



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM
DALI**

**Çocukluk Çağında Ruhsal Travmaya Maruz Kalan
Ergenlerde Borderline Kişilik Bozukluğu Gelişimini
Yordayan Faktörlerin İncelenmesi**

**Uzmanlık Tezi
Dr. Sefa COŞĞUN**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Nusret SOYLU**

İSTANBUL 2018



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM
DALI**

**Çocukluk Çağında Ruhsal Travmaya Maruz Kalan
Ergenlerde Borderline Kişilik Bozukluğu Gelişimini
Yordayan Faktörlerin İncelenmesi**

**Uzmanlık Tezi
Dr. Sefa COŞĞUN**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Nusret SOYLU**

İSTANBUL 2018

ÖNSÖZ

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda geçirdiğim 4 yıl boyunca eğitimim için destek, yönlendirme, bilgi ve deneyimlerini paylaşan Prof. Dr. Behiye Alyanak, Doç. Dr. Murat Coşkun, Doç. Dr. Nusret Soylu hocalarıma ve Uzm. Dr. İlyas Kaya'ya

Asistanlığımın 2 yılı boyunca kliniğimizde olan ve eğitimime katkıları olan Doç. Dr. Ayşe Kılınçaslan ve Prof. Dr. Salih Zoroğlu'na

Bu çalışmanın her aşamasında bana destek sağlayan, zamanını ve yardımını hiç esirgemeyen, tez danışmanım, Değerli Hocam Doç. Dr. Nusret Soylu 'ya,

Dostluğunu ve desteğini hiç eksik etmeyen arkadaşlarım Dr. Yusuf Ay, Dr. Alper Alnak, Dr. Hülya Alınay, Dr. İdil Haspalamut, Dr. Süleyman Çakıroğlu, Dr. Sena Saygılı, Dr. Özgür Önder Demirtaş, Dr. İpek Kuşçu Özücer, Dr. Nurdan Ünaldı, Dr. Dilara Bulanık, Dr. Yasemin Çelik ve adını sayamadığım asistanlığım süresince birlikte olmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma,

Psikiyatri rotasyonum sırasında çalışma fırsatı bulduğum Prof. Dr. Alp Üçok, Prof. Dr. Raşit Tükel, Prof. Dr. Doğan Şahin, Doç. Dr. Sibel Çakır hocalarıma ve Uzm. Dr. Erhan Ertekin'e

Çocuk Nörolojisi rotasyonum sırasında birlikte çalıştığım değerli hocalarım, asistan arkadaşlarım ve diğer tüm sağlık çalışanı arkadaşlarıma,

Bir ekip olarak birlikte çalıştığımız tüm psikolog, pedagog, hemşire, sekreter ve personelimize,

Her zaman yanımda olan anneme, babama ve kardeşime, sevgi ve desteğini hep hissettiğim, Değerli eşim Merve'ye,

Sevgi ve saygılarımı sunar, teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	İ
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU	3
2.1.1. TARİHÇE	3
2.1.2. EPİDEMİYOLOJİ	4
2.1.3. TANI VE KLİNİK ÖZELLİKLER	4
2.1.4. EŞ TANI ve AYIRICI TANI	9
2.1.5. ETİYOLOJİ	10
2.1.6. KURAMLARA GÖRE BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU	18
2.1.7. TEDAVİ	22
2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMALARI	24
2.2.1. TRAVMA TANIMI	24
2.2.2. FİZİKSEL İSTİSMAR	25
2.2.3. CİNSEL İSTİSMAR	26
2.2.4. DUYGUSAL İSTİSMAR	27
2.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMALARI VE BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİ	28
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	36
3.1. ARAŞTIRMA MERKEZİ VE ÖRNEKLEM	36
3.2. UYGULAMA	38
3.3. GEREÇLER	38
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	43
4. BULGULAR	43
4.1. Bireysel Sosyodemografik Özellikler	43
4.2. Ailesel Soysodemografik Özellikler	44
4.3. Gelişimsel Özellikler	46
4.4. Tıbbi Geçmiş İle İlişkili Özellikler	47
4.5. Cinsel İstismar ile İlgili Özellikler	48

4.6.	Fiziksel ve Duygusal İstismar ve Özellikleri	50
4.7.	İki Grubun Kullanılan Ölçekler Açısından Karşılaştırılması	51
4.8.	İstismar Türlerine Göre Borderline Kişilik Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	53
4.9.	İki Grubun Bağlanma Stillerine Göre Karşılaştırılması.....	55
4.10.	Çocukluk Çağı Ruhsal Travması Ölçeği ile Borderline Kişilik Ölçeği Arasındaki Korelasyon	55
4.11.	Borderline Kişilik Ölçeği ve Aile Değerlendirme Ölçeği Arasındaki Korelasyon ..	56
4.12.	Borderline Kişilik Ölçeği ile Kısa Semptom Envanteri ve Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği Arasındaki Korelasyon	57
4.13.	Olayların Etkisi Ölçeği ile BKÖ arasındaki korelasyon	59
5.	TARTIŞMA	60
5.1.	Sosyodemografik özellikler ile Borderline Kişilik Bozukluğu arasındaki ilişki.....	60
5.2.	İhmal ve istismar türleri ile borderline kişilik bozukluğu arasındaki ilişki	62
5.3.	Cinsel istismar ile ilgili özelliklerin borderline kişilik bozukluğuyla ilişkisi	63
5.4.	Fiziksel ve Duygusal İstismarın Borderline Kişilik Bozukluğu ile ilişkisi.....	64
5.5.	Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Borderline Kişilik Bozukluğu Arasındaki İlişki.....	65
5.6.	Psikiyatrik Eş Tanılar ve Borderline Kişilik Bozukluğu	66
5.7.	Aile Patolojileri ile Borderline Kişilik Bozukluğu arasındaki ilişki.....	66
5.8.	Bağlanma Stilleri ile BKB arasındaki ilişki	67
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	68
7.	REFERANSLAR	70
8.	EKLER	96
8.1.	Ek-1. Etik Kurulu Kararı.....	96
8.2.	Ek-2. Sosyodemografik Veri Formu.....	97
8.3.	Ek-3. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği.....	101
8.4.	Ek-4. Kısa Semptom Envanteri	103
8.5.	Ek-5. Borderline Kişilik Ölçeği.....	106
8.6.	Ek-6. Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği	112
8.7.	Ek-7. Olayların Etkisi Ölçeği	116
8.8.	Ek-4. İlişki Ölçekleri Anketi-Ergen Formu.....	118
8.9.	Ek-9. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	119

ÖZET

Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaya Maruz Kalan Ergenlerde Borderline Kişilik Bozukluğu Gelişimini Yordayan Faktörlerin İncelenmesi

Arka Plan ve Amaç: Borderline Kişilik Bozukluğuna (BKB) çocukluk çağı travmalarının çok sık eşlik ettiği birçok çalışmada gösterilmiştir. Ancak, çocukluk çağı travmaları ile BKB arasındaki nedensellik ilişkisi halen netlik kazanmamıştır. Çalışmamızda çocukluk çağında travmalara maruz kalan ergenlerde BKB gelişimini yordayan faktörleri araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya kliniğimize başvuran, 15-18 yaş arası ergenlerden Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğine (ÇÇRTÖ) göre 12 yaş öncesi cinsel, fiziksel ve duygusal istismarlardan en az birine maruz kalmış olan olgulardan BKB olan 38 ve olmayan 38 olgu dâhil edildi. Tüm olgular, DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu, Kişilik Bozuklukları Formu (SCID-II) ile değerlendirildi. Ayrıca her iki gruptaki olgular Sosyodemografik Veri Formunu, Borderline Kişilik Ölçeğini (BKÖ), İlişki Ölçekleri Anketi-Ergen Formunu (İÖA-EF), Disosiyatif Yaşantılar Ölçeğini (DYÖ), Aile Değerlendirme Ölçeğini (ADÖ) ve Kısa Semptom envanterini (KSE) doldurdu. İstatistiksel analizde SPSS 21 paket programı kullanıldı.

Bulgular: BKB kızlarda daha yüksekti ($p=0,025$). BKB olan olgular daha yüksek oranda psikofarmakolojik tedavi almaktaydı ($p=0,025$). En sık kullanılan psikofarmakolojik ajan antidepresan ilaçlardı. BKB olan olgular olmayan olgulara göre daha yüksek oranda cinsel istismara maruz kaldığını bildirdi ($p=0,022$). Diğer ihmal ve istismar türlerine maruz kalma oranları açısından iki grup arasında fark saptanmadı ($p>0,05$). Cinsel istismara uğrama yaşı ($p=0,740$), istismar sayısı ($p=0,404$), istismarın temas ($p>0,05$) ya da penetrasyon ($p>0,05$) içerip içermemesi, istismarın paylaşıldığı kişi ($p=0,645$), istismardan sonra tıbbi yardımın alınıp alınmadığı ($p=0,932$) iki grup arasında farklı çıkmadı. BKB olan grupta cinsel istismardan sonra geçen süre daha kısaydı ($p=0,039$). BKB olan grupta, Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) puanı ($p=0,004$), Aile Değerlendirme Ölçeğinin Davranış Kontrolü alt ölçek puanı ($p=0,044$), Kısa Semptom Envanterinin (KSE) Olumsuz benlik ($p=0,050$), Depresyon ($p=0,040$), Anksiyete ($p<0,001$), Hostilite ($p=0,005$) alt ölçek puanları BKB olmayan gruba oranla daha yüksekti. OEÖ tüm puanı ve tüm alt ölçek puanları iki grup arasında farklı

saptanmadı ($p>0,05$). Bağlanma stilleri açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0,05$). RT'nin cinsel istismar alt ölçek puanı ile BK'nn tüm puanı ($p=0,005$), intihar ve kendine zarar verici davranış alt ölçek puanı ($p=0,026$) ve psikoz benzeri durumlar alt ölçek puanları ($p=0,018$) koreleydi.

