kiminle yaşadığı

Hasta grubunda 2 kişi yalnız (%6.5), 19 kişi anne-babası ve kardeşleri ile (%61.3), 1 kişi anne ve kardeşleriyle (%3.2), 2 kişi eşiyile (%6.5), 7 kişi eş ve çocuklarıyla (%22.6) yaşamaktaydı.

Kontrol grubunda ise 1 kişi yalnız (%3.2), 23 kişi anne baba ve kardeşleri ile (%74.2), 1 kişi annesi ile (%3.2), 1 kişi baba ve kardeşleri ile (%3.2), 2kişi eşiyile (%6.5), 3 kişi eş ve çocuklarıyla (%9.7) yaşamaktaydı.

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	Frequency	Percent	Valid Percent	anlamlılık
hasta	Yalnız	2	6,5	6,5
	anne baba ve kardeşler	19	61,3	61,3
	anne-kardeşlerle	1	3,2	3,2
	eşiyile	2	6,5	6,5
	eş ve çocuklarıyla	7	22,6	22,6
	Total	31	100,0	100,0
kontrol	Yalnız	1	3,2	3,2
	anne baba ve kardeşler	23	74,2	74,2
	anne ile	1	3,2	3,2
	baba-kardeşlerle	1	3,2	3,2
	eşiyile	2	6,5	6,5
	eş ve çocuklarıyla	3	9,7	9,7
	Total	31	100,0	100,0

P>0.05

h. Meslek

Hasta grubunda 18 kişinin mesleği yoktu (%58.1), 13 kişinin mesleği vardı (%41.9), kontrol grubunda 12 kişinin mesleği yoktu (%38.7), 19 kişinin mesleği vardı (61.3).

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	Frequency	Percent	anlamlılık
hasta	Yok	18	58,1
	İşçi	2	6,5
	Memur	4	12,9
	Emekli	2	6,5
	serbest meslek	4	12,9
	kendi işiyile	1	3,2
	Total	31	100,0
kontrol	Yok	12	38,7
	İşçi	3	9,7

P>0.05

	Memur	10	32,3
	serbest meslek	3	9,7
	Esnaf	1	3,2
	kendi işi	1	3,2
	aile işi	1	3,2
	Total	31	100,0

i. Gelir durumu

Hastaların 5 tanesi düşük (% 16.1), 22 tanesi orta (% 71.0), 4 tanesi yüksek (%12.9) gelir düzeyine sahipti. Kontrollerin 3 tanesi düşük (% 9.7), 25 tanesi orta (% 80.6), 3 tanesi yüksek (%9.7) gelir düzeyine sahipti.

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	anlamlılık
hasta	düşük	5	16,1	P>0.05
	orta	22	71,0	
	yüksek	4	12,9	
	Total	31	100,0	
kontrol	düşük	3	9,7	
	orta	25	80,6	
	yüksek	3	9,7	
	Total	31	100,0	

j. Geçim durumu:

Hasta grubunda 10 kişi (%32.3) kendi geçimini sağlayabiliyorken 21 kişi ekonomik bağımlı(%67.7) idi. Kontrol grubunda 15 kişi (%48.4) kendi geçimini sağlayabiliyorken 16 kişi (%51.6) ekonomik bağımlı idi. İki grup arasında anlamlı bir fark yoktu.

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	anlamlılık	
hasta	Valid	kendisi	10	32,3	P>0.05
		ekonomik bağımlı	21	67,7	
		Total	31	100,0	
kontrol	Valid	kendisi	15	48,4	
		ekonomik bağımlı	16	51,6	
		Total	31	100,0	

k. Anne Eğitimi ve Mesleği

Hasta grubunda 2 kişinin annesi eğitimsiz (%6.5), 5 kişinin annesi okur-yazar (%9.7), 13 kişinin annesi ilkokul mezunu (%41.7), 3 kişinin annesi ortaokul mezunu (%9.7), 4 kişinin annesi lise mezunu (%12.9), 4 kişinin annesi üniversite mezunuydu (%9.7). Kontrol grubunda 6 kişinin annesi eğitimsiz (%12.9), 4 kişinin annesi okur-yazar (%12.9), 9 kişinin annesi ilkokul mezunu (%29.0), 1 kişinin annesi ortaokul mezunu (%3.2), 4 kişinin annesi lise mezunu (%12.9), 7 kişinin annesi üniversite mezunuydu (%22.6).

Hasta grubunda 18 kişinin (%58.1) annesinin mesleği yoktu, 13 kişinin annesinin mesleği vardı (%41.9). Kontrol grubunda 20 kişinin (%64.5) annesinin mesleği yoktu, 11 kişinin annesinin mesleği vardı (%35.5). Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	anlamlılık	
hasta	Valid	eğitimsiz	2	6,5	P>0.05
		okur-yazar	5	16,1	
		ilkokul	13	41,9	
		ortaokul	3	9,7	
		lise	4	12,9	
		üniversite	4	12,9	
		Total	31	100,0	
kontrol	Valid	eğitimsiz	6	19,4	
		okur-yazar	4	12,9	
		ilkokul	9	29,0	
		ortaokul	1	3,2	
		lise	4	12,9	
		üniversite	7	22,6	
		Total	31	100,0	

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	anlamlılık
hasta	yok	18	58,1	P>0.05
	var	23	41,9	
	Total	31	100,0	
kontrol	yok	20	64,5	
	var	11	35,5	
	Total	31	100,0	

I. Baba Eğitimi Ve Mesleği

Hasta grubunda 1 kişinin babası eğitimsiz (%3.2), 10 kişinin babası ilkököl mezunu (%32.3), 3 kişinin babası ortaokul mezunu (%9.7), 8 kişinin babası lise mezunu (%25.8), 9 kişinin babası üniversite mezunuydu (%29.0).

Kontrol grubunda 3 kişinin babası okuryazar (%9.7), 13 kişinin babası ilkököl mezunu (%41.9), 2 kişinin babası ortaokul mezunu (%6.5), 3 kişinin babası lise mezunu (%9.7), 9 kişinin babası üniversite mezunu (%29.0), 1 kişinin babası master/doktora mezunuydu (%3.2). Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Hasta ve kontrol grubunda baba mesleği olmayan yoktu.

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	anlamlılık	
hasta	Valid	eğitimsiz	1	3,2	P>0.05
		ilkokul	10	32,3	
		ortaokul	3	9,7	
		lise	8	25,8	
		üniversite	9	29,0	
		Total	31	100,0	
kontrol	Valid	okur-yazar	3	9,7	
		ilkokul	13	41,9	
		ortaokul	2	6,5	
		lise	3	9,7	
		üniversite	9	29,0	
		master/doktora	1	3,2	
		Total	31	100,0	

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	anlamlılık
hasta	Valid	yok	0	P>0.05
		var	31	
kontrol	Valid	Yok	0	
		var	31	

m. İş Deneyimi

Hasta grubunda 14 kişinin (%45.2) iş deneyimi varken, 17 kişinin(%54.8) iş deneyimi yoktu. Kontrol grubunda 19 kişinin (%61.3) iş deneyimi varken, 12 kişinin (%38.7) iş deneyimi yoktu. Gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu.

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	Frequency	Percent
--	-----------	---------

Hasta	P>0.05	var	14	45,2
		yok	17	54,8
		Total	31	100,0
kontrol		var	19	61,3
		yok	12	38,7
		Total	31	100,0

Hasta grubunda son beş yılda işsiz kalınan toplam sürenin ortalaması 12.64 ay, son beş yılda işsiz kalınan en uzun sürenin ortalaması 10.93 ay, toplam işsiz kalma süresi 18.29 ay, son beş yılda değiştirilen iş sayısının ortalaması 0.86, bir işte en uzun çalışılan sürenin ortalaması 7.16 yıl idi.

Kontrol grubunda grubunda son beş yılda işsiz kalınan toplam sürenin ortalaması 9.05 ay, son beş yılda işsiz kalınan en uzun sürenin ortalaması 5.37 ay, toplam işsiz kalma süresi 9.68 ay, son beş yılda değiştirilen iş sayısının ortalaması 1.11, bir işte en uzun çalışılan sürenin ortalaması 4.52 yıl idi. Gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu.

Tablo 17: İş deneyiminin şekilleri	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	Anlamlılık
son 5 yılda işsiz kaldığı toplam süre/ ay olarak	hasta	14	12,64	17,891	P>0.05
	kontrol	19	9,05	14,661	
son 5 yılda işsiz kaldığı en uzun süre/ ay olarak	hasta	14	10,93	17,108	P>0.05
	kontrol	19	5,37	11,221	
toplam işsiz kalma süresi/ ay olarak	hasta	14	18,29	26,383	P>0.05
	kontrol	19	9,68	16,076	
son 5 yılda değiştirdiği iş sayısı	hasta	14	,86	1,231	P>0.05
	kontrol	19	1,11	2,158	
bir işte en uzun çalışma süresi/ yıl olarak	hasta	14	7,164	6,6391	P>0.05
	kontrol	19	4,521	5,3092	

n. Ailede Psikiyatrik Öykü

Hasta grubunda 8 kişinin annesinde nevrotik özellikli psikiyatrik öykü, 8 kişinin babasında nevrotik özellikli psikiyatrik öykü, 1 kişinin babasında suid/suid girişimi, 6 kişinin kardeşinde nevrotik özellikli psikiyatrik öykü, 6 kişinin akrabasında nevrotik özellikli psikiyatrik öykü, 1 kişinin akrabasında suid/suid girişimi vardı.

Kontrol grubunda ise 9 kişinin annesinde nevrotik özellikli psikiyatrik öykü, 1 kişinin annesinde suid/suid girişimi, 2 kişinin babasında nevrotik özellikli

psikiyatrik öykü, 3 kişinin kardeşinde nevrotik özellikli psikiyatrik öykü, 10 kişinin akrabasında nevrotik özellikli psikiyatrik öykü, 2 kişinin akrabasında psikotik özellikli psikiyatrik öykü, 2 kişinin akrabasında psikiyatrik yatış öyküsü vardı. Her iki grup için anlamlı fark yoktu.

Tablo 18: Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	DENEK TİPİ	N	ANLAMLILIK
annede nevrotik özellikli psikiyatrik öykü	hasta	8	P>0.05
	kontrol	9	
annede psikotik özellikli psikiyatrik öykü	hasta	0	P>0.05
	kontrol	0	
annede suisid varlığı	hasta	0	P>0.05
	kontrol	1	
annede psikiyatrik yatış öyküsü	hasta	0	P>0.05
	kontrol	0	
babada nevrotik özellikli psikiyatrik öykü	hasta	8	P>0.05
	kontrol	2	
babada psikotik özellikli psikiyatrik öykü	hasta	0	P>0.05
	kontrol	0	
babada suisid varlığı	hasta	1	P>0.05
	kontrol	0	
babada psikiyatrik yatış öyküsü	hasta	0	P>0.05
	kontrol	0	
kardeşte nevrotik özellikli psikiyatrik öykü	hasta	6	P>0.05
	kontrol	3	
kardeşte psikotik özellikli psikiyatrik öykü	hasta	0	P>0.05
	kontrol	0	
kardeşte suisid varlığı	hasta	0	P>0.05
	kontrol	0	
kardeşte psikiyatrik yatış öyküsü	hasta	0	P>0.05
	kontrol	0	
akrabada nevrotik özellikli psikiyatrik öykü	hasta	6	P>0.05
	kontrol	10	
akrabada psikotik özellikli psikiyatrik öykü	hasta	0	P>0.05
	kontrol	2	
akrabada suisid varlığı	hasta	1	P>0.05
	kontrol	2	
akrabada yatış öyküsü	hasta	0	P>0.05
	kontrol	2	

o. Stres Faktörleri

Her iki gruba belli yaşam olaylarını yaşayıp yaşamadıkları, yaşadılarsa o sıradaki yaşları ve bu olayların onlarda oluşturduğu stres düzeyleri (1-hiç, 2-hafif, 3-orta, 4-ciddi, 5-aşırı, 6-felaket) soruldu.

(1) Ayrılık öyküsü

Hasta grubunda, kişiyi etkileyecek şekilde sevdiği bir yakınından ayrılık öyküsü 18 kişide vardı. O sıradaki yaş ortalaması 18.22,, stres skorunun ortalaması 3.50 idi.

Kontrol grubunda da 18 kişide ayrılık öyküsü vardı, o sıradaki yaş ortalaması 21.50, stres skoru ortalaması 3.22 idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

(2) Anne ölümü

Hasta grubunda anne ölümü yoktu. Kontrol grubunda 1 kişide anne ölümü öyküsü vardı, yaş 25 ve stres skoru 3'tü. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

(3) Baba ölümü

Hasta grubunda 4 kişide baba ölümü vardı. O sıradaki yaş ortalaması 33.75, stres skoru ortalaması 5.25 idi. Kontrol grubunda 1 kişide baba ölümü vardı. O sıradaki yaş 4, stres skoru 3'tü. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

(4) Eş ve çocuk ölümü

Hasta ve kontrol grubunda eş ve çocuk ölümü yoktu.

(5) Kardeş ölümü

Hasta grubunda 1 kişide kardeş ölümü vardı. O sıradaki yaş 10, stres skoru 4 idi. Kontrol grubunda 2 kişide kardeş ölümü vardı. Ortalama yaş ortalaması 11, stres skoru ortalaması 2.50 idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

(6) Yakın arkadaş/akraba ölümü

Hasta grubunda 26 kişide yakın arkadaş/akraba ölümü vardı, o sıradaki yaş ortalaması 19.81 , stres skoru ortalaması 3.46 idi. Kontrol grubunda 23 kişide yakın arkadaş/akraba ölümü vardı, o sıradaki yaş ortalaması 18.13, stres skoru ortalaması 2.87 idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

(7) Yaralanma/Kaza öyküsü

Hasta grubunda 7 kişide yaralanma/kaza öyküsü vardı, o sıradaki yaş ortalaması 16.14, stres skoru ortalaması 4.14 idi. Kontrol grubunda 4 kişide yaralanma kaza öyküsü vardı, o sıradaki yaş ortalaması 13.25, stres skoru ortalaması 2.75 idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

(8) Geçirilen önemli hastalıklar

Hasta grubunda 7 kişide geçirilen önemli hastalık öyküsü vardı, o sıradaki yaş ortalaması 22.14, stres skoru ortalaması 4.29 idi. Kontrol grubunda 2 kişide geçirilen önemli hastalık öyküsü vardı, o sıradaki yaş ortalaması 10.50, stres skoru ortalaması 4.0 idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

(9) Cinsel taciz öyküsü

Hasta grubunda 1 kişide cinsel taciz öyküsü vardı, o sıradaki yaş 13, stres skoru 4 idi. Kontrol grubunda da 1 kişide cinsel taciz öyküsü vardı, o sıradaki yaş 12, stres skoru 3 idi. Her iki grupta da cinsel tacize uğrayan kadındı. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

(10) Fiziksel taciz öyküsü

Hasta grubunda 1 kişide fiziksel taciz öyküsü vardı, o sıradaki yaş 5, stres skoru 5'ti, fiziksel tacize uğrayan kadındı. Kontrol grubunda fiziksel taciz öyküsü yoktu. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

(11) Ortam değişikliği

Hasta grubunda 21 kişide ortam değişikliği öyküsü vardı, o sıradaki ortalama yaş 14.95, stres skoru ortalaması 2.71 idi. Kontrol grubunda 18 kişide ortam değişikliği öyküsü vardı, o sıradaki yaş ortalaması 16.50, stres skoru ortalaması 2.44 idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

(12) Öğrenimini yarıda bırakma öyküsü

Hasta grubunda 2 kişide öğrenimini yarıda bırakma öyküsü vardı, o sıradaki ortalama yaş 16.0, stres skoru ortalaması 4.0 idi. Kontrol grubunda öğrenimini yarıda bırakma öyküsü yoktu. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Tablo 19: STRES OLUŞTURUCU YAŞAM OLAYLARI	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlamlılık
sevilen bir kişiden ayrılık öyküsü	hasta	18	Var	,502	P>0.05
	kontrol	18	Var	,502	
olmuşsa ayrılığın yaşı	hasta	18	18,22	4,845	P>0.05
	kontrol	18	21.50	6,440	
Ayrılık olmuşsa stres skoru	hasta	18	3,50	1,425	P>0.05
	kontrol	18	3,22	1,060	
anne ölümünün olup olmadığı	hasta	0	Yok	,000	P>0.05
	kontrol	1	Var	,180	
anne ölümü varsa o sıradaki yaş	hasta	0(b)	,	,	P>0.05
	kontrol	1	25,00	,	
anne ölümü olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta	0(b)	,	,	P>0.05

	kontrol	1	3,00	,		
baba ölümünün olup olmadığı	hasta	4	Var	,341		P>0.05
	kontrol	1	Var	,180		
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta	4	33,75	7,320		P>0.05
	kontrol	1	4,00	,		
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta	4	5,25	,957		P>0.05
	kontrol	1	3,00	,		
eş ölümünün olup olmadığı	hasta	0	Yok	,000(a)		P>0.05
	kontrol	0	Yok	,000(a)		
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta	0(b)	,	,		P>0.05
	kontrol	0(b)	,	,		
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta	0(b)	,	,		P>0.05
	kontrol	0(b)	,	,		
kardeş ölümünün olup olmadığı	hasta	1	Var	,180		P>0.05
	kontrol	2	Var	,250		
olmuşsa o sıradaki yaşı	hasta	1	10,00	,		P>0.05
	kontrol	2	11,00	5,657		
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta	1	4,00	,		P>0.05
	kontrol	2	2,50	,707		
Çocuk ölümünün olup olmadığı	hasta	0	Yok	,000(a)		P>0.05
	kontrol	0	Yok	,000(a)		
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta	0(b)	,	,		P>0.05
	kontrol	0(b)	,	,		
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta	0(b)	,	,		P>0.05
	kontrol	0(b)	,	,		
Yakın arkadaş/akraba ölümünün olup olmadığı	hasta	26	Var	,402		P>0.05
	kontrol	23	Var	,445		
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta	26	19,81	6,325		P>0.05
	kontrol	23	18,13	3,935		
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta	26	3,46	1,392		P>0.05
	kontrol	23	2,87	,920		
yaralanma/kaza öyküsünün olup olmadığı	hasta	7	Var	,425		P>0.05
	kontrol	4	Var	,341		
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta	7	16,14	4,634		P>0.05
	kontrol	4	13,25	4,646		
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta	7	4,14	1,345		P>0.05
	kontrol	4	2,75	,957		
geçirilen hastalığın olup olmadığı	hasta	7	Var	,425		P>0.05
	kontrol	2	Var	,250		
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta	7	22,14	13,886		P>0.05
	kontrol	2	10,50	4,950		
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta	7	4,29	1,113		P>0.05

	kontrol	2	4,00	,000	
fiziksel taciz öyküsünün olup olmadığı	hasta	1	Var	,180	P>0.05
	kontrol	0	Yok	,000	
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta	1	18,00	,	P>0.05
	kontrol	0(b)	,	,	
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta	1	5,00	,	P>0.05
	kontrol	0(b)	,	,	
cinsel taciz öyküsünün olup olmadığı	hasta	1	Var	,180	P>0.05
	kontrol	1	Var	,180	
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta	1	13,00	,	P>0.05
	kontrol	1	12,00	,	
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta	1	4,00	,	P>0.05
	kontrol	1	3,00	,	
Ortam değişikliğinin olup olmadığı	hasta	21	Var	,475	P>0.05
	kontrol	18	Yok	,506	
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta	21	14,95	4,500	P>0.05
	kontrol	18	16,50	7,943	
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta	21	2,71	1,347	P>0.05
	kontrol	18	2,44	,922	
öğrenimini yarıda bırakma öyküsünün olup olmadığı	hasta	2	Var	,250	P>0.05
	kontrol	0	Yok	,000	
olmuşsa o sıradaki yaş	Hasta	2	16,00	1,414	P>0.05
	kontrol	0(b)	,	,	
olmuşsa o sıradaki stres skoru	Hasta	2	4,00	1,414	P>0.05
	kontrol	0(b)	,	,	

p. İntihar girişimi öyküsü

Hasta grubunda 4 kişide (%12.9) intihar girişimi öyküsü vardı ve ortalama girişim sayısı 1'di, intihar girişiminde bulunanların tümü kadındı. Kontrol grubunda intihar girişimi öyküsü yoktu. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	anlamlılık
Hasta	yok	27	87,1	P>0.05
	var	4	12,9	
	Total	31	100,0	
Kontrol	yok	31	100,0	

r. Psikotik Yaşantı Öyküsü

Her iki grupta psikotik yaşantı öyküsüne rastlanmadı.

s. Psikiyatrik Yatış Öyküsü

Her iki grupta da psikiyatrik yatış öyküsü yoktu.

2. SCID-I ve SCID-II BULGULARI

Hasta grubundaki hastalık sayıları:

1. eksen için; 7 kişide şimdiki m.depresif epizod (%22.6), 16 kişide (%51.6) geçmişte m.depresif epizod, 18 kişide (%58.1) m.depresif bozukluk (12 kişi tek epizod “%38.7”, 6 kişi yineleyen “%19.4”), 6 kişide (%19.4) panik bozukluğu (1 kişi agorafobisiz panik bozukluğu, 5 kişi agorafobili panik bozukluğu), 6 kişide sosyal fobi (19.4), 5 kişide özgül fobi (%16.1), 3 kişide obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (%9.7), 2 kişide yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) (%6.5), 7 kişide Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu (%22.6), 6 kişide ayrışmamış somatoform bozukluk (%19.4), 1 kişide yeme bozukluğu (%3.2), 2 kişide uyum bozukluğu (%6.5) saptandı.

2. eksen için; 7 kişide kaçınan kişilik bozukluğu (%22.6), 1 kişide obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (%3.2), 1 kişide pasif agresif kişilik bozukluğu (%3.2) saptandı. Toplamda ise 2. eksende hepsi C kümesi olmak üzere 8 kişide (%25.8) kişilik bozukluğu tanısına rastlandı.

Kadın hasta grubunda 1. eksen tanıları : 6 kişide şimdiki m.depresif epizod (%28.6), 10 kişide (%47.6) geçmişte m.depresif epizod, 12 kişide (%57.1) m.depresif bozukluk (7 kişi tek epizod “%33.3”, 5 kişi “%23.8” yineleyen), 4 kişide (%19.0) panik bozukluğu (1 kişi agorafobisiz panik bozukluğu, 3 kişi agorafobili panik bozukluğu), 4 kişide sosyal fobi (19.0), 4 kişide özgül fobi (%19.0), 2 kişide yaygın anksiyete bozukluğu (%9.5), 4 kişide Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu (%19.0), 6 kişide ayrışmamış somatoform bozukluk (%28.6), 1 kişide yeme bozukluğu (%4.8), 2 kişide uyum bozukluğu (%9.5) saptandı.

Kadın hasta grubunda 2. eksen tanıları; 5 kişide kaçınan kişilik bozukluğu (%23.8), 1 kişide obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (%4.8), 1 kişide pasif agresif kişilik bozukluğu (%4.8) saptandı. Toplamda ise 2. eksende hepsi C kümesi olmak üzere 6 kişide (%28.6) kişilik bozukluğu tanısına rastlandı.

Erkek hasta grubunda 1. eksen tanıları : 1 kişide şimdiki m.depresif epizod (%10.0), 6 kişide (%60.0) geçmişte m.depresif epizod, 6 kişide (%60.0) m.depresif bozukluk (5 kişi tek epizod “%50.0”, 1 kişi “%10.0” yineleyen), 2 kişide (%20.0) panik bozukluğu (2’si de agorafobili panik bozukluğu), 2 kişide sosyal fobi (20.0), 1 kişide özgül fobi (%1.0), 3 kişide obsesif kompulsif bozukluk (%30), 3 kişide Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu (%30.0) saptandı.

2. eksen için; 2 kişide kaçınan kişilik bozukluğu (%20.0) saptandı. Toplamda ise 2. ekseninde hepsi C kümesi olmak üzere 2 kişide (%20.0) kişilik bozukluğu tanısına rastlandı.

Kontrol grubu SCID-I ve II'den tanı almayanlar tarafından oluşturulduğu için kontrol grubunda herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı alan yoktu.

Hasta ve kontrol grubu arasında; şimdiki ve geçmişteki m.depresif epizod, m.depresif bozukluk, panik bozukluk (agorafobili veya agorafobisiz), sosyal fobi, BTA anksiyete bozukluğu, ayrışmamış somatoform bozukluk, kaçınan kişilik bozukluğu, her hangi bir SCID-I veya SCID-II tanısının alınıp alınmadığı açısından anlamlı farklılıklar bulundu.

Her iki grubun kadınları arasında; şimdiki ve geçmişteki m.depresif epizod, m.depresif bozukluk, ayrışmamış somatoform bozukluk, kaçınan kişilik bozukluğu, her hangi bir SCID-I veya SCID-II tanısının alınıp alınmadığı açısından anlamlı farklılıklar bulundu. Her iki grubun erkekleri arasında; geçmişteki m.depresif epizod, m.depresif bozukluk, her hangi bir SCID-I veya SCID-II tanısının alınıp alınmadığı açısından anlamlı farklılıklar bulundu.

Hasta ve kontrol grubu için hastalık tanıları;

Tablo 21: HASTALIK TANILARI	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlamlılık
Şimdiki m.depresif epizod öyküsünün varlığı	hasta	7	,23	,425	P<0.05
	kontrol	0	,00	,000	
geçmişte m.depresif epizod öyküsünün varlığı	hasta	16	,52	,508	P<0.001
	kontrol	0	,00	,000	
şimdiki manik epizod öyküsünün varlığı	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
geçmişte mani öyküsünün varlığı	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
şimdiki hipomani öyküsünün varlığı	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
geçmişte hipomani öyküsünün varlığı	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
distimi öyküsü	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
bipolar1 bozukluk öyküsünün varlığı	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
bipolar2 bozukluk öyküsünün varlığı	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
diğer duygu durum	hasta	0	,00	,000(a)	

bozuklukları varlığı	kontrol	0	,00	,000(a)	p>0.05
Major depresif bozukluk varlığı	hasta	18	,77	,762	P<0.001
	kontrol	0	,00	,000	
alkol kötüye kullanımı öyküsünün varlığı	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
alkol bağımlılığı öyküsünün varlığı	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
madde kötüye kullanımı öyküsünün varlığı	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
madde bağımlılığı öyküsünün varlığı	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
agorafobisiz panik bozukluğu	hasta	1	,03	,180	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000	
agorafobili panik bozukluğu	hasta	5	,16	,374	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000	
panik bozukluğu (agorafobili ya da agorafobisiz)	hasta	6	,19	,4024	P<0.05
	kontrol	0	,00	,000	
panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
sosyal fobi	hasta	6	,19	,402	P<0.05
	kontrol	0	,00	,000	
Özgül fobi	hasta	5	,16	,374	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000	
obsesif kompulsif bozukluk	hasta	3	,10	,301	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000	
akut stres bozukluğu	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
post travmatik stres bozukluğu	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
yaygın anksiyete bozukluğu	hasta	2	,06	,250	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000	
genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu	hasta	7	,23	,425	P<0.05
	kontrol	0	,00	,000	
somatizasyon bozukluğu	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
ayrışmamış somatoform bozukluk	hasta	6	,19	,402	P<0.05
	kontrol	0	,00	,000	

Hipokondriazis	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
Beden dismorfik bozukluğu	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
anoreksiya nevroza	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
bulimia nevroza	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
tıknırcasına yeme bozukluğu	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu	hasta	1	,03	,180	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000	
Uyum bozukluğu	hasta	2	,06	,250	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000	
SCID-1'den tanı alıp almadığı	hasta	31	1,00	,000(a)	P<0.001
	kontrol	0	,00	,000(a)	
kaçıngan kişilik bozukluğu	hasta	7	,23	,425	P<0.05
	kontrol	0	,00	,000	
bağımlı kişilik bozukluğu	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
obsesif kompulsif kişilik bozukluğu	hasta	1	,03	,180	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000	
pasif agresif kişilik bozukluğu	hasta	1	,03	,180	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000	
kendine karşıt kişilik bozukluğu	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
paranoid kişilik bozukluğu	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
şizotipal kişilik bozukluğu	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
şizoid kişilik bozukluğu	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
histrionik kişilik bozukluğu	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
narsisistik kişilik bozukluğu	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
borderline kişilik bozukluğu	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
antisosyal kişilik bozukluğu	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	
davranım bozukluğu	hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	kontrol	0	,00	,000(a)	

SCID-2'den tanı alıp almadığı	hasta	8	,26	,445	P<0.01
	kontrol	0	,00	,000	

Kadın hasta ve kadın kontrol grubu için hastalık tanıları;

Tablo 22: HASTALIK TANILARI- kadın	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlamlılık
şimdiki m.depresif epizod öyküsünün varlığı	Kadın hasta	6	,29	,463	P<0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000	
geçmişte m.depresif epizod öyküsünün varlığı	Kadın hasta	10	,48	,512	P<0.01
	Kadın kontrol	0	,00	,000	
distimi öyküsü	Kadın hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000(a)	
diğer duygu durum buzuklukları varlığı	Kadın hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000(a)	
major depresif bozukluk varlığı	Kadın hasta	12	,81	,814	P<0.001
	Kadın kontrol	0	,00	,000	
agorafobisiz panik bozukluğu	Kadın hasta	1	,05	,218	p>0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000	
agorafobili panik bozukluğu	Kadın hasta	3	,14	,359	p>0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000	
Panik bozukluğu	Kadın hasta	4	,19	,402	p>0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000	
panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi	Kadın hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000(a)	
sosyal fobi	Kadın hasta	4	,19	,402	p>0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000	
Özgül fobi	Kadın hasta	4	,19	,402	p>0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000	
obsesif kompulsif bozukluk	Kadın hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000(a)	
akut stres bozukluğu	Kadın hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000(a)	
post travmatik stres bozukluğu	Kadın hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000(a)	
yaygın anksiyete bozukluğu	Kadın hasta	2	,10	,301	p>0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000	
başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu	Kadın hasta	4	,19	,402	p>0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000	
somatizasyon bozukluğu	Kadın hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000(a)	
ayrışmamış somatoform	Kadın hasta	6	,29	,463	P<0.05

bozukluk	Kadın kontrol	0	,00	,000	
hipokondriasis	Kadın hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000(a)	
beden dismorfik bozukluğu	Kadın hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000(a)	
anoreksiya nervoza	Kadın hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000(a)	
bulimia nervoza	Kadın hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000(a)	
tıknırcasına yeme bozukluğu	Kadın hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000(a)	
başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu	Kadın hasta	1	,05	,218	p>0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000	
Uyum bozukluğu	Kadın hasta	2	,10	,301	p>0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000	
SCID-1'den tanı alıp almadığı	Kadın hasta	21	1,00	,000(a)	P<0.001
	Kadın kontrol	0	,00	,000(a)	
kaçıngan kişilik bozukluğu	Kadın hasta	5	,24	,436	P<0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000	
bağımlı kişilik bozukluğu	Kadın hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000(a)	
obsesif kompulsif kişilik bozukluğu	Kadın hasta	1	,05	,218	p>0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000	
pasif agresif kişilik bozukluğu	Kadın hasta	1	,05	,218	p>0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000	
kendine karşı kişilik bozukluğu	Kadın hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000(a)	
SCID-2'den tanı alıp almadığı	Kadın hasta	6	,29	,463	P<0.05
	Kadın kontrol	0	,00	,000	

Erkek hasta ve erkek kontrol grubu için hastalık tanıları;

Tablo 23: HASTALIK TANILARI-erkek	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlamlılık
şimdiki m.depresif epizod öyküsünün varlığı	erkek hasta	1	,10	,316	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000	
geçmişte m.depresif epizod öyküsünün varlığı	erkek hasta	6	,60	,516	P<0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000	
distimi öyküsü	erkek hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000(a)	
diğer duygu durum bozuklukları varlığı	erkek hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000(a)	

major depresif bozukluk varlığı	erkek hasta	6	,70	,675	P<0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000	
agorafobisiz panik bozukluğu	erkek hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000(a)	
Agorafobili panik bozukluğu	erkek hasta	0	,20	,422	p>0.05
	erkek kontrol	2	,00	,000	
panik bozukluğu	erkek hasta	0	,20	,422	p>0.05
	erkek kontrol	2	,00	,000	
panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi	erkek hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000(a)	
sosyal fobi	erkek hasta	2	,20	,422	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000	
özgül fobi	erkek hasta	1	,10	,316	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000	
obsesif kompulsif bozukluk	erkek hasta	3	,30	,483	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000	
akut stres bozukluğu	erkek hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000(a)	
post travmatik stres bozukluğu	erkek hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000(a)	
yaygın anksiyete bozukluğu	erkek hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000(a)	
başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu	erkek hasta	3	,30	,483	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000	
somatizasyon bozukluğu	erkek hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000(a)	
ayrışmamış somatofom bozukluk	erkek hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000(a)	
hipokondriazis	erkek hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000(a)	
beden dismorfik bozukluğu	erkek hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000(a)	
Anoreksiya nervoza	erkek hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000(a)	
bulimia nervoza	erkek hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000(a)	
tıkınırcasına yeme bozukluğu	erkek hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000(a)	
başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu	erkek hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000(a)	
uyum bozukluğu	erkek hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000(a)	

SCID-1'den tanı alıp almadığı	erkek hasta	10	1,00	,000(a)	P<0.001
	erkek kontrol	0	,00	,000(a)	
kaçıngan kişilik bozukluğu	erkek hasta	2	,20	,422	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000	
bağımlı kişilik bozukluğu	erkek hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000(a)	
obsesif kompulsif kişilik bozukluğu	erkek hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000(a)	
pasif agresif kişilik bozukluğu	erkek hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000(a)	
kendine karşı kişilik bozukluğu	erkek hasta	0	,00	,000(a)	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000(a)	
SCID-2'den tanı alıp almadığı	erkek hasta	2	,20	,422	p>0.05
	erkek kontrol	0	,00	,000	

3. BDÖ (Beck Depresyon Ölçeği)

Hasta grubunun ortalama puanı 14.45 (hafif derecede depresyonu gösteriyor), kontrol grubunun ortalama puanı 4.94 idi (m.depresyonun altındaki bir değere işaret ediyor). Gruplar arasında anlamlı fark vardı.

Kadın hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında: kadın hastaların ortalama puanı; 13.95, kadın kontrollerin ortalama puanı; 4.04 idi. Gruplar arasında anlamlı fark vardı.