Sonuç: BKB ile çocukluk ağı travmaları arasındaki ilişki uzun zamandır çalışılmaktadır. Çalışmamızda ocukluk ağı travmalarına maruz kalan ergenlerde BKB gelişen ve gelişmeyen olgular karşılaştırılmıştır. Sonuçlarımızın literatüre ve bu alanda çalışan klinisyenlere katkı sunacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Borderline Kişilik Bozukluğu, Ergen, ocukluk ağı ruhsal travmaları, Cinsel İstismar, Fiziksel İstismar, Duygusal İstismar, İhmal

SUMMARY

Investigation of the Factors that Predict the Development of Borderline Personality Disorder in Childhood Trauma

Objective: Childhood maltreatment in the Borderline Personality Disorder (BPD) has been shown frequently in many studies. However, the causality relationship between childhood abuse and borderline personality disorder is still unclear. In this study, we aimed to investigate the relationship between childhood maltreatment and development of borderline personality disorder.

Methods: Seventy-six patients who were at least one of sexual, physical, and emotional abuse were included in the study, who were between the ages of 15 and 18, according to the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). The cases were divided into two groups with and without borderline personality disorder. All cases were evaluated with DSM-III-R Structured Clinical Interview Turkish Version, Personality Disorders Form (SCID-II). In addition, both groups completed the Sociodemographic Data Form, Borderline Personality Questionnaire (BPQ), Relationship Scale Questionnaire-Adolescent Form (RSQ-AF), Dissociative Experiences Scale (DES), Family Assessment Questionnaire (FAQ) Brief Symptom Inventory (BSE) and Impact of Events-Revised. SPSS 21 was used statistical program for analysis.

Results: Borderline personality disorder was higher in girls ($p = 0.025$). BPD cases were receiving psychopharmacologic treatment at higher rates ($p = 0.025$). The most commonly used psychopharmacological agent was antidepressant drugs. Adolescent with BPD reported higher rates of sexual abuse than adolescent without BPD ($p = 0.022$). There were no differences between the two groups in terms of exposure to other types of neglect and abuse ($p > 0.05$). There was no statistically significant difference between the groups in terms of the age ($p = 0.740$) they were seeking sexual abuse ($p =$), number of sexual abuse ($p = 0.404$), number of abuse with contacts ($p > 0.05$) or penetration ($p > 0.05$), who shared with them after abuse ($p = 0.645$), whether they had received help or not ($p = 0.932$). In group of patients with Borderline Personality Disorder, Borderline Personality Questionnaire (BPQ) had a all subscale scores and total scores ($p < 0.001$), Dissociative Experiences Scale (DES) score ($p = 0.004$), Family Assessment Scale's Behavior Control subscale ($p = 0.044$), Depression ($p = 0.040$), Anxiety ($p < 0.001$), Hostility ($p = 0.005$) subscales of Brief Symptom Inventory (BSI)

scores were higher than in the control group. The total scores and subscale scores of Impact of Events-Revised were not different between the two groups ($p > 0.05$). There was no statistically significant difference between two groups in terms of attachment pattern ($p > 0.05$). The Sexual Abuse scores of CTQ, total score and suicide, self-harming behavior subscale score and psychosis-like status subscale of BPQ scores were correlated.

Conclusions: The relationship between borderline personality disorder and childhood traumas has been studied for a long time. In our study, adolescents with childhood trauma were compared with those with and without borderline personality disorder. We are thinking that our results will contribute to the literature and clinicians working on this field.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Adolescent, Childhood Trauma, Sexual Abuse, Physical Abuse, Emotional Abuse, Neglect

KISALTMALAR

BKB:	Borderline Kişilik Bozukluğu
ABD:	Anabilim Dalı
APA:	Amerikan Psikiyatri Derneği
DEHB:	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM-II:	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, İkinci Baskı
DSM-III:	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Üçüncü Baskı
DSM-IV:	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Dördüncü Baskı
DSM-V:	Mental Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı
fMRI:	Fonksiyonel Manyetik Rezonans
MDB:	Majör Depresif Bozukluk
DB:	Davranım Bozukluğu
KOKGB:	Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu
TSSB:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
SSGI/SSRI:	Seçici Serotonin Geri alım İnhibitörleri
N/n:	Olgu Sayısı
SCID-II:	DSM-III-R Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
BKÖ:	Borderline Kişilik Ölçeği
ÇÇRTÖ:	Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği
DES:	Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği
KSE:	Kısa Semptom Envanteri
ADÖ:	Aile Değerlendirme Ölçeği

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: İki grubun bireysel sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması.....	43
Tablo 2: İki grubun ailesel sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması.....	44
Tablo 3: İki grubun gelişimsel özellikler açısından karşılaştırılması.....	46
Tablo 4: İki grubun gelişimsel özellikler açısından karşılaştırılması.....	46
Tablo 5: İki grubun tıbbi geçmiş ve özellikler açısından karşılaştırılması	47
Tablo 6: İki grubun cinsel istismar ile ilgili özellikler açısından karşılaştırılması.....	48
Tablo 7: İki grubun fiziksel ve duygusal istismar ile ilgili özellikler açısından karşılaştırılması	50
Tablo 8: İki grubun kullanılan ölçekler açısından karşılaştırılması.....	51
Tablo 9: Fiziksel İstismara Uğrayanların Borderline Kişilik Ölçeği ile Karşılaştırılması.....	53
Tablo 10: Cinsel İstismara Uğrayanların Borderline Kişilik Ölçeği ile Karşılaştırılması.....	54
Tablo 11: Duygusal İstismara Uğrayanların Borderline Kişilik Ölçeği ile Karşılaştırılması.....	54
Tablo 12: Bağlanma Stillerine Göre Grupların Karşılaştırılması.....	55
Tablo 13: Güvenli-Güvensiz Bağlanma Açısından Grupların Karşılaştırılması.....	55
Tablo 14: ÇÇRTÖ ile BKÖ arasındaki korelasyon.....	56
Tablo 15: BKÖ ile ADÖ arasındaki korelasyon.....	57
Tablo 16: BKÖ ile KSE ve DES arasındaki korelasyon.....	58
Tablo 17: Olayların Etkisi Ölçeği ile BKÖ arasındaki korelasyon.....	59

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Borderline kişilik bozukluğu (BKB) toplumda sık görülen, ergenlik ya da genç erişkinlikte başlayan, kişilerarası ilişkilerde, benlik algısında bozulma ve duygulanımda dengesizlik ile karakterize bir bozukluktur (Falk Leichsenring 2011). BKB'nin uzun dönemde, ilişki zorlukları (Daley SE 2000), yüksek işsizlik oranları (Skodol AE 2003), adli olaylar (Black DW 2007) gibi önemli etkileri vardır. BKB tanısı olan bireylerde, aile işlevselliğinde bozulma, sağlık ve ruh sağlığı kaynaklarının yaygın kullanımı söz konusudur (C. Winsper 2015).

BKB toplumun %0,5-%5,9'unda, ayaktan takip edilen hastaların %10'nunda, yatan hastaların ise %15-25'inde görülmektedir (Lenzenweger, Lane ve ark. 2007, Grant, Chou ve ark. 2008, Gunderson 2009). Çocuk ve ergenlerde, BKB sıklığı erişkinlerdeki kadar net değildir. Ergenlerde toplum temelli yapılan epidemiyolojik çalışmada BKB sıklığı %0.9-3.0 (Bernstein, Cohen ve ark. 1993, Lewinsohn, Rohde ve ark. 1997), klinik örnekleme %11 (Chanen, Jackson ve ark. 2004), yataklı servislerde %32-49'dur (Burket ve Myers 1995, Grilo, Becker ve ark. 1996).

Takip çalışmalarında, BKB olgularının semptomlarında zamanla bir gerileme görülse de, aile ve iş çevresinde yaşadıkları ilişkisel problemler aynı oranda devam etmektedir (Cohen, Crawford ve ark. 2005, Alvarez-Tomas, Soler ve ark. 2017).