Erkek hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında: erkek hastaların ortalama puanı; 15.50 , erkek kontrollerin ortalama puanı; 6.80 idi. Gruplar arasında anlamlı fark vardı.

Hasta ve kontrol grubunun ortalamaları;

Tablo 24: Beck depresyon ölçeği (BDÖ)	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlamlılık
	Hasta	31	14,45	9,845	P<0.001
	Kontrol	31	4,94	5,125	

Kadınların ortalamaları;

Tablo 25: BDÖ-kadın	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlamlılık
	Kadın hasta	21	13,95	10,082	P<0.01
	Kadın kontrol	21	4,05	4,213	

Erkeklerin ortalamaları;

Tablo 26: BDÖ-erkek	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlamlılık
	erkek hasta	10	15,50	9,767	
	erkek kontrol	10	6,80	6,512	

4. SYÖ (Sheehan Yeti yitimi Ölçeği)

Hasta grubunda, SYÖ-iş alt ölçeğinin ortalaması 3.90 , SYÖ-Sosyal yaşam alt ölçeği ortalaması 4.16 , SYÖ-aile ortamı ve evdeki sorumluluklar alt ölçeği ortalaması 3.65 , toplam puan ortalaması 11.71 idi.

Kontrol grubunda, SYÖ-iş alt ölçeğinin ortalaması 0.81 , SYÖ-Sosyal yaşam alt ölçeği ortalaması 1.00 , SYÖ-aile ortamı ve evdeki sorumluluklar alt ölçeği ortalaması 0.64 , toplam puan ortalaması 2.61 idi. Gruplar arasında tüm alt ölçek ve toplam puanlar açısından anlamlı fark vardı.

Kadın hastaların SYÖ-iş alt ölçeğinin ortalaması 3.29 , SYÖ-Sosyal yaşam alt ölçeği ortalaması 3.48 , SYÖ-aile ortamı ve evdeki sorumluluklar alt ölçeği ortalaması 2.90 , SYÖ-toplam puan ortalaması 9.67 idi.

Kadın kontrol grubunun SYÖ-iş alt ölçeğinin ortalaması 0.67 , SYÖ-Sosyal yaşam alt ölçeği ortalaması 1.14 , SYÖ-aile ortamı ve evdeki sorumluluklar alt ölçeği ortalaması 0.67 , SYÖ-toplam puan ortalaması 2.48 idi. Gruplar arasında tüm alt ölçek ve toplam puanlar açısından oldukça anlamlı fark vardı.

Erkek hastaların SYÖ-iş alt ölçeğinin ortalaması 5.2 , SYÖ-Sosyal yaşam alt ölçeği ortalaması 5.6 , SYÖ-aile ortamı ve evdeki sorumluluklar alt ölçeği ortalaması 5.40, SYÖ-toplam puan ortalaması 16.2 idi.

Erkek kontrol grubunda SYÖ-iş alt ölçeğinin ortalaması 1.10 , SYÖ-Sosyal yaşam alt ölçeği ortalaması 0.70 , SYÖ-aile ortamı ve evdeki sorumluluklar alt ölçeği ortalaması 1.20 , SYÖ-toplam puan ortalaması 3.00 idi. Gruplar arasında tüm alt ölçek ve toplam puanlar açısından anlamlı fark vardı.

Hasta ve kontrol grubunun ortalamaları;

Tablo 27: SYÖ	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlam
shehan yeti yitimi-iş kısmı	hasta	31	3,90	3,134	P<0.01
	kontrol	31	,81	1,352	
shehan yeti yitimi- sosyal yaşam ve boş zaman uğraşları	hasta	31	4,16	3,387	P<0.01
	kontrol	31	1,00	1,673	
shehan yeti yitimi- aile yaşamı ve evdeki sorumluluklar	hasta	31	3,65	3,147	P<0.01
	kontrol	31	,84	1,635	

shehan yeti yitimi- toplam puanı	hasta	31	11,71	8,537	P<0.01
	kontrol	31	2,65	4,111	

Kadınların ortalamaları;

Tablo 28: SYÖ-Kadın	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlam
shehan yeti yitimi-iş kısmı	kadın hasta	21	3,29	3,289	P<0.01
	Kadın kontrol	21	,67	1,197	
shehan yeti yitimi- sosyal yaşam ve boş zaman uğraşları	Kadın hasta	21	3,48	3,341	P<0.01
	Kadın kontrol	21	1,14	1,852	
shehan yeti yitimi- aile yaşamı ve evdeki sorumluluklar	Kadın hasta	21	2,90	3,064	P<0.01
	kadın kontrol	21	,67	1,494	
shehan yeti yitimi- toplam puanı	Kadın hasta	21	9,67	8,345	P<0.01
	Kadın kontrol	21	2,48	4,131	

Erkekleri ortalamaları;

Tablo 29: SYÖ-Erkek	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlam
shehan yeti yitimi-iş kısmı	erkek hasta	10	5,20	2,440	P<0.01
	erkek kontrol	10	1,10	1,663	
shehan yeti yitimi- sosyal yaşam ve boş zaman uğraşları	erkek hasta	10	5,60	3,169	P<0.01
	erkek kontrol	10	,70	1,252	
shehan yeti yitimi- aile yaşamı ve evdeki sorumluluklar	erkek hasta	10	5,20	2,860	P<0.01
	erkek kontrol	10	1,20	1,932	
shehan yeti yitimi- toplam puanı	erkek hasta	10	16,00	7,616	P<0.01
	erkek kontrol	10	3,00	4,269	

5. DSKE (Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri)

Hasta grubunda, DSKE-Durumluk Kaygı puanı ortalaması 40.42 , kontrol grubunda 36.81 idi.

Hasta grubunda DSKE-Sürekli Kaygı puanı ortalaması 46.26 , kontrol grubunda 36.77 idi. Gruplar arasında DSKE-Sürekli kaygı puanları açısından anlamlı fark vardı.

Tablo 30: DSKE	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlam
durumluk anksiyete ölçeği	Hasta	31	40,42	12,659	p>0.05
	Kontrol	31	36,81	10,537	
sürekli anksiyete ölçeği	Hasta	31	46,26	14,043	P<0.01
	Kontrol	31	36,77	8,139	

Hasta grubu kadınlarının DSKE-Durumluk Kaygı puanı ortalaması 40.38, kontrol grubu kadınlarının ortalaması 35.67 idi. Hasta grubundaki erkeklerin DSKE-Durumluk Kaygı puanı ortalaması 43.00 , kontrol grubu erkeklerinin ortalaması 39.30 idi.

Hasta grubundaki kadınların DSKE-Sürekli Kaygı puanı ortalaması 45.19 , kontrol grubunda ise 36.00 idi. Hasta grubundaki erkeklerin DSKE-Sürekli Kaygı puanı ortalaması 50.50 , kontrol grubu erkeklerinin 38.40 idi.

Kadınlar ve erkekler için gruplar arasında DSKE-Sürekli kaygı puanları açısından anlamlı fark vardı.

Tablo 31: DSKE-kadın	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlam
durumluk anksiyete ölçeği	Kadın hasta	21	40,14	14,575	p>0.05
	Kadın kontrol	21	35,67	10,091	
sürekli anksiyete ölçeği	Kadın hasta	21	44,24	14,741	P<0.05
	Kadın kontrol	21	36,00	7,497	

Tablo 32: DSKE-erkek	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlam
durumluk anksiyete ölçeği	erkek hasta	10	41,00	7,846	p>0.05
	erkek kontrol	10	39,20	11,593	
sürekli anksiyete ölçeği	erkek hasta	10	50,50	12,039	P<0.05
	erkek kontrol	10	38,40	9,571	

6. ADÖ (Aile Değerlendirme Ölçeği)

Hasta ve kontrol grubu ADÖ' nün 7 maddesi açısından karşılaştırıldı, hasta ve kontrol grubunun ortalamaları sırasıyla şöyleydi.

Problem çözme; 1.73 ve 2.07

İletişim 1.78 ve 1.91

Roller 1.92 ve 1.96

Duygusal tepki verebilme 1.74 ve 1.74

Gereken ilgiyi gösterebilme 2.19 ve 2.24

Davranış kontrolü 2.09 ve 1.90

Genel işlevler 1.69 ve 1.70

Gruplar arasında problem çözme alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı.

Tablo 33: ADÖ	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlam
---------------	--	---	------	----------------	-------

aile değerlendirme ölçeği/ problem çözme alt ölçeği	hasta	31	1,733871	,5734962	P<0.05
	kontrol	31	2,069892	,4787603	
aile değerlendirme ölçeği/ iletişim alt ölçeği	hasta	31	1,781362	,5566536	p>0.05
	kontrol	31	1,913978	,5264288	
aile değerlendirme ölçeği/ roller alt ölçeği	hasta	31	1,929619	,4043222	p>0.05
	kontrol	31	1,964809	,4313330	
aile değerlendirme ölçeği/duygusal tepki verebilme alt ölçeği	hasta	31	1,736559	,6523096	p>0.05
	kontrol	31	1,736559	,6291885	
aile değerlendirme ölçeği/ gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği	hasta	31	2,188940	,4080601	p>0.05
	kontrol	31	2,239631	,3840123	
aile değerlendirme ölçeği/ davranış kontrolü alt ölçeği	hasta	31	2,086022	,3242080	p>0.05
	kontrol	31	1,903226	,2907942	
aile değerlendirme ölçeği/ genel işlevler alt ölçeği	hasta	31	1,685484	,5347679	p>0.05
	kontrol	31	1,704301	,5194543	

Kadın hastalar ve kadın kontrollerin ortalamaları şöyledi;

Problem çözme; 1.77 ve 1.98

İletişim 1.88 ve 1.78

Roller 1.87 ve 1.90

Duygusal tepki verebilme 1.77 ve 1.48

Gereken ilgiyi gösterebilme 2.16 ve 2.18

Davranış kontrolü 2.08 ve 1.86

Genel işlevler 1.70 ve 1.65 idi.

Gruplar arasında davranış kontrolü alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı.

Tablo 34: ADÖ-kadın	cinsiyetin hangi tipe ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlam
aile değerlendirme ölçeği/ problem çözme alt ölçeği	kadın hasta	21	1,765873	,4784372	p>0.05
	kadın kontrol	21	1,984127	,5134436	
aile değerlendirme ölçeği/ iletişim alt ölçeği	kadın hasta	21	1,878307	,5269347	p>0.05
	kadın kontrol	21	1,777778	,4444444	
aile değerlendirme ölçeği/ roller alt ölçeği	kadın hasta	21	1,874459	,3526478	p>0.05
	kadın kontrol	21	1,896104	,4314934	
aile değerlendirme ölçeği/duygusal tepki verebilme alt ölçeği	kadın hasta	21	1,769841	,6202065	p>0.05
	kadın kontrol	21	1,476190	,3662335	
aile değerlendirme ölçeği/ gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği	kadın hasta	21	2,163265	,3650153	p>0.05
	kadın kontrol	21	2,176871	,3093930	
aile değerlendirme ölçeği/ davranış kontrolü alt ölçeği	kadın hasta	21	2,084656	,3683543	P<0.05
	kadın kontrol	21	1,857143	,3145502	

aile değerlendirme ölçeği/ genel işlevler alt ölçeği	kadın hasta	21	1,702381	,5038542	p>0.05
	kadın kontrol	21	1,650794	,4827720	

Erkek hastalar ve erkek kontrollerin ortalamaları şöyleydi;

Problem çözme; 1.67 ve 2.25

İletişim 1.58 ve 2.20

Roller 2.05 ve 2.11

Duygusal tepki verebilme 1.67 ve 2.28

Gereken ilgiyi gösterebilme 2.24 ve 2.37

Davranış kontrolü 2.09 ve 2.00

Genel işlevler 1.65 ve 1.82 idi.

Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Tablo 35: ADÖ-erkek	cinsiyetin hangi tipe ait olduğunu gösteriyor	N	ortalama	Std. Deviation	anlam
aile değerlendirme ölçeği/ problem çözme alt ölçeği	erkek hasta	10	1,666667	,7617394	p>0.05
	erkek kontrol	10	2,250000	,3535534	
aile değerlendirme ölçeği/ iletişim alt ölçeği	erkek hasta	10	1,577778	,5898083	p>0.05
	erkek kontrol	10	2,200000	,5921295	
aile değerlendirme ölçeği/ roller alt ölçeği	erkek hasta	10	2,045455	,4965445	p>0.05
	erkek kontrol	10	2,109091	,4150520	
aile değerlendirme ölçeği/duygusal tepki verebilme alt ölçeği	erkek hasta	10	1,666667	,7453560	p>0.05
	erkek kontrol	10	2,283333	,7288161	
aile değerlendirme ölçeği/ gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği	erkek hasta	10	2,242857	,5041776	p>0.05
	erkek kontrol	10	2,371429	,5003400	
aile değerlendirme ölçeği/ davranış kontrolü alt ölçeği	erkek hasta	10	2,088889	,2209842	p>0.05
	erkek kontrol	10	2,000000	,2159612	
aile değerlendirme ölçeği/ genel işlevler alt ölçeği	erkek hasta	10	1,650000	,6221230	p>0.05
	erkek kontrol	10	1,816667	,6006684	

7. MMPI (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri)

Hasta ve kontrol grubunun alt ölçek ortalama puanları sırasıyla şöyleydi;

L-yalancılık; 48.94 ve 47.61, F-olağandışılık; 49.16 ve 46.48, K-savunuculuk; 50.03 ve 56.81, Hs-hipokondri; 57.26 ve 48.90, D-depresyon; 58.45 ve 48.35

Hy-histeri; 58.45 ve 52.52, Pd-psikotik sapma; 53.90 ve 54.06, Mf-maskülinite-feminite; 46.81 ve 42.10, Pa-paranoya; 51.84 ve 47.10, Pt-psikastenisi; 54.39 ve 48.90, Sc-şizofreni; 50.19 ve 46.58, Ma-hipomani; 50.81 ve 50.06

Si-sosyal içe dönüklük, 54.81 ve 44.84 idi.

Gruplar arasında K-savunuculuk, Hs-hipokondri, D-depresyon, Hy-histeri, Si-sosyal içedönüklük alt ölçek puanları açısından anlamlı fark vardı. K alt ölçek puanı kontrol grubunda daha yüksekti.

Tablo 36: MMPI	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlam
MMPI-L (yalancılık) puanı	Hasta	31	48,94	9,007	p>0.05
	Kontrol	31	47,61	10,837	
MMPI-F (olağandışılık) puanı	Hasta	31	49,16	11,530	p>0.05
	Kontrol	31	46,48	7,637	
MMPI-K (savunuculuk) puanı	Hasta	31	50,03	9,638	P<0.05
	Kontrol	31	56,81	14,018	
MMPI-HS (hipokondri) puanı	Hasta	31	57,26	8,489	P<0.01
	Kontrol	31	48,90	8,076	
MMPI-D (depresyon) puanı	Hasta	31	58,45	11,541	P<0.001
	Kontrol	31	48,35	8,220	
MMPI-HY (histeri) puanı	Hasta	31	58,45	10,285	P<0.05
	Kontrol	31	52,52	7,737	
MMPI-PD (psikotik sapma) puanı	Hasta	31	53,90	12,297	p>0.05
	Kontrol	31	54,06	9,277	
MMPI-MF (maskülnite-feminite) puanı	Hasta	31	46,81	9,300	p>0.05
	Kontrol	31	42,10	7,489	
MMPI-PA (paranoya) puanı	Hasta	31	51,84	12,351	P>0.05
	Kontrol	31	47,10	8,022	
MMPI-PT (psikastenî) puanı	Hasta	31	54,39	11,257	p>0.05
	Kontrol	31	48,90	8,348	
MMPI-SC (sizofrenî) puanı	Hasta	31	50,19	11,516	p>0.05
	Kontrol	31	46,58	7,451	
MMPI-MA (hipomani) puanı	Hasta	31	50,81	10,710	p>0.05
	Kontrol	31	50,06	9,729	
MMPI-Si (sosyal içedönüklük puanı)	Hasta	31	54,81	12,929	P<0.05
	Kontrol	31	44,84	9,616	

Kadın hasta ve kadın kontrol grubunun alt ölçek ortalama puanları sırasıyla şöyleydi;

L-yalancılık; 49.48 ve 48.52, F-olağandışılık; 47.67 ve 45.29, K-savunuculuk; 52.24 ve 58.14, Hs-hipokondri; 57.24 ve 47.19, D-depresyon; 56.05 ve 46.90

Hy-histeri; 57.29 ve 52.29, Pd-psikotik sapma; 52.52 ve 54.10, Mf-maskülnite-feminite; 46.05 ve 43.19, Pa-paranoya; 51.19 ve 45.19, Pt-psikastenî; 52.62 ve 47.48, Sc-şizofrenî; 48.57 ve 44.76, Ma-hipomani; 50.33 ve 48.86

Si-sosyal içe dönüklük, 52.00 ve 42.43'tü. Kadınlar için gruplar arasında D-depresyon, Hs-hipokondri ve Si-sosyal içedönüklük puanları açısından anlamlı fark vardı.

Tablo 37: MMPI-kadın	cinsiyetin hangi tipe ait olduğunu gösteriyor	N	ortalama	Std. Deviation	anlam
MMPI-L (yalancılık) puanı	kadın hasta	21	49,48	9,605	p>0.05
	kadın kontrol	21	48,52	10,628	
MMPI-F (olağandışılık) puanı	kadın hasta	21	47,67	8,505	p>0.05
	kadın kontrol	21	45,29	6,092	
MMPI-K (savunuculuk) puanı	kadın hasta	21	52,24	9,633	p>0.05
	kadın kontrol	21	58,14	14,468	
MMPI-HS (hipokondri) puanı	kadın hasta	21	57,24	7,956	P<0.001
	kadın kontrol	21	47,19	7,153	
MMPI-D (depresyon) puanı	kadın hasta	21	56,05	10,002	P<0.01
	kadın kontrol	21	46,90	6,956	
MMPI-HY (histeri) puanı	kadın hasta	21	57,29	9,880	p>0.05
	kadın kontrol	21	52,29	6,190	
MMPI-PD (psikotik sapma) puanı	kadın hasta	21	52,52	12,719	p>0.05
	kadın kontrol	21	54,10	8,899	
MMPI-MF (masküinite-feminite) puanı	kadın hasta	21	46,05	9,821	p>0.05
	kadın kontrol	21	43,19	6,713	
MMPI-PA (paranoya) puanı	kadın hasta	21	51,19	11,237	p>0.05
	kadın kontrol	21	45,67	7,227	
MMPI-PT (psikasten) puanı	kadın hasta	21	52,62	10,993	P>0.05
	kadın kontrol	21	47,48	6,889	
MMPI-SC (sizofreni) puanı	kadın hasta	21	48,57	10,642	p>0.05
	kadın kontrol	21	44,76	6,107	
MMPI-MA (hipomani) puanı	kadın hasta	21	50,33	11,377	p>0.05
	kadın kontrol	21	48,86	8,563	
MMPI-SI (sosyal içedönüklük puanı)	kadın hasta	21	52,00	13,468	P<0.01
	kadın kontrol	21	42,43	8,675	

Erkek hasta ve erkek kontrol grubunun alt ölçek ortalama puanları sırasıyla şöyleydi; L-yalancılık; 47.80 ve 45.70, F-olağandışılık; 52.30 ve 49.00, K-savunuculuk; 45.40 ve 54.00, Hs-hipokondri; 57.30 ve 52.50, D-depresyon; 63.50 ve 51.40, Hy-histeri; 60.90 ve 53.00, Pd-psikotik sapma; 56.80 ve 54.00, Mf-masküinite- feminite; 48.40 ve 39.80, Pa-paranoya; 53.20 ve 50.10, Pt-psikasten; 58.10 ve 51.90, Sc-şizofreni; 53.60 ve 50.40, Ma-hipomani; 51.80 ve 52.60, Si-sosyal içe dönüklük, 60.70 ve 49.90 idi.

Erkekler için gruplar arasında K-savunuculuk, D-depresyon, Si-sosyal içe dönüklük alt ölçek puanları için anlamlı fark vardı.

Tablo 38: MMPI-erkek	cinsiyetin hangi tipe ait olduğunu gösteriyor	N	ortalama	Std. Deviation	anlam
MMPI-L (yalancılık) puanı	erkek hasta	10	47,80	7,955	p>0.05
	erkek kontrol	10	45,70	11,595	
MMPI-F (olağandışılık) puanı	erkek hasta	10	52,30	16,317	p>0.05
	erkek kontrol	10	49,00	10,077	
MMPI-K (savunuculuk) puanı	erkek hasta	10	45,40	8,262	P<0.05
	erkek kontrol	10	54,00	13,300	
MMPI-HS (hipokondri) puanı	erkek hasta	10	57,30	9,978	p>0.05
	erkek kontrol	10	52,50	9,083	
MMPI-D (depresyon) puanı	erkek hasta	10	63,50	13,410	P<0.05
	erkek kontrol	10	51,40	10,124	
MMPI-HY (histeri) puanı	erkek hasta	10	60,90	11,220	p>0.05
	erkek kontrol	10	53,00	10,677	
MMPI-PD (psikotik sapma) puanı	erkek hasta	10	56,80	11,439	p>0.05
	erkek kontrol	10	54,00	10,530	
MMPI-MF (maskulinite-feminite) puanı	erkek hasta	10	48,40	8,356	p>0.05
	erkek kontrol	10	39,80	8,842	
MMPI-PA (paranoya) puanı	erkek hasta	10	53,20	14,995	p>0.05
	erkek kontrol	10	50,10	9,146	
MMPI-PT (psikasten) puanı	erkek hasta	10	58,10	11,455	p>0.05
	erkek kontrol	10	51,90	10,588	
MMPI-SC (sizofreni) puanı	erkek hasta	10	53,60	13,091	p>0.05
	erkek kontrol	10	50,40	8,847	
MMPI-MA (hipomani) puanı	erkek hasta	10	51,80	9,647	p>0.05
	erkek kontrol	10	52,60	11,918	
MMPI-SI (sosyal içedönüklük puanı)	erkek hasta	10	60,70	9,855	P<0.05
	erkek kontrol	10	49,90	9,949	

B. AİLELERE AİT VERİLER

1. Sosyodemografik veriler

a. Yaş

Hasta aileleri 53 kişiden oluşmaktaydı, yaşları 40-76 arasında değişiyordu ve yaş ortalamaları 52.60 idi. Kontrol aileleri ise 49 kişi idi, yaşları 36-69 arasında değişiyordu ve yaş ortalamaları 54.69 idi.

Hasta aileleri grubundaki kadınların yaş ortalaması 51.07, erkeklerin yaş ortalaması 54.46, kontrol aileleri grubundaki kadınların yaş ortalaması 51.80 erkeklerin yaş ortalaması 57.71 idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Tablo 39: Deneklerin yaşı	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlam
	Hasta aile	53	52,60	8,101	p>0.05
	Kontrol aile	49	54,69	8,933	
	Hasta aile-erkek	24	54,46	9,065	
	Kontrol aile-erkek	24	57,71	8,089	
	Hasta aile-kadın	29	51,07	7,000	
	Kontrol aile-kadın	25	51,80	8,893	

b. Cinsiyet

Hasta aileler grubunda 29 kadın (%54.7), 24 erkek vardı (%45.3). Kontrol aileleri grubunda 25 kadın (51.0), 24 erkek (%49.0) vardı.

Tablo 40: Cinsiyet				
deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor			Frequency	Percent
Hasta aile	Valid	kadın	29	54,7
		erkek	24	45,3
		Total	53	100,0
Kontrol aile	Valid	kadın	25	51,0
		erkek	24	49,0
		Total	49	100,0

c. Eğitim

Hasta aileleri grubunda 4 kişi okur-yazar (%7.5), 22 kişi ilkokul mezunu (%41.5), 4 kişi ortaokul mezunu (%7.5), 9 kişi lise mezunu (%17.0), 14 kişi üniversite mezunu (%26.4) idi. Kontrol aileleri grubunda 1 kişi eğitimsiz (%2.0), 5 kişi okur-yazar (%10.2), 18 kişi ilkokul mezunu (%36.7), 3 kişi ortaokul mezunu

(%6.1), 7 kişi lise mezunu (%14.3), 15 kişi üniversite mezunu (%30.6) idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	anlam
hasta aile	okur-yazar	4	7,5	p>0.05
	ilkokul	22	41,5	
	ortaokul	4	7,5	
	lise	9	17,0	
	üniversite	14	26,4	
	Total	53	100,0	
kontrol aile	eğitimsiz	1	2,0	
	okur-yazar	5	10,2	
	ilkokul	18	36,7	
	ortaokul	3	6,1	
	lise	7	14,3	
	üniversite	15	30,6	
	Total	49	100,0	

d. Doğdukları yer

Hasta aileleri grubunun %54.7'si köyde (29 kişi), % 34.0'ü ilçede (18 kişi), %11.3'ü (6 kişi) büyük ilde doğmuştu.

Kontrol aileleri grubunun %49.0'u köyde (24 kişi), %28.6'sı ilçede (14 kişi), %2.0'si (1 kişi) küçük ilde, %20.4'ü (10 kişi) büyük ilde doğmuştu. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	anlam
Hasta aile	köy	29	54,7	p>0.05
	ilçe	18	34,0	
	büyük il	6	11,3	
	Total	53	100,0	
Kontrol aile	köy	24	49,0	
	ilçe	14	28,6	
	küçük il	1	2,0	
	büyük il	10	20,4	
	Total	49	100,0	

Kadınlar için hasta grubunda 15 kişi köyde, 12 kişi ilçede, 2 kişi büyük ilde doğmuştu. Kontrol grubunda 10 kişi köyde, 6 kişi ilçede, 1 kişi küçük ilde, 8 kişi büyük ilde doğmuştu. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	anlam
Hasta aile-kadınlar	köy	15	51,7	p>0.05
	ilçe	12	41,4	
	büyük il	2	6,9	
	Total	29	100,0	
Kontrol aile-kadınlar	köy	10	40,0	
	ilçe	6	24,0	
	küçük il	1	4,0	
	büyük il	8	32,0	
	Total	25	100,0	

Erkekler için hasta grubunda grubunda 14 kişi köyde, 6 kişi ilçede, 4 kişi büyük ilde doğmuştu. Kontrol grubunda 14 kişi köyde, 8 kişi ilçede, 2 kişi büyük ilde doğmuştu. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	anlamlılık
Hasta aile-erkekler	köy	14	58,3	p>0.05
	ilçe	6	25,0	
	büyük il	4	16,7	
	Total	24	100,0	
Kontrol aile-erkekler	köy	14	58,3	
	ilçe	8	33,3	
	büyük il	2	8,3	
	Total	24	100,0	

e. Kardeş sayısı

Hasta aileleri grubunda ortalama kardeş sayısı 4.74, en az 1 en çok 10 idi.

Kontrol aileleri grubunda ortalama kardeş sayısı 6.18, en az 2 en çok 13 idi.

Gruplar arasında anlamlı fark vardı.

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlamlılık
Hasta aile	53	4,74	2,058	P<0.05
Kontrol aile	49	6,18	2,906	
Hasta aile-kadın	29	4,79	1,780	P<0.05
Kontrol aile-kadın	25	6,40	3,227	
Hasta aile-erkek	24	4,67	2,390	p>0.05
Kontrol aile-erkek	24	5,96	2,579	

f. Kaçınıcı çocuk olduğu

Hasta aileleri grubunda kardeş sıralamasındaki ortalama yer 3.04, kontrol aileleri grubunda kardeş sıralamasındaki ortalama yer 3.22 idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Tablo 46: Kardeş sıralamasındaki sıra	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlamlılık
	hasta aile	53	3,04	2,000	p>0.05
	kontrol aile	49	3,22	2,034	

g. Medeni durum

Hasta aileleri grubunda 48 kişi evli/birlikte yaşıyor (%90.6), 1 kişi boşanmış/ayrı (%1.9), 4 kişi dul idi (%7.5). Kontrol aileleri grubunda 46 kişi evli/birlikte yaşıyor (%93.9), 1 kişi boşanmış (%2.0), 2 kişi dul idi (%4.1). Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Tablo 47: Medeni durumu				
deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	anlamlılık
Hasta aile	evli/birlikte	48	90,6	p>0.05
	boşanmış/ayrı	1	1,9	
	Dul	4	7,5	
	Total	53	100,0	
Kontrol aile	evli/birlikte	46	93,9	
	boşanmış/ayrı	1	2,0	
	Dul	2	4,1	
	Total	49	100,0	

Gruplar cinsiyetler açısından karşılaştırıldığında da anlamlı bir fark yoktu.

Kadınların verileri şöyleydi;

Tablo 48: Medeni durum-kadın				
deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	anlamlılık
Hasta aile-kadın	evli/birlikte	24	82,8	P>0.05
	boşanmış/ayrı	1	3,4	
	Dul	4	13,8	
	Total	29	100,0	
Kontrol aile-kadın	evli/birlikte	23	92,0	
	boşanmış/ayrı	1	4,0	
	Dul	1	4,0	
	Total	25	100,0	

Erkeklerin verileri şöyleydi;

Tablo 49: Medeni durum-erkek				
deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	anlamlılık

hasta aile	evli/birlikte	24	100,0	P>0.05
kontrol aile	evli/birlikte	23	95,8	
	dul	1	4,2	
	Total	24	100,0	

h. Çocuk sayısı

Hasta aileleri grubunun ortalama çocuk sayısı 2.49, kontrol aileleri grubunun ortalama çocuk sayısı 3.55 idi. Gruplar arasında anlamlı fark vardı.

Tablo 50: çocuk sayısı	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlamlılık
	Hasta aile	53	2,49	,933	P<0.01
Kontrol aile	49	3,55	2,072		
Hasta aile-kadın	29	2,48	,949	P<0.05	
Kontrol aile-kadın	25	3,36	2,139		
Hasta aile-erkek	24	2,50	,933	P<0.01	
Kontrol aile-erkek	24	3,75	2,027		

i. Kimle yaşadığı

Hasta aileleri grubunda 1 kişi yalnız (%1.9), 1 kişi annesi ile (%1.9), 9 kişi eşi ile (%17.0), 38 kişi eş ve çocuklarıyla (%71.7), 4 kişi çocuklarıyla (%7.5), yaşıyordu. Kontrol aileleri grubunda 3 kişi eşi ile (%6.1), 43 kişi eş ve çocuklarıyla (%87.8), 3 kişi çocuklarıyla (%6.1) yaşıyordu. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Her iki grup kıyaslandığında anlamlı farka rastlanmadı(p>0.05)

Tablo 51: Deneklerin kiminle yaşadığı				
deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	anlamlılık
Hasta aile	Yalnız	1	1,9	P>0.05
	Anne ile	1	1,9	
	eşi ile	9	17,0	
	eş ve çocuklarıyla	38	71,7	
	Çocuklarıyla	4	7,5	
	Total	53	100,0	
Kontrol aile	eşi ile	3	6,1	
	eş ve çocuklarıyla	43	87,8	
	Çocuklarıyla	3	6,1	
	Total	49	100,0	

Gruplar cinsiyetler açısından birbirine göre kıyaslandığında da anlamlı fark yoktu.

Aşağıda erkek ve kadınların verileri iki ayrı tabloda sunulmuştur;

Erkeklerin verileri şöyleydi:

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	anlamlılık
Hasta aile-erkek	eşi ile	5	20,8	P>0.05
	eş ve çocuklarıyla	19	79,2	
	Total	24	100,0	
Kontrol aile-erkek	eşi ile	2	8,3	
	eş ve çocuklarıyla	21	87,5	
	Çocuklarıyla	1	4,2	
	Total	24	100,0	

Kadınların verileri şöyleydi:

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	Anlamlılık
Hasta aile	Yalnız	1	3,4	P>0.05
	Anne ile	1	3,4	
	eşi ile	4	13,8	
	eş ve çocuklarıyla	19	65,5	
	Çocuklarıyla	4	13,8	
	Total	29	100,0	
Kontrol aile	eşi ile	1	4,0	
	eş ve çocuklarıyla	22	88,0	
	Çocuklarıyla	2	8,0	
	Total	25	100,0	

j. Meslek

Hasta aileleri grubunda 18 kişinin mesleği yoktu (%34.0), 35 kişinin mesleği vardı (%66.0). 4 kişi işçi (%7.5), 7 kişi memur (%13.2), 20 kişi emekli (%37.7), 1 kişi esnaf (%2.0), 1 kişi kendi işi (%1.9), 2 kişi aile işi ile uğraşıyordu (%3.8). Kontrol aileleri grubunda 12 kişinin mesleği yoktu (%24.5), 37 kişinin mesleği vardı (%75.5). 2 kişi işçi (%4.1), 5 kişi memur (%10.2), 17 kişi emekli (%34.7), 6 kişi serbest meslek (%12.2), 1 kişi esnaf (%2.0), 3 kişi kendi işi(%6.1), 3 kişide aile işi ile uğraşıyordu(6.1). Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	anlamlılık
Hasta aile	yok	18	34,0	p>0.05
	İşçi	4	7,5	
	memur	7	13,2	
	emekli	20	37,7	
	esnaf	1	1,9	
	kendi işi	1	1,9	

	Aile işi	2	3,8
	Total	53	100,0
Kontrol aile	yok	12	24,5
	İşçi	2	4,1
	memur	5	10,2
	emekli	17	34,7
	serbest meslek	6	12,2
	esnaf	1	2,0
	kendi işi	3	6,1
	Aile işi	3	6,1
	Total	49	100,0

k. Sosyoekonomik durum

Hasta aileleri grubunda 3 kişi düşük (% 5.7), 39 kişi orta (% 73.6), 11 kişi yüksek (%20.8) sosyoekonomik düzeye sahipti. Kontrol aileleri grubunda 2 kişi düşük (%4.1), 37 kişi orta (% 75.5), 10 kişi yüksek (%20.4) sosyoekonomik düzeye sahipti. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	anlamlılık
Hasta aile	düşük	3	5,7	p>0.05
	orta halli	39	73,6	
	iyi	11	20,8	
	Total	53	100,0	
Kontrol aile	düşük	2	4,1	
	orta halli	37	75,5	
	iyi	10	20,4	
	Total	49	100,0	

l. Geçim durumu:

Hasta aileleri grubunda 35 kişi (%66.0) kendi geçimini sağlayabiliyordu, 18 kişi ekonomik bağımlı (%34.0) idi. Kontrol aileleri grubunda 34 kişi (%69.4) kendi geçimini sağlayabiliyordu, 15 kişi (%30.6) ekonomik bağımlı idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	anlamlılık
Hasta aile	Kendisi	35	66,0	p>0.05
	ekonomik bağımlı	18	34,0	
	Total	53	100,0	
Kontrol aile	Kendisi	34	69,4	

	ekonomik bağımlı	15	30,6
	Total	49	100,0

m. Anne Eğitimi ve Mesleği

Hasta aileleri grubunda 22 kişinin annesi eğitimsiz (%41.5), 11 kişinin annesi okur-yazar (%20.8), 18 kişinin annesi ilkokul mezunu (%34.0), 1 kişinin annesi ortaokul mezunu (%1.9), 1 kişinin annesi lise mezunu idi (%1.9). Kontrol aileleri grubunda 34 kişinin annesi eğitimsiz (%69.4), 1 kişinin annesi okur-yazar (%2.0), 9 kişinin annesi ilkokul mezunu (%18.4), 2 kişinin annesi ortaokul mezunu (%4.1), 1 kişinin annesi lise mezunu (%2.0), 2 kişinin annesi üniversite mezunu idi (%4.1).

Hasta aileleri grubunda 47 kişinin (%88.7) annesinin mesleği yoktu, 6 kişinin annesinin mesleği vardı (%11.3). Kontrol grubunda 38 kişinin (%77.6) annesinin mesleği yoktu, 11 kişinin annesinin mesleği vardı (%22.4). Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Gruplar cinsiyetler açısından kıyaslandığında gene anlamlı fark yoktu.

deneğin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	anlamlılık
Hasta aile	Eğitimsiz	22	41,5	p>0.05
	okur-yazar	11	20,8	
	İlkokul	18	34,0	
	ortaokul	1	1,9	
	lise	1	1,9	
	Total	53	100,0	
Kontrol aile	eğitimsiz	34	69,4	
	okur-yazar	1	2,0	
	ilkokul	9	18,4	
	ortaokul	2	4,1	
	lise	1	2,0	
	üniversite	2	4,1	
	Total	49	100,0	

		deneğin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Anlamlılık
		hasta aile	kontrol aile	
annenin mesleği	yok	47	38	P>0.05
	işçi	1		

	memur		1
	emekli	4	3
	serbest meslek		2
	kendi işi		1
	aile işi	1	4
Total		53	49

Kadınların verileri;

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	anlamlılık
Hasta aile-kadın	yok	26	89,7	P>0.05
	işçi	1	3,4	
	emekli	2	6,9	
	Total	29	100,0	
Kontrol aile-kadın	yok	20	80,0	
	emekli	2	8,0	
	serbest meslek	1	4,0	
	aile işi	2	8,0	
	Total	25	100,0	

Erkeklerin verileri;

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	anlamlılık
Hasta aile-erkek	yok	21	87,5	p>0.05
	emekli	2	8,3	
	aile işi	1	4,2	
	Total	24	100,0	
Kontrol aile-erkek	yok	18	75,0	
	memur	1	4,2	
	emekli	1	4,2	
	serbest meslek	1	4,2	
	kendi işi	1	4,2	
	aile işi	2	8,3	
	Total	24	100,0	

n. Baba Eğitimi Ve Mesleği

Hasta aileleri grubunda 8 kişinin babası eğitimsiz (%15.1), 9 kişinin babası okur-yazar (%17.0), 26 kişinin babası ilkokul mezunu (%49.1), 4 kişinin babası ortaokul mezunu (%7.5), 6 kişinin babası lise mezunu idi.

Kontrol aileleri grubunda 22 kişinin babası eğitimsiz (%44.9), 4 kişinin babası okuryazar (%8.2), 13 kişinin babası ilkokul mezunu (%26.5), 3 kişinin babası ortaokul mezunu (%6.1), 5 kişinin babası lise mezunu (%10.2), 2 kişinin babası üniversite mezunu (%4.1), 1 kişinin babası mastır/doktora mezunu idi. Hasta aileleri grubunda 1 kişinin baba mesleği yoktu (%1.9), 52 kişinin (%98.1) baba mesleği vardı. Kontrol aileleri grubunda 3 kişinin baba mesleği yoktu (%6.1), 46 kişinin (%93.9) baba mesleği vardı.

Gruplar arasında babanın eğitim durumu açısından anlamlı fark vardı. Ayrıca cinsiyetler açısından kıyaslama yapıldığında kadınlar arasında baba eğitimi açısından anlamlı fark vardı.

Tablo 61: Babanın eğitim durumu

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	anlamlılık
Hasta aile	eğitimsiz	8	15,1	P<0.05
	okur-yazar	9	17,0	
	ilkokul	26	49,1	
	ortaokul	4	7,5	
	lise	6	11,3	
	Total	53	100,0	
Kontrol aile	eğitimsiz	22	44,9	
	okur-yazar	4	8,2	
	ilkokul	13	26,5	
	ortaokul	3	6,1	
	lise	5	10,2	
	üniversite	2	4,1	
	Total	49	100,0	

Tablo 62: Babanın eğitim durumu-erkek

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	anlamlılık
Hasta aile-erkekler	eğitimsiz	5	20,8	p>0.05
	okur-yazar	4	16,7	
	ilkokul	11	45,8	
	lise	4	16,7	
	Total	24	100,0	
Kontrol aile-erkekler	eğitimsiz	12	50,0	
	okur-yazar	3	12,5	

	ilkokul	4	16,7	
	ortaokul	1	4,2	
	lise	2	8,3	
	üniversite	2	8,3	
	Total	24	100,0	

Tablo 63: Babanın eğitim durumu-kadın

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	anamlılık
Hasta aile-kadın	eğitimsiz	3	10,3	P>0.05
	okur-yazar	5	17,2	
	ilkokul	15	51,7	
	ortaokul	4	13,8	
	lise	2	6,9	
	Total	29	100,0	
Kontrol aile-kadın	eğitimsiz	10	40,0	
	okur-yazar	1	4,0	
	ilkokul	9	36,0	
	ortaokul	2	8,0	
	lise	3	12,0	
	Total	25	100,0	

Tablo 64: Babanın mesleği

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor			Frequency	Percent	anamlılık
Hasta aile	Valid	yok	1	1,9	p>0.05
		işçi	9	17,0	
		memur	4	7,5	
		emekli	13	24,5	
		serbest meslek	3	5,7	
		esnaf	5	9,4	
		kendi işi	14	26,4	
		aile işi	4	7,5	
		Total	53	100,0	
Kontrol aile	Valid	yok	3	6,1	
		işçi	6	12,2	
		memur	5	10,2	
		emekli	11	22,4	
		serbest meslek	7	14,3	
		esnaf	2	4,1	
		kendi işi	9	18,4	
		aile işi	6	12,2	

		Total	49	100,0	
--	--	--------------	----	-------	--

o. İş Deneyimi

Hasta aileleri grubunda 35 kişinin (%66.0) iş deneyimi varken, 18 kişinin (%34.0) iş deneyimi yoktu.

Kontrol aileleri grubunda 36 kişinin (%73.5) iş deneyimi varken, 13 kişinin (%26.5) iş deneyimi yoktu.

Hasta aileleri grubunda son beş yılda işsiz kalınan toplam sürenin ortalaması 0.0 ay, son beş yılda işsiz kalınan en uzun sürenin ortalaması 0.0 ay, toplam işsiz kalma süresinin ortalaması 2.06 ay, son beş yılda değiştirilen iş sayısının ortalaması 0.0, bir işte en uzun çalışılan sürenin ortalaması 21.36 yıl idi.

Kontrol aileleri grubunda son beş yılda işsiz kalınan toplam sürenin ortalaması 0.42 ay, son beş yılda işsiz kalınan en uzun sürenin ortalaması 0.25 ay, toplam işsiz kalma süresinin ortalaması 1.92 ay, son beş yılda değiştirilen iş sayısının ortalaması 0.17, bir işte en uzun çalışılan sürenin ortalaması 22.61 yıl idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Tablo 65: İş deneyiminin şekilleri	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlamlılık
iş deneyiminin olup olmadığı	hasta aile	35	1,32	,510	p>0.05
	kontrol aile	36	1,27	,446	
son 5 yılda işsiz kaldığı toplam süre/ ay olarak	hasta aile	35	,00	,000	p>0.05
	kontrol aile	36	,42	2,048	
son 5 yılda işsiz kaldığı en uzun süre/ ay olarak	hasta aile	35	,00	,000	p>0.05
	kontrol aile	36	,25	1,105	
toplam işsiz kalma süresi/ ay olarak	hasta aile	35	2,06	8,964	p>0.05
	kontrol aile	36	1,92	6,420	
son 5 yılda değiştirdiği iş sayısı	hasta aile	35	,00	,000	p>0.05
	kontrol aile	36	,17	,737	
bir işte en uzun çalışma süresi/ yıl olarak	hasta aile	35	21,357	7,8042	p>0.05
	kontrol aile	36	22,606	11,4052	

Her iki grubun erkekleri(babaları) birbirine göre kıyaslandığında Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Tablo 66: İş deneyiminin şekilleri-erkek	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlamlılık
iş deneyiminin olup olmadığı	Hasta aile-erkek	24	1,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	24	1,00	,000(a)	
son 5 yılda işsiz kaldığı	Hasta aile-erkek	24	,00	,000	p>0.05

toplam süre/ ay olarak	Kontrol aile-erkek	24	,63	2,499	
son 5 yılda işsiz kaldığı en uzun süre/ ay olarak	Hasta aile-erkek	24	,00	,000	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	24	,38	1,345	
toplam işsiz kalma süresi/ ay olarak	Hasta aile-erkek	24	3,00	10,762	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	24	2,88	7,736	
son 5 yılda değiştirdiği iş sayısı	Hasta aile-erkek	24	,00	,000	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	24	,17	,816	
bir işte en uzun çalışma süresi/ yıl olarak	Hasta aile-erkek	24	23,188	7,1882	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	24	25,242	10,5948	

Her iki grubun kadınları(anneleri) birbirine göre kıyaslandığında Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Tablo 67: İş deneyiminin şekilleri-kadın	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlamlılık
iş deneyiminin olup olmadığı	Hasta aile-kadın	11	1,62	,494	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	12	1,52	,510	
son 5 yılda işsiz kaldığı toplam süre/ ay olarak	Hasta aile-kadın	11	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	12	,00	,000(a)	
son 5 yılda işsiz kaldığı en uzun süre/ ay olarak	Hasta aile-kadın	11	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	12	,00	,000(a)	
toplam işsiz kalma süresi/ ay olarak	Hasta aile-kadın	11	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	12	,00	,000(a)	
son 5 yılda değiştirdiği iş sayısı	Hasta aile-kadın	11	,00	,000	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	12	,17	,577	
bir işte en uzun çalışma süresi/ yıl olarak	Hasta aile-kadın	11	17,364	7,9155	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	12	17,333	11,5627	

p. Ailede Psikiyatrik Öykü

Burada her iki gruba anne, baba, kardeş ve akrabalarında nevroitik ve psikotik özellikli bir psikiyatrik rahatsızlığının olup olmadığı, suisid/suisid girişiminin, psikiyatrik yatışının olup olmadığı soruldu.

Hasta aileleri grubunda 5 kişinin (%9.4) annesinde nevroitik özellikli psikiyatrik öykü, 3 kişinin (%5.7) babasında nevroitik özellikli psikiyatrik öykü, 1 kişinin (%1.9) babasında psikotik özellikli psikiyatrik öykü, 6 kişinin (%11.3) kardeşinde nevroitik özellikli psikiyatrik öykü, 7 kişinin (%13.2) akrabasında nevroitik özellikli psikiyatrik öykü, 4 kişinin (%7.5) akrabasında psikotik özellikli psikiyatrik öykü, 2 kişinin (%3.8) akrabasında suisid/suisid girişimi var idi.

Kontrol aileleri grubunda 1 kişinin (%2.0) annesinde nevroitik özellikli psikiyatrik öykü, 1 kişinin (%2.0) annesinde psikotik özellikli psikiyatrik öykü, 8

kişinin (%16.3) kardeşinde nevroitik özellikli psikiyatrik öykü, 3 kişinin (%6.1) kardeşinde psikotik özellikli psikiyatrik öykü, 2 kişinin (%4.1) kardeşinde psikiyatrik yatış öyküsü, 7 kişinin (%14.3) akrabasında nevroitik özellikli psikiyatrik öykü, 1 kişinin (%2.0) akrabasında psikotik özellikli psikiyatrik öykü, 1 kişinin (%2.0) akrabasında psikiyatrik yatış öyküsü var idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Tablo 68: Ailede psikiyatrik öykü	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlamlılık
annede nevroitik özellikli psikiyatrik öykü	hasta aile	5	,09	,295	p>0.05
	kontrol aile	1	,02	,143	
annede psikotik özellikli psikiyatrik öykü	hasta aile	0	,00	,000	p>0.05
	kontrol aile	1	,02	,143	
annede suisid varlığı	hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	kontrol aile	0	,00	,000(b)	
annede psikiyatrik yatış öyküsü	hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	kontrol aile	0	,00	,000(b)	
babada nevroitik özellikli psikiyatrik öykü	hasta aile	3	,06	,233	p>0.05
	kontrol aile	0	,00	,000	
babada psikotik özellikli psikiyatrik öykü	hasta aile	1	,02	,137	p>0.05
	kontrol aile	0	,00	,000	
babada suisid varlığı	hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	kontrol aile	0	,00	,000(b)	
babada psikiyatrik yatış öyküsü	hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	kontrol aile	0	,00	,000(b)	
kardeşte nevroitik özellikli psikiyatrik öykü	hasta aile	6	,11	,320	p>0.05
	kontrol aile	8	,16	,373	
kardeşte psikotik özellikli psikiyatrik öykü	hasta aile	0	,00	,000	p>0.05
	kontrol aile	3	,06	,242	
kardeşte suisid varlığı	hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	kontrol aile	0	,00	,000(b)	
kardeşte psikiyatrik yatış öyküsü	hasta aile	0	,00	,000	p>0.05
	kontrol aile	2	,04	,200	
akrabada nevroitik özellikli psikiyatrik öykü	hasta aile	7	,13	,342	p>0.05
	kontrol aile	7	,14	,354	
akrabada psikotik özellikli psikiyatrik öykü	hasta aile	4	,08	,267	p>0.05
	kontrol aile	1	,02	,143	
akrabada suisid varlığı	hasta aile	2	,04	,192	p>0.05
	kontrol aile	0	,00	,000	
akrabada yatış öyküsü	hasta aile	0	,02	,137	p>0.05
	kontrol aile	1	,02	,143	

Kadınlar için (anneler için) gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Tablo 69: Ailede psikiyatrik öykü-kadın	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlamlılık
annede nevroitik özellikli psikiyatrik öykü	Hasta aile-kadın	3	,10	,310	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	1	,04	,200	
annede psikotik özellikli psikiyatrik öykü	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
annede suisid varlığı	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
annede psikiyatrik yatış öyküsü	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
babada nevroitik özellikli psikiyatrik öykü	Hasta aile-kadın	2	,07	,258	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000	
babada psikotik özellikli psikiyatrik öykü	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
babada suisid varlığı	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
babada psikiyatrik yatış öyküsü	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
kardeşte nevroitik özellikli psikiyatrik öykü	Hasta aile-kadın	4	,14	,351	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	5	,20	,408	
kardeşte psikotik özellikli psikiyatrik öykü	Hasta aile-kadın	0	,00	,000	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	2	,08	,277	
kardeşte suisid varlığı	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
kardeşte psikiyatrik yatış öyküsü	Hasta aile-kadın	1	,00	,000	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,04	,200	
akrabada nevroitik özellikli psikiyatrik öykü	Hasta aile-kadın	4	,14	,351	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	3	,12	,332	
akrabada psikotik özellikli psikiyatrik öykü	Hasta aile-kadın	4	,14	,351	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000	
akrabada suisid varlığı	Hasta aile-kadın	2	,07	,258	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000	
akrabada yatış öyküsü	Hasta aile-kadın	1	,03	,186	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000	

Erkekler için (babalar için), Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Tablo 69: Ailede psikiyatrik öykü-erkek	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlamlılık
annede nevroitik özellikli	Hasta aile-erkek	2	,08	,282	p>0.05

psikiyatrik öykü	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000	
annede psikotik özellikli psikiyatrik öykü	Hasta aile-erkek	0	,00	,000	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	1	,04	,204	
annede suisid varlığı	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
annede psikiyatrik yatış öyküsü	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
babada nevrotik özellikli psikiyatrik öykü	Hasta aile-erkek	1	,04	,204	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000	
babada psikotik özellikli psikiyatrik öykü	Hasta aile-erkek	1	,04	,204	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000	
babada suisid varlığı	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
babada psikiyatrik yatış öyküsü	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
kardeşte nevrotik özellikli psikiyatrik öykü	Hasta aile-erkek	2	,08	,282	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	3	,13	,338	
kardeşte psikotik özellikli psikiyatrik öykü	Hasta aile-erkek	0	,00	,000	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	1	,04	,204	
kardeşte suisid varlığı	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
kardeşte psikiyatrik yatış öyküsü	Hasta aile-erkek	0	,00	,000	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	1	,04	,204	
akrabada nevrotik özellikli psikiyatrik öykü	Hasta aile-erkek	3	,13	,338	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	4	,17	,381	
akrabada psikotik özellikli psikiyatrik öykü	Hasta aile-erkek	0	,00	,000	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	1	,04	,204	
akrabada suisid varlığı	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
akrabada yatış öyküsü	Hasta aile-erkek	0	,00	,000	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	1	,04	,204	

r. Stres Faktörleri

Her iki gruba belli yaşam olaylarını yaşayıp yaşamadıkları, yaşadılarsa o sıradaki yaşları ve bu olayların onlarda oluşturduğu stres düzeyleri (1-hiç, 2-hafif, 3-orta, 4-ciddi, 5-aşırı, 6-felaket) soruldu.

(1) Ayrılık öyküsü

Hasta aileleri grubunda 17 kişide ayrılık öyküsü vardı, o sıradaki yaş ortalaması 18.59, stres skoru ortalaması 2.88 idi. Kontrol aileleri grubunda 14 kişide ayrılık

öyküsü vardı, o sıradaki yaş ortalaması 24.00, stres skoru ortalaması 3.07 idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

(2) Anne ölümü

Hasta aileleri grubunda 22 kişide anne ölümü öyküsü vardı, o sıradaki yaş ortalaması 35.45, stres skoru ortalaması 3.59 idi. Kontrol aileleri grubunda 21 kişide anne ölümü öyküsü vardı, o sıradaki yaş ortalaması 42.24, stres skoru ortalaması 3.07 idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

(3) Baba ölümü

Hasta aileleri grubunda 33 kişide baba ölümü öyküsü vardı. O sıradaki yaş ortalaması 31.39, stres skoru ortalaması 3.52 idi. Kontrol aileleri grubunda 32 kişide baba ölümü öyküsü vardı. O sıradaki yaş ortalaması 33.03, stres skoru ortalaması 3.50 idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

(4) Eş ölümü

Hasta aileleri grubunda 4 kişide eş ölümü öyküsü vardı. O sıradaki yaş ortalaması 56.75, stres skoru ortalaması 5.25 idi. Kontrol aileleri grubunda 2 kişide eş ölümü öyküsü vardı. O sıradaki yaş ortalaması 41.00, stres skoru ortalaması 3.50 idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

(5) Çocuk ölümü

Hasta aileleri grubunda 7 kişide çocuk ölümü öyküsü vardı. O sıradaki yaş ortalaması 29.00, stres skoru ortalaması 4.57 idi. Kontrol aileleri grubunda 9 kişide çocuk ölümü öyküsü vardı. O sıradaki yaş ortalaması 29.67, stres skoru ortalaması 3.33 idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

(6) Kardeş ölümü

Hasta aileleri grubunda 16 kişide kardeş ölümü öyküsü vardı. O sıradaki yaş ortalaması 31.38, stres skoru ortalaması 3.63 idi. Kontrol aileleri grubunda 20 kişide kardeş ölümü vardı. O sıradaki yaş ortalaması 37.45, stres skoru ortalaması 4.10 idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

(7) Yakın arkadaş/akraba ölümü

Hasta aileleri grubunda 40 kişide yakın arkadaş/akraba ölümü öyküsü vardı, o sıradaki yaş ortalaması 40.73 , stres skoru ortalaması 2.93 idi. Kontrol grubunda 28 kişide yakın arkadaş/akraba ölümü öyküsü vardı, o sıradaki yaş ortalaması 38.71, stres skoru ortalaması 3.11 idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

(8) Yaralanma/Kaza öyküsü

Hasta aileleri grubunda 9 kişide yaralanma/kaza öyküsü vardı, o sıradaki yaş ortalaması 37.11 , stres skoru ortalaması 3.44 idi. Kontrol aileleri grubunda 9 kişide yaralanma kaza öyküsü vardı, o sıradaki yaş ortalaması 32.67, stres skoru ortalaması 2.78 idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

(9) Geçirilen önemli hastalık öyküsü

Hasta aileleri grubunda 19 kişide geçirilen önemli hastalık öyküsü vardı, o sıradaki yaş ortalaması 37.53, stres skoru ortalaması 3.47 idi. Kontrol aileleri grubunda 7 kişide geçirilen önemli hastalık öyküsü vardı, o sıradaki yaş ortalaması 31.14, stres skoru ortalaması 3.29 idi. Gruplar arasında geçirilen önemli hastalık öyküsünün varlığı açısından anlamlı fark vardı.

(10) Cinsel taciz öyküsü

Hasta ve kontrol ailelerinde cinsel taciz öyküsü yoktu.

(11) Fiziksel taciz öyküsü

Hasta aileleri grubunda fiziksel taciz öyküsü yoktu. Kontrol aileleri grubunda 3 kişide fiziksel taciz öyküsü vardı. Fiziksel tacize uğrayanların o sıradaki yaş ortalaması 18.67, stres skoru ortalaması 4.33 idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

(12) Ortam değişikliği

Hasta aileleri grubunda 43 kişide ortam değişikliği öyküsü vardı, o sıradaki yaş ortalaması 21.84, stres skoru ortalaması 2.30 idi. Kontrol aileleri grubunda 29 kişide ortam değişikliği öyküsü vardı, o sıradaki yaş ortalaması 25.83, stres skoru ortalaması 2.83 idi. Gruplar arasında ortam değişikliği öyküsünün varlığı açısından anlamlı fark vardı.

(13) Öğrenimini yarıda bırakma öyküsü

Hasta aileleri grubunda 4 kişide öğrenimini yarıda bırakma öyküsü vardı, o sıradaki yaş ortalaması 12.75, stres skoru ortalaması 3.0 idi. Kontrol aileleri grubunda 4 kişide öğrenimini yarıda bırakma öyküsü vardı, o sıradaki yaş ortalaması 20.0, stres skoru ortalaması 4.0 idi. Gruplar arasında öğrenimini yarıda bırakma yaşları açısından anlamlı fark vardı.

Tablo 70: Stres faktörleri	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlamlılık
sevilen bir kişiden ayrılık öyküsü	hasta aile	17	,32	,471	p>0.05
	kontrol aile	14	,29	,456	
olmuşsa ayrılığın yaşı	hasta aile	17	18,59	9,689	p>0.05
	kontrol aile	14	24,00	10,236	
ayrılık olmuşsa stres skoru	hasta aile	17	2,88	,928	p>0.05

	kontrol aile	14	3,07	1,072	
anne ölümünün olup olmadığı	hasta aile	22	,42	,497	p>0.05
	kontrol aile	21	,43	,500	
anne ölümü varsa o sıradaki yaş	hasta aile	22	35,45	17,546	p>0.05
	kontrol aile	21	42,24	14,560	
anne ölümü olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta aile	22	3,59	1,141	p>0.05
	kontrol aile	21	3,33	,856	
baba ölümünün olup olmadığı	hasta aile	33	,62	,489	p>0.05
	kontrol aile	32	,65	,481	
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta aile	33	31,39	17,082	p>0.05
	kontrol aile	32	33,03	15,412	
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta aile	33	3,52	1,278	p>0.05
	kontrol aile	32	3,50	1,047	
eş ölümünün olup olmadığı	hasta aile	4	,08	,267	p>0.05
	kontrol aile	2	,04	,200	
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta aile	4	56,75	4,992	p>0.05
	kontrol aile	2	41,00	18,385	
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta aile	4	5,25	,957	p>0.05
	kontrol aile	2	3,50	,707	
kardeş ölümünün olup olmadığı	hasta aile	16	,30	,463	p>0.05
	kontrol aile	20	,61	1,592	
olmuşsa o sıradaki yaşı	hasta aile	16	31,38	23,160	p>0.05
	kontrol aile	20	37,45	17,331	
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta aile	16	3,63	1,258	p>0.05
	kontrol aile	20	4,10	1,021	
çocuk ölümünün olup olmadığı	hasta aile	7	,13	,342	p>0.05
	kontrol aile	9	,18	,391	
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta aile	7	29,00	7,979	p>0.05
	kontrol aile	9	29,67	5,362	
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta aile	7	4,57	,976	p>0.05
	kontrol aile	9	3,33	1,225	
yakın arkadaş/akraba ölümünün olup olmadığı	hasta aile	40	,75	,434	p>0.05
	kontrol aile	28	,57	,500	
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta aile	40	40,73	12,914	p>0.05
	kontrol aile	28	38,71	12,070	
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta aile	40	2,93	1,118	p>0.05
	kontrol aile	28	3,11	,994	
yaralanma/kaza öyküsünün olup olmadığı	hasta aile	9	,17	,379	p>0.05
	kontrol aile	9	,16	,373	
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta aile	9	37,11	11,185	p>0.05
	kontrol aile	9	32,67	17,958	
olmuşsa o sıradaki stres	hasta aile	9	3,44	1,130	p>0.05

skoru	kontrol aile	9	2,78	1,563	
geçirilen hastalığın olup olmadığı	hasta aile	19	,36	,484	P<0.05
	kontrol aile	7	,14	,354	
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta aile	19	37,53	18,954	p>0.05
	kontrol aile	7	31,14	12,253	
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta aile	19	3,47	1,349	p>0.05
	kontrol aile	7	3,29	,756	
fiziksel taciz öyküsünün olup olmadığı	hasta aile	0	,00	,000	p>0.05
	kontrol aile	3	,06	,242	
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta aile	0(a)	,	,	p>0.05
	kontrol aile	3	18,67	1,155	
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta aile	0(a)	,	,	p>0.05
	kontrol aile	3	4,33	,577	
cinsel taciz öyküsünün olup olmadığı	hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	kontrol aile	0	,00	,000(b)	
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta aile	0(a)	,	,	p>0.05
	kontrol aile	0(a)	,	,	
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta aile	0(a)	,	,	p>0.05
	kontrol aile	0(a)	,	,	
ortam değişikliğinin olup olmadığı	hasta aile	43	,81	,395	P<0.05
	kontrol aile	29	,57	,500	
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta aile	43	21,84	9,079	p>0.05
	kontrol aile	29	25,83	14,917	
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta aile	43	2,30	1,245	p>0.05
	kontrol aile	29	2,83	1,227	
öğrenimini yarıda bırakma öyküsünün olup olmadığı	hasta aile	4	,08	,267	p>0.05
	kontrol aile	4	,08	,277	
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta aile	4	12,75	1,500	P<0.05
	kontrol aile	4	20,00	6,164	
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta aile	4	3,00	1,414	p>0.05
	kontrol aile	4	4,00	1,633	

s. İntihar girişimi öyküsü

Hasta aileleri grubunda 1 kişide (%1.9) intihar girişimi öyküsü vardı, kontrol aileleri grubunda 1 kişide (%2.0) intihar girişimi öyküsü vardı, hasta aileleri grubunda intihar girişim sayısı 2 (36 ve 48 yaşlarında), kontrol aileleri grubunda intihar girişim sayısı 1 idi (20 yaşında iken). Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor			Frequency	Percent	anlamlılık
hasta aile	Valid	yok	52	98,1	p>0.05
		var	1	1,9	

		Total	53	100,0
kontrol aile	Valid	yok	48	98,0
		var	1	2,0
		Total	49	100,0

t. Psikotik Yaşantı Öyküsü

Hasta aileleri grubunda 2 kişide (%3.8) psikotik yaşantı öyküsü vardı. Kontrol aileleri grubunda psikotik yaşantı öyküsü yoktu. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor			Frequency	Percent	anlamlılık
hasta aile	Valid	yok	51	96,2	p>0.05
		var	2	3,8	
		Total	53	100,0	
kontrol aile	Valid	yok	49	100,0	

u. Psikiyatrik Yatış Öyküsü

Her iki grupta da psikiyatrik yatış öyküsü yoktu.

2. SCID-I ve SCID-II BULGULARI

Hasta ve kontrol aileleri grubuna SCID-I ve SCID-II uygulandı.

Hasta aileleri grubunda ki hastalık sayıları:

1. eksen için; 6 kişide şimdiki m.depresif epizod (%11.3), 11 kişide (%20.8) geçmişte m.depresif epizod, 12 kişide (%22.6) m.depresif bozukluk (5 kişi tek epizod “%9.4”, 7 kişi “%13.2” yineleyen), 4 kişide (%7.5) distimi, 1 kişide (%1.9) şimdiki alkol kötüye kullanımı, 1 kişide (%1.9) şimdiki alkol bağımlılığı 3 kişide (%5.7) özgül fobi, 1 kişide (%1.9) yaygın anksiyete bozukluğu, 5 kişide (%9.4) başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu, 2 kişide (%3.8) somatizasyon bozukluğu, 3 kişide (%5.7) ayrışmamış somatoform bozukluk, 4 kişide (%7.5) uyum bozukluğu saptandı. Toplamda 23 kişi (%43.4) 1. eksenden tanı alıyordu.

2. eksen için; 2 kişide (%3.8) obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, 1 kişide (%1.9) pasif agresif kişilik bozukluğu, toplamda 2. eksende hepsi C kümesi olmak üzere 3 kişide (%5.7) kişilik bozukluğu tanısına rastlandı. 1 veya 2. eksenden toplamda 24 kişi (%45.3) tanı alıyordu.

Kontrol aileleri grubunda ki hastalık sayıları:

1. eksen için; 2 kişide (%4.1) geçmişte m.depresif epizod, 2 kişide (%4.1) m.depresif bozukluk (1 kişi tek epizod “%2.0”, 1 kişi “%2.0” yineleyen), 1 kişide (%2.0) distimi, 1 kişide (%2.0) geçmişte alkol bağımlılığı, 1 kişide (%2.0) obsesif

kompulsif bozukluk, 2 kişide (%4.1) yaygın anksiyete bozukluğu, 2 kişide (%4.1) ayrışmamış somatoform bozukluk, 2 kişide (%4.1) uyum bozukluğu saptandı. Toplamda 9 kişi(%18.4) 1. eksenden tanı alıyordu.

2. eksen için; 1 kişide (%2.0) bağımlı kişilik bozukluğu, 2 kişide (%4.1) obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, toplamda 2. eksende hepsi C kümesi olmak üzere 2 kişide (%4.1) kişilik bozukluğu tanısına rastlandı. 1 veya 2. eksenden toplamda 10 kişi (%20.4) tanı alıyordu.

Gruplar arasında şimdiki ve geçmişteki major depresif epizot , m.depresif bozukluk, SCID-I tanısının varlığı açısından anlamlı farklar vardı.

Tablo 73: Psikiyatrik hastalık tanıları	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlamlılık
şimdiki m.depresif epizod öyküsünün varlığı	Hasta aile	6	,11	,320	P<0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000	
geçmişte m.depresif epizod öyküsünün varlığı	Hasta aile	11	,21	,409	P<0.05
	Kontrol aile	2	,04	,200	
şimdiki manik epizod öyküsünün varlığı	Hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000(b)	
geçmişte mani öyküsünün varlığı	Hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000(b)	
şimdiki hipomani öyküsünün varlığı	Hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000(b)	
geçmişte hipomani öyküsünün varlığı	Hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000(b)	
distimi öyküsü	Hasta aile	4	,08	,267	p>0.05
	Kontrol aile	1	,02	,143	
bipolar1 bozukluk öyküsünün varlığı	Hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000(b)	
bipolar2 bozukluk öyküsünün varlığı	Hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000(b)	
diğer duygu durum bozuklukları varlığı	Hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000(b)	
major depresif bozukluk varlığı	Hasta aile	12	,36	,710	P<0.01
	Kontrol aile	2	,06	,317	
alkol kötüye kullanımı öyküsünün varlığı	Hasta aile	1	,02	,137	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000	
alkol bağımlılığı öyküsünün varlığı	Hasta aile	1	,02	,137	p>0.05
	Kontrol aile	1	,04	,286	
madde kötüye kullanımı öyküsünün varlığı	Hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000(b)	

madde bağımlılığı öyküsünün varlığı	Hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000(b)	
agorafobisiz panik bozukluğu	Hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000(b)	
agorafobili panik bozukluğu	Hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000(b)	
panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi	Hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000(b)	
sosyal fobi	Hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000(b)	
özgül fobi	Hasta aile	3	,06	,233	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000	
obsesif kompulsif bozukluk	Hasta aile	0	,00	,000	p>0.05
	Kontrol aile	1	,02	,143	
akut stres bozukluğu	Hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000(b)	
post travmatik stres bozukluğu	Hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000(b)	
yaygın anksiyete bozukluğu	Hasta aile	1	,02	,137	p>0.05
	Kontrol aile	2	,04	,200	
genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu	Hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000(b)	
madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu	Hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000(b)	
başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu	Hasta aile	5	,09	,295	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000	
somatizasyon bozukluğu	Hasta aile	2	,04	,192	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000	
ayırışmamış somatoform bozukluk	Hasta aile	3	,06	,233	p>0.05
	Kontrol aile	2	,04	,200	
Hipokondriazis	Hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000(b)	
beden dismorfik bozukluğu	Hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000(b)	
anoreksiya nervosa	Hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000(b)	
bulimia nervosa	Hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000(b)	
tıknırcasına yeme bozukluğu	Hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000(b)	
başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu	Hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000(b)	

uyum bozukluğu	Hasta aile	4	,08	,267	p>0.05
	Kontrol aile	2	,04	,200	
SCID-I'den tanı alıp almadığı	Hasta aile	23	,43	,500	P<0.01
	Kontrol aile	9	,18	,391	
kaçıngan kişilik bozukluğu	Hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000(b)	
bağımlı kişilik bozukluğu	Hasta aile	0	,00	,000	p>0.05
	Kontrol aile	1	,02	,143	
obsesif kompulsif kişilik bozukluğu	Hasta aile	2	,04	,192	p>0.05
	Kontrol aile	2	,04	,200	
pasif agresif kişilik bozukluğu	Hasta aile	1	,02	,137	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000	
kendine karşı kişilik bozukluğu	Hasta aile	0	,00	,000(b)	p>0.05
	Kontrol aile	0	,00	,000(b)	
SCID-II'den tanı alıp almadığı	Hasta aile	3	,06	,233	p>0.05
	Kontrol aile	2	,04	,200	

Kadın hasta aileleri grubunda 1. eksen tanıları : 5 kişide (%17.2) şimdiki m.depresif epizod, 8 kişide (%27.6) geçmişte m.depresif epizod, 2 kişide (%6.9) distimi, 9 kişide (%31.0) m.depresif bozukluk (3 kişi tek epizod “%10.3”, 6 kişi “%20.7” yineleyen), 2 kişide (%6.9) özgül fobi, 1 kişide (%3.4) yaygın anksiyete bozukluğu, 3 kişide (%10.3) başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu, 2 kişide (%6.9) somatizasyon bozukluğu, 3 kişide (%10.3) ayrışmamış somatoform bozukluk, 1 kişide (%3.4) uyum bozukluğu saptandı. Toplamda 14 kişi (%48.3) 1. eksen tanı alıyordu

Kadın hasta aileleri grubunda 2. eksen tanıları; 1 kişide (%3.4) obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, 1 kişide (%3.4) pasif agresif kişilik bozukluğu, toplamda 2. eksen tanı hepsi C kümesi olmak üzere 2 kişide (%6.9) kişilik bozukluğu tanısına rastlandı. Toplamda 14 kişi (%48.3) 1 veya 2. eksen tanı alıyordu.