Ergenlik döneminde BKB tanısı koymak yerine, tanı koymanın erişkinlik dönemine ertelenmesi hastaların erken tedavi alma şansını elinden almaktadır. Ergenlik ve erişkinlik dönemindeki BKB çalışmalarına bakıldığında, tanının zaman içerisinde görece stabil seyretmesi ve benzer sıklıkta görülmesi erken tanı konulmasının önemini desteklemektedir (Winsper, Marwaha ve ark. 2015).

Mevcut literatürde BKB'nin gelişiminin, bazı genetik faktörler ile çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir (Cattane 2017). Çevresel faktörlerden bu zamana kadar en çok çalışılmış olanı, çocukluk çağı istismarıdır. Bazı yazarlar, çocukluk çağı istismar öyküsü ile BKB arasında etiyolojik bir ilişki olduğunu savunurken, bazı yazarlar ise sıklıkla beraber bulunan iki durum olduğunu belirtmektedir (Fossati, Madeddu ve ark. 1999, Ball ve Links 2009). Çocukluk çağı travmaları, diğer kişilik bozukluklarında da yüksek olmasına rağmen, BKB hastalarında diğer bozukluklara kıyasla daha yüksek oranda çocukluk çağı travmaları ile birliktelik göstermiştir. (Battle, Shea ve ark. 2004). Bazı çalışmalarda,

çocukluk çağı istismarının BKB gelişiminde etkin olduğu bazılarında ise kişilik gelişiminden ziyade disosiyatif semptomlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Sabo 1997)

Mevcut literatürde, BKB etiyojisinde gen ve çevre etkileşimi üzerinde durulmaktadır. Linehan'nın geliştirdiği duygudurum düzensizliği ile olumsuz hayat deneyimlerinin etkileşimi sonucu BKB gelişmesi, gen-çevre etkileşimine iyi bir örnektir (Linehan 1993). Bazı yazarlar ise, çocukluk çağı istismarından çok, erken dönemde yaşanan ihmallerin BKB gelişimine sebep olduğuna inanmaktadır (Fonagy P. ve Cicchetti 2016). Bağlanma teorisine göre erken dönemde yaşanan ihmalin özellikle güvensiz bağlanmaya sebep olduğu ve yaşanan olumsuz olaylarla baş etme becerilerini etkilediği vurgulanmaktadır (Sabo 1997).

BKB ile çocukluk çağı istismarları arasındaki ilişki hala net olarak açıklanamamıştır.

Araştırmanın Amacı

Çalışmamız diğer çalışmaların kapsamlı olarak incelenmesi sonucunda, gelişimsel bir perspektiften değerlendirerek, çocukluk çağı istismar öyküsü ile BKB arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamıştır.

Hipotez

BKB ile çocukluk çağı istismarı arasındaki ilişkinin gösterilmesi planlanmaktadır. Hipotezimiz; BKB olgularında, çocukluk çağı istismarlarının daha şiddetli ve fazla olduğu, daha erken yaşlarda başladığı, daha uzun sürdüğü ve BKB olgularının istismar ile birlikte ihmal edilen bir çevrede büyüdüğüdür.

Araştırmanın Önemi

Hem çocukluk çağı istismarı yaşayan hem de BKB bulunan kişiler, sıklıkla sağlık kuruluşlarına yardım için başvurmaktadır. Fakat aralarındaki ilişki hala netlik kazanmamıştır. Çalışmamızda bu ilişkiyi göstermenin hem mevcut literatüre hem de bu alanda çalışan klinisyenlere katkı sunacağını düşünmekteyiz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU

2.1.1. TARİHÇE

Borderline kavramı sistemik olarak ilk defa Stern tarafından, psikoz ile nevroz arasına, psikanalitik çalışmaya cevap yanıtının nevrotik hastalara göre düşük olduğu bir ruhsal yapılanmayı tanımlamak için kullanılmıştır. Gelişimsel perspektiften bakan Stern, erken dönemde yaşanan istismar ve şiddet konularına dikkat çekmiştir (A. 1938). Stern'in Borderline tanımlamasından sonra, borderline hastalar için “-mış gibi kişilik” (Deutsch, 1942), “nevrotik görünümlü şizofren” (Hoch ve Polatin 1949) gibi farklı tanımlamalar yapılmıştır. Stern'den sonra ikinci sistematik tanımlamayı 1954 yılında R. Knight yapmıştır. Stern gibi o da Borderline'ı, klasik analizden fayda görmeyen, hatta analiz sonrasında daha kötüleşen bir hasta grubu olarak tanımlamıştır. Knight, bu hastaların görünimleri nevrotik hastalara benzese de temelde şizofreniye benzer bir iç yapılarının olduğunu savunmuştur (Knight 1954).

Borderline patoloji ile ilgili önemli adımları Otto Kernberg atmıştır (Kernberg, 1967). Borderline Kişilik Örgütlenmesi olarak isimlendirdiği durum, Nevrotik Örgütlenme ile Psikotik örgütlenme arasında olanları tanımlamak için kullanılmıştır. Borderline Kişilik Örgütlenmesi, kimlik bütünleşmesi ve kullandığı savunma mekanizmaları ile Nevrotik Örgütlenmeden ayrılırken, gerçeği değerlendirme yetisi (gerçeklik algısı ve gerçeklik hisleri korunmazken) ile Psikotik Örgütlenmeden ayrılır. Ayrıca borderline kişilik örgütlenmesi olan hastalarda, kaygıya karşı düşük tahammül, zayıf dürtü kontrolü, düşük yüceltme kapasitesi ve birincil süreç düşünme eğilimi gibi genel ego zayıflığının olduğunu işaret etmiştir (Rockland 2016).

DSM-III'e kadar psikopatolojiler nöroz, psikoz ve karakter bozukluklarının tanımlamaları şeklinde, belirli gruplar altında toplanmasına rağmen, 1980' de DSM-III ile diğer psikopatolojiler gibi kişilik bozukluklarının da tanı kriterleri tanımlandıktan sonra kişilik bozukluğu ile ilgili yapılan çalışmalar hız kazanmıştır (Association. 1980, Tackett 2014).

Yakın zamana kadar BKB tanısı daha çok erişkinler için düşünülürken, yeni yapılan çalışmalarda, BKB'nin ergenlik döneminde başladığı, klinik tablonun genç erişkinlerden farklı olmadığı yönünde önemli bulgular tespit edilmiştir (Paris 2008).

2.1.2. EPİDEMİYOLOJİ

Borderline Kişilik Bozukluğu ile ilgili epidemiyoloji çalışmaları daha çok erişkinlerle yapılmıştır. Çalışmanın yapıldığı örnekleme göre BKB sıklığında değişmektedir. Erişkinlerde, toplum temelli yapılmış çalışmalarda BKB sıklığı %0.7-3.9/100'dir (Lenzenweger 2008). Klinik örneklemedeki sıklık ise % 0.7-14.8/100 arasında değişmektedir (John M. Oldham 2005).

Uluslararası Kişilik Bozukluğu Sorgulaması ölçeğinin DSM-III-R ve DSM-IV uyarlamaları kullanılarak yapılan iki çalışmada, yaşam boyu kişilik bozukluğu yaygınlığı %11 ve %9'dur. BKB yaygınlığı ise %1.3 ve %0.5 olarak bulunmuştur (Lenzenweger, Loranger ve ark. 1997, Samuels, Eaton ve ark. 2002).

Çocuk ve ergenlerde, BKB sıklığı ile ilgili yapılmış çalışmalar erişkinlerde yapılmış çalışmalara oranla henüz kısıtlı düzeydedir. Ergenlerde toplum temelli yapılan epidemiyolojik çalışmalarda BKB sıklığı %0.9-3.0 (Bernstein, Cohen ve ark. 1993, Lewinsohn, Rohde ve ark. 1997), klinik örnekleme %11 (Chanen, Jackson ve ark. 2004), yataklı servislerde %32-49 olarak bulunmuştur (Burket ve Myers 1995, Grilo, Becker ve ark. 1996).

Zanarini ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, geç latent dönemde BKB sıklığını %3.2, erişkinlik döneminde BKB sıklığını %5.9 bulmuştur ve yazar çalışma sonucunda BKB hastalarının yaklaşık yarısının geç latent dönemde başladığını vurgulamıştır (Zanarini, Horwood ve ark. 2011).

2.1.3. TANI VE KLİNİK ÖZELLİKLER

Çocukluk ve ergenlik döneminde BKB tanısı koymak tartışmalıdır (A.M Chanen 2012). Bazı klinisyenler, kişiliğin ergenlik döneminde gelişmekte olduğunu o yüzden kişilik bozukluğu tanısının ergenlik döneminde konulmamasını savunmaktadır. Aynı zamanda klinisyenler damgalamaya sebep olacağını düşündükleri için ergenlik döneminde kişilik bozukluğu tanısı koymaktan kaçınmaktadır. Başka bir sebep ise, uzun zamandır düşünürlerin, ergenliği “fırtınalı ve stresli” olarak tanımladıkları düzensiz ruh halleri ve dürtüsel davranışlarla karakterize çalkantılı bir dönem olduğunu ileri sürmeleridir. Bu sebepler bir miktar kişilik patolojisi olabilecek durumları ergenlik döneminin normatif gelişimsel özellikleri olarak görülmesine ve yeterli önemi görmemesine sebep olabilmektedir (Hall 1905). Ayrıca, klinisyenler, erişkinlikten önce kişilik bozukluğu tanısı koyduklarında, erişkinlikte bu tanıyı almayacak bir kısım hasta olduğunu düşünmektedirler. Fakat kişilik bozuklukları diğer psikiyatrik bozukluklardan daha zor ya da daha az stabil değildirler ve erişkinlik dönemine geçildiğinde birden ortaya çıkmamaktadır (Burke ve Stepp 2012, Stepp, Burke ve ark. 2012).