Kadın kontrol aileleri grubunda 1. eksen tanıları : 2 kişide (%8.0) geçmişte m.depresif epizod, 1 kişide (%4.0) distimi, 2 kişide (%31.0) m.depresif bozukluk (1 kişi tek epizod “%4.0”, 1 kişi “%4.0” yineleyen), 1 kişide (%4.0) OKB, 2 kişide (%8.0) yaygın anksiyete bozukluğu, 2 kişide (%8.0) ayrışmamış somatoform bozukluk, 1 kişide (%4.0) uyum bozukluğu saptandı. Toplamda 7 kişi (%28.0) 1. eksen tanı alıyordu.

Kadın kontrol aileleri grubunda 2. eksen tanısı alan yoktu (%0). Toplamda 7 kişi (%28.0) 1 veya 2. eksen tanı alıyordu

Gruplar arasında m.depresif bozukluk, açısından anlamlı fark bulundu.

Tablo 74: Psikiyatrik hastalık tanıları-kadın	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlamlılık
şimdiki m.depresif epizod öyküsünün varlığı	Hasta aile-kadın	5	,17	,384	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000	
geçmişte m.depresif epizod öyküsünün varlığı	Hasta aile-kadın	8	,28	,455	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	2	,08	,277	
şimdiki manik epizod öyküsünün varlığı	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
geçmişte mani öyküsünün varlığı	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
şimdiki hipomani öyküsünün varlığı	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
geçmişte hipomani öyküsünün varlığı	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
distimi öyküsü	Hasta aile-kadın	2	,07	,258	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	1	,04	,200	
bipolar1 bozukluk öyküsünün varlığı	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
bipolar2 bozukluk öyküsünün varlığı	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
diğer duygu durum bozuklukları varlığı	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
major depresif bozukluk varlığı	Hasta aile-kadın	9	,52	,829	P<0.05
	Kontrol aile-kadın	2	,12	,440	
alkol kötüye kullanımı öyküsünün varlığı	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
alkol bağımlılığı öyküsünün varlığı	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
madde kötüye kullanımı öyküsünün varlığı	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
madde bağımlılığı öyküsünün varlığı	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
agorafobisiz panik bozukluğu	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
agorafobili panik bozukluğu	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
sosyal fobi	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05

	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
özgül fobi	Hasta aile-kadın	2	,07	,258	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000	
obsesif kompulsif bozukluk	Hasta aile-kadın	0	,00	,000	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	1	,04	,200	
akut stres bozukluğu	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
post travmatik stres bozukluğu	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
yaygın anksiyete bozukluğu	Hasta aile-kadın	1	,03	,186	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	2	,08	,277	
genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu	Hasta aile-kadın	3	,10	,310	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000	
somatizasyon bozukluğu	Hasta aile-kadın	2	,07	,258	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000	
ayrışmamış somatoform bozukluk	Hasta aile-kadın	3	,07	,258	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	2	,08	,277	
Hipokondriazis	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
beden dismorfik bozukluğu	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
anoreksiya nervosa	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
bulimia nervosa	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
tıkınırcasına yeme bozukluğu	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
uyum bozukluğu	Hasta aile-kadın	1	,03	,186	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	1	,04	,200	
SCID-1'den tanı alıp almadığı	Hasta aile-kadın	14	,48	,509	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	7	,28	,458	
kaçıngan kişilik bozukluğu	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
bağımlı kişilik bozukluğu	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
obsesif kompulsif kişilik	Hasta aile-kadın	1	,03	,186	p>0.05

bozukluğu	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000	
pasif agresif kişilik bozukluğu	Hasta aile-kadın	1	,03	,186	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000	
kendine karşı kişilik bozukluğu	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
paranoid kişilik bozukluğu	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
şizotipal kişilik bozukluğu	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
şizoid kişilik bozukluğu	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
histrionik kişilik bozukluğu	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
narsisistik kişilik bozukluğu	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
borderline kişilik bozukluğu	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
antisosyal kişilik bozukluğu	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
davranım bozukluğu	Hasta aile-kadın	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000(a)	
SCID-2'den tanı alıp almadığı	Hasta aile-kadın	2	,07	,258	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	0	,00	,000	

Erkek hasta aileleri grubunda 1. eksen tanıları : 1 kişide (%4.2) şimdiki m.depresif epizod, 3 kişide (%12.50) geçmişte m.depresif epizod, 2 kişide distimi (%8.3), 3 kişide (%12.5) m.depresif bozukluk (2 kişi tek epizod “%8.3”, 1 kişi “%4.2” yineleyen), 1 kişide (4.2) alkol kötüye kullanımı, 1 kişide (%4.2) alkol bağımlılığı, 1 kişide (%4.2) özgül fobi, 2 kişide (%8.3) başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu, 3 kişide (%12.5) uyum bozukluğu saptandı. Toplamda 9 kişi (%37.5) 1. eksenden tanı alıyordu.

2. eksen için; 1 kişide (%4.2) obsesif kompulsif kişilik bozukluğu tanısına rastlandı. Toplamda 10 kişi (%41.7) 1 veya 2. eksenden tanı alıyordu

Erkek kontrol aileleri grubunda 1. eksen tanıları : 1 kişide (%4.2) alkol bağımlılığı, 1 kişide (%4.2) uyum bozukluğu saptandı. Toplamda 2 kişi (%8.3) 1. eksenden tanı alıyordu.

2. eksen için; 1 kişide (%4.2) bağımlı kişilik bozukluğu, 2 kişide (%8.3) obsesif kompulsif kişilik bozukluğu saptandı, toplamda 2 kişi (%8.3) 2. eksen den tanı alıyordu. Toplamda 3 kişi (%12.5) 1 veya 2. eksen den tanı alıyordu

Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Tablo 75: Psikiyatrik hastalık tanıları-erkek	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	anlamlılık
şimdiki m.depresif epizod öyküsünün varlığı	Hasta aile-erkek	1	,04	,204	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000	
geçmişte m.depresif epizod öyküsünün varlığı	Hasta aile-erkek	3	,13	,338	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000	
şimdiki manik epizod öyküsünün varlığı	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
geçmişte mani öyküsünün varlığı	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
şimdiki hipomani öyküsünün varlığı	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
geçmişte hipomani öyküsünün varlığı	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
distimi öyküsü	Hasta aile-erkek	2	,08	,282	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000	
bipolar1 bozukluk öyküsünün varlığı	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
bipolar2 bozukluk öyküsünün varlığı	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
diğer duygu durum bozuklukları varlığı	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
major depresif bozukluk varlığı	Hasta aile-erkek	3	,17	,482	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000	
alkol kötüye kullanımı öyküsünün varlığı	Hasta aile-erkek	1	,04	,204	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000	
alkol bağımlılığı öyküsünün varlığı	Hasta aile-erkek	1	,04	,204	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	1	,08	,408	
madde kötüye kullanımı öyküsünün varlığı	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
madde bağımlılığı öyküsünün varlığı	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
agorafobisiz panik bozukluğu	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
agorafobili panik bozukluğu	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	

panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
sosyal fobi	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
özgül fobi	Hasta aile-erkek	1	,04	,204	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000	
obsesif kompulsif bozukluk	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
akut stres bozukluğu	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
post travmatik stres bozukluğu	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
yaygın anksiyete bozukluğu	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu	Hasta aile-erkek	2	,08	,282	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000	
somatizasyon bozukluğu	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
ayrışmamış somatoform bozukluk	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
hipokondriazis	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
beden dismorfik bozukluğu	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
anoreksiya nervoza	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
bulimia nervoza	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
tıknırcasına yeme bozukluğu	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
uyum bozukluğu	Hasta aile-erkek	3	,13	,338	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	1	,04	,204	
SCID-I'den tanı alıp almadığı	Hasta aile-erkek	9	,38	,495	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	2	,08	,282	
kaçıngan kişilik bozukluğu	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	

bağımlı kişilik bozukluğu	Hasta aile-erkek	0	,00	,000	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	1	,04	,204	
obsesif kompulsif kişilik bozukluğu	Hasta aile-erkek	1	,04	,204	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	2	,08	,282	
pasif agresif kişilik bozukluğu	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
kendine karşı kişilik bozukluğu	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
paranoid kişilik bozukluğu	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
şizotipal kişilik bozukluğu	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
şizoid kişilik bozukluğu	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
histrionik kişilik bozukluğu	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
narsisistik kişilik bozukluğu	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
borderline kişilik bozukluğu	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
antisosyal kişilik bozukluğu	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
davranım bozukluğu	Hasta aile-erkek	0	,00	,000(a)	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	0	,00	,000(a)	
SCID-II'den tanı alıp almadığı	Hasta aile-erkek	1	,04	,204	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	2	,08	,282	

3. ÖLÇEK VE ENVANTERLER

a. ADÖ (Aile Değerlendirme Ölçeği)

Hasta ve kontrol aileleri grubu ADÖ' nün 7 maddesi açısından karşılaştırıldı. hasta ve kontrol aileleri grubunun ortalamaları sırasıyla şöyleydi.

Problem çözme; 1.65 ve 1.79

İletişim 1.83 ve 1.75

Roller 1.99 ve 1.99

Duygusal tepki verebilme 1.81 ve 1.86

Gereken ilgiyi gösterebilme 2.41 ve 2.32

Davranış kontrolü 2.06 ve 1.85

Genel işlevler 1.66 ve 1.59

Gruplar arasında davranış kontrolü alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı.

Tablo 76: Aile değerlendirme ölçeği	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	Anlamlılık
aile değerlendirme ölçeği/ problem çözme alt ölçeği	hasta aile	53	1,648844	,4353724	p>0.05
	kontrol aile	49	1,789116	,6362647	
aile değerlendirme ölçeği/ iletişim alt ölçeği	hasta aile	53	1,825994	,5501921	p>0.05
	kontrol aile	49	1,750567	,5417406	
aile değerlendirme ölçeği/ roller alt ölçeği	hasta aile	53	1,991424	,4136360	p>0.05
	kontrol aile	49	1,988868	,4513649	
aile değerlendirme ölçeği/ duygusal tepki verebilme alt ölçeği	hasta aile	53	1,811320	,6027338	p>0.05
	kontrol aile	49	1,857143	,7375510	
aile değerlendirme ölçeği/ gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği	hasta aile	53	2,409702	,5082040	p>0.05
	kontrol aile	49	2,317784	,4396053	
aile değerlendirme ölçeği/ davranış kontrolü alt ölçeği	hasta aile	53	2,058699	,3380038	P<0.01
	kontrol aile	49	1,854875	,2958945	
aile değerlendirme ölçeği/ genel işlevler alt ölçeği	hasta aile	53	1,661163	,4900423	p>0.05
	kontrol aile	49	1,591837	,4960040	

Kadın hasta aileleri ve kadın kontrol ailelerinin (annelerin) ortalamaları şöyleydi;

Problem çözme; 1.63 ve 1.79

İletişim 1.89 ve 1.68

Roller 2.05 ve 2.01

Duygusal tepki verebilme 1.82 ve 1.73

Gereken ilgiyi gösterebilme 2.45 ve 2.31

Davranış kontrolü 2.01 ve 1.94

Genel işlevler 1.69 ve 1.61 idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Tablo 77: Aile değerlendirme ölçeği-kadın	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	Anlamlılık
aile değerlendirme ölçeği/ problem çözme alt ölçeği	Hasta aile-kadın	29	1,634097	,4654073	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	25	1,786667	,6337718	
aile değerlendirme ölçeği/ iletişim alt ölçeği	Hasta aile-kadın	29	1,885056	,5807635	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	25	1,680000	,4198275	
aile değerlendirme ölçeği/ roller alt ölçeği	Hasta aile-kadın	29	2,050157	,4148841	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	25	2,007273	,3756720	
aile değerlendirme ölçeği/ duygusal tepki verebilme alt ölçeği	Hasta aile-kadın	29	1,821838	,6122609	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	25	1,733333	,6490734	
aile değerlendirme ölçeği/	Hasta aile-kadın	29	2,448275	,4915085	p>0.05

gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği	Kontrol aile-kadın	25	2,308571	,4454609	
aile değerlendirme ölçeği/ davranış kontrolü alt ölçeği	Hasta aile-kadın	29	2,007662	,3778839	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	25	1,942222	,2871027	
aile değerlendirme ölçeği/ genel işlevler alt ölçeği	Hasta aile-kadın	29	1,688792	,5311819	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	25	1,613333	,5010868	

Erkek hastalar ve erkek kontrollerin ortalamaları şöyleydi;

Problem çözme; 1.67 ve 1.80

İletişim 1.75 ve 1.82

Roller 1.92 ve 1.97

Duygusal tepki verebilme 1.80 ve 1.99

Gereken ilgiyi gösterebilme 2.36 ve 2.33

Davranış kontrolü 2.12 ve 1.76

Genel işlevler 1.63 ve 1.57 idi. Gruplar arasında davranış kontrolü alt ölçeği açısından anlamlı fark vardı.

Tablo 78: Aile değerlendirme ölçeği-erkek	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	Anlamlılık
aile değerlendirme ölçeği/ problem çözme alt ölçeği	Hasta aile-erkek	24	1,666663	,4052758	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	24	1,791667	,6524758	
aile değerlendirme ölçeği/ iletişim alt ölçeği	Hasta aile-erkek	24	1,754627	,5138758	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	24	1,824074	,6461552	
aile değerlendirme ölçeği/ roller alt ölçeği	Hasta aile-erkek	24	1,920454	,4094749	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	24	1,969697	,5264589	
aile değerlendirme ölçeği/ duygusal tepki verebilme alt ölçeği	Hasta aile-erkek	24	1,798610	,6038903	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	24	1,986111	,8134092	
aile değerlendirme ölçeği/ gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği	Hasta aile-erkek	24	2,363094	,5344875	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	24	2,327381	,4427853	
aile değerlendirme ölçeği/ davranış kontrolü alt ölçeği	Hasta aile-erkek	24	2,120370	,2778575	P<0.0001
	Kontrol aile-erkek	24	1,763889	,2824487	
aile değerlendirme ölçeği/ genel işlevler alt ölçeği	Hasta aile-erkek	24	1,627777	,4441970	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	24	1,569444	,5004024	

b. RİDKOÖ (Rotter'in iç-dış kontrol odağı ölçeği)

Ridkoö ortalama puanları açısından her iki grup karşılaştırıldığında

Hasta aileleri ortalama puanları; 9.38

Kontrol aileleri ortalama puanları; 9.02 idi. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Her iki grup cinsiyetler açısından kıyaslandığında gene gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Tablo 79: RİDKOÖ	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	Anlamlılık
	Hasta aile	53	9,38	3,170	p>0.05
	Kontrol aile	49	9,02	3,406	
	Hasta aile-kadın	29	9,17	3,174	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	25	9,48	3,124	
	Hasta aile-erkek	24	9,63	3,214	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	24	8,54	3,683	

c. MMPI (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri)

Hasta ve kontrol aileleri grubunun alt ölçek ortalama puanları sırasıyla şöyleydi; L-yalancılık; 52.30 ve 50.20, F-olağandışılık; 48.66 ve 49.02, K-savunuculuk; 49.45 ve 52.06, Hs-hipokondri; 57.25 ve 56.29, D-depresyon; 53.25 ve 53.35

Hy-histeri; 57.60 ve 56.16, Pd-psikotik sapma; 51.34 ve 52.10, Mf-maskülinite-feminite; 48.04 ve 45.49, Pa-paranoya; 50.58 ve 47.35, Pt-psikastenisi; 48.66 ve 48.82, Sc-şizofreni; 47.94 ve 47.73, Ma-hipomani; 48.92 ve 47.88

Si-sosyal içe dönüklük, 52.70 ve 51.39'du.

Gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Tablo 80: MMPI	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	Anlamlılık
MMPI-L (yalancılık) puanı	Hasta aile	53	52,30	10,367	p>0.05
	Kontrol aile	49	50,20	9,359	
MMPI-F (olağandışılık) puanı	Hasta aile	53	48,66	10,695	p>0.05
	Kontrol aile	49	49,02	8,076	
MMPI-K (savunuculuk) puanı	Hasta aile	53	49,45	10,564	p>0.05
	Kontrol aile	49	52,06	10,361	
MMPI-HS (hipokondri) puanı	Hasta aile	53	57,25	11,383	p>0.05
	Kontrol aile	49	56,29	10,697	
MMPI-D (depresyon) puanı	Hasta aile	53	53,25	10,700	p>0.05
	Kontrol aile	49	53,35	9,801	
MMPI-HY (histeri) puanı	Hasta aile	53	57,60	11,036	p>0.05
	Kontrol aile	49	56,16	9,814	
MMPI-PD (psikotik sapma) puanı	Hasta aile	53	51,34	11,153	p>0.05
	Kontrol aile	49	52,10	9,605	
MMPI-MF (maskülinite-feminite) puanı	Hasta aile	53	48,04	10,392	p>0.05
	Kontrol aile	49	45,49	14,813	
MMPI-PA (paranoya)	Hasta aile	53	50,58	14,143	p>0.05

puanı	Kontrol aile	49	47,35	9,503	
MMPI-PT (psikasteni) puanı	Hasta aile	53	48,66	9,167	p>0.05
	Kontrol aile	49	48,82	7,799	
MMPI-SC (sizofreni) puanı	Hasta aile	53	47,94	9,769	p>0.05
	Kontrol aile	49	47,73	7,818	
MMPI-MA (hipomani) puanı	Hasta aile	53	48,92	10,213	p>0.05
	Kontrol aile	49	47,88	7,699	
MMPI-Sİ (sosyal içedönüklük puanı)	Hasta aile	53	52,70	10,834	p>0.05
	Kontrol aile	49	51,39	10,047	

Kadınlar (anneler) için gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Tablo 81: MMPI-kadın	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	Anlamlılık
MMPI-L (yalancılık) puanı	Hasta aile-kadın	29	54,03	9,325	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	25	50,64	8,888	
MMPI-F (olağandışılık) puanı	Hasta aile-kadın	29	47,59	8,403	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	25	47,88	9,400	
MMPI-K (savunuculuk) puanı	Hasta aile-kadın	29	51,93	10,389	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	25	54,36	11,045	
MMPI-HS (hipokondri) puanı	Hasta aile-kadın	29	58,38	8,587	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	25	54,60	10,924	
MMPI-D (depresyon) puanı	Hasta aile-kadın	29	53,24	7,790	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	25	51,36	7,926	
MMPI-HY (histeri) puanı	Hasta aile-kadın	29	59,28	10,402	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	25	55,52	11,391	
MMPI-PD (psikotik sapma) puanı	Hasta aile-kadın	29	51,90	10,516	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	25	51,44	9,224	
MMPI-MF (maskülinite-feminite) puanı	Hasta aile-kadın	29	51,31	9,965	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	25	53,88	12,762	
MMPI-PA (paranoya) puanı	Hasta aile-kadın	29	51,10	13,340	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	25	47,56	10,970	
MMPI-PT (psikasteni) puanı	Hasta aile-kadın	29	49,59	8,326	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	25	49,04	7,586	
MMPI-SC (sizofreni) puanı	Hasta aile-kadın	29	47,34	7,183	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	25	48,84	9,022	
MMPI-MA (hipomani) puanı	Hasta aile-kadın	29	49,55	10,179	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	25	48,80	8,098	
MMPI-Sİ (sosyal içedönüklük puanı)	Hasta aile-kadın	29	51,38	10,479	p>0.05
	Kontrol aile-kadın	25	48,04	8,488	

Erkekler(babalar) için gruplar arasında Mf-maskülinite/feminite alt ölçeği için anlamlı fark vardı.

Tablo 82: MMPI-erkek	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	Anlamlılık
MMPI-L (yalancılık) puanı	Hasta aile-erkek	24	50,21	11,348	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	24	49,75	9,997	
MMPI-F (olağandışılık) puanı	Hasta aile-erkek	24	49,96	13,017	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	24	50,21	6,406	
MMPI-K (savunuculuk) puanı	Hasta aile-erkek	24	46,46	10,189	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	24	49,67	9,220	
MMPI-HS (hipokondri) puanı	Hasta aile-erkek	24	55,88	14,128	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	24	58,04	10,390	
MMPI-D (depresyon) puanı	Hasta aile-erkek	24	53,25	13,601	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	24	55,42	11,232	
MMPI-HY (histeri) puanı	Hasta aile-erkek	24	55,58	11,654	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	24	56,83	8,042	
MMPI-PD (psikotik sapma) puanı	Hasta aile-erkek	24	50,67	12,071	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	24	52,79	10,138	
MMPI-MF (maskinite-feminite) puanı	Hasta aile-erkek	24	44,08	9,668	P<0.05
	Kontrol aile-erkek	24	36,75	11,479	
MMPI-PA (paranoya) puanı	Hasta aile-erkek	24	49,96	15,324	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	24	47,13	7,925	
MMPI-PT (psikasteni) puanı	Hasta aile-erkek	24	47,54	10,160	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	24	48,58	8,172	
MMPI-SC (sizofreni) puanı	Hasta aile-erkek	24	48,67	12,328	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	24	46,58	6,317	
MMPI-MA (hipomani) puanı	Hasta aile-erkek	24	48,17	10,420	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	24	46,92	7,306	
MMPI-Si (sosyal içedönüklük puanı)	Hasta aile-erkek	24	54,29	11,262	p>0.05
	Kontrol aile-erkek	24	54,88	10,518	

C. NEVROTİK VE BORDERLİNE HASTALAR İLE KONTROLLERİN VE AİLELERİNİN VERİLERİNİN GENEL DÖKÜMÜ

1. HASTA VERİLERİ

- a. Nevrotik hasta grubu: 31 kişi
b. Borderline hasta grubu: 31 kişi
c. Kontrol grubu: 31 kişi

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	Percent	
Hasta	p>0.05	kadın	21	67,7
		erkek	10	32,3
		Total	31	100,0
Borderline	p>0.05	kadın	21	67,7
		erkek	10	32,3
		Total	31	100,0
Kontrol	p>0.05	kadın	21	67,7
		erkek	10	32,3
		Total	31	100,0

Deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	
Hasta	p>0.05	1	13
		2	12
		3	4
		4	2
		Total	31
Borderline	p>0.05	1	13
		2	13
		3	2
		4	2
		7	1
		total	31
Kontrol	p>0.05	1	11
		2	9
		3	2
		4	4
		5	3
		6	1
		8	1

		Total	31
--	--	--------------	----

Tablo 85: Medeni durum

Deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	
Hasta		bekar	22
		evli/birlikte	9
		Total	31
Borderline	p>0.05	bekar	27
		evli/birlikte	4
		Total	31
Kontrol		bekar	25
		evli/birlikte	6
		Total	31

Tablo 86: Meslek durumu

Deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	
Hasta		yok	18
		var	13
		Total	31
Borderline	p>0.05	yok	15
		var	16
		Total	31
Kontrol		yok	12
		var	19
		Total	31

Tablo 87: Deneklerin Kiminle yaşadığı

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	
Hasta		yalnız	2
		diğer	29
		Total	31
Borderline	p>0.05	yalnız	2
		diğer	29
		Total	31
Kontrol		yalnız	1
		diğer	30
		Total	31

Deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	
Hasta	p>0.05	eğitimsiz	2
		okur-yazar	5
		ilkokul	13
		ortaokul	3
		lise	4
		üniversite	4
		Total	31
Borderline		eğitimsiz	3
		okur-yazar	3
		ilkokul	9
		ortaokul	6
		lise	8
		üniversite	2
		Total	
Kontrol		eğitimsiz	6
		okur-yazar	4
		ilkokul	9
		ortaokul	1
		lise	4
		üniversite	7
		Total	31

Deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	
Hasta		yok	18
		var	13
		Total	31
Borderline	p>0.05	yok	21
		Var	10
		total	31
Kontrol		yok	20
		var	11
		Total	31

Deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	
Hasta	p>0.05	eğitimsiz	1
		ilkokul	10

		ortaokul	3
		lise	8
		üniversite	9
		Total	31
Borderline		eğitimsiz	1
		ilkokul	7
		ortaokul	6
		lise	8
		üniversite	9
		Total	31
kontrol		okur-yazar	3
		ilkokul	13
		ortaokul	2
		lise	3
		üniversite	9
		mastır/doktora	1
		Total	31

Tablo 91: Babanın mesleği

Deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	
Hasta		yok	0
		var	31
		Total	31
Borderline	p>0.05	yok	0
		Var	31
		total	31
Kontrol		yok	1
		var	30
		Total	31

Tablo 92: İş deneyiminin olup olmadığı

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	
Hasta	P<0.05 (1*2)	var	14
		yok	17
		Total	31
Borderline		Var	24
		Yok	7
		total	31
Kontrol		var	19
		yok	12

	Total	31
--	--------------	----

Tablo 93: Ailede psikiyatrik öykü

annede nevroitik özellikli psikiyatrik öykü	hasta	8	p>0.05
	borderline	5	
	kontrol	9	
annede psikotik özellikli psikiyatrik öykü	hasta	0	p>0.05
	borderline	0	
	kontrol	0	
annede suisid varlığı	hasta	0	p>0.05
	borderline	2	
	kontrol	1	
annede psikiyatrik yatış öyküsü	hasta	0	p>0.05
	borderline	0	
	kontrol	0	
babada nevroitik özellikli psikiyatrik öykü	hasta	8	P<0.05 (1*2)
	borderline	1	
	kontrol	2	
babada psikotik özellikli psikiyatrik öykü	hasta	0	p>0.05
	borderline	0	
	kontrol	0	
babada suisid varlığı	hasta	1	p>0.05
	borderline	3	
	kontrol	0	
Babada psikiyatrik yatış öyküsü	hasta	0	p>0.05
	borderline	2	
	kontrol	0	
kardeşte nevroitik özellikli psikiyatrik öykü	hasta	6	p>0.05
	borderline	8	
	kontrol	3	
kardeşte psikotik özellikli psikiyatrik öykü	hasta	0	p>0.05
	borderline	0	
	kontrol	0	
kardeşte suisid varlığı	hasta	0	p>0.05
	borderline	2	
	kontrol	0	
kardeşte psikiyatrik yatış öyküsü	hasta	0	p>0.05
	borderline	0	
	kontrol	0	
akrabada nevroitik	hasta	6	p>0.05
	borderline	0	

özelliikli psikiyatrik öykü	borderline	7	
	kontrol	10	
akrabada psikotik özelliikli psikiyatrik öykü	hasta	0	p>0.05
	borderline	4	
	kontrol	2	
akrabada suisid varlığı	hasta	1	p>0.05
	borderline	4	
	kontrol	2	
akrabada yatış öyküsü	hasta	0	p>0.05
	borderline	3	
	kontrol	2	

Tablo 94: Sevilen bir kişiden ayrılık öyküsü	anlamlılık	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor			
		hasta	Borderline	Kontrol	
	p>0.05	yok	13	9	13
		var	18	22	18

Tablo 95: Fiziksel taciz öyküsünün olup olmadığı	anlamlılık	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor			
		hasta	borderline	Kontrol	
	P<0.05 (2*3)	yok	30	24	31
		var	1	7	0

Tablo 96: Cinsel taciz öyküsünün olup olmadığı	anlamlılık	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor			
		hasta	borderline	Kontrol	
	P<0.001 (1*2) (2*3)	Yok	30	14	30
		Var	1	17	1

Tablo 97: İntihar girişimi			deneklerin hangi gruba ait olduğunu		
----------------------------	--	--	-------------------------------------	--	--

öyküsü	anamlılık	gösteriyor		
		hasta	borderline	Kontrol
	P<0.001(2*3) P<0.05(1*2)	yok var	27 4	17 14

Tablo 98: Psikotik semptomatoloji öyküsünün varlığı	anamlılık	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		
		hasta	Borderline	kontrol
	P<0.01 (1*2) (2*3)	yok var	31 0	22 9

Tablo 99: Hastane yatış öyküsü	anamlılık	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		
		hasta	Borderline	Kontrol
	P<0.01 (1*2) (2*3)	yok var	31 0	22 9

Tablo 100: SCID-II tanıları	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Anamlılık
kaçıngan kişilik bozukluğu	Hasta	7	P<0.001 (2*3) P<0.05 (1*2)(1*3)
	Borderline	16	
	Kontrol	0	
bağımlı kişilik bozukluğu	Hasta	0	P<0.001 (1*2)(2*3)
	Borderline	9	
	Kontrol	0	
obsesif kompulsif kişilik bozukluğu	Hasta	1	P<0.001 (2*3) P<0.01 (1*2)
	Borderline	10	
	Kontrol	0	
pasif agresif kişilik bozukluğu	Hasta	1	P<0.001 (2*3) P<0.01 (1*2)
	Borderline	14	
	Kontrol	0	
kendine karşı kişilik bozukluğu	Hasta	0	P<0.05 (1*2)(2*3)
	Borderline	7	
	Kontrol	0	

SCID-2'den tanı alıp almadığı	Hasta	8	P<0.001 (1*2)(2*3) P<0.01 (1*3)
	Borderline	31	
	Kontrol	0	

Tablo 101: Grup ortalamaları	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	Anlamlılık
deneklerin yaşı	hasta	31	26,35	7,158	F=0.08 p=0.9231
	borderline	31	25,81	5,8219	
	kontrol	31	26,39	6,065	
son 5 yılda işsiz kaldığı toplam süre/ ay olarak	hasta	14	12,64	17,891	F=0.71 p=0.4961
	borderline	24	14,06	10,93	
	kontrol	19	9,05	14,661	
son 5 yılda işsiz kaldığı en uzun süre/ ay olarak	hasta	14	10,93	17,108	F=1.685 P=0.1951
	borderline	24	12,35	10,79	
	kontrol	19	5,37	11,221	
toplam işsiz kalma süresi/ ay olarak	hasta	14	18,29	26,383	F=3.125 P=0.052
	borderline	24	22,77	13,2	
	kontrol	19	9,68	16,076	
son 5 yılda değiştirdiği iş sayısı	hasta	14	,86	1,231	F=0.1229 P=0.8846
	borderline	24	1,1	1,24	
	kontrol	19	1,11	2,158	
bir işte en uzun çalışma süresi/ yıl olarak	hasta	14	7,164	6,6391	F=5.078 P<0.05 (1*2)
	borderline	24	2,44	41,98	
	kontrol	19	4,521	5,3092	
aile değerlendirme ölçeği/ problem çözme alt ölçeği	hasta	31	1,733871	,5734962	F=16.588 p<0.001 (1*2) p<0.05 (1*3)
	borderline	31	2,36	,5719	
	kontrol	31	2,069892	,4787603	
aile değerlendirme ölçeği/ iletişim alt ölçeği	hasta	31	1,781362	,5566536	F=9.022 P=0.001 (1*2) P<0.01 (2*3)
	borderline	31	2,35	0,574	
	kontrol	31	1,913978	,5264288	
aile değerlendirme ölçeği/ roller alt ölçeği	hasta	31	1,929619	,4043222	F=2.527 P=0.085
	borderline	31	2,16	,482	
	kontrol	31	1,964809	,4313330	
aile değerlendirme ölçeği/duygusal tepki verebilme alt ölçeği	hasta	31	1,736559	,6523096	F=10.992 P<0.001 (1*2)(2*3)
	borderline	31	2,39	,61	
	kontrol	31	1,736559	,6291885	
aile değerlendirme ölçeği/ gereken ilgiyi	hasta	31	2,188940	,4080601	F=4.745

gösterebilme alt ölçeği	borderline	31	2,5	,483	P<0.05 (1*2)(2*3)
	kontrol	31	2,239631	,3840123	
aile değerlendirme ölçeği/ davranış kontrolü alt ölçeği	hasta	31	2,086022	,3242080	F=2.733 P=0.07
	borderline	31	1,89	,4533	
	kontrol	31	1,903226	,2907942	
aile değerlendirme ölçeği/ genel işlevler alt ölçeği	hasta	31	1,685484	,5347679	F=22.797 P<0.001 (1*2)(2*3)
	borderline	31	2,53	,629	
	kontrol	31	1,704301	,5194543	
Sheehan yeti yitimi-iş kısmı/ ailelere uygulanmadı	hasta	31	3,90	3,134	F=23.865 P<0.001 (1*3)(2*3)
	borderline	31	5,19	2,85	
	kontrol	31	,81	1,352	
Sheehan yeti yitimi- sosyal yaşam ve boş zaman uğraşları/ ailelere uygulanmadı	hasta	31	4,16	3,387	F=21.106 P<0.001 (1*3)(2*3)
	borderline	31	5,65	3,25	
	kontrol	31	1,00	1,673	
Sheehan yeti yitimi- aile yaşamı ve evdeki sorumluluklar/ ailelere uygulanmadı	hasta	31	3,65	3,147	F=25.360 P<0.001 (2*3)(1*3) P<0.05 (1*2)
	borderline	31	5,61	2,91	
	kontrol	31	,84	1,635	
Sheehan yeti yitimi- toplam puanı/ ailelere uygulanmadı	hasta	31	11,71	8,537	t=5.322 P<0.001
	borderline	31			
	kontrol	31	2,65	4,111	
Beck depresyon/ ailelere uygulanmadı	hasta	31	14,45	9,845	F=29.683 P<0.001 (1*2)(1*3) (2*3)
	borderline	31	23,74	12,39	
	kontrol	31	4,94	5,125	
durumluk anksiyete ölçeği/ ailelere uygulanmadı	hasta	31	40,42	12,659	F=12.739 P<0.001 (2*3) P<0.01 (1*2)
	borderline	31	51,74	13,1	
	kontrol	31	36,81	10,537	
sürekli anksiyete ölçeği/ ailelere uygulanmadı	hasta	31	46,26	14,043	F=20.989 P<0.001 (2*3) P<0.01 (1*2)(1*3)
	borderline	31	55,29	10,8	
	kontrol	31	36,77	8,139	
MMPI-L (yalancılık) puanı	hasta	31	48,94	9,007	t=0.5254 P=0.6012
	borderline	31			
	kontrol	31	47,61	10,837	
MMPI-F (olağan dışılık) puanı	hasta	31	49,16	11,530	t=1.081 P=0.2841
	borderline	31			
	kontrol	31	46,48	7,637	
MMPI-K (savunuculuk) puanı	hasta	31	50,03	9,638	t=2.219 P<0.05
	borderline	31			
	kontrol	31	56,81	14,018	
MMPI-HS (Hipokondri) puanı	hasta	31	57,26	8,489	F=18.841

	borderline	31	63,71	11,61	P<0.001 (2*3)
	kontrol	31	48,90	8,076	P<0.01 (1*3) P<0.05 (1*2)
MMPI-D (depresyon) puanı	hasta	31	58,45	11,541	F=28.548 P<0.001 (1*2)(2*3) (1*3)
	borderline	31	68,39	11,24	
	kontrol	31	48,35	8,220	
MMPI-HY (histeri) puanı	hasta	31	58,45	10,285	F=18.860 P<0.001 (2*3) P<0.01 (1*2) P<0.05 (1*3)
	borderline	31	67,16	10,09	
	kontrol	31	52,52	7,737	
MMPI-PD (psikotik sapma) puanı	hasta	31	53,90	12,297	F=14.525 P<0.001 (2*3)(1*2)
	borderline	31	67,03	11,24	
	kontrol	31	54,06	9,277	
MMPI-MF (maskulinite-feminite) puanı	hasta	31	46,81	9,300	F=2.245 P=0.11
	borderline	31	47,65	15,09	
	kontrol	31	42,10	7,489	
MMPI-PA (paranoya) puanı	hasta	31	51,84	12,351	F=16.767 P<0.001 (2*3)(1*2)
	borderline	31	63,13	12,62	
	kontrol	31	47,10	8,022	
MMPI-PT (psikasten) puanı	hasta	31	54,39	11,257	F=22.396 P<0.001 (2*3)(1*2)
	borderline	31	65,52	10,07	
	kontrol	31	48,90	8,348	
MMPI-SC (şizofreni) puanı	hasta	31	50,19	11,516	F=29.545 P<0.001 (2*3)(1*2)
	borderline	31	66,77	13,31	
	kontrol	31	46,58	7,451	
MMPI-MA (hipomani) puanı	hasta	31	50,81	10,710	F=7.944 P=0.01 (1*2)(2*3)
	borderline	31	59,19	9,61	
	kontrol	31	50,06	9,729	
MMPI-Sİ (sosyal içedönüklük puanı)	hasta	31	54,81	12,929	F=16.546 P<0.001 (2*3) P<0.01 (1*3)
	borderline	31	61,13	10,98	
	kontrol	31	44,84	9,616	

HASTA GRUBU VERİLERİNDE ANLAMLI ÇIKAN SONUÇLAR

GRUPLAR:

- 1: Nevrotik hasta grubu**
2: Borderline hasta grubu
3: Kontrol grubu

- 1) İş deneyiminin olup olmadığı : (1*2) 2 lehine yükseklik var
2) Babada nevroitik öykü : (1*2) 1 lehine yükseklik var
3) Fiziksel taciz öyküsü: (2*3 için yükseklik 2'de)

- 4) Cinsel taciz öyküsü : (1*2 yükseklik 2 lehine), (2*3 yükseklik 2 lehine)
- 5) İntihar girişimi: (1*2 yükseklik 2 de) (2*3 yükseklik 2 de)
- 6) Psikotik semptomatoloji: (1*2 yükseklik 2 de) (2*3 yükseklik 2 de)
- 7) Hastanede yatış öyküsü : (1*2 yükseklik 2 de) (2*3 yükseklik 2 de)
- 8) Kaçınan kişilik bozukluğu: (1*2 ve 2*3 için yükseklik 2 de) (1*3 yükseklik 1 de)
- 9) Bağımlı kişilik bozukluğu: (1*2 yükseklik 2 de) (2*3 yükseklik 2 de)
- 10) Obsesif komp. K. Bozukluğu: (1*2 yükseklik 2 de) (2*3 yükseklik 2 de)
- 11) Pasif agresif kiş. Bzk.: (1*2 yükseklik 2 de) (2*3 yükseklik 2 de)
- 12) Kendine karşıt K.bzk. : (1*2 yükseklik 2 de) (2*3 yükseklik 2 de)
- 13) SCID2 TANISI: (1*2 yükseklik 2 de) (2*3 yükseklik 2 de) (1*3 yükseklik 1 de)
- 14) Bir işte en uzun çalışma süresi: (1*2 yükseklik 1 de)
- 15) ADÖ/problem çözme: (1*2 yükseklik 2 lehine), (1*3 yükseklik 3 lehine)
- 16) ADÖ/iletişim: (1*2 yükseklik 2 lehine), (2*3 yükseklik 2 lehine)
- 17) ADÖ/duygusal tepki verebilme: (1*2 yükseklik 2 lehine), (2*3 yükseklik 2 lehine)
- 18) ADÖ/gereken ilgiyi gösterme: (1*2 yükseklik 2 lehine), (2*3 yükseklik 2 lehine)
- 19) ADÖ/genel işlevler: (1*2 yükseklik 2 lehine), (2*3 yükseklik 2 lehine)
- 20) SHEHAN-İŞ: (2*3 yükseklik 2 lehine) , (1*3 yükseklik 1 de)
- 21) SHEHAN-SOSYAL YAŞAM: (2*3 yükseklik 2 lehine) (1*3 yükseklik 1 de)
- 22) SHEHAN-aile ve evdeki sorumluluk: (1*2 yükseklik 2 lehine) , (2*3 yükseklik 2 lehine) (1*3 yükseklik 1 de)
- 23) BECK DEPRESYON: (1*2 ve 2*3 için yükseklik 2 de) (1*3 yükseklik 1 de)
- 24) Durumluk anksiyete: (1*2 ve 2*3 için yükseklik 2 de)
- 25) Sürekli anksiyete: (1*2 ve 2*3 için yükseklik 2 de) , (1*3 yükseklik 1 de)
- 26) MMPI/Hipokondri: (1*2 ve 2*3 için yükseklik 2 de) , (1*3 yükseklik 1 de)
- 27) MMPI/Depresyon: (1*2 ve 2*3 için yükseklik 2 de) , (1*3 yükseklik 1 de)
- 28) MMPI/Histeri: (1*2 ve 2*3 için yükseklik 2 de) , (1*3 yükseklik 1 de)
- 29) MMPI/Psikotik sapma: (1*2 yükseklik 2 lehine), (2*3 yükseklik 2 lehine)
- 30) MMPI/Paranoya: (1*2 yükseklik 2 lehine), (2*3 yükseklik 2 lehine)
- 31) MMPI/Psikasteni: (1*2 yükseklik 2 lehine), (2*3 yükseklik 2 lehine)
- 32) MMPI/Şizofreni: (1*2 yükseklik 2 lehine), (2*3 yükseklik 2 lehine)
- 33) MMPI/Hipomani: (1*2 yükseklik 2 lehine), (2*3 yükseklik 2 lehine)
- 34) MMPI/Sosyal içedönüklük: (2*3 yükseklik 2 de), (1*3 yükseklik 1 de)

2. HASTA AİLELERİNİN VERİLERİ

- a. Nevrotik hasta aileleri grubu: 53 kişi
- b. Borderline hasta aileleri grubu: 50 kişi
- c. Kontrol aileleri grubu: 49 kişi

Tablo 102: Cinsiyet			
deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor			Frequency
Hasta aile	p>0.05	kadın	29
		erkek	24
		Total	53
Borderline aile		kadın	29
		erkek	21
		Total	50
Kontrol aile		kadın	25
		erkek	24
		Total	49

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor				Frequency
Hasta aile	P<0.001 (1*2)	köy	29	
		ilçe	18	
		büyük il	6	
		Total	53	
Borderline aile	P<0.01 (2*3)	köy	14	
		ilçe	18	
		Küçük il	11	
		büyük il	7	
		Total	50	
kontrol aile		köy	24	
		ilçe	14	
		küçük il	1	
		büyük il	10	
		Total	49	

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor				Frequency
Hasta aile	p>0.05	evli/birlikte	48	
		boşanmış/dul	5	
		Total	53	
Borderline aile		evli/birlikte	41	
		boşanmış/dul	9	
		Total	50	
kontrol aile		evli/birlikte	46	
		boşanmış/dul	3	
		Total	49	

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor				Frequency
Hasta aile	p>0.05	Yalnız	1	
		Anne ve/veya baba ve/veya kardeş ile	1	
		eş ve/veya çocuklarıyla	51	
		Total	53	
Borderline aile		Yalnız	2	
		Anne ve/veya baba ve/veya kardeş ile	1	
		eş ve/veya çocuklarıyla	47	
		Total	50	
kontrol aile		Yalnız	0	
		Anne ve/veya baba ve/veya kardeş ile	0	

		eş ve/veya çocuklarıyla	49
		Total	49

Tablo 106: Eğitim durumu

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor			Frequency
Hasta aile	p>0.05	Eğitimsiz ve okur-yazar	4
		ilköğretim	26
		Lise ve üzeri	23
		Total	53
Borderline aile		Eğitimsiz ve okur-yazar	4
		ilköğretim	26
		Lise ve üzeri	20
		Total	50
kontrol aile		Eğitimsiz ve okur-yazar	6
		ilköğretim	21
		Lise ve üzeri	22
		Total	49

Tablo 107: Meslek durumu

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor			Frequency
hasta aile	p>0.05	yok	18
		İşçi veya memur	11
		emekli	20
		serbest	4
		Total	53
Borderline aile		yok	19
		İşçi veya memur	5
		emekli	16
		serbest	10
		Total	50
kontrol aile		yok	12
		İşçi veya memur	7
		emekli	17
		serbest	13
		Total	49

Tablo 108: Sosyoekonomik durum

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor			Frequency
hasta aile	p>0.05	düşük	3
		orta halli	39
		iyi	11
		Total	53

Borderline aile	düşük	1
	orta halli	47
	iyi	2
	Total	50
kontrol aile	düşük	2
	orta halli	37
	iyi	10
	Total	49

Tablo 109: Geçimi kimin sağladığı

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency
hasta aile	kendisi	35
	ekonomik bağımlı	18
	Total	53
Borderline aile	kendisi	33
	ekonomik bağımlı	17
	Total	50
kontrol aile	kendisi	34
	ekonomik bağımlı	15
	Total	49

p>0.05

Tablo 110: Annenin eğitim durumu

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency
hasta aile	Eğitimsiz ve okur-yazar	33
	İlköğretim	19
	Lise ve üzeri	1
	total	53
Borderline aile	Eğitimsiz ve okur-yazar	32
	İlköğretim	15
	Lise ve üzeri	3
	total	50
kontrol aile	Eğitimsiz ve okur-yazar	35
	İlköğretim	11
	Lise ve üzeri	3
	total	49

p>0.05

Tablo 111: Annenin mesleği

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency
hasta aile	yok	47
	var	6
	Total	53
Borderline aile	yok	44

p>0.05

		var	6
		Total	50
kontrol aile		yok	38
		var	11
		Total	49

Tablo 112: Babanın eğitim durumu

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor			Frequency
hasta aile	P<0.05 (1*3)	Eğitimsiz ve okur-yazar	17
		İlköğretim	30
		Lise ve üzeri	6
		Total	53
Borderline aile	P<0.05 (1*3)	Eğitimsiz ve okur-yazar	19
		İlköğretim	22
		Lise ve üzeri	9
		Total	50
kontrol aile	P<0.05 (1*3)	Eğitimsiz ve okur-yazar	26
		İlköğretim	16
		Lise ve üzeri	7
		Total	49

Tablo 113: Babanın mesleği

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor			Frequency	p>0.05
hasta aile	P>0.05	yok	1	
		var	52	
		Total	53	
Borderline aile	P>0.05	yok	3	
		var	47	
		Total	50	
kontrol aile	P>0.05	yok	3	
		var	46	
		Total	49	

Tablo 114: İş deneyiminin olup olmadığı

deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor			Frequency	p>0.05
	P>0.05	var	35	
		yok	18	
		Total	53	
Borderline aile	P>0.05	var	35	
		yok	15	
		Total	50	
kontrol aile	P>0.05	var	36	

	yok	13	
	Total	49	

Tablo 115: Ailede psikiyatrik öykü	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	anlamlılık
annede psikiyatrik öykü	hasta aile	5	p>0.05
	borderline aile	3	
	kontrol aile	2	
babada psikiyatrik öykü	hasta aile	3	p>0.05
	borderline aile	4	
	kontrol aile	0	
kardeşte psikiyatrik öykü	hasta aile	6	p>0.05
	borderline aile	4	
	kontrol aile	11	
akrabada psikiyatrik öykü	hasta aile	10	p>0.05
	borderline aile	6	
	kontrol aile	8	

Tablo 116: İntihar girişimi varlığı			anlamlılık
deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	
hasta aile	yok	52	p>0.05
	var	1	
	Total	53	
Borderline aile	yok	47	
	var	3	
	Total	50	
kontrol aile	yok	48	
	var	1	
	Total	49	

Tablo 118: Alkol kullanımı öyküsü ve ne şekilde kullanıldığı			anlamlılık
deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	
hasta aile	yok	41	P<0.05
	var	12	
	Total	53	
borderline aile	yok	32	
	var	18	
	Total	50	
kontrol aile	yok	25	
	var	24	
	Total	49	

Tablo 119: SCID-1'den tanı alınıp alınmadığı			
deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor		Frequency	anlamlılık
hasta aile	yok	30	P<0.01 (1*3) P<0.05 (1*2)
	var	23	
	Total	53	
borderline aile	yok	39	
	var	11	
	Total	50	
kontrol aile	yok	40	
	var	9	
	Total	49	

Tablo 120: SCID-II tanıları	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Anlamlılık
kaçıngan kişilik bozukluğu	hasta aile	0	p>0.05
	borderline aile	0	
	kontrol aile	0	
bağımlı kişilik bozukluğu	hasta aile	0	p>0.05
	borderline aile	1	
	kontrol aile	1	
obsesif kompulsif kişilik bozukluğu	hasta aile	2	p>0.05
	borderline aile	5	
	kontrol aile	2	
pasif agresif kişilik bozukluğu	hasta aile	1	p>0.05
	borderline aile	1	
	kontrol aile	0	
kendine karşı kişilik bozukluğu	hasta aile	0	p>0.05
	borderline aile	1	
	kontrol aile	0	
C kümesinden alınan tanı sayısı	hasta aile	3	P<0.05 (2*3)
	borderline aile	9	
	kontrol aile	2	
SCID-2'den tanı alıp almadığı	hasta aile	3	P<0.0001
	borderline aile	20	
	kontrol aile	2	

Tablo 121: Aile değerlendirme ölçeği	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N (sağlıksızların sayısı)	anlamlılık
aile değerlendirme ölçeği/ problem çözme alt ölçeği	hasta aile	13	p>0.05
	borderline aile	12	
	kontrol aile	17	

aile değerlendirme ölçeği/ iletişim alt ölçeği	hasta aile	20	p>0.05
	borderline aile	13	
	kontrol aile	17	
aile değerlendirme ölçeği/ roller alt ölçeği	hasta aile	26	p>0.05
	borderline aile	25	
	kontrol aile	24	
aile değerlendirme ölçeği/duygusal tepki verebilme alt ölçeği	hasta aile	17	p>0.05
	borderline aile	16	
	kontrol aile	17	
aile değerlendirme ölçeği/ gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği	hasta aile	45	P<0.0001 (1*2)(2*3)
	borderline aile	25	
	kontrol aile	41	
aile değerlendirme ölçeği/ davranış kontrolü alt ölçeği	hasta aile	37	P<0.001 (1*2)(1*3)
	borderline aile	18	
	kontrol aile	21	
aile değerlendirme ölçeği/ genel işlevler alt ölçeği	hasta aile	14	p>0.05
	borderline aile	17	
	kontrol aile	11	

Tablo 122 Grup ortalamaları

ÖLÇEK ADI	deneklerin hangi gruba ait olduğunu gösteriyor	N	Mean	Std. Deviation	Anlamlılık
MMPI-L (yalancılık) puanı	hasta aile	53	52,30	10,367	F=0.5998 P=0.55
	borderline aile	50	50,78	10,34	
	kontrol aile	49	50,20	9,359	
MMPI-F (olağan dışılık) puanı	hasta aile	53	48,66	10,695	F=0.04 P=0.95
	borderline aile	50	49,18	8,95	
	kontrol aile	49	49,02	8,076	
MMPI-K (savunuculuk) puanı	hasta aile	53	49,45	10,564	F=0.8977 P=0.40
	borderline aile	50	51,18	9,12	
	kontrol aile	49	52,06	10,361	
MMPI-HS (Hipokondri) puanı	hasta aile	53	57,25	11,383	F=2.384 P=0.95
	borderline aile	50	52,84	9,95	
	kontrol	49	56,29	10,697	

	aile				
MMPI-D (depresyon) puanı	hasta aile	53	53,25	10,700	F=0.1993 P=0.81
	borderline aile	50	54,4	9,86	
	kontrol aile	49	53,35	9,801	
MMPI-HY (histeri) puanı	hasta aile	53	57,60	11,036	F=1.596 P=0.2
	borderline aile	50	54,12	8,69	
	kontrol aile	49	56,16	9,814	
MMPI-PD (psikotik sapma) puanı	hasta aile	53	51,34	11,153	F=0.092 P=0.91
	borderline aile	50	51,44	8,52	
	kontrol aile	49	52,10	9,605	
MMPI-PA (paranoya) puanı	hasta aile	53	50,58	14,143	F=1.043 P=0.35
	borderline aile	50	49,38	9,68	
	kontrol aile	49	47,35	9,503	
MMPI-PT (psikasten) puanı	hasta aile	53	48,66	9,167	F=0.1832 P=0.83
	borderline aile	50	49,66	8	
	kontrol aile	49	48,82	7,799	
MMPI-SC (şizofreni) puanı	hasta aile	53	47,94	9,769	F=0.0177 P=0.98
	borderline aile	50	47,64	6,99	
	kontrol aile	49	47,73	7,818	
MMPI-MA (hipomani) puanı	hasta aile	53	48,92	10,213	F=0.9108 P=0.40
	borderline aile	50	46,4	10,1	
	kontrol aile	49	47,88	7,699	
MMPI-Sİ (sosyal içedönüklük puanı)	hasta aile	53	52,70	10,834	F=0.2097 P=0.81
	borderline aile	50	52,16	9,79	
	kontrol aile	49	51,39	10,047	
RİDKÖÖ ölçeği/ sadece ailelere uygulandı	hasta aile	53	9,38	3,170	F=0.4191 P=0.66
	borderline aile	50	9,72	4,39	
	kontrol aile	49	9,02	3,406	
deneklerin yaşı	hasta aile	53	52,60	8,101	F=2.368 P=0.09
	borderline	50	51,30	6,30	

	aile				
	kontrol aile	49	54,69	8,933	
kardeş sayıları	hasta aile	53	4,74	2,058	F=6.103 P=0.0028 (1*3)(2*3)
	borderline aile	50	4,74	2,10	
	kontrol aile	49	6,18	2,906	
kardeş sıralamasında kaçınıcı çocuk	hasta aile	53	3,04	2,000	F=0.6081 P=0.54
	borderline aile	50	2,80	1,65	
	kontrol aile	49	3,22	2,034	
çocuk sayısı	hasta aile	53	2,49	,933	F=7.557 P=0.01 (1*3)
	borderline aile	50	2,92	1,16	
	kontrol aile	49	3,55	2,072	
son 5 yılda işsiz kaldığı toplam süre/ ay olarak	hasta aile	35	,00	,000	t=4.991 P<0.0001 (1*2)(2*3)
	borderline aile	35	21,00	24,66	
	kontrol aile	36	,42	2,048	
son 5 yılda işsiz kaldığı en uzun süre/ ay olarak	hasta aile	35	,00	,000	t=4.833 P<0.0001 (1*2)(2*3)
	borderline aile	35	20,14	24,67	
	kontrol aile	36	,25	1,105	
toplam işsiz kalma süresi/ ay olarak	hasta aile	35	2,06	8,964	F=11.306 P<0.0001 (1*2)(2*3)
	borderline aile	35	48,42	80,83	
	kontrol aile	36	1,92	6,420	
son 5 yılda değiştirdiği iş sayısı	hasta aile	35	,00	,000	t=2.387 P<0.001 (1*2) P<0.05 (2*3)
	borderline aile	35	0,77	1,31	
	kontrol aile	36	,17	,737	
bir işte en uzun çalışma süresi/ yıl olarak	hasta aile	35	21,357	7,8042	F=0.3451 P>0.05
	borderline aile	35	20,57	11,49	
	kontrol aile	36	22,606	11,4052	
sevilen bir kişiden aylık öyküsü	hasta aile	17			p>0.05
	borderline aile	17			
	kontrol aile	14			

olmuşsa ayrılığın yaşı	hasta aile	17	18,59	9,689	F=6.473 P=0.003 (1*2)
	borderline aile	17	31,04	10,35	
	kontrol aile	14	24,00	10,236	
ayrılık olmuşsa stres skoru	hasta aile	17	2,88	,928	F=4.298 P=0.019 (1*2)
	borderline aile	17	3,93	1,31	
	kontrol aile	14	3,07	1,072	
anne ölümünün olup olmadığı	hasta aile	22			p>0.05
	borderline aile	20			
	kontrol aile	21			
anne ölümü varsa o sıradaki yaş	hasta aile	22	35,45	17,546	F=1.204 P=0.3
	borderline aile	20	37,1	11,78	
	kontrol aile	21	42,24	14,560	
anne ölümü olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta aile	22	3,59	1,141	F=3.158 P>0.05
	borderline aile	20	4,2	1,43	
	kontrol aile	21	3,33	,856	
baba ölümünün olup olmadığı	hasta aile	33			p>0.05
	borderline aile	35			
	kontrol aile	32			
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta aile	33	31,39	17,082	F=0.5723 P=0.56
	borderline aile	35	29,02	13,78	
	kontrol aile	32	33,03	15,412	
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta aile	33	3,52	1,278	F=2.078 P=0.13
	borderline aile	35	4,05	1,41	
	kontrol aile	32	3,50	1,047	
eş ölümünün olup olmadığı	hasta aile	4			p>0.05
	borderline aile	2			
	kontrol aile	2			
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta aile	4	56,75	4,992	F=4.140 P>0.05
	borderline aile	2	28,5	16,26	

	kontrol aile	2	41,00	18,385	
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta aile	4	5,25	,957	F=3.757 P=0.1
	borderline aile	2	5,5	0,7	
	kontrol aile	2	3,50	,707	
kardeş ölümünün olup olmadığı	hasta aile	16			p>0.05
	borderline aile	11			
	kontrol aile	20			
olmuşsa o sıradaki yaşı	hasta aile	16	31,38	23,160	F=0.4586 P=0.63
	borderline aile	11	35,63	15,44	
	kontrol aile	20	37,45	17,331	
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta aile	16	3,63	1,258	F=2.270 P=0.11
	borderline aile	11	4,63	1,36	
	kontrol aile	20	4,10	1,021	
çocuk ölümünün olup olmadığı	hasta aile	7			p>0.05
	borderline aile	5			
	kontrol aile	9			
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta aile	7	29,00	7,979	F=3.238 P=0.06
	borderline aile	5	21,6	2,96	
	kontrol aile	9	29,67	5,362	
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta aile	7	4,57	,976	F=4.700 P=0.022 (2*3)
	borderline aile	5	5	1	
	kontrol aile	9	3,33	1,225	
yakın arkadaş/akraba ölümünün olup olmadığı	hasta aile	40			p>0.05
	borderline aile	30			
	kontrol aile	28			
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta aile	40	40,73	12,914	F=0.4418 P=0.64
	borderline aile	30	38,26	9,34	
	kontrol aile	28	38,71	12,070	
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta aile	40	2,93	1,118	F=10.259

	borderline aile	30	4	1,03	P<0.0001 (1*2) P<0.01 (2*3)
	kontrol aile	28	3,11	,994	
yaralanma/kaza öyküsünün olup olmadığı	hasta aile	9			p>0.05
	borderline aile	10			
	kontrol aile	9			
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta aile	9	37,11	11,185	F=0.3351 P=0.71
	borderline aile	10	32,5	12,04	
	kontrol aile	9	32,67	17,958	
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta aile	9	3,44	1,130	F=2.708 P=0.08
	borderline aile	10	4,21	1,24	
	kontrol aile	9	2,78	1,563	
geçirilen hastalığın olup olmadığı	hasta aile	19			P<0.05 (1*3)
	borderline aile	14			
	kontrol aile	7			
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta aile	19	37,53	18,954	F=0.4707 P=0.62
	borderline aile	14	33,71	13,67	
	kontrol aile	7	31,14	12,253	
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta aile	19	3,47	1,349	F=1.745 P=0.18
	borderline aile	14	4,21	1,36	
	kontrol aile	7	3,29	,756	
ortam değişikliğinin olup olmadığı	hasta aile	43			P<0.05 (1*2)(1*3)
	borderline aile	27			
	kontrol aile	29			
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta aile	43	21,84	9,079	F=0.9597 P>0.05
	borderline aile	27	24,14	13,96	
	kontrol aile	29	25,83	14,917	
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta aile	43	2,30	1,245	F=2.240 P=0.11
	borderline aile	27	2,89	1,5	
	kontrol aile	29	2,83	1,227	

öğrenimini yarıda bırakma öyküsünün olup olmadığı	hasta aile	4			P<0.05 (1*2)
	borderline aile	11			
	kontrol aile	4			
olmuşsa o sıradaki yaş	hasta aile	4	12,75	1,500	F=4.657 P=0.025 (1*3)
	borderline aile	11	16,63	2,46	
	kontrol aile	4	20,00	6,164	
olmuşsa o sıradaki stres skoru	hasta aile	4	3,00	1,414	F=1.204 P=0.32
	borderline aile	11	4,36	1,5	
	kontrol aile	4	4,00	1,633	
varsa hastalık başlangıç yaşı	hasta aile	23	37,35	12,612	t=0.8097 P=0.42
	borderline aile	11	36,7		
	kontrol aile	7	41,57	10,390	
toplam hastalık süresi/ ay olarak	hasta aile	22	58,932	81,1034	t=1.188 P=0.24
	borderline aile	11	18,6		
	kontrol aile	7	103,714	99,6021	

HASTA AİLELERİ GRUBUNDA ANLAMLI ÇIKAN SONUÇLAR

GRUPLAR:

1: Nevrotik hasta aileleri grubu

2: Borderline hasta aileleri grubu

3: Kontrol aileleri grubu

- 1) Doğum yeri: (1*2, 1 daha kırsal ağırlıklı), (2*3, 3 daha kırsal ağırlıklı)
- 2) Kardeş Sayısı: (1*3 ve 2*3 için yükseklik 3' te)
- 3) Çocuk Sayısı: (1*3) yükseklik 3' te
- 4) Babanın eğitim durumu: (1*3) , 3te eğitimsiz/okur yazar, 1 de ilk öğretim daha yüksek
- 5) Son Beş Yılda İşsiz Kaldığı Toplam Süre: (1*2 ve 2*3 için yükseklik 2 de)
- 6) Son Beş Yılda İşsiz Kaldığı En Uzun Süre: (1*2 ve 2*3 için yükseklik 2 de)
- 7) Toplam İşsiz Kalma Süresi: (1*2 ve 2*3 için yükseklik 2 de)
- 8) Son Beş Yılda Değiştirdiği İş Sayısı: (1*2 ve 2*3 için yükseklik 2 de)
- 9) Ayrılığın Yaşı: (1*2) yükseklik 2 de
- 10) Ayrılığın Stresi: (1*2) yükseklik 2 de
- 11) Çocuk Ölümünün Stresi: (2*3) yükseklik 2 de
- 12) Yakın/Akraba Ölümünün Stresi: (1*2 ve 2*3 için yükseklik 2 de)
- 13) Geçirilen Hastalık Öyküsü: (1*3) yükseklik 1 de
- 14) Ortam Değişikliğinin Olup Olmadığı: (1*2 ve 1*3 için yükseklik 1 de)
- 15) Öğrenimini Yarıda Bırakma Öyküsü: (1*2) yükseklik 2 de
- 16) Öğrenimini Yarıda Bırakma Yaşı: (1*3) yükseklik 3'te
- 17) SCID1 Tanısı: (1*2 ve 1*3 için yükseklik 1 de)
- 18) C kümesi Tanısı: (2*3) yükseklik 2 de)
- 19) ADÖ/gereken ilgiyi gösterme: (1*2 yükseklik 1 lehine), (2*3 yükseklik 3 lehine)
- 20) ADÖ/Davranış Kontrolü: (1*2 yükseklik 1 lehine), (1*3 yükseklik 1 lehine)

V. TARTIŞMA

Bu tezde, nevrotik kişilik örgütlenmesi gösteren hasta grubu ile borderline ve normal kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri, yaşam olayları, anne baba kişilik özellikleri ve aile ilişkileri açısından ne gibi farklılıklar gösterdikleri belirlenmeye çalışılmıştır.

A. HASTA GRUBU VERİLERİ

1. Sosyo-demografik veriler

Üç grubun yaş ortalamaları açısından anlamlı bir fark yoktu. Yaş ortalamaları psikiyatrik hastalıkların daha fazla görüldüğü yaşlara uyuyordu (Gandolfo 1991, Böke 2004).

Gruplardaki kadın ve erkeklerin oranı 3/1 idi. Bu veriler daha önce yapılmış çalışmalara yakındı (Fyer 1988, Grilo 1996, Soloff 1994, Akhtar 1986, Hudziak 1996, Herran ve ark. 1999, Belek 1999, Sağduyu ve ark. 2000, Von Korff ve ark. 1987).

Medeni durum açısından her üç grup arasında anlamlı bir fark yoktu. Bekarların sayısının daha fazla olması örneklem grubunun genç popülasyondan oluşmasına bağlanabilir. Benzer çalışmalarda da bekarların oranı fazla bulunmuştur (Fyer 1988, Gandolfo 1991, Perry 1980, Soloff 1994, Zanarini 1990). Genel olarak ta Psikiyatrik rahatsızlıkların medeni durumla ilişkisini araştıran çalışmalarda psikiyatrik bozuklukların evlilerde, boşanmış ve ayrı yaşayanlara göre daha düşük olduğu tespit edilse de genel psikiyatrik popülasyonda evlilerin sayısı daha fazladır (Henderson 1998, Ateşçi 2000).

Borderline hasta grubunun iş deneyimi daha fazlaydı ve nevrotik hasta grubuna göre anlamlı fark vardı. Fakat bir mesleğe sahip olma açısından üç grup arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Borderline hastalarda daha çok iş deneyimi varken mesleğe sahip olma oranlarının düşmesi BKB'lilerin işlevselliklerinin düşük ve meslek edinebilme yetilerinin zayıf olabilmesine bağlı olabilir, (Oldham 1994, Foster 1999, Skodol 2002). Borderlinelerde en düşük çalışma süresi bulunurken (2,44 yıl), nevrotik grupta en uzun çalışma süresi ortalaması bulundu (7,16 yıl), kontrol grubu ile nevrotik grup arasında anlamlı bir fark yokken, üç grup arasında sadece nevrotik ve borderline grupları arasında anlamlı fark bulundu. Bu da gene BKB'lilerin

işlevselliklerinin düşük ve meslek edinebilme yetilerinin zayıf olabilmesine bağlı olabilir, (Oldham 1994, Foster 1999, Skodol 2002).

BKB grubunda intihar girişimi oranı (%45.2), nevrotik (%12.9) ve kontrol (%0.0) grubuna göre anlamlı olarak fazlaydı. BKB'de intihar girişimi oranlarının yüksek olduğuna dair çok sayıda çalışma vardır (Fyer 1998, Dhossche 2000, Soloff 2000, Yen 2005).

Psikotik yaşantı öyküsü açısından borderlinelerde diğer 2 gruba göre anlamlı bir yükseklik mevcuttu (%29.0), diğer 2 grupta psikotik yaşantı öyküsü yoktu. Borderline hastalarda ağır stres altında kısa süreli psikotik yaşantıların görülmesi bilinen bir durum olup, başka çalışmalarda da benzer bulgulara ulaşılmıştır (O'Connell 1989, Meyer 2002).

Psikiyatrik yatış öyküsü sadece borderline hastalarda mevcuttu (%29.0) ve diğer 2 gruba göre anlamlı farklılık vardı. BKB'lilerde duygusal dalgalanmalar, impulsif özellikler ve intihar girişimleri nedeniyle sık hastane yatışları olabildiği bilinen bir durumdur (Kullgren 1988, Mehlum 2006).

Borderline grup iş yaşamı, meslek edinme, intihar girişimleri, hastaneye yatış gibi özellikler açısından nevrotik gruba göre daha sorunlu bir tablo oluşturmaktaydı.