Ergenlik döneminde bu sebeplerden dolayı kişilik bozukluğu tanısından uzak durmak, erken müdahale şansının kaçırılmasına sebep olmaktadır.

Çoğu klinisyenin, hastaları kişilik bozukluğu tanısı olsa da kişilik bozukluğu tanısı koymadıkları, semptomları kişilik özellikleri olarak tanımladıkları gösterilmiştir (Westen, Shedler ve ark. 2003). Ayrıca klinisyenlerin bir kısmının, kişilik bozukluğunun 18 yaş altında konulamadığı ile ilgili yanlış bilgiye sahip oldukları gösterilmiştir (Laurensen, Hutsebaut ve ark. 2013). 18 yaşından önce sadece Antisosyal Kişilik Bozukluğu tanısı konulmamaktadır. Çünkü o semptomları gösteren olgular için Davranım Bozukluğu tanısı konulabilmektedir. Diğer kişilik bozuklukları için böyle bir kriter bulunmaktadır.

Çocuk ve erişkin BKB hastaların semptom kümelerini karşılaştıran bir çalışmada, çocuklarda daha çok duygudurum semptomlarının ön planda olduğu, erişkinlerin ise; kimlik karmaşası, paranoya ve disosiyatif yaşantılar, dürtüsel davranışlar ve terkedilmeye tahammülsüzlüğün ön planda olduğu vurgulanmıştır (Zanarini, Horwood ve ark. 2011).

DSM-IV ile birlikte BKB tanısı çocuk ve ergenlere konulabilmektedir. DSM-V ile çocuk ve ergenler için kişilik bozukluğu tanısı erişkinlerle aynı kriterlerle konulabileceğini ve ek olarak bu semptomların en az 1 sene olması gerektiği eklenmiştir.

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskıya Göre,

Aşağıdakilerden beşi (ya da daha çoğu) ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, kişiler arası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellik ile giden yaygın bir örüntüdür.

Temel özellikleri aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır.

1. Gerçek ya da imgesel bir ayrılıp gidilmeden (terk edilmeden) kaçınmak için çılgınca çaba gösterme (Not: Beşinci tanı ölçütü kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını burada kapsamayın).
2. Gözünde aşırı büyütme (göklere çıkarma) ve yerin dibine sokma uçları arasında gelip giden, tutarsız ve gergin kişiler arası ilişkiler örüntüsü.
3. Kimlik karmaşası: Belirgin ve sürekli, tutarsız bir benlik algısı ya da kendilik duyumu.
4. Kendine kötülüğü dokunabilecek en az iki alanda dürtüsellik (Örneğin para harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, güvensiz araba kullanma, tikanırcasına yeme). (Not: Beşinci tanı ölçütü kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını burada kapsamayın)

5. Yineleyici intihar davranışları, girişimleri, göz korkutmaları ya da kendine kıyım davranışları.
6. Duygu durumunda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı olarak duygulanımında tutarsızlık (örn. yoğun dönemsel disfori, kolay kızma ya da genellikle birkaç saat, ancak seyrek olarak birkaç günden daha uzun bunalı).
7. Süreğen bir boşluk duygusu.
8. Uygunsuz yoğun bir öfke ya da öfkesini denetlemekte güçlük (Örn.: Sık sık kızgınlık gösterme, sürekli öfkeli olma, sık sık kavgaya karışma).
9. Zorlanmayla ilintili, gelip geçici kuşkucu düşünceler ya da ağır çözülme belirtileri (Birliği 2014).

Tanılama sistemlerinde kişilik bozukluğu tanıları için çocuk ve ergenler için ayrı kriterler yoktur. Sadece çocuk ve ergenlerde, kişilik bozukluğunun mevcut semptomların en az 1 yıldır süreğen olarak olması gerekmektedir. DSM-V, çocuk ve ergenlere de kişilik bozukluğu tanısı koyulabilmesine olanak sağlıyorsa da klinisyenler arasında bu tartışmalı bir konudur.

Diğer taraftan bakıldığında, ergenlik döneminde kişilik bozukluğu tanısı konulanlara ilerde ne olduğuyla ilgili akıllarda soru işareti oluşmaktadır. Literatürde bununla ilgili çalışmalara baktığımızda karşımıza iki kavram çıkmaktadır: “Rank-Order stability” ve “Mean-Level Stability”.

Rank-Order Stability: Bireylerin özelliklerinin o gruptaki diğer bireylerin özelliklerine göre göreceli olarak zamanla nasıl değiştiğini ifade eder. Yani belli kişilik özelliklerinin çan eğrisi diyebiliriz. Zaman içinde grup içindeki insanların bu özellikleri artıp azalabilir fakat o özellik normale göre hep yüksekse “Rank-Order Stability” yüksek denir.

Mean-Level Stability: Bir popülasyondaki kişilerin belli özellikleri zaman içinde artıp azalabilir. Diğer bir deyişle, “Mean-Level” değişimler insanların farklı yaşantı dönemlerinde belirli bir özellik ya da semptom ölçümlerinde artma ya da azalma eğilimi olup olmadığını ele almaktadır.

Yakın zamanda yapılmış bir meta-analizde, 19 yaşından önce BKB tanı konulan olguların tanı stabilitesinin düşük ve orta olduğunu (%14-40), mean-level (0.16-0.59) ve rank-order stabilitenin (0.53-0.73) ise orta ve yüksek olduğu bildirilmiştir (Winsper, Marwaha ve ark. 2015). Yani BKB özelliklerinin ergenlik döneminde artış gösterdiği fakat BKB tanısı alan bireylerin, almayanlara göre devamlı daha yüksek BKB özellikleri gösterdiği söylenebilir.

Ayrıca tanı stabilitesindeki bu düşüklüğün tanılama sistemlerindeki değişikliklere ve bazı akut şikayetlerin (madde kullanımı, kendine zarar verici davranışlar gibi) yaşla beraber

azalmasına bağı olduğu düşünölmüştür (Heffernan 2014). Aynı zamanda, semptomatik şikayetler geçse de altta yatan psikopatolojiler kalıcı olduğu belirtilmiştir. Uzun takip çalışmalarında, dürtüsel ve duygudurum semptomlarının gerilediğı fakat yakın sosyal ilişkilerde zorlukların devam ettiğı gösterilmiştir (Alvarez-Tomas, Soler ve ark. 2017).

Diğer yandan, geriye dönük yapılmış bir çalışmada, klinik prezentasyonun ortalama başlama yaşının 18 olduğu, standart sapmanın 5-6 yıl olduğunu tespit edilmiştir. Çalışma dikkat çeken diğer bulgu, çoğu vakanın şikayetleri sağlık kuruluşlarına başvurmadan önce 13 yaş civarı başladığıdır (M. C. Zanarini 2001).

Yukarıda bahsedilen literatür ışığında gerek semptomların başlama yaşı gerek semptomların geçerliliğı ve güvenilirliğı göz önüne alındığında erken teşhisin önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır. Ayrıca ergen BKB hastalarda sıklıkla görölen, madde kullanımı, intihar eğilimleri, akademik başarısızlıklar, sosyal alandaki zorlukların, erken tedavi şansının önemli olduğu durumlardır.

Bununla birlikte DSM-V Anabölüm III'te yeni kişilik bozukluğu tanılaması önerilmiştir. DSM-V Çalışma Grubu kişilik bozukluğunda tanı kriterlerinden dolayı eş tanı oranının çok aşırı olması sebebiyle spesifik kişilik bozukluklarının sayısını azaltılması önerilmiştir. Fakat bu yeni model kullanılmamış, tartışılması için DSM-V Anabölüm III'te yayınlanmıştır (Zimmerman 2012).

Bu modelde, tek ve genel bir kişilik bozukluğu tanımı getirmektedir. Kendilik ve kişilerarası işlevselliğı temsil eden kriterler vardır. Kendilik alanı, *kimlik* ve *kendini yönlendirmeyi*; kişiler arası alan ise *empati* ve *samimiyeti* içermektedir. Bunlar A tanı ölçütünü oluşturmaktadır. B tanı ölçütü ise sağlıklı olmayan kişilik özellikleri vardır. Bunlar; Negatif Duygulanım, Uzak Olma, Terslik-Geçimsizlik (Antagonizm), Disinhibisyon ve Psikotiklik'tir.