2. SCID-1 bulguları

Sadece nevrotik ve kontrol grubuna SCID 1 uygulandığı için bu iki grup değerlendirmeye alınmıştı. Kontrol grubunda tanı alan yoktu, bunun nedeni kontrol grubunun tanı almayanlardan seçilmesindendi. Nevrotik grupta 7 kişide (%22.6) şimdiki major depresif epizod, 16 kişide (%51.6) geçirilmiş major depresif epizod, 18 kişide (%58.1) major depresif bozukluk, 6 kişide (%19.4) agorafobili yada agorafobisiz panik bozukluğu, 6 kişide (%19.4) sosyal fobi, 5 kişide (%16.1) özgül fobi, 3 kişide (%9.7) obsesif-kompulsif bozukluk, 2 kişide (%6.5) yaygın anksiyete bozukluğu, 7 kişide (%22.6) BTA anksiyete bozukluğu, 6 kişide (%19.4) ayrışmamış somatoform bozukluk, 1 kişide yeme bozukluğu (%3.2) ve 2 kişide (%6.5) uyum bozukluğu bulunmaktaydı.

Psikiyatrik rahatsızlığın dağılımlarına bakıldığında en çok depresif bozukluklar ile anksiyete bozukluklarının olduğu gözlenmektedir. Bu durum, nevrotik grubun seçiminden kaynaklanmakla birlikte bu sonuçlar literatür ile uyumludur (Leon 1995, Geyran 1995, Gonzales 1994, Kebbon 1985, Von Korff 1987, Ayrancı Ü 2002).

3. SCID-2 bulguları

Burada 3 grup C kümesi kişilik bozuklukları açısından değerlendirildi. Borderline grup tüm C kümesi kişilik bozuklukları açısından diğer 2 gruba göre anlamlı bir şekilde yüksek tanı alıyordu. Nevrotik grup sadece kaçınan kişilik bozukluğu açısından kontrol grubuna göre anlamlı bir şekilde yüksek tanı alıyordu. Kontrol grubunda denekler kişilik bozukluğu tanısı almayanlardan oluştuğu için tanı alan yoktu. Tanılar nevroitik hasta grubu, borderline hasta grubu ve kontrol grubuna göre sırasıyla şöyle sıralanmıştı

KİŞİLİK BOZUKLUKLARI	Nevrotik	BKB	Kontrol
Kaçınan kişilik bozukluğu	7 (%22.6)	16 (%51.6)	0
Bağımlı kişilik bozukluğu	0	9 (%29.0)	0
Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu	1 (%3.2)	10 (%32.3)	0
Pasif agresif kişilik bozukluğu	1 (%3.2)	14 (%45.2)	0
Kendine karşıt kişilik bozukluğu	0	7 (%22.6)	0

Kişilik bozukluklarının yaygınlığı farklı çalışmalar tarafından %3.9 ile %22.3 arasında bulunmuştur (Zimmerman 1989, Maier 1992, Black 1993, Moldin 1994, Klein 1995, Lenzenweger 1997, Torgersen 2001, Samuelset 2002, Coid 2006).

379 kişi ile yapılmış bir BKB çalışmasında paranoid, kaçınan, bağımlı kişilik bozukluğu eş tanıları yüksek çıkmıştır (Zanarini 1998). Kişilik bozukluğu eş tanıları tedaviye yanıtı olumsuz etkilemekte olup, depresyona en sık kaçınan, sınır ve paranoid kişilik bozukluğu tanılarının eşlik ettiği bildirilmektedir (Thase 1996). C kümesi kişilik bozuklukları genel populasyonda en sık (10 kişiden 1'inde) görülen bozukluklardır (Torgerson 2001), Klinik populasyonda ise her 2 kişiden 1'inde görülecek kadar sık olduğu bildirilmiştir.

Bir depresyon çalışmasında B kümesi kişilik bozuklukları depresyonun ciddiyeti ile C kümesi kişilik bozuklukları ise depresyonun kronikleşmesi ile ilişkilendirilmiş ve C kümesi kişilik bozukluklarını taşıyanların daha anksiyöz olduğu söylenmiştir (Hart 2001, Iaceviello 2007).

Nevrotik küme olarak da bilinen C kümesi kişilik bozukluklarının borderline grupta nevroitik gruptan daha fazla görülmesi bir paradoks gibi görünse de borderline kişilik bozukluğu gösteren bireyler, diğer kişilik bozuklukları açısından da daha fazla tanı alırlar (Boğoçlu 2003). Özellikle bağımlı kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu ile birlikte sık görülmektedir (Zanarini 1998). Bu durum borderline kişilik

bozukluğu olgularının nesne gereksinimlerinin aşırılığında kaynaklanmaktadır (Kohut 1971, Adler 1979, Masterson 1988, Meissner 1984).

4. Beck depresyon ölçeği

Ortalama skorlar kontrol grubunda 4.94, nevroz grubunda 14.45, borderline grubunda 23.74 idi. Borderline ve nevrotik grubun skorları kontrol grubuna göre, borderline grubun skoru nevrotik ve kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti. 8098 kişi ile yapılan bir çalışmada Major depresyonun 1 aylık prevalansı % 4.9 (Blazer 1994), 12 aylık prevalansı %6.6 (Kessler 2003) oranında bulunmuştur.

Borderline kişilik bozukluklarında depresif dönemler ve depresif duygudurum oldukça sık rastlanan bir durumdur (Patience 1995, Skodol 2002). Borderline hastalarda depresyonun daha ciddi seyrettiği bildirilmiş (Hart 2001, Iaceviello 2007), bu da çalışmamızla uyumlu bir bulgu idi.

Nevrotik grubun puanlarının yüksekliği de olasılıkla hemen hepsinin aktif bir Eksen I bozukluğu içinde olmalarından dolayı idi. Genel olarak psikiyatrik hastalıklar ile depresyon birlikteliği sık görülen bir durumdur (Byerly 1982, Tümkeya 2005).

5. Shehan yeti yitimi ölçeği

İş alt ölçeği açısından borderline ve nevroz grubunun ortalamaları kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti, en yüksek ortalama borderline grubunda idi.

Sosyal yaşam ve boş zaman uğraşları açısından borderline ve nevroz grubunun ortalamaları kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti, en yüksek ortalama borderline grubunda idi.

Aile yaşamı ve evdeki sorumluluklar açısından en düşük ortalama kontrol grubunda, en yüksek ortalama borderline grubunda idi. Borderline grubunun ortalaması kontrol ve nevroz grubunun ortalamalarından anlamlı olarak yüksekti. Nevroz grubunun ortalaması kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti.

BKB'lilerde işlevselliği m.depresyonu olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulan çalışmalar vardır (Skodol 2002). Kongsakon (2005) yaptığı bir çalışmada, depresif hastalarda önemli fonksiyonel kayıp olduğunu saptamıştır.

Bizim çalışmamızda da depresyon puanları gerek borderline grubunda gerek nevroz grubunda yüksek bulunmuştu bu da işlevselliği etkileyen bir durum olabilir. Genel olarak psikiyatrik hastalıklarda işlevselliğin düşmesi bilinen bir durumdur. (Kaplan 1995, Gülseren 2001). Borderline kişilik bozukluğunda işlevsellikteki bozulma 1. eksen bozukluklardan daha fazladır (Skodol-Gunderson 2005, Skodol-Oldham 2005). Borderline grubu ve nevrotik hasta grubu arasındaki anlamlı farklılık

aile yaşamı ve evdeki sorumluluklar alt ölçeği için vardı, bu da çalışmamızı destekleyen bir bulguydu.

6. Durumluk sürekli kaygı envanteri (DSKE)

Durumluk kaygı puanları açısından borderline grubun ortalamaları diğer iki gruptan anlamlı olarak yüksekti, en düşük puanlar kontrol grubunda idi. Kontrol ve nevrotik hasta grubu arasında anlamlı bir fark olmaması seçilen hastaların genelde belli bir süre ayaktan izlenmesi ve tedavi altında olmasına bağlı olabilir.

Sürekli kaygı puanları açısından borderline grubunun ortalaması diğer iki gruptan anlamlı olarak yüksekti, nevrotik hasta grubunun ortalaması da kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti.

Psikiyatrik hastalıklarda (1. eksen) anksiyete bozukluğu veya anksiyete semptomlarının eşlik etmesi sık gözlenen bir bulgudur (Kessler 2005) ve birçok çalışmada depresyon ve anksiyete bozukluklarının en sık gözlemlenen tanılar olduğu bildirilmiştir. (Leon 1995, Geyran 1995, Gonzales 1994, Kebbon 1985, Von Korff 1987, Ayrancı Ü 2002).

Borderline grubun durumluk ve sürekli puanlarının anlamlı olarak yüksek olması beklenen bir bulgu olup çeşitli çalışmalarda BKB ve anksiyete bozuklukları ilişkilendirilmiştir (Zimerman ve Mattia 1999, Zanarini 1998).

7. Ailelerin sosyo-demografik özellikleri

Her üç grubun anne-baba mesleği ve eğitim durumları açısından anlamlı fark bulunmamıştı, bu bulgu grupları daha sağlıklı değerlendirmemize olanak veren bir bulgudur, aynı şekilde patolojinin oluşumunda bakım ve ilginin daha ön planda olduğunu düşünebilir. Millon (2000), anne ve babanın iş hayatına çekilmesinin, geleneksel toplumlarda olduğunun aksine, onları çocuğun yanı başında bir rol modeli olmaktan alıkoyduğunu söyler. Bizim çalışmamızda da grupların tümünde anne baba mesleği olanlar çoğunlukta idi. Genede günümüzde ruhsal hastalıkların çok sayıda farklı faktörün etkileşimi sonucu geliştiği kabul edilmektedir (Merikangas ve Swendsen 1997).

Ailede herhangi bir psikiyatrik öykünün varlığı açısından, sadece babada nevrotik özellikli psikiyatrik öykü varlığı bakımından nevrotik hasta grubunda (8 kişiye “%25.8”) borderline hasta grubuna (1 kişi “%3.2”) göre anlamlı bir yükseklik vardı. Kontrol grubunda ise 2 kişinin (%6.5) babasında psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Bunun dışında ailelerinde psikiyatrik öykü bulunması açısından genel olarak borderlinelar da daha fazla bir yükünlük olsa da başka bir anlamlı sonuca

ulaşılamamıştır. Oysa birçok çalışmada ailedeki psikiyatrik hastalık yükleri borderlinelerde normal popülasyona göre anlamlı bir şekilde fazla bulunmuştur (Johnson 1995).

Bu sonuçlar etiolojide birçok faktörün rol alabileceği görüşünü akla getirebilir, (Merikangas ve Swendsen 1997).

8. Minnesota çok yönlü kişilik envanteri (MMPI)

Gruplar birbirine göre kıyaslandığında Hipokondri, depresyon, histeri ve sosyal içe dönüklük alt ölçekleri açısından borderline hasta grubunun ortalama puanları nevrotik hasta grubu ve kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti, bu alt ölçekler için nevrotik hasta grubunun ortalama puanları da kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti. Psikopatik sapma, paranoya, psikastenî, şizofrenî ve hipomani alt ölçekleri açısından borderline hasta grubunun ortalama puanları nevrotik hasta grubu ve kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti.

Hipokondri alt ölçeği somatik savunmalara ve psikolojik huzursuzlukla somatik semptom ilişkisinin varlığına işaret eder, borderline hastalarda somatik yakınmalar ve hipokondriyak eğilimler sık görülen bulgulardır (Snyder 1986), çalışmamızda da nevrotik hastalarda somatoform bozukluklar yüksek bir orana sahipti.

Depresyon alt ölçeğinin yüksek çıkması çalışmamızla uyumluydu, gerek borderline hastalarda gerekse diğer psikiyatrik rahatsızlıklarda depresyon sık görülen bir semptom ve rahatsızlıktır. (Patience 1995, Skodol 2002, Byerly 1982, Tümkiye 2005). Borderline hastalarda depresyonun daha ciddi seyrettiği bildirilmiş (Hart 2001, Iaceviello 2007), bu da çalışmamızla uyumlu bir bulgu idi.

Histeri alt ölçeği sorumluluktan kaçma ve sorunları nedeniyle fiziksel semptomlara başvurma eğilimini yansıtır, bilindiği gibi borderlinelerde fiziksel semptomlar sık görülür (Snyder 1986). Genel olarak ta psikiyatrik bir hastalığa sahip olanların olmayanlara göre fiziksel sağlıkla ilgili tedavi arayışına daha çok başvurdukları bildirilmiştir (Tweed 1998).

Sosyal içe dönüklük alt ölçeği kişilerarası etkileşimde bireyin duyduğu rahatsızlık, kendini yerme duyguları, başkalarına güvensizlik, duyarsızlık gibi alanları kapsamaktadır. Bu alt ölçek borderline hastalarda en yüksek alt ölçeklerden biridir (Patrick 1994). Borderline hastalarda kişilerarası ilişkilerde yaşanan düzensizlik çok rastlanan bir durum olup aynı zamanda tanı kriterlerinden birisidir (APA 2000, Skodol 2002). Borderline hastalar kişiler arası ilişkilerle ilgili sorunları birçok farklı

alandayayayabilmektedirler (Hill 2006). Kişiler arası ilişkilerle ilgili yaşanan sorunların düzeyi borderline patolojiyle yakından ilişkili olabilir (Clifton 2007).

Psikopatik sapma alt ölçeği, impulsiflik, düşük tolerans eşiği sosyal uyumda zayıflık gibi kişilik eğilimlerini ölçüyor olup bu eğilimlerin bu test sonucunda borderlinelar da yüksek çıkması borderlinelar için tipiktir (Patrick 1984). İmpulsivite ve düşük tolerans eşiği borderline hastalar için tipik olan tanı kriterlerinden birisidir ve sık rastlanan durumlardır (APA 2000, Skodol 2002, Hinshaw 2003). Bu durumlar kötü tedavi yanıtı ve sosyal uyum ile ilişkili olabilmektedir (Bagge 2004, Trull 1997).

Paranoya alt ölçeği sanrısaly inançları, referans ve perseküsyon fikirlerini, grandiyöz duyguları gibi göstergelerle paranoyayı ölçmeğe çalışır. Bu göstergeler bizim çalışmamızda bu test sonucuna göre yüksek çıkmış olup borderlinelarda özellikle paranoid içerikli geçici psikotik durumlar ağır stres altında geçici olarak gözlemlenebilirler (O'Connell 1989, Meyer 2002, Moskowitz 2005).

Psikasteni alt ölçeği obsesif kompulsif sendromu değerlendiriyor olup, çalışmamızda borderlinelarda daha yüksek çıkması bir çok araştırmada gösterildiği gibi borderline hastalarda bu semptomların sık görülmesi ile ilgili olabilir. (Zai 1998, İnceoğlu 2000, Brunnhuber 2003).

Şizofreni alt ölçeği psikotik hasta grubunu normallerden ayırt etmeye çalışsa da temelde egonun etkinliğini ya da yetersizliğini ölçer. Çalışmamızda en yüksek puanları borderline hastaların alması onlarda ego zayıflığının daha çok olabildiğini gösterir. Ego zayıflığının bir göstergesi olabilen impuls kontrol güçlüğü, kimlik sorunları ve afektif instabilite borderline hastaların temel tanı kriterlerindedir (APA 2000). Ego düzeyi açısından borderline hastalar, nevrotiklerden daha alt, psikotiklerden daha üst düzeydedirler (Kernberg 1984).

Hipomani alt ölçeği, hipomanik duygulanım, hareket ve düşünce hızlanması, büyüklük fikirleri ile ilgilidir. Bu alt ölçek puanlarının borderline hastalara özgü yüksekliği bu durumların borderline hastalarda sık rastlanabildiğini düşündürmektedir. Gerçekten de borderline hastalarda afektif instabilite yada emosyonel disregulasyon belli başlı tanı kriterlerinden bir tanesidir (Linehan 1993, APA 2000,). Borderlinelardaki duygulanımdaki hızlı değişimlerin normale dönmesi geç olabilmektedir (Putnam 2005, Koenigsberg 2001).

Yalancılık, olağan dışılık, savunuculuk alt ölçekleri borderline hasta grubuna uygulanmamıştı, maskülinite/feminite alt ölçeği ise değerlendirme dışı tutulmuştur.

9. Yaşam olayları

Stres oluşturuvcu yaşam olayları açısından fiziksel ve cinsel taciz öyküsü açısından anlamlı farklılıklar vardı. Fiziksel taciz öyküsü borderline hasta grubunda diğer 2 gruptan daha fazla olsa da anlamlılık borderline ve kontrol grupları arasında idi (7 kişiye “%22.6” 0 kişi “%0”, nevrotik hasta grubunda 1 kişi “%3.2” fiziksel tacize uğramıştı). Fiziksel taciz öyküsü, sadece fiziksel tacizi değil aynı zamanda ebeveynlerle çocuk ilişkisinin daha sorunlu olduğunu gösteriyor olabilir.

Cinsel taciz öyküsü gene borderline hasta grubunda oldukça yüksekti ve borderline grupla diğer 2 grup arasında anlamlı bir ilişki vardı (borderlinelerde 17 kişi “%54.8”, diğer 2 grup için birer kişi “%3.2” cinsel tacize uğramıştı). Çalışmamıza uygun şekilde BKB ile travma arasında ilişki kuran çok sayıda çalışma vardır (Shea 1999, Zanarini 2000, Soloff 2002). Çalışmamızda BKB’lilerde travma öyküsü özelliklede cinsel travma öyküsü yüksek bir oranda bulunmuştu ve çalışmalar bu bulguyu destekliyordu (Brown and Anderson 1991, Sansone 2002, Yen 2002, Kelly 2007).

Fiziksel ve cinsel tacizin borderline grupta anlamlı olarak yüksek çıkması, travmanın kişilik gelişiminde önemini gösterdiği gibi aynı zamanda bu çocukların ya daha korunmasız oldukları, daha fazla yalnız bırakıldıkları, daha fazla kötü muameleye maruz kaldıkları anlamlarına da gelebilir.

10. Aile değerlendirme ölçeği (ADÖ)

Problem çözme alt ölçeği açısından nevrotik hasta grubunun ortalama puanları diğer iki grubun ortalamalarından anlamlı şekilde düşüktü. En yüksek ortalama borderline hasta grubunda idi.

İletişim alt ölçeği açısından borderline hasta grubunun ortalama puanları diğer iki grubun ortalamalarından anlamlı olarak yüksekti.

Duygusal tepki verebilme alt ölçeği açısından borderline hasta grubunun ortalama puanları diğer iki grubun ortalamalarından anlamlı olarak yüksekti.

Gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği açısından borderline hasta grubunun ortalama puanları diğer iki grubun ortalamalarından anlamlı olarak yüksekti.

Genel işlevler alt ölçeği açısından borderline hasta grubunun ortalama puanları diğer iki grubun ortalamalarından anlamlı olarak yüksekti.

Aile değerlendirme ölçeğinde puanların yükselmesi ile sağlıksızlığın artması arasında doğru orantı vardır. 7 alt ölçekten oluşan ADÖ’ nün en sonuncu olan

genel işlevler alt ölçeği ailenin sağlıklı olup olmadığını genel olarak değerlendirmeye yarar (Epstein 1983, Keitner 1987, Miller 1986)

Çalışmamızda borderline hastaların genel olarak puanlarının yüksek olması borderline hastaların aile işlevlerini sağlıklı olarak algılayıp değerlendirdiklerini göstermektedir. Genel olarak borderline hastalar ailelerini, ailelerinin kendilerini algıladığından daha olumsuz algılama eğilimindedirler (Hoffman 2007, Gunderson 1997).

30 BKB hastası, 30 M.depresyon hastası ve 30 kontrol hastasına ADÖ uygulanarak yapılmış bir çalışmada BKB grubu diğer 2 gruba göre tüm alt ölçekler için anlamlı olarak işlevsiz bulunmuştu (Valiente 1994).

Borderline hastaların aile işlevlerinin birçok alanda bozukluk olması borderline patolojinin oluşumuna önemli katkı sağlamaktadır (Chaudhry 2004, Gagnon 1993). ADÖ verilerinin yukarıda travma ile ilgili söylenenleri desteklediği ileri sürülebilir. Bu ailelerde aile işlevselliği borderline hastalarda tüm alt ölçeklerde daha sorunlu çıkmıştır.

B. AİLE GRUBU VERİLERİ

1. Sosyo-demografik veriler

Yaş ve cinsiyetler açısından iki grup arasında anlamlı bir fark yoktu. Yaş ortalamaları nevrotik ve borderline hasta ebeveynleri ile kontrol ebeveynleri için sırasıyla 52.60, 51.30 ve 54.69 idi. Aileler çocukları doğduğunda ortalama yaşları 26-27 idi. Hasta ailelerinin yaşları diğer çalışmalarla uyumlu idi (Hoffman 2003, Pollio 2001).

Doğum yeri açısından nevrotik hasta ve kontrol ailelerinde kırsal ağırlık borderline hasta ailelerinden anlamlı olarak yüksekti. Kent yaşamının getirdiği zorunlulukların erken çocukluk döneminde yetersiz bakımla sonuçlanabilmesi göz önünde tutulursa bulgular borderline patolojinin oluşumundaki yetersiz bakım ve ilgi tezini destekleyebilir (Johnson 2000, Trull 2001, Bandelow 2005).

Son beş yılda işsiz kalınan toplam süre, son beş yılda işsiz kalınan en uzun süre, toplam işsiz kalma süresi ve son beş yılda değiştirilen iş sayısı açısından borderline hasta ailelerinin ortalamaları diğer iki grubun ortalamalarından yüksekti. Bu bulgular borderline hasta ailelerinin işlevselliğinin düşük olduğu ve bir durumu tutarlı bir şekilde sürdürmedeki zorluklarını gösteriyor olabilir, ailelerde ortaya çıkan ve

borderlinelar'da gözlediğimiz bu bulgu ile ilgili olarak borderline hastaların ailelerinin özelliklerinden etkilenebildiği söylenebilir (Allen 2005). Ek olarak ailelerin bu durumu bakım verdikleri aile için kaotik veya stresli bir ortam yaratabilir. Yapılan çalışmalarda borderlinelarda kaotik ve stresli aile yapısının sık rastlanabilen bir durum olduğu ve bu durumun borderline patolojinin gelişimi için yüksek risk teşkil ettiği bildirilmiştir (Young 1991, Johnson 1999).

Stres oluşturuvcu yaşam olayları açısından ayrılık öyküsünün yaşı ve ayrılık öyküsünün stres skoru ortalaması borderline hasta ailelerinde diğer 2 gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti. Bilindiği üzere borderline patolojisi olanların stres tolerabilitesi düşük ve ayrılıklara karşı hassasiyetleri yüksektir (Jovev 2004, Daley 2000, Trull 1997), ailelerde de benzer bulguların elde edilmesi, hastalardaki bu durumun kökenine ışık tutması açısından önemli olabilir. Literatürde de hastaların kimi kişilik özelliklerini ailelerinden kazanabildikleri ile ilgili benzer bildirimler vardır (Allen 2005). Ek olarak borderline hasta ailelerinin daha emotif olduğu bununda patolojinin oluşumuna katkı sağladığı düşünülebilir (Koenigsberg 1986). Genede borderline patolojinin oluşumu tek bir faktörden öte genetik, nörobiyolojik ve çevresel etkenler gibi birçok faktörün farklı şekillerdeki etkileşimlerine bağlı olabilir (Goodman 2004, Torgersen 2000, Zanarini 1997).

Çocuk ölümünün stres skoru ortalaması açısından, borderline hasta ailelerinin ortalaması kontrol ailelerinin ortalamasından anlamlı olarak daha yüksekti. Borderline hastalardaki stres tolereabilitesinin düşüklüğü (Jovev 2004, Daley 2000, Trull 1997) çalışmamızda onların ailelerinde de bulunmuştur. Diğer birçok çalışmada da borderline hastalarda kontrollerle göre daha fazla ailesellik gözlenmiştir (Baron 1985, Loranger 1982, Silverman 1991, Soloff 1983b, Zanarini 1988). Bu bulgular gene borderline hasta ailelerinin daha emotif olduğunu düşündürebilir (Koenigsberg 1986). Borderline hastalardaki ailesel etki tek bir yoldan öte genetik çevresel ve nörobiyolojik birçok faktörün etkileşimiyle patolojinin oluşumuna katkı sağlayabilir (Goodman 2004, Torgersen 2000, Zanarini 1997).

Yakın arkadaş/akraba ölümünün stres skoru ortalamaları açısından borderline hasta ailelerinin ortalaması diğer iki gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti. Gene burada da borderlinelar için ailesel geçişten söz edilebilir (Baron 1985, Loranger 1982, Silverman 1991, Soloff 1983b, Zanarini 1988).

Geçirilen tıbbi hastalık öyküsünün varlığı, nevrotik hasta ailelerinde kontrol ailelerinden anlamlı olarak daha yüksekti. Birçok çalışmada tıbbi rahatsızlıkların

özellikle kronik tıbbi rahatsızlıkların psikiyatrik rahatsızlıklarla, özellikle depresyon yada anksiyete bozukluklarıyla ilişkili olabileceği ile ilgili bildirimler vardır (Mayou 1986, Abiodun 1990, Wells 1988, Ateşci 2000). Bizim çalışmamızda da hasta ailelerinde depresyon ve anksiyete bozuklukları daha yüksek oranlardaydı. Genede nevrotik hasta ailelerinde tıbbi rahatsızlığın olduğu sırada çocuklarının ortalama yaşının (11.3) ileri çocukluk dönemine rastlaması borderline yapının gelişmemesi yönünde olumlu bir faktör olabilir. Bilindiği gibi borderline patolojinin oluşumu için daha erken çocukluk dönemleri kritik öneme sahiptir (Paris 1997, Adler 1985, Kernberg 1980).

Ortam değişikliği öyküsünün varlığı, nevrotik hasta ailelerinde diğer iki gruptan anlamlı olarak daha yüksekti. Ortam değişikliğinin fazla olması borderline patoloji için daha çok beklenen bir bulgu olmasına karşın o sıradaki yaşların gençlik dönemi (evlenmeden önceki dönemler) olduğu göz önüne alınırsa çocukların bu etkiden uzak olduğu düşünülebilir. Borderline patoloji için erken yaşlar kritik öneme sahip olup (Paris 1997, Adler 1985, Kernberg 1980), bu dönemlerdeki zorluklar stabil bağlanmayı etkileyebilmekte (Gunderson 1996) ve birincil bağlanma figürlerinin sürekliliğinin kaybı veya eksikliği patolojinin gelişiminde önemli rol oynayabilmektedir (West 1993).

Öğrenimini yarıda bırakma öyküsünün varlığı, borderline hasta ailelerinde nevrotik hasta ailelerine göre anlamlı olarak daha yüksekti. Bu bulgu borderline hasta ailelerinin bir durumu stabil bir şekilde sürdürmedeki zorluklarını gösteriyor olabilir, bilindiği gibi borderline hastalarda da iş sosyal ve önemli alanlarda fonksiyonel bozulma ve bir durumu stabil bir şekilde sürdürme zorluğu sık gözlenen bir durumdur (APA 2000, Skodol 2002, Zweig-Frank 2002, Bagge 2004, Hong 2005). Kontrol grubu ailelerinde öğrenimi yarıda bırakma anlamlı olarak daha ileri yaşlarda gerçekleşmişti. Borderline ailelerindeki 16 yaş ortalaması ise tıpkı borderline hastalardaki gibi sorunların belirgin olarak görülmeye başladığı bir döneme denk düşmektedir, bu durum ailesel geçişi düşündürebilir (Baron 1985, Loranger 1982, Silverman 1991, Soloff 1983b, Zanarini 1988).

2. SCID-I bulguları

Psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı hasta ve kontrol grubu için SCID-I uygulanarak araştırılmıştı, borderline ailelerinde ise hastalara görüşme içerisinde sadece psikiyatrik hastalıklarının olup olmadığı sorularak araştırılmıştı. Elde edilen verilere göre psikiyatrik tanı alanların sayısı nevrotik hasta ailelerinde diğer 2 gruba

göre anlamlı bir yükseklik elde edilse de borderline hasta ailelerine SCID-I uygulanmadığı için buradaki veriler nevrotik hasta aileleri ve kontrol aileleri için dikkate alınıp tartışılacaktır.

Nevrotik hasta aileleri şimdiki major depresif epizod, geçmişte m.depresif epizod ve m.depresif bozukluk, herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısı, SCID-I tanısının varlığı açısından kontrol aileleri grubuna göre anlamlı bir yüksekliğe sahipti. Çalışmamızla uyumlu olarak depresyon ve anksiyete bozukluğu olanların ailelerinde de sağlıklı kontrollere göre daha yüksek oranlarda depresyon ve anksiyete bozukluklarına rastlandığı bildirilmiştir (Williamson 1998, Fenton 1998). Hasta grubunda da anksiyete bozuklukları ile depresif bozukluklar yüksek oranlarda idi, ailelerde de anlamlı yüksekliğin görülmesi bakım verenin düşük işlevli olmasının çocuğun psikiyatrik rahatsızlığa sahip olma yatkınlığını arttırabileceği düşüncesini akla getirebilir. Ek olarak genetik geçişin de payı olabilir (Williamson 2005). Yani ailesel aktarımda çevresel ve genetik birçok faktörün etkisi olmuş olabilir (Williamson 1998, Fenton 1998).

3. SCID-II bulguları

C kümesi kişilik bozukluğu tanısının varlığı açısından borderline hasta aileleri kontrol ailelerinden anlamlı olarak daha yüksek tanı alıyordu. Herhangi bir A, B kümesi yada 2. eksen tanısının varlığı açısından borderline hasta aileleri diğer iki gruptan anlamlı olarak daha yüksek tanı alıyordu, fakat nevrotik hasta aileleri ile kontrol aileleri C kümesi dışında 2. eksen tanısı almamıştı. Yapılan kimi çalışmalarda da borderline hasta ailelerinde şizofren, bipolar ve kontrol ailelerine göre daha yüksek oranda borderline patolojiye rastlanmıştır (Baron 1985, Loranger 1982, Links 1988, Zanarini 1988, Zanarini 2004) Bu bulgular borderline hastaların ailelerindeki 2. eksen kişilik bozukluğu sıklığının patolojinin oluşumuna katkı sağladığını düşündürülebilir. Borderline anne babalarında daha fazla kişilik bozukluğu görülmesi daha önce travma öyküsü ve ADÖ verileri ile birleştirildiğinde çocuklarında neden daha ağır bir psikopatoloji oluştuğu konusunda fikir vermektedir.

4. Rotter'in İç Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ)

Araştırmacılar, dışsal kontrollü kişilerin, daha kaygılı, pasif kuşkucu ve dogmatik olduklarını, (Lefcourt 1972, Phares 1976) hem kendilerine hem de başkalarına daha az güvendiklerini, kendini tanımada yetersiz, toplumsal kabul ihtiyaçları az olan ve daha saldırgan kişiler olduklarını söylemektedir, (Joe 1971) Dışsal kontrollü kişilerin çocukları ile ilişkilerinde reddedici, soğuk ve otoriter bir

tutum sergiledikleri, tutarsız duygusal ve fiziksel cezalandırmalar uyguladıkları belirtilmektedir, (Katkovsky 1967, Davis 1969, Shore 1967, Mc Donald 1971, Halpin 1980, Yeşilyaprak 1988). Çalışmamızda RİDKOÖ ortalama puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunamadı, dolayısıyla dış kontrol odağı olmakla borderline yada nevrotik bir bozukluğa sahip olmak arasında anlamlı bir ilişki kurulamamıştır.

5. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

Aile değerlendirme ölçeğinde puanların yükselmesi ile sağlıksızlığın artması arasında doğru orantı vardır.

Gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği açısından sağlıksız puan alanların sayısı nevrotik hasta aileleri ile kontrol ailelerinde borderline hasta ailelerine göre anlamlı olarak daha yüksekti.

Davranış kontrolü alt ölçeği açısından sağlıksız puan alanların sayısı nevrotik hasta ailelerinde diğer iki gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti.

Ölçeklerin aynı aileyi değerlendirmeleri istenen hasta ve aile gruplarına uygulanmasına rağmen hasta grubundaki sonuçların borderlinelar ve kısmen nevrotikler lehine yüksek olması fakat onların ailelerinde aynı yüksekliğin olmaması iki grubun ailelerini farklı algıladığını düşündürülebilir, Genel olarak borderline hastalar ailelerini, ailelerinin kendilerini algıladığından daha olumsuz algılama eğilimindedirler (Hoffman 2007, Gunderson 1997). Dolayısıyla patoloji arttıkça aile algısındaki hataların (yanlış pozitif değerlendirme) veya inkarın arttığı söylenebilir bununda çocuklarındaki patolojinin gelişimine olan katkısı açıktır.

6. Minnesota çok yönlü kişilik envanteri (MMPI)

MMPI ortalamaları açısından gruplar arasında herhangi bir anlamlılık yoktu.

Bu bulgu şaşırtıcı idi. Fakat ADÖ' de olduğu gibi ailelerin kendilerini yanlış algılama eğiliminde olduğu söylenebilir (Hoffman 2007, Gunderson 1997), bundan dolayı borderline ailelerinde sağlıksız ölçümler beklenirken sonuçların öyle olmaması anlaşılabilir.

VI. SONUÇ

Borderline, nevrotik ve sağlıklı kontrollerin, sosyo-demografik özellikleri, yaşam olayları, klinik özellikleri, çeşitli psikiyatrik değerlendirme ölçekleri, aile özellikleri, ailelerin kişilik özellikleri açısından karşılaştırılmasını amaçlayan bu çalışmada şu sonuçlara varılmıştır.

1. Borderline hastalar, nevrotik ve kontrollere göre daha sık iş değiştirmekte ve bir işte daha kısa süreli çalışmaktadırlar.
2. Borderline hasta grubunda intihar girişimine diğer iki gruba göre anlamlı olarak daha fazla rastlanmaktadır.
3. Borderline hasta grubunda psikotik yaşantı öyküsü, diğer iki gruba göre anlamlı olarak yüksektir.
4. Psikiyatrik yatış öyküsü, borderline hasta grubunda anlamlı olarak daha fazladır.
5. Borderline hasta grubunda başka bir kişilik bozukluğuna diğer iki gruba göre anlamlı olarak daha fazla rastlanmaktadır.
6. Beck Depresyon Ölçeği skorları borderline hasta grubu (23.74), nevrotik hasta grubu (14.45) ve kontrol grubu (4.94) olarak sıralanmaktaydı.
7. Sheehan Yeti Yitimi skorları borderline hasta grubunda diğer iki gruba göre anlamlı olarak yüksekti. Nevrotik hasta grubu ile kontrol grubu arasındaki fark da anlamlıydı.
8. Durumluk kaygı envanteri puanları borderline hasta grubunda nevrotik ve kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti
9. Sürekli kaygı puanları borderline grupta, diğer iki gruba göre anlamlı olarak yüksekti, nevrotik grupla kontrol grubu arasında da anlamlı bir farklılık vardı.
10. Nevrotik grubu hastalarının, babalarında nevrotik bir bozukluk öyküsü, diğer iki gruba göre anlamlı olarak fazlaydı
11. MMPI, Hipokondri, depresyon, histeri ve sosyal içe dönüklük alt ölçekleri açısından borderline hasta grubunun ortalama puanları nevrotik hasta grubu ve kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti, nevrotik hasta grubunun ortalama puanları da kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti. Psikopatik sapma, paranoya, psikasteni, şizofreni ve hipomani alt ölçekleri açısından borderline hasta grubunun ortalama puanları nevrotik hasta grubu ve kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti.

12. Fiziksel taciz öyküsü borderline hasta grubunda diğer 2 gruba göre daha fazla olsa da anlamlılık borderline ve kontrol grupları arasında idi
13. Cinsel taciz öyküsü borderline hasta grubunda oldukça yüksekti ve borderline grupla diğer 2 grup arasında anlamlı bir fark vardı
14. Aile değerlendirme ölçeğinde, problem çözme alt ölçeği açısından nevrotik hasta grubunun ortalama puanları diğer iki grubun ortalamalarından anlamlı şekilde düşüktü. En yüksek ortalama borderline hasta grubunda idi. İletişim alt ölçeği açısından borderline hasta grubunun ortalama puanları diğer iki grubun ortalamalarından anlamlı olarak yüksekti. Duygusal tepki verebilme alt ölçeği açısından borderline hasta grubunun ortalama puanları diğer iki grubun ortalamalarından anlamlı olarak yüksekti. Gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği açısından borderline hasta grubunun ortalama puanları diğer iki grubun ortalamalarından anlamlı olarak yüksekti. Genel işlevler alt ölçeği açısından borderline hasta grubunun ortalama puanları diğer iki grubun ortalamalarından anlamlı olarak yüksekti.
15. Grupların ebeveynlerine son beş yılda işsiz kalınan toplam süre, son beş yılda işsiz kalınan en uzun süre, toplam işsiz kalma süresi ve son beş yılda değiştirilen iş sayısı açısından borderline hasta ailelerinin ortalamaları diğer iki grubun ortalamalarından anlamlı olarak yüksekti.
16. Stres oluşturuucu yaşam olayları açısından ayrılık öyküsünün yaşı ve ayrılık öyküsünün stres skoru ortalaması borderline hasta ailelerinde diğer 2 gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti.
17. Çocuk ölümünün stres skoru ortalaması açısından, borderline hasta ailelerinin ortalaması kontrol ailelerinin ortalamasından anlamlı olarak daha yüksekti.
18. Yakın arkadaş/akraba ölümünün stres ortalamaları açısından borderline hasta ailelerinin ortalaması diğer iki gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti.
19. Geçirilen tıbbi hastalık öyküsünün varlığı, nevrotik hasta ailelerinde kontrol ailelerinden anlamlı olarak daha yüksekti.
20. Ortam değişikliği öyküsünün varlığı, nevrotik hasta ailelerinde diğer iki gruptan anlamlı olarak daha yüksekti.
21. Öğrenimini yarıda bırakma öyküsünün varlığı, borderline hasta ailelerinde nevrotik hasta ailelerine göre anlamlı olarak daha yüksekti. Öğrenimini yarıda bırakma yaşı kontrol ailelerinde nevrotik hasta ailelerine göre anlamlı olarak daha ileri yaşlarda idi.

22. Nevrotik hasta aileleri şimdiki major depresif epizod, geçmişte m.depresif epizod ve m.depresif bozukluk, herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısı, herhangi bir SCID-I tanısının varlığı açısından kontrol aileleri grubuna göre anlamlı bir yüksekliğe sahipti.
23. Borderline anne-babalarında C kümesi kişilik bozukluğu kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti. Gene, herhangi bir A, B kümesi ya da 2. eksen tanısının varlığı açısından, borderline hasta aileleri diğer iki gruptan anlamlı olarak daha yüksek tanı alıyordu.
24. Anne babalara uygulanan Aile Değerlendirme Ölçeği alt ölçeklerinde; gereken ilgiyi gösterebilme alt ölçeği açısından sağlıksız puan alanların sayısı nevrotik hasta aileleri ile kontrol ailelerinde borderline hasta ailelerine göre anlamlı olarak daha yüksekti. Davranış kontrolü alt ölçeği açısından sağlıksız puan alanların sayısı nevrotik hasta ailelerinde diğer iki gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti.
25. Üç grubun anne babalarının MMPI skorları arasında anlamlı bir farklılık yoktu. Bu bulgular genel olarak daha önce yapılan çalışmalar ve kuramsal açıklamalar ile uyumluydu.

VII. ÖZET

Bu çalışma İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran ve nevrotik kişilik organizasyonu içerisinde değerlendirilen hastalar ve onların ebeveynleri ile kontrol grubu oluşturularak 2006-2007 yılında yürütülmüştür. Çalışmada nevrotik yapılı hastalar ve aileleri ile borderline yapılı hastalar ve ailelerinin kişilik özellikleri ve aile ilişkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışmaya 31 nevrotik yapılı hasta ile 31 sağlıklı kontrol, nevrotik yapılı hastaların 53 ebeveyni ile sağlıklı kontrollerin 49 ebeveyni alındı.

Hasta ve kontrol grubuna Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon Ölçeği, MMPI, Durumluk-Sürekli kaygı Envanteri, Aile Değerlendirme Ölçeği, Sheehan Yeti yitimi Ölçeği, SCID I ve SCID II uygulandı.

Hasta ve kontrollerin ebeveynlerine ise sosyo-demografik veri formu, RİDKÖÖ, ADÖ, MMPI, SCID I ve SCID II uygulandı. Bulgular ki-kare testi ve t-testi uygulanarak değerlendirildi.

Elde edilen veriler aynı klinikte 2002-2003 yıllarında borderline hasta ve aileleriyle yapılan çalışmanın verileriyle kıyaslandı.

Kıyaslama ve değerlendirme 2 ayrı grup üzerinden yapıldı. İlk grup hasta grubu olup nevrotik ve borderline yapılı hastalar ile kontroller arasında, ikinci grup aileler grubu olup, burada ilk grubun ebeveynleri arasında kıyaslama ve değerlendirme yapıldı.

Araştırma sonucunda hasta grubunda aile grubuna göre daha çok anlamlı sonuçlar elde edildi.

Hasta grubunda, nevroz ve kontrol grubu, borderline grubuna göre kıyaslanınca benzer sayıda ve daha çok anlamlı sonuç elde edildi. Nevroz ve kontrol grubu birbirine göre kıyaslandığında daha düşük sayıda anlamlı sonuç elde edildi.

Aile grubunda gruplar arasındaki anlamlı farklar birbirine yakın sayıda olsada, en az farklılık nevroz ebeveynleri ile kontrol ebeveynleri arasında idi.

Elde edilen bulgular genel olarak daha önce yapılmış çalışmalar ve kuramsal açıklamalar ile uyumluydu.

VIII. SUMMARY

This study which is occurred in 2006-2007 period, done among the patients of neurotic personality organisation that applied to the İstanbul Medical Faculty Psychiatry polyclinic with the control group of their parents. Within this study We aimed to evaluate the personality features and family relations of the neurotic structural patients and their families with borderline structural patients and their families.

31 neurotic structural patients with 31 healthy control group and 53 parents of neurotic structural patients with 49 parents of healthy control group has been accepted to the study.

Sociodemographic data form, beck's depression scale, MMPI, Case-Continue Worry Width, Family Evaluation Scale, Sheehan Skill Loss Scale, SCID I and SCID II applicated to the Patient and Control groups.

Sociodemographic Data Form, RİDKÖÖ, ADÖ,MMPI, SCID I and SCID II applicated to the parents of patient and control groups. Results have been evaluated by Ki-square and t-test.

Datas received by this study compared with the datas of the study done by borderline patients and their families at the same clinic in 2002-2003.

Evaluation and comparison done by the 2 different groups. First group is the patient group which has been in between neurotic and borderline structural patients with contol group and the second group is the familial group and in this group it has been compared and evaluated with the first group's families.

At the end of the study, consequently, the results have been meaningful in the patient group than the familial group.

İn comparison with the borderline group, at least in similar numbers and more meaningful results has been found out with the neurosis and control groups in the patients group.

There was, no matter the meaningful differences are very near to each other in numbers, the minimum differences in between neurosis's parents and control's parents.

Consequent results were proper in general to the studies and theoretical explanations whic have been done before.

IX. KAYNAKLAR

1. Abiodun OA, Ogunremi OO, 1990. Psychiatric morbidity in medical and surgical wards of a Nigerian general hospital. *J Psychosom Res.* 34:409-417.
2. Adler D ve Price JH, 1985. Relation of Agoraphobics' Health Locus of Control Orientation to Severity of Agoraphobia: *Psychological Reports*, cilt:56, s:619-625.
3. Adler G, *Borderline Psychopatology and Its Treatment.* Jason Aranson, 1985.
4. Adler G & Buie DH, 1979. Aloneness and borderline psychopatology: The possible relevance of child development issues. *International Journal of Psycho-Analysis.* 60: 83-96.
5. Akhtar S, Byrne JP, Doghramji K, 1986. The demographic profile of borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*, 47(4):196-8.
6. Akiskal HS, 1981. Subaffective disorders:Dysthymic,cyclotymic and bipolar II disorders in the "borderline" realm. *Psychiatr Clin North Am*,4:25-49.
7. Aksüt D, 2003. Borderline kişilik bozukluğu olgularında anne-baba kişilik özellikleri ve aile ilişkileri. *Uzmanlık Tezi, İstanbul.*
8. Allport G, 1937. *Personality: A Psychological Interpretation.* London.
9. Allen DM, Abramson H, Whitson S, Al-Taher M, Morgan S, Veneracion-Yumul A, Kondam S, Goswami Y, Mason M, 2005. Perceptions of contradictory communication from parental figures by adults with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 46; 340– 352.
10. American Psychiatric association (APA), 2000. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed, text revision).* Washington, DC : Author.
11. Arknoff DB ve Mahoney MJ, 1979. *The Role of Perceived Control in Psychopathology:* Hillsdale, NJ, Erlbaum.
12. Ateşçi FÇ, Karadağ F, Oğuzhanoğlu NK, 2000. Bir üniversite hastanesinde yatan hastalarda psikiyatrik bozukluk dağılımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(3):148-156.
13. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, 2002. Eskişehir ilinde birinci basamak sağlık kurumlarında verilen ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi; 13(2): 115-124.
14. Bagge C, Nickell A, Step S, Durret C, Jackson K & Trull TJ, 2004. Borderline personality disorder features predict negative outcomes 2 years later. *Journal of Abnormal Psychology.* 113;279-288.
15. Bandelow B, Krause J, Wedekind D, Broocks A, Hajak G, Rütger E, 2005. Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Research* 134;169- 179.
16. Baron M, Gruen R, Asnis L & Lord S, 1985. Familial transmission of Schizotipal and borderline personality disorders. *American Journal of Psychiatry.* 142; 927-933.
17. Bateman A, Fonagy P, 2004. *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment.* Oxford: Oxford University Pres.
18. Beck JS (1995) *Cognitive Therapy Basics and Beyonds.* New York, Guilford Press, s.118-120.

19. Beck AT, Freeman A (1990) *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York, London, The Guilford Press.
20. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J, (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4:561-71.
21. Beck AT, Weishaar M (1989) *Cognitive therapy*. *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy*. A Freeman, KM Simon, LE Beutler et al. (Ed), New York, Plenum Press, s.21-35.
22. Beeber AR, Kline MD, Pies R W, Manring J M Jr, 1984. Dexamethasone suppression test in hospitalized depressed patients with borderline personality disorder. *J Nerv Ment, Dis*, 172:301-3.
23. Belek İ (1999) Genel Sağlık Anketi ile ölçülen ruhsal sorunlar ve sosyodemografik eşitsizlikler: Antalya'da bir alan çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(3): 163-172.
24. Benassi VA, Sweeney PH, DuFour CL, 1988. Is There a Relation Between Locus of Control Orientation and Depression: *Journal of Abnormal Psychology*, cilt:97, s:357-367.
25. Biaggio AMB, 1985. Relationships Between State-Trait Anxiety and Locus of Control: Experimental Studies With Adults and Children: *International Journal of Behavioral Development*, cilt:8, s: 153-166.
26. Black, D.W., Noyes, R., Pföhl, B., et al (1993), Personality disorder in obsessive-compulsive volunteers, well comparison subjects, and their first-degree relatives. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1226-1232.
27. Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS, 1994. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 151:979-86.
28. Boğoçlu K, 2003. *Borderline kişilik bozukluğunda psikolojik özellikler ve II. Eksen eş tanıları*. Uzmanlık tezi: İstanbul.
29. Böke Ö, Aker S, 2004. Samsun'da altı yıllık bir psikiyatri muayehane çalışmasının değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 5; 154-162.
30. Brown, G.R., Anderson, B., 1991. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American Journal of Psychiatry* 148, 55-61.
31. Bulut I, (1990). *Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı Özgüzelış Matbaası*, Ankara.
32. Burger JM, 1984. Desire for Control, Locus of Control and Pronesness to Depression: *Journal of Personality*, cilt:52, s:153-166.
33. Byerly FC, Carlson WA, Comparison among inpatients, outpatients, and normals on three self-report depression inventories. *J Clin Psychol*. 1982 Oct; 38(4):797-804.
34. Chaudhry BR, 2004. Psychosocial risk factors associated with the development of borderline personality features, The University of North Carolina at Greensboro, 72 pages; AAT 3158561.
35. Cherulnik PD, Citrin MM, 1974. Individual Differences in Psychological Reactance: The Interaction Between Locus of Control and Mode of Elimination of Freedom: *Journal of Personality and Social Psychology*, cilt:29, s: 398-404.

36. Clifton A, Pilkonis PA, McCarty C, 2007. Social Networks in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. 21(4); 434-441.
37. Coccaro EF, Siever LJ, Klar HM, Maurer G, Cochrane K, Cooper TB, 1989. Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 46:587-99.
38. Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A and Ullrich S, 2006. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain *British Journal of Psychiatry*, 188; 423-431.
39. Crandll VC, Katrovsky W, Crandell VJ, 1965. Children's Beliefs in Their Control of Reinforcements in Intellectual Academic Achievement Behaviors: *Child Development*, cilt:36, s:91-109.
40. Dağ İ, 1991. Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği'nin Üniversite Öğrencileri İçin Güvenirlik ve Geçerliliği: *Psikoloji Dergisi*, cilt:7, s:10-16.
41. Daley SE, Burge D & Hammen C, 2000. Borderline personality disorder symptoms as predictors of 4-year romantic relationship dysfunction in young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 109; 451-460.
42. Davis WL Phares E, 1969. Parental Antecedents of Internal-External Control of Reinforcement: *Psychological Reports*, cilt:24, s:427-436.
43. Dhossche D, Snell KS, Larder S, 2000. A case-control study of tattoos in young suicide victims as a possible marker of risk. *J Affect Disorder* ,59(2):165-8.
44. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Baskı (DSMIV), Washington DC, American Psychiatric Association.(1994).
45. Dowson J, Bazanis E, Rogers R, et al. 2004. Impulsivity in patients with borderline personality disorder. *Compr. Psychiatry*. 45:29-36.
46. Epstain NB, Bolwin LM ve Bishop DS (1983); *The McMaster Family Assesment Device: Journal of Marital and Family Therapy*, cilt:9, s:171-180.
47. Epstain S, Meier P, 1989. Constructive Thinking: A Broad Coping Variable With Specific Components: *Journal of Personality and Social Psychology*, cilt:57, s: 332-350.
48. Erik H. Erikson, İnsanın sekiz çağı, 1. Baskı, Birey ve toplum Yayınları, Aralık 1984.
49. Fenton BT, 1998. Familial correlates of anxiety and depression in high-risk offspring. Ph.D. dissertation, Yale University, United States -- Connecticut. Retrieved November 21, 2007, from ProQuest Digital Dissertations database. 291 pages; AAT 9831429.
50. Foster T, Gillespie K, McClelland R, Patterson C, 1999. Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. *Br J Psychiatry* ,175:175-9.
51. Freud A (1965) *Normality and Pathology in Childhood (Assesments of Developmant)* International Universities Press Inc. New York.
52. Freud A, 1936. *The ego and defance mechanisms*: Hogart Pres, London, 1968.
53. Freud S, 1915. *Repression*. Standart Edition. Vol.14, pp. 141-158. Hogart Press, London.
54. Fyer MR, Frances AJ, Sullivan T, Hurt SW, Clarkin, 1988. Suicide attempts in patients with borderline personality disorder. *Can J Psychiatry*,33(5):355-9.

55. Fyer MR, Frances AJ, Sullivan T, et al. Suicide attempts in patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1998;145:737-9.
56. Gabbard GO, 1990. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. American Psychiatric Press, Washington DC.
57. Gabbard GO, 1994. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: The DSM IV Edition*: American Psychiatric Press Inc., Washington, DC.
58. Gagnon P, 1993. Role of the family in the development of borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*. 38(9):611-6.
59. Ganallen RJ ve Blaney PH, 1984. Stress, Externality and Depression: *Journal of Personality*, cilt:52, s:326-337.
60. Gandolfo RL, Templer DI, Cappelletty GG, Cannon WG, 1991. Borderline, depressive and schizophrenic discrimination by MMPI. *J Clin Psychology*, 47:783-9.
61. Geçtan Engin, 1999. *Psikanaliz ve sonrası*, 4. Basım, Remzi Kitabevi, S:203, İstanbul.
62. Geyran PÇ (1995) Mektup: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Ruh Sağlığı uygulamaları Üzerine. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6(4):311-312.
63. Gladwell S. Bookshelf. Melanie Klein: From Theory to Reality. *Lancet* 1992;340:1149-1150.
64. Gonzales JJ, Magruder KM, Keith SJ ve ark. (1994) Mental disorders in primary care services: an update. *Public Health Rep*, 109(2): 251-258.
65. Goodman M, New A, Siever L, 2004. Trauma, genes, and the neurobiology of personality disorders. *Ann N Y Acad Sci* ;1032:104-16.
66. Gökler B (1991) Çocuklarda kendilik gelişimi ve patolojileri: Bir derleme ve klinik örnekler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2:1:13-19.
67. Greenberg JR, Mitchell SA, 1983. *Object Relations in Psychoanalytic Theory*: Harvard Uni. Pres.
68. Grilo CM, Becker DF, Fehon DC, Walker ML, Edell WS, McGlashan TH, 1996. Gender differences in personality disorders in psychiatrically hospitalized adolescents. *Am J Psychiatry*, 153:1089-91.
69. Grover KE, Carpenter LL, Price LH, Gagne GG, et al. (2007). The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. *Journal of Personality Disorders*, 21(4), 442-7.
70. Gunderson JG (1984); *Borderline Kişilik Bozukluğu*; Hekimler Yayın Birliği, 1994.
71. Gunderson JG. *Borderline personality disorder: a clinical guide*. Washington: American Psychiatric Press; 2001. p. 37.
72. Gunderson JG, 1996. The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *Am J Psychiatry*. 153: 752-58.
73. Gunderson JG, Lyoo IK, 1997. Family problems and relationships for adults with borderline personality disorder. *Harvard Review Psychiatry*. 4(5):272-8.
74. Güleç ve Köroğlu, *Psikiyatri temel kitabı*, Hekimler yayın birliği, 1997 Ankara, S:180- 182.

75. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S, 2001. Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve yeti yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12: 89-98.
76. Hale W. ve Cochran D, 1987. The Relationship Between Locus of Control and Self-Reported Psychopathology: *Journal of Social Psychology*, cilt:127, s:31-37.
77. Halpin G, Whiddon T, 1980. The Relationship of Rerceived Parental Behaviors to Locus of Control and Self-Esteem Among American Indian and White Children: *Journal of Social Psychology*, cilt:111, s:189-195.
78. Hart et al. Predicting recurrence of m.depressive disorder in young adults. *Journal of Abnormal Psychology*. 2001, 110, 633-643.
79. Henderson C, Thornicroft G, Glower G, 1998. Inequalities in mental health. *Br J Psychiatry*, 173:105-109.
80. Herran A, Vazquez-Barquero JL, Artal J ve ark. (1999) The recognition of mental disease in primary health care and its determining factors. *Actas Esp Psiquiatr*, 27(2): 87-95.
81. Hill J, Pilkonis PA, Morse JG, Fekse U, Reynolds SK, Hope H, et al 2006. Social domain dysfunction in borderline and avoidant personality disorders. Unpublished manuscript.
82. Hinshaw SP, 2003. Impulsivity, emotion regulation and developmental psychopatology. *Ann N Y Acad Sci*. 1008; 149-159.
83. Hoffart A, Martinsen EW, 1990. Agoraphobia, Depression, Mental Health Locus of Control and Attributional Styles: *Cognitive Therapy and Research*, cilt:14, s:343-351.
84. Hoffman PD, Buteau E, Fruzzetti AE, 2007. Borderline personality disorder: Neo-personality inventory ratings of patients and their family members. *The International Journal of Social Psychiatry*. 53;204.
85. Hoffman PD, Buteau E, Hooley JM, Fruzzetti AE, Bruce ML, 2003. Family Members' Knowledge about Borderline Personality Disorder: Correspondence with their levels of depression, burden, distress and expressed emotion. *Family Process*; 42,4; Academic research library pg. 469.
86. Holder EE, Levi DJ, 1988. Mental Healt and Locus of Control: SCL-90.R and Levenson's IPC Scales: *Journal of Clinical Psychology*, cilt:44, s:753-755.
87. Hong JP, Samuels J, Bienvenu OJ, Fang-Chi H, Eaton WW, Costa PT, et al. 2005. The longitudinal relationship between personality disorder dimensions and global functioning in a community-residing population. *Psychol Med*.35:891 -5.
88. Hudziak JJ, Boffeli TJ, Kreisman JJ, Battaglia MM, Stanger C, 1996. Clinical study of the relation of borderline personality disorder *Am J Psychiatry*,153(12):1598-606.
89. Iacoviello BM, Alloy LB, Abramson LY, Whitehouse WG, Hogan ME, 2007. The role of cluster B and C personality disturbance in the course of depression. *Journal of Personality Disorders*, 21(4), 371-83.
90. İnceoglu I, Franzen U & Backmund H, 2000. Personality disorders in patients in a day treatment programme for eating disorders. *European Eating Disorders Review*. 8; 67-72.
91. İşcan C (1995) Kendilik Ruhbilimi. Compos Mentis Yayınları. Ankara, Renk Ofset.

92. Jacobson E, 1964. *The Self and The Object World*: İnt.Uni.Press, New York.
93. James WH, 1957. *Internal vs. External Control of Reinforcement as a Basic Variable in Learning Theory*: Unpublished Doctoral Dissertation, Ohio State University.
94. Joe VC, 1971. *Review of Internal-External Constructs as a Personality Variable*: Psychological Report., cilt:28, s:619-640.
95. Johnson BA, Brent DA, Connolly J, Bridge J, 1995. *Familial aggregation of adolescent personality disorders*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34(6):798-804.
96. Johnson JG, Cohen P, Brown J, et al. 1999. *Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood*. *ArchGen Psychiatry* ;56:600-6.
97. Johnson JG, Smailes EM, Cohen P, Brown J, Bernstein DP, 2000. *Associations between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: findings of a community-based longitudinal study*. *Journal of Personality Disorders* 14, 171– 187.
98. Jovev M & Jackson HJ, 2004. *Early maladaptive schemas in personality disordered individuals*. *Journal of Personality Disorders*. 18; 467-478.
99. Kanoy RC, Jonhson BW, Kanoy KW, 1980. *Locus of Control and Selfconcept in Achieving and Underachieving Bright Elementary Students*: *Psychology in the School.*, cilt:17, s:395-399.
100. Kaplan İ, 1995. *Yarıkırısal bir sağlık ocağına başvuran hastalarda ruhsal bozuklukların yetiyitimi ile ilişkisi*. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6:169-79.
101. Karacan Elvan ve ark, 1998. *Klinik ve tetrapı sürecinin kendilik psikolojisi eşliğinde değerlendirilmesi: bir ergen olgu sunumu*, *Klinik Psikiyatri*:1:51-55.
102. Katkovsky W, Crandall VC, Good S, 1967. *Parental Antecedents of Childrens Beliefs in Internal-External Control of Reinforcement in Intellectual Achievement Situations*: *Child Development.*, cilt:28, s:765-776.
103. Kebbon L, Swartling PG, Smedby B ve ark. (1985) *Psychiatric symptoms and psychosocial problems in primary health care as seen by doctors*. *Scand J Prim Health Care*, 3(1): 23-30.
104. Keitner G.I ve arkadaşları, 1987. *Family Functioning and the Course of Major Depression*: *Comprehensive Psychiatry*, cilt:28, s:54-64.
105. Keitner GI et al, 1987. *Family functioning and suicidal behavior in psychiatric inpatients with major depression*. *Comprehensive Psychiatry*. 50;3:242-256.
106. Kernberg OF, 1967. *Borderline personality organization*. *J Amer Psychoanal Ass.* 15: 641-685.
107. Kernberg O, *İnternal World and External Reality: Object Relations Theory Aplied*. Jason Aranson. 1980.
108. Kernberg OF, (1976) ; *Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*: Jason Aranson Inc., 1990.
109. Kernberg OF, 1984, 1990. *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. Jason Aranson, NY.

110. Kernberg OF, 1987. Projection and projective identification: Developmental and clinical aspects. In: Sandler J. (ed): Projection, identification and projective identification. Pp. 93-115, Int. Universities Pres, Madison, CT.
111. Kernberg OF, (1984, 1986); Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies: Yale Un.Press, 1990.
112. Kernberg OF, 1975. Sınır Durumlar ve Patolojik Narsisizm: çev:Mustafa Atakay, Metis, 1999.
113. Kernberg OF, 1966. Structural Derivatives of Object Relationships: International Journal of Psychoanalysis, cilt:47, s:236-253.
114. Kernberg OF, 1977. The structural diagnosis of borderline personality organization. In: Hartcollis P. (ed). Borderline Personality Disorders. Pp. 87-121. Int Universities pres, NY.
115. Kernberg OF, Bauer S, Blumenthal R, 1981. Diagnosis Borderline Personality Organization: A Pilot Study Using Multiple Diagnostic Methods: Journal of Nerv. Ment. Dis., cilt:169, s:225-231.
116. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS, 2003. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*, 289:3095–105.
117. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE, 2005. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62:593–602.
118. Kilmann PR, Hawell RJ, 1974. Effects of Structure of Marathon Group Therapy and Locus of Control on Therapeutic Outcome: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, cilt:42.
119. Kisely SR, Goldberg DP, 1997. The effect of physical ill health on the course of psychiatric disorder in general practice. *Br J Psychiatry*. 170:536-540.
120. Klein DN, Riso LP, Donaldson SK et al, 1995. Family study of early-onset dysthymia. Mood and personality disorders in relatives of outpatients with dysthymia and episodic major depression and normal controls. *Archives of General Psychiatry*, 52, 487-496.
121. Klein M, Öner Y, Çocukken Başlar İsyarı. İstanbul. Era Yayıncılık, 1993.
122. Koenigsberg HW, Handley R, 1986. Expressed emotion: from predictive index to clinical construct. *Am J Psychiatry*, 143:1361 - 73.
123. Koenigsberg HW, Harvey PD, Mitropoulou V, New AS, Goodman M, Silverman J et al. 2001. Are the interpersonal and identity disturbances in the borderline personality disorder criteria linked to the traits of affective instability and impulsivity?. *Journal of Abnormal Disorders*. 15: 358-370.
124. Kohut H (1971) *The Analysis of the Self*, New York, International Universities Press.
125. Kohut H (1988) *The Restoration of the Self*. 7. baskı, New York, Connecticut, International Universities Press.
126. Kongsakon R, 2005. The Functioning and quality of life of depressive patients with 12 weeks of psychiatric care. *J Med Assoc Thai.*, 88: 1261-6 (özet).

127. Krishnan KRR, Davidson JRT, Rayasam K, Shope F, 1984. The dexamethasone suppression test in borderline personality disorder. *Biol Psychiatry*,19:1149-53.
128. Kullgren G, 1988. Factors associated with completed suicide in borderline personality disorder. *J Nerv Ment Disorders*,176(1):40-4.
129. Lahmeyer HW, Val E, Gaviria FM, Prasad RB, Pandey GN, Rodgers P, 1988. EEG sleep,lithium transport,dexamethasone suppression and monoamine oxidase activity in borderline personality disorder. *Psychiatry Res*,25:19-30.
130. Layton C, 1985. The Relationship Between Externality and General, Nonpsychotic Psychiatric Morbidity in Normal Males: Perceptual and Motor Skills, *cilt:61, s:746*.
131. Lefcourt HM, 1972. *Recent Developments in the Study of Locus of Control*: New York, Academic Press, *cilt:6, s:1-39*.
132. Lenzenweger MF, Loranger AW, Korfine L et al, 1997. Detecting personality disorders in a nonclinical population. *Archives of General Psychiatry*, 54, 345-351.
133. Leon AC, Olfson M, Broadhead WE et al. (1995). Prevalence of mental disorders in primary care. *Arch Fam Med*, 4(10):857-861.
134. Leyton M, Okazwa H, Diksic M, et al. 2001. Brain regional α - [11 C] methyl-L-Tryptophan trapping in impulsive subjects with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 158: 775-782.
135. Linehan MM, 1993. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
136. Links PS, Steiner M & Huxley G, 1988. The occurrence of borderline personality disorder in families of borderline patients. *Journal of Personality Disorders*. 2;14-20.
137. Loranger AW, Oldham JM & Tulis EH, 1982. Familial Transmission of DSM-III Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*. 39; 795-799.
138. Mahler M.S.,(1968) *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*.
139. Mahler M.S.,(1971) *A Study of Separation-Individuation process and its application to borderline phenomena in the psychoanal. study child*, 26:403-424
140. Mahler M.S.,(1974) *Symbiosis and individuation :The psychological birth of the human infant. Psychoanal. study child* ,29:89-106.
141. Mahler M.S., McDevitt J.B.(1989) *The separation - individuation process and identity formation . The Course of Life , Cilt :2 (19-35)*
142. Mahler M.S.,Pine F., Bergman A.(1975) *The Psychological Birth of the Human Infant*.
143. Maier W, Lichtermann D, Klingner T et al, 1992. Prevalences of personality disorder (DSM-III-R) in the community. *Journal of Personality Disorders*, 6,187-196.
144. Masterson JF, 1988. *The search for the real self: Unmasking the personality disorders of our age*. New York: The Free Press.
145. Mayou R, Hawton K, 1986. Psychiatric disorder in the general hospital. *Br J Psychiatry*. 149:172-190.

146. McDonald AP, 1971. Internal-External Locus of Control: Parental Antecedent: Journal of Consulting and Clinical Psychology, cilt:37, s: 147-149.
147. McKinley JC, Hathaway SR, Meehl PE, 1948. The MMPI; V1. The K Scale: Journal of Consulting Psychology, cilt:12, s:20-31.
148. Mehlum L, Jensen AI, 2006. Suicidal behaviour in borderline personality disorder. Tidsskr Nor Laegeforen. 16;126(22):2946-9.
149. Meissner WW, 1984. The borderline spectrum: Differential diagnosis and developmental issues. New York: Jason Aronson Inc.
150. Merikangas KR, Swendsen LD (1997). Genetic Epidemiology of Psychiatric Disorders. Genet Epidemiol. Epidemiologic Reviews, 19:144-155.
151. Meyer B, 2002. Personality and mood correlates of avoidant personality disorder. J Personal Disord ,16(2):174-88.
152. Miller IW et al, 1986. Family functions in the families of psychiatric patients. Comprehensive psychiatry. 27;4:302-312.
153. Millon T (2000) Sociocultural conceptions of the borderline personality. The Psychiatric Clinics of North America; 23: 123-136.
154. Mirci Erk Selma, 2000. Kişilik ve psikoterapi yazıları, 1. Basım, Alan Yayınları, İstanbul S:165-166.
155. Moldin SO, Rick JP, Erlenmayer-Kimling L et al, 1994. Latent structure of DSM-III-R Axis II psychopathology in a normal sample. Journal of Abnormal Psychology, 2, 259-266.
156. Moskowitz AK, Barker S, & Ellson L, (2005). Replication of Dissosiation-psychosis link in New Zealand students and inmates. Journal of Nervous and Mental Disease. 193; 722-727.
157. Moss HB, Yao JK, Panzak GL, 1990. Seratonegic responsivity and behavioral dimensions in antisocial personality disorder with substance abuse. Biol Psychiatry. 28: 325-38.
158. O'Connell M, Cooper S, Perry JC, Hoke L, 1989. The relationship between thought disorder and psychotic symptoms in borderline personality disorder. J Nerv Ment Disorder,177(5):273-8.
159. Odağ C, 2001. Nevrozlar. Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları No: 1,2. İzmir.
160. Odağ C. Yansıtımlı Özdeşim. Nöropsikiyatri Arşivi .1994 (31) (3) ; 97 .103.
161. Oldham JM., 1994. Personality disorders. Current perspectives. JAMA,14; 272 (22): 1770-6.
162. Ornstein A (1981) Self-pathology in childhood: Developmental and clinical considerations. Psychiatr Clin North Am, 4: 435-453.
163. Öner N,(1994) Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler :Bir Başvuru Kaynağı. İstanbul Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.
164. Pandey J, 1979. Social Participation as a Function of Internal-External Control of Reinforcement: Journal of Social Psychology, cilt:107, s:285-286.
165. Paris J, 1997. Childhood trauma as an etiological factor in the personality disorders. Journal of Personality Disorders. 11;34-49.