Kişilik işlevselliğindeki yetersizlik ve patolojik kişilik özellikleri göreceli olarak bir dizi kişisel ve sosyal durum karşısında değışiklik göstermez; kişilik, bireyin kendisi ve çevresi hakkındaki düşüncelerine, onları nasıl algıladığına ve onlarla nasıl bağ kurduğuna yönelik bir örüntü şeklinde tanımlanır (APA 2013b).

B tanı ölçütlerindeki farklılıklarla birlikte kişilik bozukluğunun “tipleri” belirlenir. DSM-V'teki Anabölüm II'deki 10 kişilik bozukluğu hepsi yoktur. Bunlardan sadece Antisosyal, Çekingen, Borderline, Narsisistik, Obsesif-Kompulsif ve Şizotipal Kişilik Bozukluğu vardır.

DSM-V Alternatif Model'e göre Borderline Kişilik Bozukluğu Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdaki dört alandan ikisinde ya da daha çoğunda, özgül birtakım güçlüklerle kendini gösteren, kişilik işlevselliğinde orta derecede ya da daha ağır bozulma:

1.Kimlik: Belirgin biçimde yetersiz, yeterince gelişmemiş ya da tutarsız benlik algısının yanı sıra çoğu zaman kendini aşırı eleştirme; süregelen boşluk duyguları, zorlanınca çözülme.

2.Kendini yönlendirme: Amaçlarda, tutkulara, değer yargılarında ya da iş tasarılarında tutarsızlık.

3.Duygudaşlık: Başlarının duygularını ve gereksinimlerini anlama yetersizliğinin yanı sıra kişilerarası aşırı duyarlılık (önemsenmeme ya da aşağılanmış olma duyguları yaşamaya yatkınlık); önyargılı olarak başlarına olumsuz birtakım nitelikler yükleme ya da kırılganlıklar.

4.Yakınlık kurma: Güvensizlik, gereksinirlik ve gerçek ya da imgesel ayrılıp gidilmeyle ilgili olarak sürekli kaygı duyma ile belirli, gergin, tutarsız ve çatışmalı yakın ilişkiler; yakın ilişkiler, çoğu zaman, göklere çıkarma ve yerin dibine sokma uçlarında görülür, aşırı yakınlaşma ve uzaklaşma arasında gidip gelinir.

B. En az birinin (5) Dürtüsellik, (6) Tehlikeyi Göze Alma ya da (7) Düşmancıl Tutum olduğu, aşağıdaki, sağlıklı olmayan yedi kişilik özelliğin dördü ya da daha çoğu:

1.Duygusal Değişkenlik (Olumsuz Duygulanımsallık'ın bir yönü): Değişken duygusal yaşantılar ve sık duygudurum değişiklikleri yoğun ve/ya yaşanan olaylarla ve içinde bulunan koşullarla orantısız, çok kolay ortaya çıkıveren duygular.

2.Tedirginlik (Olumsuz Duygulanımsallık'ın bir yönü): Çoğu zaman, kişilerarası zorlanmalardan kaynaklanan aşırı sinirlilik, gerginlik ya da panik duyguları; hoş olmayan geçmiş yaşantıların olumsuz etkileriyle ve gelecekte ortaya çıkabilecek olasılıklarla ilgili olarak kaygılanma; belirsizlikten korkma, belirsizlikten ötürü kaygılı beklentiler içinde olma ya da kötü sonuçlar doğacakmış gibi hissetme; dağılıp gideceği ya da denetimini yitireceği korkuları.

3.Ayrılma Güvensizliği (Olumsuz Duygulanımsallık'ın bir yönü): Kendisi için önemli kişilerce dışlanma ve/ya da onlardan ayrılma korkularının yanı sıra aşırı bağımlılık ve özerkliğini yitirme korkuları.

4.Çökkünlük (Olumsuz Duygulanımsallık'ın bir yönü): Sıklıkla kendini çökkün, kötü ve/ya çaresiz hissetme; bu gibi duygusal durumlardan kurtulmada güçlük

çekme; gelecekle ilgili kötümserlik, genel bir utanç duyma; benlik değerinin düşük olduğu duyguları, kendini öldürme düşünceleri ve girişimleri.

5. *Dürtüsellik* (Sınırsızlık’ın bir yönü): Anlık uyaranlara anlık tepkiler verme; tasarlamadan ve sonuçları öngörmeden, birden eyleme geçme; tasarlamakta ve tasarıları doğrultusunda ilerlemekte güçlük çekme; duygusal bir sıkıntı yaşadığında bekleyememe ve kendine kötülüğü dokunan birtakım davranışlar sergileme.

6. *Tehlikeyi Göze Alma* (Sınırsızlık’ın bir yönü): Gereksiz yere ve sonuçları düşünmeksizin, tehlikeli, kötü sonuçlar doğurabilecek ve kendine kötülüğü dokunabilecekler eylemlerde bulunma; kişisel sınırlarında ötürü bir kaygı duymama ve kendini tehlikeye attığı gerçeğini yadsıma.

7. *Düşmancıl Tutum* (Karşıtlık’ın bir yönü): Sürekli ya da sık öfke duyguları; sıradan bir önemsenmeme ve aşağılanma karşısında kolay kızma ya da öfkelenme (Birliği 2014).

Bu tanılama ölçütleri ile kişilik bozuklukları için yaş sınırı kalkmış olmaktadır. Böylelikle ergenlikte kişilik bozuklukları tanısı daha rahat konulabilecektir. Ayrıca, bu modelde kendilik ve kişilerarası ilişkilerde sorunların çekirdek belirtileri olması, klinikteki ergen BKB hastalarının semptomları ile örtüşmektedir (Skodol, Bender ve ark. 2011).

2.1.4. EŞ TANI ve AYIRICI TANI

Psikiyatrik bozukluklarının tanı ve tedavisindeki en zorlu konulardan birisi de eş tanılardır. BKB, Eksen I ve Eksen II psikopatolojileri ile yüksek oranda eş tanı oranı görülmektedir. Gelişimsel açıdan BKB değerlendirildiğinde eş tanı oranlarında gelişimsel dönemlere göre farklılık görülecektir. Literatürde eş tanıları açıklamak için üç model üzerinde durulmaktadır. Bunlar; semptomların binişiklik gösterdiği durumlar (ayrılık anksiyetesi, sosyal fobi, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, bipolar bozukluk, antisosyal kişilik, major depresyon bozukluğu, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, paranoid kişilik bozukluğu, delüzyonel bozukluktur), predispozan olarak bulunduğu (KOKGB, DB, DEHB gibi dürtü kontrol bozuklukları) ve durumu komplike haline getiren eş tanılar olarak değişmektedir (Tackett 2014).

Ergenlerle yapılan epidemiyolojik çalışmalarda bulunan eş tanı oranları ile erişkinlerde yapılan çalışmalardaki eş tanı oranları ile benzer bulunmuştur. BKB olgularının %10-30’unda Bipolar Bozukluk, %30-50’sinde Yeme Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu, %50’sinde Madde Kullanım Bozukluğu, %50-60’ında Anksiyete Bozukluğu eş tanı olarak

bulunmaktadır (Kutcher, Marton ve ark. 1990, Lewinsohn, Zinbarg ve ark. 1997, Muratori, Picchi ve ark. 2003). 10 senelik takip çalışmasında, kaygı bozukluğu eş tanı oranı %80 olarak bulunmuştur (Silverman, Frankenburg ve ark. 2012). Anksiyete Bozuklukları gibi Major Depresyon Bozukluğunda BKB olgularında sık görülür. Hayat boyu Major Depresyon Bozukluğu tanı alma oranı yapılan çalışmalarda %61 ile %83 arasında değişmektedir (Zanarini, Frankenburg ve ark. 1998, Zimmerman ve Mattia 1999, McGlashan, Grilo ve ark. 2000).

Yatan erişkin ve ergen BKB olan hastaların diğer kişilik bozukluğu eş tanı oranlarını değerlendiren bir çalışmada, erişkin grup BKB hastalarında kontrol grubuna göre B kümesindeki kişilik bozukluklarının daha sık görüldüğü, ergen BKB hastalarında bu kümelenme görülmediği, kontrol grubuna göre şizotipal ve pasif-agresif kişilik bozukluğu eş tanı oranları daha sık görülmüştür (Becker, Grilo ve ark. 2000).

BKB'nun ayırıcı tanısında, özellikle duygudurum bozuklukları, diğer kişilik bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve kimlik karmaşası sorunları düşünülmelidir.

Major Depresyon Bozukluğu ve Bipolar Bozukluğu BKB hastalarında sık görülür. BKB'de, duygudurum bozukluklarında görülen dönemsellik görülmez. Ayrıca BKB'nin başlangıcı daha erkendir ve daha uzun süreli bir gidiş söz konusudur.

BKB'nin bazı semptomları diğer kişilik bozuklukları ile benzerdir. Histriyonik Kişilik Bozukluğunda görülen, ilgi çekme arayışı, yapmacık davranışlar ve hızlı değişen duygudurum BKB hastalarında da görülebilir. Fakat BKB hastaları, kronik boşluk duygusuyla, ilişkisel öfke sonucu düzensiz ilişki paterni ile ayrılır. Narsisistik Kişilik Bozukluğu ile BKB'de sıklıkla beraber görülür ve semptomlar karışabilir. BKB'de benlik algısının sık değişmesi, terkedilme kaygıları olması ile Narsisistik Kişilik Bozukluğundan ayrılır. Antisosyal Kişilik Bozukluğu ile BKB birlikte görülebilir. İkisinde de ilişkilerdeki manipülasyon girişimleri benzerdir. Fakat altta yatan motivasyonlar farklıdır. Antisosyal Kişilik Bozukluğu olanlar bunları güç, çıkar ya da başka ekonomik doyum için yaparken, BKB olanlar terk edilmeye karşı koymak için bunu yaparlar (Birliği 2014).

Ergenlik dönemindeki kimlik kaygıları ile BKB ayırıcı tanısında önemlidir. BKB'deki kimlik kaygılarının yanında eşlik eden diğer semptomlar ile (dürtüsel davranışlar, duygudurum düzensizliği, ilişkilerde tutarsızlıklar, kendine zarar verici davranışların olması, kronik boşluk duygusu gibi) ayırıcı tanıda önemlidir (Birliği 2014).

2.1.5. ETİYOLOJİ

Çoğu psikiyatrik rahatsızlıkta olduğu gibi, BKB'de de biyolojik risk faktörleri ile psikososyal risk faktörlerinin etkileşimi ile klinik tablo ortaya çıkmaktadır. BKB'yi tek başına

açıklayabilecek tek bir risk faktörü yoktur. Ergen BKB tanılı hastalarda, etiyolojiye yönelik yapılan çalışmalarda, erişkin BKB benzer bulgular bulunmuştur (S. J. Goldman 1993, Chanen 2012).

2.1.5.1. Nörobiyolojik Faktörler

Ergen BKB etiyolojisiyle ilgili bilgilerimiz, daha çok erişkinlerle yapılmış çalışmalardan edindiğimiz verilerden oluşmaktadır. BKB’de spesifik gen bulunmamasına rağmen orta derecede kalıtsal olduğu düşünülmektedir (A.M Chanen 2012). Bununla tutarlı olarak yakın zamanda yapılan başka bir inceleme yazısında BKB kalıtsallık oranı yaklaşık %40 olarak bulunmuştur (Amad, Ramoz ve ark. 2014).

İkiz çalışmalarında, tam kriter tanı için kalıtım puanları 0.65-0.75 arasındadır (New, Goodman ve ark. 2008). Bu veri, genel olarak kişilik bozuklukları için (%40- 60) kalıtımsallık tahminleri ile tutarlıdır (Cloninger 2005).

Literatürde, erken çocukluk döneminde başlayan, dürtüsel davranışların olduğu, madde kullanımı ve hafif depresyonla seyreden “organik” BKB ve ailede duygudurum bozukluğunun sık görüldüğü, genellikle kadınlarda ve ergenlik döneminde başlayan, ciddi depresyon ile seyreden “organik olmayan” şeklinde iki tip tanımlanmıştır (Paulina F. Kernberg 2000).

M. H. Teicher ve arkadaşları (1994) ve Van der Kolk ve Greenberg (1987), çocukluk çağı istismarlarının, duygudurum labilitesi, dürtüsellik, agresyon, disosiyatif durumlar gibi semptomlar ile ilişkisini göstermiştir. Post ve arkadaşları (1984), amigdala’nın saldırgan davranışlarla olan ilgisini göstermiştir.

Beynin sağ ve sol yarıkürelerin duyguların algılanmasında ve dil işlevindeki farklı rolleri, sırasıyla bölme ve / veya disosiyasyon mekanizmaları için nörolojik bir temele işaret etmektedir (Davidson, Ekman ve ark. 1990).

İstismar mağduru olan olguların EEG’de frontotemporal bölgenin, istismar mağduru olmayan olgulara göre çok daha fazla etkilendiği gösterilmiştir. (Teicher, Glod ve ark. 1993).

Nörobiyolojik model, BKB’yi merkezi sinir sistemi işlev bozukluğu ile sık sık ilişkilendirir. Özellikle frontolimbik bağlantıların ile birçok BKB semptomu ile ilişkisi gösterilmiştir (Leichsenring, Leibing ve ark. 2011). Çeşitli defisitler, çocuğun iç ve dış dünya ile ilgili deneyimlerini, temsili iç dünya yapısını, kendi ve diğerleri ile ilgili şemalarını, kişiler arası ilişkileri etkiler. Bu defisitler, dürtüsellik, düşük fluktuasyon toleransı, kognitif kontrol, dikkat, duygulanım ve sınırdaki ego gelişimine sebep olan organik yolların etkilenmesine sebep olur. Bu bireylerde bu yüzden, madde bağımlılığı, alkolizm, histriyonik ve sosyopatik davranışlar gözlemlenebilir (Melges ve Bowlby 1969).

BKB olan olgular, şizofreni ve duygudurum bozukluğu olan olgular ile gelişimsel öyküleri açısından karşılaştırılmıştır. Erken doğum ve düşük doğum ağırlığı gibi hamilelik komplikasyonları BKB olan olgularda belirgin olarak daha fazla görülmüştür. Depresif hastalarda en az, şizofreni hastalarında en ağır olmak üzere öğrenme güçlükleri dikkat çekmiştir. Öfke patlamalarının, kafa sallamaları (head banging) BKB olan olgularda diğer iki gruba göre daha fazla, alkol ve madde kullanımının daha sık olduğu görülmüştür (Soloff ve Millward 1983).

Şizofreni ve bipolar bozukluğu hastalarının birinci derece akrabalarında BKB gelişme riskinin 10 kat arttığı bulunmuştur (Loranger, Oldham ve ark. 1982). Aynı zamanda, BKB olan olguların birinci derece akrabalarında BKB daha sık görülmektedir. (Pope, Jonas ve ark. 1983). Bu veriler hastalığın altında yatan olası genetik bir mekanizmanın varlığını göstermektedir.

Serotonin geri alım inhibitörlerinin, bazı BKB olgularında iyi geldiği bilinmektedir ve serotonin sistemi ile BKB arasında ilişki birçok çalışmaya konu olmuştur. BKB olgularında sık görülen dürtüsel agresyon düşük serotonin cevabı ile ilişkili bulunmuştur (Cloninger 2005). Bu yüzden SSRI'ların etkinliği BKB olgularında birçok kez çalışılmıştır. Bir gen çalışmasından elde edilen veriler, serotonin taşıyıcı gendeki polimorfizm sayısı (allen SLC6A4'te serotonin taşıyıcısına bağlı promoter bölge) ile borderline kişilik bozukluğu gelişimi arasındaki ilişki olduğunu gösterilmiştir (Ni, Chan ve ark. 2006). Bununla birlikte, başka bir çalışmada 5-HTTLPR'deki polimorfizmleri ile bu bozukluk arasında ilişki bulunamamıştır (Pascual, Soler ve ark. 2008). 5-HTTLPR'nin kısa alelinin varlığının borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda fluoksetin tedavisine verilen zayıf yanıtı gösterebileceği öne sürülmüştür (Silva, Iturra ve ark. 2007). Aynı zamanda, önemli hayati olaylarda serotonin sistemi etkilendiği gösterilmiştir. 5-HTTLPR'deki polimorfizmlerin, ciddi yaşam olayları ve olgularda dürtüsellik gelişimi arasındaki ilişkiyi modüle edilebileceği savunulmaktadır (Wagner, Baskaya ve ark. 2009).

Literatürde dikkat çeken başka bir gen çalışması, dürtüsel agresyon ve intihar davranışlarında rol oynayan, serotonin biyosentezinde ilk enzimi kodlayan triptofan hidroksilaz genidir. Bu genin TPH-1 ve TPH-2 olmak üzere iki izoformu vardır. TPH-2 izoformunun 8 polimorfizmi tanımlanmıştır. BKB olgularında 2 ve daha fazla poliformizm görülmektedir (Ni, Chan ve ark. 2009).

Serotonin kadar çalışılmasa da endojen opiyat sistemi BKB olgularında sık çalışılan konulardandır. Suisidal olmayan kendine zarar verici davranışlar, BKB olgularında sık görülür ve bu davranışlar endojen opiatların salınmasına sebep olur. BKB olgularında görülen bu davranışların, BKB olgularındaki düşük endojen opiat seviyesine karşı kompensatuar bir

mekanizma olarak gelişmiş olabileceği düşünülmektedir (New ve Stanley 2010, Stanley ve Siever 2010).

Son zamanlarda yapılan bir vaka kontrol çalışmasında, borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda, monoamin oksidaz A geninin promoter allelinin, sağlıklı gönüllülerden daha fazla sayıda polimorfizme sahip olduğu bulunmuştur (Caspi, McClay ve ark. 2002).