166. Paris J, 2003. Personality disorders over time: Precursors, course and outcome. Washington DC: American Psychiatric Press.
167. Patience DA, McGuire RJ, Scott AI, Freeman CP, 1995. The Edinburgh Primary Care Depression Study: personality disorder and outcome. *Br J Psychiatry*,167(3):324-30.
168. Patrick CJ,(1984). Emotion and psychopathy: startling new insights. *Psychophysiology*, 31(4):319-30.
169. Perry JC, Klerman GL, 1980. Clinical features of the borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* ,137(2):165-73.
170. Phares EJ, 1957. Expectancy Changes in Skill and Chance Situations: *Journal of Abnormal and Social Psychology*, cilt:54, s:339-342.
171. Phares EJ, 1976. *Locus of Control: A Personality Determinant of Behavior*: Morristown, New Jersey, General Learning Pres.
172. Pollio DE, North CS, Osborne V, Kap N, Foster DA, 2001. The Impact of Psychiatric Diagnosis and Family System Relationship on Problems Identified by Families Coping with a Mentally Ill Member. *Family Process*; 40:199–209.
173. Putnam KM, Silk KR, 2005. Emotion dysregulation and the development of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*. 17: 899-925.
174. Püsküllüoğlu A, 1994. *Arkadaş Türkçe Sözlük*. Ankara Arkadaş Yayınevi.
175. Rotter JB, 1971. *External Control and Internal Control: Psychology Today*.
176. Rotter JB,1990. Internal vs. External Control of Reinforcement: A Case History of a Variable, *American Psychologist*, cilt:45, s:489-493.
177. Rotter JB, 1975. Some Problems and Miscoceptions Related to the Construct of Internal vs. External Control of Reinforcement: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, cilt:40, s:313-321.
178. Sadock BJ, Sadock VA, 2007. *Kişilik Bozuklukları*. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Türkçe çeviri. 8. Baskı 3. cilt, Güneş Kitabevi.
179. Sadock BJ, Sadock VA, 2007. *Kişilik ve Psikopatoloji Kuramları*. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Türkçe çeviri. 8. Baskı 3. cilt, Güneş Kitabevi.
180. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratay C (2000) Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11(1):3-16.
181. Samuels J, Eaton WW, Bienvenu J, Clayton P, Brown H, Costa PT, et al. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *Br J Psychiatry* 2002;180:536-42.
182. Samuels JF, Nestadt G, Romanoski AJ et al, 1994. DSM-III personality disorders in the community. *American Journal of Psychiatry*, 151,1055-1062.
183. Sansone, R.A., Gaither, G.A., Songer, D.A., 2002. The relationships among childhood abuse, borderline personality, and selfharm behavior in psychiatric inpatients. *Violence and Victims* 17, 49– 55.
184. Savaşır I, 1981. *Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri El Kitabı (Türk Standardizasyonu)* Sevinç Matbaası.

185. Scharff J.S., Scharff D E. Object Relation Couple Therapy. 1. baskı Inc. North Wale, New Jersey, London Jason - Aronson 1991.
186. Shea MT, Benjamin LS, Clarkin JF, Magnavita J, 1999. Personality disorders. *J Clin Psychology*,55(11):1371-84.
187. Shore RE, 1967. Parental Determinants of Internal-External Control: Unpublished Doctoral Dissertation, Syracuse University.
188. Silverman JM, Pinkham L, Horvath TB, Coccaro EF, Klar H, Schear S, Apter S, Davidson M, Mohs RC, Siever LJ, 1991. Affective and impulsive personality disorder traits in the relatives of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 148;1378– 1385.
189. Skodol AE, Gunderson JG, Bruce P, Thomas A, Widigerf TA, 2002. Review the borderline diagnosis : psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Society of Biological Psychiatry* , 51(12, 15):936-950.
190. Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Dyck IR, Stout RL, BenderDS, Grilo CM, Shea MT, Zanarini MC, Morey LC, Sanislow CA, Oldham JM, 2002. Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *Am J Psychiatry*, 159(2):276-283.
191. Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, Morey LC, Sanislow CA et al, 2005. The collaborative longitudinal personality disorder study. *Journal of Personality Disorders*, 19, 487-504.
192. Skodol AE, Oldham JM, Bender DS, Dyck IR, Stout RL, Morey LC, et al. (2005). Dimensional representations of DSM-IV personality disorders: Relationships to functional impairment. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1919-1925.
193. Snyder S and Pitts WM, 1986. Characterizing somatization, hypochondriasis, and hysteria in the borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 73(3): 307-314.
194. Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R, 1994. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*,151:1316-23.
195. Soloff P, Lynch KG, Kelly TM. Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *Am J Psychiatry* 2000;157:601-8.
196. Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM, 2002. Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *J Personal Disord* ,16(3):201-14.
197. Soloff PH, Millward JW, 1983b. Psychiatric disorders in the families of borderline patients. *Archives of General Psychiatry*. 40; 37– 44.
198. Solomon D, Oberlander MI, 1974. *Locus of Control in the Classroom*: New York, Harper and Row.
199. Sorias S, (çeviri editörü)(1990).DSM III R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu Kişilik Bozuklukları Formu: SCID II. İzmir: Ege Üniversitesi Yayınevi.
200. Sorias S, Saygılı R, Elbi H, Vahip S, Mete L, Nigirne Z ve ark. 1988. DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi Türkçe versiyonu: SCID. İzmir: Ege Üniversitesi Matbaası.

201. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE,(1970). Manual for State-Trait Anxiety Inventory, California: Consulting Psychologists Press.
202. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M (1987). Structured clinical interview for DSM-III-R. Washington DC: American Psychiatric Press.
203. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First M (1990). Manual for the structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders. Washington DC: American Psychiatric Press.
204. Stefan Brunnhuber, 2003. Differential-Diagnosis of Obsessive-Compulsive Symptoms in the Borderline Personality disorder. American Journal of Psychotherapy; 57, 4; Health Module pg. 460.
205. Stipek DA, 1980. Causal Analysis of Relationship Between Locus of Control and Academic Achievement in First Grade: Contemporary Education Psychology, cilt:5, s:90-99.
206. Strickland BR, 1965. The Prediction of Social Action from a Dimension of Internal-External Control: Journal of Social Psychology, cilt:66, s:353-358.
207. Şahin D, 2001. Borderline Kişilik Örgütlenmesinin Klinik Görünümü ve Tanısal Özellikleri:Yayınlanmamış makale.
208. Tegin B (1980). Depresyonda bilişsel bozukluklar:Beck modeline göre bir inceleme.(Yayınlanmamış doktora tezi), H.Ü. Psikoloji Bölümü,Ankara.
209. Thase ME (1996) The role of Axis II comorbidity in the management of patients with treatment-resistant depression. Psychiatr Clin North Am; 19: 287-309.
210. Torgersen S. Epidemiology. In Oldham JM, Skodol AE, Bender DS eds. The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2005:129-141.
211. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V, 2001. The prevalence of personality disorders in a community sample. Arch Gen Psychiatry, 58:590–596.
212. Torgersen S, Lygren S, Olen PA, Skre I, Onstad S, Evvardsen J, Et al. 2000. A twin study of personality disorders. Comprehensive Psychiatry. 41;416-425.
213. Trull TJ, 2001. Structural relations between borderline personality disorder features and putative etiological correlates. Journal of Abnormal Psychology 110, 471– 481.
214. Trull TJ, Useda D, Conforti K, & Doan B, 1997. Borderline personality disorder features in young adults: Two year outcomes. Journal of Abnormal Psychology. 106, 307-314.
215. Tura SM, 2000. Günümüzde Psikoterapi: Metis Yayınları.
216. Tümkaya S, Özdel O, Değirmenci T, Oğuzhanoğlu NK, 2005. Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniği hastalarında psikiyatrik tanı ve tedavi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6:36-40.
217. Türkçapar MH, Işık B,2000. Borderline Kişilik Bozukluğu; Psikiyatri Dünyası, 4:44-49.
218. Tweed DL, Goering P, Lin E, & Williams JL, 1998. Psychiatric morbidity and physician visits: 36. 573-585.
219. Valiente DS, 1994. Perceived family functioning in the borderline adolescent, Miami Institute of Psychology of the Caribbean Center for Advanced Studies, 145 pages; AAT 9500569.

220. Volkan VD, 1979. Primitive internalized object relations. A clinical study of schizophrenic, borderline and narcissistic patients. Int. Univeversities Press, NY.
221. Volkan V. Psikanaliz Yazıları, Ceyhun B, Çevik A(çev.) 2.baskı. Ankara Bilimsel Tıp Yayınevi, 1997.
222. Volkan VD, Çevik A, 1992. İçe alınmış nesne ilişkileri kuramı ve borderline-narsistik kişilik bozuklukları. Psikanaliz Yazıları. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
223. Von Korff M, Shapiro S, Burke JD ve ark. (1987) Anxiety and depression in a primary care clinic: Comparison of Diagnostic Interview Schedule, General Health Questionnaire, and practitioner assessment. Arch Gen Psychiatry, 44(2): 152-156.
224. Wallace ER, 1994. Dinamik Psikiyatri. Atalay H.(çev.) 1.baskı. İstanbul Eylül Yayınları.
225. Wells KB, Golding JM, Burnom A, 1988. Psychiatric disorder in a sample of the general population without chronic medical conditions. Am J Psychiatry. 145:976-981.
226. West M, Keller A, Links P, Patrick J, 1993. Borderline disorder and attachment pathology. Can J Psychiatry. 38 (suppl 1): S16-S22.
227. Williamson DE, 1998. A controlled family study of depression and anxiety in children. Ph.D. dissertation, University of Pittsburgh, United States -- Pennsylvania. 203 pages; AAT 9919347.
228. Williamson DE, Forbes EE, Dahl RE and Ryan ND, 2005. A Genetic Epidemiologic Perspective on Comorbidity of Depression and Anxiety Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, Volume 14, Issue 4, Pages 707-726.
229. Winnicot DW, 1998. Oyun ve Gerçeklik. Birkan T.(çev.) 1. baskı, İstanbul Metis Yayınları.
230. Yen S, Pagano ME, Shea MT, Grilo CM, Gunderson JG, Skodol AE, McGlashan TH, Sanislow CA, Bender DS and Zanarini MC, 2005. Recent Life Events Preceding Suicide Attempts in a Personality Disorder Sample. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73: 99-105.
231. Yen S, Shea MT, Battle CL, Johnson DM, Zlotnick C, Dolan-Sewell R, Skodol AE, Grilo CM, Gunderson JG, Sanislow CA, Zanarini MC, Bender DS, Rettew JB, McGlashan TH, 2002. Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. Journal of Nervous and Mental Disease 190(8), 510-518.
232. Yeşilyaprak B, 1988. Lise Öğrencilerinin İçsel ya da Dışsal Denetimli Oluşlarını Etkileyen Etmenler: Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
233. Young DW, 1991. Family factors in failure of psychotherapy. American Journal of Psychotherapy, 65: 499-509.
234. Young JE, Lindemann MD (1992) An Integrative schema focused model for personality disorders. J Cognitive Psychotherapy, 6:11-24.
235. Zai ST & Yang D, 1998. Personality Development and Personality Disorders. Hunan Science & Technology Press. 171-212.
236. Zanarini MC, 2000. Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. Psychiatr Clin North Am, 23(1):89-101.

237. Zanarini MC & Frankenburg FR, 1997. Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. 11;93-104.
238. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel EA, Trikha A, Levin A, et al 1998. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 155:1733-9.
239. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB & Silk KR, 2005. The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders*. 19: 505-523.
240. Zanarini MC, Frankenburg FR, Yong L, Raviola G, et al. 2004. Borderline psychopathology in the first-degree relatives of borderline and axis II comparison probands. *Journal of Personality Disorders*. 18(5); 439-447.
241. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, Chauncey DL, 1990. Discriminating borderline personality disorder from other Axis II disorders. *Am J Psychiatry*,147(2):161-7.
242. Zanarini MC, Gunderson JG, Marino MF, Schwartz EO, Frankenburg FR, 1988. DSM-III disorders in the families of borderline outpatients. *Journal of Personality Disorders*. 2; 292-302.
243. Zimmerman M & Coryell W, 1989.) DSM III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 682-689.
244. Zimmerman M, Mattia JI, 1999. Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, 40(4):245-52.
245. Zweig-Frank H & Paris J, 2002, Predictors of outcome in a 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 43; 103-107.

X. EKLER

EK 1

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER FORMU

Adı, Soyadı:**Protokol No:**..... **Tarih:**.....

1.Cinsiyet: 1.Kadın 2.Erkek

2.Doğum Tarihi: Ay: Yıl:

3.Doğum Yeri:

1.Köy 2. İlçe 3. Küçük il 4.Büyük il.

4.15 Yaşına kadar büyüdüğü yer:

1.Köy 2. İlçe 3. Küçük il 4. Büyük il

5.Kardeş sayısı:(kendisi dahil):

6.Kaçıncı çocuk olduğu:

7.Medeni Durum:

1.bekar 2.evli/birlikte yaşıyor 3.boşanmış/ayrı yaşıyor 4.dul

8.Çocuk sayısı:

9.Kimle yaşıyor:

1-yalnız 2-anne-baba ve kardeşlerle 3-anne ile 4-baba ile

5-anne- kardeşlerle 6-baba ve kardeşlerle 7-kardeşlerle

8-akrabalarla 9-eşi ile 10-eş ve çocuklarıyla 11 -çocuklarıyla

10.Eğitim:

1-eğitimsiz 2-okur-yazar 3-ilkokul 4-ortaokul 5-lise

6-üniversite 7-mastır/doktora

11.Meslek:

1- yok 2- işçi 3-memur 4-emekli 5-serbest

meslek 6-esnaf 7-kendi işi 8-aile işi

12.Sosyo-Ekonomik Durum:

1. düşük 2-orta halli 3-iyi 4-çok iyi

13.Gelir Durumu (\$/kişi/ay.....).

1.Düşük 2.Orta 3.Yüksek 4.Çok Yüksek

14.Tedavi Giderlerini Kim Karşılıyor:

1'.Ücretli, ailesi 2.Ücretli, kendisi 3.Evraklı, ailesi 4.Evraklı, kendisi

15.Geçimini kim sağlıyor:

1-kendisi

2-ekonomik bağımlı

16.Anne Eğitimi: 16aneg.

1-eğitimsiz

2-okur-yazar 3-ilkokul

4-ortaokul

5-lise

6-üniversite

7-mastır/doktora

17.Anne Mesleği:

1-yok

2- işçi

3 - memur

4-emekli

5-serbest meslek(dr,müh,av)

6-esnaf

7-kendi işi

8-aile işi

18.Baba Eğitimi:

1-eğitimsiz

2-okur-yazar

3-ilkokul

4-ortaokul

5-lise

6-üniversite

7-mastır/doktora

19.Baba Mesleği:

1- yok

2- işçi

3 - memur

4-emekli

5-serbest

meslek(dr,müh,av)

6-esnaf

7-kendi işi

8-aile işi

20.İŞ Deneyimi:

1. Var

2.Yok

21.Son 5 Yılda İşsiz Kaldığı Toplam Süre:.....(ay)**22.Son5 Yılda İşsiz Kaldığı En Uzun Süre:.....(ay)****23.Toplam işsiz kalma süresi:.....(ay)****24.Son 5 Yılda Değiştirdiği İş Sayısı:.....****25.Bir İşte En Uzun Çalışma Süresi:.....(yıl)****26Ailesinde Psikiyatrik Hastalık Öyküsü****Nevrotik 0/1****Psikotik 0/1****Suisid 0/1****Yatış 0/1**

Anne

Baba

Kardeşler

1

2.

3

Akrabalar

1

2

3

27.YAŞAM OLAYLARI

her olayın stres skorunu kodlayın

1-hiç 2-hafif3-orta 4-ciddi 5-aşırı 6-felaket

_____ hastanın o sıradaki vasi stres skoru

Ayrılık

Anne ölümü

Baba ölümü

Eş ölümü

Kardeş ölümü

Çocuk ölümü

Yakın arkadaş/akraba ölümü

Yaralanma/kaza

Geçirilen hastalıklar

Fiziksel taciz

Cinsel taciz

Ortam değişikliği

Öğrenimi yanda bırakma

Diğer

28.İntihar Girişimi:(0-yok,1-var)

29.İntihar girişimleri: (yaş) 1-

2-

3-

4-

30.İntihar girişimi sayısı:

31.Alkol Kullanımı:

0. Yok

1. Seyrek/sosyal

2. Seyrek aralıklı tepkisel kullanım

3. Sık aralıklı tepkisel kullanım

4. Her akşam belli miktarlarda (2-3 bardak)

5 Her akşam belli miktarda (bir büyük şişe)

6. Giderek artan miktarda sürekli

32.Madde Kullanımı:.

O.yok

1 .aralıklı madde kullanımı

2.madde kötüye kullanımı

3. madde bağımlılığı

33.Psikotik semptomatoloji: (o-yok, 1-var)

34.Psikotik semptomların olduğu dönemler(ne kadar:ay önce)

1

2

3

35.Hastalık başlangıç yaşı

36.Toplam hastalık süresi (ay olarak)

37.Psikiyatrik yatış sayısı

38.Psikiyatrik yatışlar _____yaş_____ süre(gün)

1.

2.

3.

39.Toplam yatış süresi: (ay olarak)

EK 2

RİDKOÖ ANKET FORMU

Bu anket, toplumumuzdaki bazı önemli olayların farklı insanları etkileme biçimini bulmayı amaçlamaktadır. Her maddede "a" ya da "b" harfleriyle gösterilen iki seçenek bulunmaktadır. Lütfen her seçenek çiftinde sizin kendi görüşünüze göre gerçeği yansıttığına en çok inandığınız cümleyi (yalnız bir cümleyi) seçiniz.

Seçiminizi yaparken seçmeniz gerektiğini düşündüğünüz veya doğru olmasını arzu ettiğiniz cümleyi değil, gerçekten daha doğru olduğuna inandığınız cümleyi seçiniz. Bu anket, kişisel inançlarla ilgilidir : Bunun için "Doğru" ya da "Yanlış" cevap diye bir durum söz konusu değildir.

Anketteki cümle çiftleri ile ilgili tercihlerinizi size verilen cevap kağıdı üzerinde belirteceksiniz. Tercihlerinizi belirtmeye geçmeden önce cevap kağıdının baş tarafında yer alan tanıtıcı bilgiler bölümünü eksiksiz doldurunuz ve sonra da anketi cevaplamaya başlayınız. Okuduğunuz cümle çiftinin numarasını cevap kağıdında bulunuz ve seçtiğiniz cümleyi gösteren harfin yanındaki parantezin içine (X) işareti koyunuz.

Bazı maddelerde her iki cümleye de inandığınızı ya da hiç birine inanmadığınızı düşünebilirsiniz. Böyle durumlarda, kendi görüşünüz açısından gerçeğe uygun olduğuna daha çok inandığınız cümleyi seçiniz. Seçim yaparken her bir cümle için bağımsız karar veriniz; önceki tercihlerinizden etkilenmeyiniz.

1 — a) Ana—babaları çok fazla cezalandırdıkları için çocuklar problemlili oluyor.

b) Günümüz çocuklarının çoğunun problemi, ana—babaları tarafından aşırı serbest bırakılmalarıdır.

2— a) İnsanların yaşamındaki mutsuzlukların çoğu, biraz da şanssızlıklarına bağlıdır.

b) İnsanların talihsizlikleri yaptıkları hataların sonucudur.

3— a) Savaşların başlıca nedenlerinden biri , halkın siyasetle yeterince ilgilenmemesidir.

b) İnsanlar savaşı önlemek için ne kadar çaba harcarsa harcasın, her zaman savaş olacaktır.

4— a) İnsanlar bu dünyada hak ettikleri saygıyı er geç görürler.

b) İnsan ne kadar çabalarsa çabalasın ne yazık ki değeri genellikle anlaşılmaz.

5— a) öğretmenlerin öğrencilere haksızlık yaptığı fikri saçmadır.

b) öğrencilerin çoğu, notlarının tesadüfi olaylardan etkilendiğini fark etmez.

6— a) Koşullar uygun değilse insan başarılı bir lider olamaz.

b) Lider olamayan yetenekli insanlar, fırsatları değerlendirememiş kişilerdir.

7— a) Ne kadar uğraşsanız da bazı insanlar sizden hoşlan-

mazlar.

b) Kendilerini başkalarına sevdiremeyen kişiler, başkalarıyla nasıl geçinileceğini bilmeyenlerdir.

8 —a) İnsanın kişiliğinin belirlenmesinde en önemli rolü kalıtım oynar.

b) İnsanların nasıl biri olacaklarını kendi hayat tecrübeleri belirler.

9 -a) Bir şey olacaksa eninde sonunda olduğuna sık sık tanık olmuşumdur.

b) Ne yapacağıma kesin karar vermek kadere güvenmekten daima daha iyidir.

10 -a) iyi hazırlanmış bir öğrenci için, adil olmayan bir sınav hemen hemen söz konusu olamaz.

b) Sınav soruları derste işlenenle çoğu kez o kadar ilişkisiz oluyor ki, çalışmanın anlamı kalmıyor.

11 -a) Başarılı olmak çok çalışmaya bağlıdır; sansın bunda ya hiç ya da çok küçük bir payı vardır.

b) İyi bir iş bulmak, temelde, doğru zamanda doğru yerde bulunmaya bağlıdır.

12 -a) Hükümetin kararlarında sade vatandaş da etkili olabilir

b) Bu dünya güç sahibi bir kaç kişi tarafından yönetilmektedir ve vatandaşın bu konuda yapabileceği fazla bir şey yoktur.

- 13—a) Yaptığım planları yürütebileceğimden hemen hemen eminimdir.
b) Çok uzun vadeli planlar yapmak her zaman akıllıca olmayabilir. Çünkü bir çok şey zaten iyi ya da kötü şansa bağlıdır.
- 14—a) Hiç bir yönü iyi olmayan insanlar vardır. b) Herkesin iyi bir tarafı vardır.
- 15—a) Benim açımdan istediğimi elde etmenin talihle bir ilgisi yoktur.
b) Çoğu durumda, yazı—tura atarak da isabetli kararlar verebiliriz.
- 16—a) Kimin patron olacağı genellikle, doğru yerde ilkönce bulunma şansına kimin sahip olduğuna bağlıdır.
b) İnsanlara doğru şeyi yaptırmak bir yetenek işidir; şansın bunda payı ya hiç yoktur ya da çok azdır.
- 17—a) Dünya meseleleri söz konusu olduğunda çoğumuz anlayamadığımız ve kontrol edemediğimiz güçlerin kurbanıyızdır.
b) İnsanlar, siyasal ve sosyal konularda aktif rol alarak dünya olaylarını kontrol edebilirler.
- 18—a) Birçok insan, rastlantıların yaşamlarını ne derece etkilediğinin farkında değildir.
b) Aslında "Şans" diye birşey yoktur.....
- 19—a) İnsan, hatalarını kabul edebilmelidir.
b) Genelde en iyisi insanın hatalarını örtbas etmesidir.
- 20—a) Bir insanın sizden gerçekten hoşlanıp hoşlanmadığını bilmek zordur.
b) Kaç arkadaşınızın olduğu, ne kadar iyi olduğunuza bağlıdır.
- 21 —a) Uzun vade de yaşamımızdaki kötü şeyler, iyi şeylerle dengelenir.
b) Çoğu talihsizlikler yetenek eksikliğinin, ihmalin tembelliğin ya da her üçünün birden sonucudur.
- 22-a) Yeterli çabayla, siyasal yolsuzlukları ortadan kaldıracabiliriz.
b) Siyasetçilerin kapalı kapılar ardında yaptıkları üzerinde halkın fazla bir kontrolü yoktur.
- 23—a) Öğretmenlerin verdikleri notları nasıl belirlediklerini bazan anlayamıyorum.
b) Aldığım notlarla çalışma derecem arasında doğrudan bir bağlantı vardır.
- 24—a) İyi bir lider, ne yapacaklarına halkın bizzat karar vermesini bekler.
b) İyi bir lider herkesin görevinin ne olduğunu bizzat belirler.
- 25—a) Çoğu kez başıma gelenler üzerinde çok az etkiye sahip olduğumu hissedirim.
b) Şans ya da talihin yaşamımda önemli bir rol oynadığına inanmam.
- 26 —a) İnsanlar arkadaşça olmaya çalışmadıkları için yalpadırlar.
b) İnsanları memnun etmek için çok fazla çabalamanın yararı yoktur. Sizden hoşlanırlarsa hoşlanırlar.
- 27—a) Liselerde atletizme gereğinden fazla önem veriliyor.
b) Takım sporları kişiliğin oluşumu için mükemmel bir yoldur.
- 28—a) Başıma ne gelmişse, kendi yaptıklarımıdır.
b) Yaşamımın alacağı yön üzerinde bazan yeterince kontrolümün olmadığını hissediyorum.
- 29—a) Siyasetçilerin neden öyle davrandıklarını çoğu kez anlayamıyorum.
b) Yerel ve ulusal düzeydeki kötü idareden uzun vade de halk sorumludur.

EK 3**AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ**

Açıklama: ilişkide aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatle okuduktan sonra, sizin ailenize ne derece uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür.

Her cümle için 4 seçenek söz konusudur

- Aynen Katılıyorum (1)
 Büyük ölçüde katılıyorum (2)
 Biraz katılıyorum (3)
 Hiç katılmıyorum (4)

Eğer cümle sizin ailenize tamamen uyuyorsa işaretleyiniz. Eğer cümle sizin ailenize çoğunlukla uyuyorsa işaretleyiniz. Eğer cümle sizin ailenize çoğunlukla uymuyorsa işaretleyiniz. Eğer cümle sizin ailenize hiç uymuyorsa işaretleyiniz.

Her cümlelerin yanında 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uyan seçeneği parantez () içine alarak işaretleyiniz. Her cümle için uzun uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen cevap doğrultusunda hareket edin. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER

1- Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	1	2	3	4
2- Günlük hayatımızdaki sorunların hemen hepsini aile içinde hallederiz.	1	2	3	4
3- Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenini bilir.	1	2	3	4
4- Bizim evde kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	1	2	3	4
5- Evde birinin başı derde girdiğinde diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	1	2	3	4
6- Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	1	2	3	4
7- Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	1	2	3	4
8- Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına vamayız.	1	2	3	4
9- Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	1	2	3	4
10- Gerektiğinde aile üyelerinin görevlerini hatırlatır kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	1	2	3	4
11- Evde dertlerimizi, üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	1	2	3	4
12- Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.	1	2	3	4
13- Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğinizde sizi dinlerler.	1	2	3	4
14- Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	1	2	3	4

15- Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	1	2	3	4
16- Ailemiz üyeleri birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	1	2	3	4
17- Evde herkes, başına buyruktur.	1	2	3	4
18- Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirinin yüzüne söyler.	1	2	3	4
19- Ailede bazılarımız duygularımızı belli etmeyiz.	1	2	3	4
20- Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	1	2	3	4
21- Ailecek, korkularımız ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınılız.	1	2	3	4
22- Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	1	2	3	4
23- Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	1	2	3	4
24- Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	1	2	3	4
25- Bizim ailede herkes kendini düşünür.	1	2	3	4
26- Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	1	2	3	4
27- Evimizde banyo, tuvalet bir türlü temiz durmaz.	1	2	3	4
28- Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	1	2	3	4
29- Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	1	2	3	4
30- Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	1	2	3	4
31- Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinmeyiz.	1	2	3	4
32- Ailemizde sert kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	1	2	3	4
33- Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışılız.	1	2	3	4
34- Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	1	2	3	4
35- Evde, genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	1	2	3	4
36- Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız.	1	2	3	4
37- Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.	1	2	3	4
38- Ailemizde bir dert varsa kendi içinde hallederiz.	1	2	3	4
39- Ailemizde sevgi, şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	1	2	3	4
40- Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	1	2	3	4
41- Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	1	2	3	4
42- Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterirler.	1	2	3	4
43- Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzüzdür.	1	2	3	4
44- Ailemizde hiçbir kural yoktur.	1	2	3	4
45- Evde birinden birşey yapması istendiğinde, mutlaka takip edilmesi ve kendine hatırlatılması gerekir.	1	2	3	4

46- Aile içinde, herhangi bir sorunun nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	1	2	3	4
47- Evde kurallara uyulmadığı zaman ne yapılacağını bilmeyiz.	1	2	3	4
48- Bizim evde aklınıza gelen herşey olabilir.	1	2	3	4
49- Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	1	2	3	4
50- Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	1	2	3	4
51 - Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	1	2	3	4
52- Sinirlenince birbirimize küseriz.	1	2	3	4
53- Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez. çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	1	2	3	4
54- Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışırız.	1	2	3	4
55- Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler.	1	2	3	4
56- Aile içinde birbirimize güveniriz.	1	2	3	4
57- Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	1	2	3	4
58- İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	1	2	3	4
59- Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleyebiliriz.	1	2	3	4
60- Problemlerimizi çözmek için ailece çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	1	2	3	4

EK 4

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

YÖNERGE: Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta " içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
b) Kendimi üzgün hissediyorum.
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. a) Gelecekte umutsuz değilim.
b) Gelecek konusunda umutsuzum.
c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3. a) Kendimi başarısız görmüyorum.
b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
d) Kendimi bir " insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4. a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum;
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum:
6. a) Cezalandırılıyormuşum . gibi d uygula r içinde deği lim. ...
b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim.
c) Cezalandırılacaktım gibi duygular yaşıyorum.
d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7. a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
d) Kendimden nefret ediyorum
8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok,
b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.
c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10. a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
c) Şimdilerde her an ağlıyorum.
d) Eskiden ağlayabilirdim, şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11. a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam. .
b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.

12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
 B) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
 c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
 d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
 b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
 c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
 d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğumu sanmıyorum.
 b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum.
 c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
 d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
 c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
 d) Hiç çalışmıyorum.
16. a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
 b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
 c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
 d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
 b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
 c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
 d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18. a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
 b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
 c) Şimdilerde iştahım epey kötü.
 d) Artık hiç iştahım yok.
19. a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
 b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
 c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
 d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
 b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
 c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
 d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.
21. a) Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok
 b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
 c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
 d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

EK 5

Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE)

YONERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra şu anda hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin. Hayır (1), Biraz (2), Çok (3), Her zaman (4).

- 1— Şu anda sakinim (1) (2) (3) (4)
- 2— Kendimi emniyette hissediyorum. (1) (2) (3) (4)
- 3 — Şu anda sinirlerim gergin. (1) (2) (3) (4)
- 4— Pişmanlık duygusu içindeyim. (1) (2) (3) (4)
- 5 — Şu anda huzur içindeyim. (1) (2) (3) (4)
- 6— Şu anda hiç keyfim yok. (1) (2) (3) (4)
- 7 — Başıma geleceklerden endişe ediyorum. (1) (2) (3) (4)
- 8 — Kendimi dinlenmiş hissediyorum. (1) (2) (3) (4)
- 9— Şu anda kaygılıyım. (1) (2) (3) (4)
- 10 — Kendimi rahat hissediyorum. (1) (2) (3) (4)
- 11 — Kendime güvenim var. (1) (2) (3) (4)
- 12 — Şu anda asabım bozuk. (1) (2) (3) (4)
- 13 — Çok sinirliyim. (1) (2) (3) (4)
- 14 — Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum. (1) (2) (3) (4)
- 15 — Kendimi rahatlamış hissediyorum. (1) (2) (3) (4)
- 16 — Şu anda halimden memnunum. (1) (2) (3) (4)
- 17 — Şu anda endişeleniyorum. (1) (2) (3) (4)
- 18 — Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum. (1) (2) (3) (4)
- 19 — Şu anda seviçliyim. (1) (2) (3) (4)
- 20 — Şu anda keyfim yerinde. (1) (2) (3) (4)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin. Hayır (1), Biraz (2), Çok (3), Her zaman (4).

21 — Genellikle keyfim yerindedir. (1) (2) (3) (4)

22 — Genellikle çabuk yorulurum. (1) (2) (3) (4)

23 — Genellikle kolay ağlarım. (1) (2) (3) (4)

24 — Başkaları kadar mutlu olmak istedim. (1) (2) (3) (4)

25 — Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım. (1) (2) (3) (4)

26 — Kendimi dinlenmiş hissedirim. (1) (2) (3) (4)

27 — Genellikle sakın, kendime hakim ve soğukkanlıyım. (1) (2) (3) (4)

28 — Güçlüklerin, yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim. (1) (2) (3) (4)

29 — Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim. (1) (2) (3) (4)

30 — Genellikle mutluyum. (1) (2) (3) (4)

31 — Herşeyi ciddiye alır ve etkilenirim. (1) (2) (3) (4)

32 — Genellikle kendime güvenim yoktur. (1) (2) (3) (4)

33 — Genellikle kendimi emniyette hissedirim. (1) (2) (3) (4)

34 — Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım. (1) (2) (3) (4)

35 — Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim. (1) (2) (3) (4)

36 — Genellikle hayatımdan memnunum. (1) (2) (3) (4)

37 — Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder. (1) (2) (3) (4)

38 — Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam. (1) (2) (3) (4)

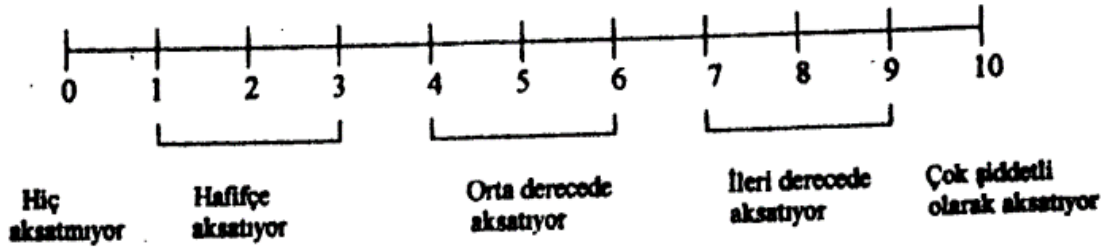
39 — Akli başında ve kararlı bir insanım. (1) (2) (3) (4)

40 — Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder. (1) (2) (3) (4)

EK 6

SHEEHAN YETİYİTİMİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki şekilde görülen 0'dan 10'a kadar derecelendirilmiş ölçekte, şu anda, belirtilen alanların herbiri için ne kadar etkilendiğinizi ya da kısıtlandığınızı en iyi tanımlayan sayıyı kutu içine yazınız.



İş:

Şu anda sorununuz nedeniyle işiniz ne kadar aksamaktadır?
(0-10)

Sosyal Yaşam ve Boş Zaman Uğraşları:

Şu anda sorununuz nedeniyle sosyal yaşamınız ve boş zaman uğraşlarınız ne kadar aksamaktadır?
(0-10)

Aile Yaşamı ve Evdeki Sorumluluklar:

Şu anda sorununuz nedeniyle aile yaşamınız ve eve ait sorumluluklarınız ne kadar aksamaktadır?
(0-10)