Hipotalamus-Pitüiter-Adrenal (HPA) aksı, vücudun stres karşısında nöroendokrin sistemi düzenlemektedir. Çocukluk çağında travma yaşayan kişilerde HPA aksındaki değişiklikler birçok kez çalışılmıştır. Yapılan çalışmalarda, çocukluk çağında yaşanan travmalara bağlı olarak, HPA aksının disregülasyonu tespit edilmiştir (Carpenter, Carvalho ve ark. 2007). Dekametazon-supresyon testleri ile ilgili ilk çalışmalardan elde edilen veriler, BKB olgularında yoğun kortizol üretiminden ve HPA aksının hiperaktivitesinden bahsetmektedir (Lahmeyer, Reynolds ve ark. 1989, Grossman, Yehuda ve ark. 1997).

Hem TSSB’de hem de BKB de HPA aksının etkilenmiş olması, BKB’ye TSSB’nin sık eşlik ettiği, dolayısı ile HPA aksının BKB’den ziyade TSSB’nin etkilediği şeklinde eleştirilerine sebep olmuştur. Bunun üzerine sadece TSSB ve TSSB ile BKB tanısı olan hastaların 24 saatlik idrar kortizol seviyesinin karşılaştırıldığı bir çalışmada BKB ve TSSB olan grubdaki olguların idrar kortizol seviyeleri diğer gruptaki olgulara daha yüksek çıkmıştır. Bu durum BKB etkisinden çok TSSB şiddeti ile ilişkilendirilmiştir (Southwick, Axelrod ve ark. 2003). Başka bir çalışmada, gece ölçülen serbest kortizol seviyesi, düşük TSSB belirtileri olan BKB hastalarında, TSSB belirtileri daha yüksek olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Başka bir çalışmada, TSSB eş tanısı olmayan BKB vakalarında, HPA aksının negatif feedback’in de artış ile karakterize, kortizolün hipersupresyonuna dair kanıtlar vardır (Zimmerman ve Choi-Kain 2009).

BKB hastalarında HPA aksı ile ilgili yapılmış genetik çalışmasında, FK506 bağlayıcı protein 5 (FKBP5) ve kortikotropin salan hormon geninde genetik polimorfizm saptanmıştır. Bazı alleler BKB (rs4713902 ve rs9470079) ile ilişkiliyken bazıları çocukluk çağı istismarı (rs3798347-T ve rs10947563-A) ile ilgili bulunmuştur (Martin-Blanco, Ferrer ve ark. 2016). Bu çevresel faktörlerin genetik yapıya nasıl etki ettiğini göstermektedir.

Epigenetik mekanizmalar, psikiyatrinin güncel konularındandır. Epigenetik mekanizma, genetik yapı değişmeden bazı değişikliklerle (DNA metilasyonu, histon metilasyonu, histon demetilasyonu gibi) birlikte, gen prezentasyonun değişmesi olarak tanımlanmaktadır. Epigenetik çalışmaların hedefi, çevresel faktörlerin genetik yapıyı nasıl etki ettiğini araştırmaktır. BKB ve çocukluk çağı travmaları da bu çalışmaların konusu olmuştur.

Bu konuda en çok çalışılan glukokortikoid reseptör geni (NR3C1)'dir. Erken yaşamda yaşanan olumsuz olayların NR3C1 genindeki epigenetik değişikliklerle ilişkisi, hayvanlarda, insanlarda ve postmortem çalışmalarda gösterilmiştir (McGowan, Sasaki ve ark. 2009, McGowan, Suderman ve ark. 2011, Suderman, Borghol ve ark. 2014). Martin-Blanco ve arkadaşlarının BKB hastaları ile yaptıkları çalışmada, NR3C1 metilasyonunun, çocukluk çağı travmaları ile klinik semptom şiddeti, kendine zarar verici davranışları ve daha önce hastaneye yatışlarıyla ilişkisini göstermiştir (Martin-Blanco, Ferrer ve ark. 2014). Yapılan çalışmaların sonucunda, çocukluk çağında yaşanan travmaların NR3C1 geninde bazı epigenetik değişikliklere yol açtığı, bu değişikliklerin hayatları boyunca sürdüğü ve bu kişilerde BKB gelişimi için yatkınlık oluşturduğu düşünülmektedir (Cattane, Rossi ve ark. 2017).

2.1.5.2. Nörogörüntüleme Çalışmaları

BKB olgularında Bilgisayarlı tomografi ile yapılan çalışmalarda, herhangi bir morfolojik değişiklik saptanmamış olsa da yapısal manyetik rezonans görüntüleme ile yapılan bazı çalışmalarda amigdala ve hipokampus hacminde azalma bildirilmiştir (Schmahl, Vermetten ve ark. 2003, Weniger, Lange ve ark. 2009). Bu bulgulara benzer şekilde, ergenlerde BKB semptomların ilk ortaya çıkmasından sonra amigdalada morfolojik değişiklikler saptanmamıştır (Chanen, Velakoulis ve ark. 2008).

TSSB ve BKB birlikte sık eşlik eden klinik tablolardır. Bazı yazarlar limbik sistemdeki morfolojik değişiklikleri BKB'den çok TSSB etkisi olduğunu savunmaktadır. TSSB olan olgularda, amigdala hacminde azalma olmamasında rağmen, hipokampal volüm azalmıştır (Bremner, Randall ve ark. 1997). Yakın tarihli bir meta-analizde BKB olan olgularda amigdala hacmi sağlıklı kontrollere göre küçük olmasına rağmen (Schmahl, Berne ve ark. 2009), bu analizde yer almayan çalışmalarda elde edilen veriler, bazılarının takipleri sırasında amigdala hacminin azalma göstermediği görülmüştür (Minzenberg, Fan ve ark. 2008). Aynı zamanda, komorbid TSSB'si olan olgularda, TSSB'nin amigdala üzerine etkisinin dikkate alınması gerektiğini vurgulanmaktadır. Çünkü bazı çalışmalarda, TSSB'nin eşlik etmediği, BKB olgularında amigdala volümünde bir azalma tespit edilmemiştir (Schmahl, Berne ve ark. 2009). Bu veriler birlikte değerlendirildiğinde, BKB olgularındaki amigdala volümü ile ilgili bilgiler tutarsızdır (Falk Leichsenring 2011).

BKB olgularında, morfolojik değişiklikleri araştıran çalışmalarda BKB'ye özgü bulgular tespit edilememesine rağmen, anterior singulat korteks (ACC), posterior cingulat korteks (PCC), hippocampus ve pariyetal kortekte gri cevher kaybı tespit edilmiştir (Falk Leichsenring 2011).

Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) çalışmalarında, bulgular değişken olsa da çoğunlukla Prefrontal Korteks (PFK)' in hipometolizmasıyla uyumlu bulgular tespit edilmiştir (Juengling, Schmahl ve ark. 2003).

Fonksiyonel Manyetik Rezonans (fMRI) çalışmalarında bulgular daha tutarlıdır. Aversif (itici) resim ve insan yüz ifadelerinin gösterildiği iki çalışmada, BKB olguları, sağlıklı kontrollere göre daha fazla amigdala aktivasyonu göstermiştir (Minzenberg, Fan ve ark. 2007, Koenigsberg, Siever ve ark. 2009).

Sağlıklı kontrollerle yapılmış bir çalışmada, olgulara çözümlenmemiş hayat olayları hatırlanması istendiğinde sadece BKB olgularında, iki taraflı (bilateral) amigadala aktivasyonu görülmüştür (Beblo, Driessen ve ark. 2006).

Sağlıklı kontrollerle yapılmış bir çalışmada, olumlu görsel materyaller gösterildiğinde, BKB olgularında amigdala aktivasyonu görülmemiştir (Koenigsberg, Fan ve ark. 2009).

Literatürdeki olumsuz stimuluslara cevabı inceleyen fMRI çalışmalarında, genellikle ilaç ve yaş etkisi göz önünde bulundurulmamıştır. Yakın zamanda BKB olgularındaki amigdala cevabının ilaç kullanımıyla ilişkisini inceleyen bir meta-analizde, BKB olgularında görülen amigdala hiperaktivasyonun, ilaç kullanan BKB olgularında görülmediği tespit edilmiştir. (Koenigsberg, Fan ve ark. 2009). Buda ilaçların nasıl etkili olduğuna dair bir açıklama getirebilir.

Herpertz ve arkadaşlarının yaptığı fMRI çalışmasında, BKB olgularına olumsuz duygular hissettiren resimler gösterildiğinde, prefrontal korteks aktivasyonu gösterilmiştir. Bu durum yoğun duygudurumu kontrol etme girişimi olarak açıklanabilir (Herpertz, Dietrich ve ark. 2001, Beblo, Driessen ve ark. 2006). Aynı zamanda bu kişilere, hoş olmayan resimlere baktıktan sonra bilişsel olarak hissedilen olumsuz duygudan uzaklaşması istendiğinde, kontrol grubuna göre BKB olgularında anterior singulat kortekte düşük kan oksijen seviyesi tespit edilmiştir. Duyusal girdilerin manipülasyonu ve bağlamsal ipuçlarının işlenmesi gibi bilişsel kontrolün temel süreç olduğu BKB olgularında, dorsolateral PFK'in anormallikler gösterdiği tespit edilmiştir (Koenigsberg, Fan ve ark. 2009). Bu durum da BKB olgularının olumsuz duygular karşısında sağlıklı kontrollere göre baş etmekte zorlandıklarını göstermektedir. Aynı zamanda, literatürdeki BKB olgularındaki duygudurum düzensizliği ve anksiyete kuramına açıklama getirmektedir.

Yapısal ve fonksiyonel görüntüleme yöntemleri ile yapılmış çalışmalar değerlendirildiğinde, öncelikli ve en önemli bulgular; olumsuz duygular oluşturan stimuluslara karşı amigdala hiperaktivasyonu ve dorsolateral prefrontal korteks azalmış cevabı denilebilir ve

bu tanı kriterlerinden afektif instabiliteyi açıklamaktadır. Aynı zamanda, antipsikotiklerin, bu hastalarda, nasıl faydalı olmuş olabileceklerini açıklamaya yardımcı olmaktadır.

Sonuç olarak, BKB'un, anterior cingulat kortex, orbitofrontol kortex, dorsolateral prefrotal kortex, hipokampus ve amigdaladan oluşan frontolimbik ağ disfonksiyonu olduğu söylenebilir.

2.1.5.3. Aile Özellikleri

Borderline kişilik bozukluğunun etiyolojisinin araştırılması çok eski zamanlara uzanmaktadır. İlk akımı Kernberg, Adler, Masterson gibi kuramcılar oluştursada, ondan sonra gelen akım genellikle BKB olgularının aile özelliklerine odaklanmışlardır (Kernberg 1967, Adler ve Buie 1979, Masterson 2012).

BKB olgularının ailelerinde de normal popülasyona göre daha sık psikopatoloji eşlik eder (Shapiro 1978). Literatürde BKB ailelerinde çocuğun özerkliği destekleme ve bağımlılığını reddetme kaygısı olduğundan bahseder. Ebeveynlerin çocuğu narsistik doyum için kullandıkları ve çocuk ebeveynler arasındaki ikili ilişkide baskın konu olduğu gözlenmiştir. Ebeveyn ve çocuk etkileşimi kaotiktir ve sıklıkla ebeveynlerin istismar, ihmal ve tutarsız bir bakım verme süreci vardır (Bemporad, Smith ve ark. 1982). Kaotik ailenin bir sonucu olan boşanma, BKB olgularının ailelerinde, sağlıklı kontrollere göre daha fazla gözlemlenmiştir (Bandelow, Krause ve ark. 2005).

Ebeveyn tutumları ile ilgili olarak, aşırı korumacı, uygunsuz cezalandıran, tutarsız ve rollerin değiştiği ebeveyn modelleri BKB olgularında sık çalışılmıştır. BKB olgularıyla yapılan çalışmalarda ebeveynlerin daha korumacı ve uygunsuz cezalar veren ebeveynler oldukları görülmüştür (Frank ve Hoffman 1986, Torgersen ve Alnaes 1992). Ergenlerle yapılan bir çalışmada, borderline özellikler gösteren olgularda, ebeveynlerinin aşırı korumacı oldukları belirtilmiş (Nickell, Waudby ve ark. 2002).

Diğer birçok ruhsal psikopatolojide olduğu gibi düşük sosyoekonomik düzey BKB için bir risk faktörüdür. Yoksul bölgede doğan çocukların 28 yaşlarına kadar takip edildiği bir çalışmada, dezorganize bağlanma, maternal hostilite, rol değişimi, çocukta dikkat eksikliğinin olması, duygusal ve davranışsal düzensizlik ile BKB gelişimi arasında ilişki tespit edilmiştir (Carlson, Egeland ve ark. 2009). Benzer uzunlamasına yapılmış bir çalışmada, olgular 6 yaşında değerlendirildiklerinde düşük ebeveyn duygu yanıtı ve itici (aversive) ebeveyn tutumu ile BKB gelişimi arasında ilişki olabileceğini vurgulanmıştır (Johnson, Cohen ve ark. 2006).

BKB olan annelerin çocuklarının incelenmesi de psikopatolojiyi anlamak açısından önemlidir. Çünkü BKB olan bireylerin birinci derece akrabalarında BKB görülme oranı normal

popölasyona göre artmıştır (Loranger, Oldham ve ark. 1982). BKB olan anneler, bağlanma kuramı perspektifinden değerlendirildiğinde, 2 aylık çocuklarına karşı empatik olmayan mődahalelerde bulundukları (intrusive insensivity) (Crandell, Patrick ve ark. 2003), korkmuş ve şaşırımış davranışlar gösterdikleri kaydedilmiştir (Hobson, Patrick ve ark. 2009). Ayrıca bu çocuklar 13 aylıkken tekrar değerlendirildiklerinde %80'nin dezorganize bağlanma paterni gösterdiği gőrőlmőřtőr (Hobson, Patrick ve ark. 2005). Kendilik gelişimi açısından incelendiğinde, BKB olan annelerin çocuklarının daha az cevap veren (less responsive) ve daha az etkileşim içerisinde oldukları gözlemlenmiştir (Newman, Stevenson ve ark. 2007). BKB olan anneler, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, ergenlik döneminde çocuklarının otonomi kazanmasını daha az destekledikleri, duygusal olarak ocularına daha uzak oldukları gözlemlenmiştir. Ayrıca ergenlerin annelerini memnun etmek için fikirlerini değiştirdikleri dikkat çekmiştir (Tackett 2014). Aynı zamanda bu ergenlerin, genel, verbal ve ilişkisel agresyon ve kendine zarar verici davranışları daha fazla gőrőlmőřtőr. En önemlisi bu ergenler 13-17 yaşları arasında tekrar değerlendirildiklerinde kontrol grubuna göre borderline kişilik özellikleri daha fazla gösterdikleri gőrőlmőřtőr (Tackett 2014).

Olumsuz hayat olayları, aşırı korumacı aile tutumları, tutarsız ebeveyn fiėőrő, rollerin değiştiği aile modeli, onaylamayan (invalide) aile modeli gibi faktörler yukarıda bahsedildiği gibi BKB gelişiminde etkilidir. Fakat bu BKB annelerin BKB geliştiren çocuklarını açıklamak için yeterli değildir. BKB olan annenin kendi özőmlenmemiř çocukluk hatıraları da bu gelişim için risk faktőrődőr. Bu zorluğu olan bireylerin çocuklarında dezorganize bağlanma stillerinin daha fazla olduğu gösterilmiştir. Dezorganize bağlanma stilleri, annenin ve çocuğun kişilik özellikleri ile birleşince annenin bebeğini sakinleştirmekte zorlandığı, kendini çaresiz hissettiği, sakinleştirmekten vazgeçtiği, bunun őzerine çocuğun anneyi sakinleştirmeye çalıştığı, annenin kendini çaresiz hissettikten sonra daha çok hostile davranışlar sergilediği gösterilmiştir. Belki de bu model BKB olan bireylerinin ocuklarında BKB gelişimini açıklamaya yardımcı olabilir (Aeberhard, Barrett ve ark. 1985, Bowlby 1988, Lyons-Ruth, Bronfman ve ark. 1999).

BKB bireylerin aileleri kendilerini, bağımsız, ihtiyaçları olmadan gőlő ve özerk olarak tanımlarken, çocuklarını zayıf, gősőz, talepkar ve tamamen bağımlı olarak tanımlamaktadırlar (Shapiro 1978). Ayrıca bölme, inkar, yansıtmalı őzdeřim gibi ilkel savunma mekanizmalarını sadece BKB'li ergen değil, ergenin bőtőn aile bireyleri sıklıkla kullanır. ocuk, ebeveyn rolőnő; ebeveynde ocuk rolőnő őstlenir. ocuk, nesne ilişkilerini buna göre şekillendirmek zorunda kalır. Bölme ve yansıtmalı őzdeřim çocuğun ego formasyonun bozar ve ocuk hem kendi kaygısını hem de ebeveyninin kaygısını tolere edemez (Shapiro 1978). BKB olgularının ailelerinde sıklıkla, kontrol edici bir anne, duygusal olarak uzak ya da hostile bir baba ve ebeveyn

çatışmalarının sık görüldüğü bir aile hayatı dikkat çekmektedir. Hostil ya da duygusal anlamda uzak olan baba figürü de çocuğun BKB geliştirmesine katkı sağlar (Soloff ve Millward 1983).

2.1.6. KURAMLARA GÖRE BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU

BKB tanımlamak için tarihsel olarak Mahler, Kernberg, Masterson, Linehan önemli çalışmalar yapmıştır. Bu bölümde ana hatlarıyla bu kuramcıların BKB'nin hakkında yaptıkları açıklamalara yer verilecektir.

2.1.6.1. Mahler'in Ayrılma/Birleşme Kuramı

Mahler, bireyselleşme ile ilgili literatüre önemli katkılar sağlamıştır. Bebek ve çocuk gözlemlerine dayanarak, bebeğin anneden ayrılıp bireyleşmesi ile ilgili çalışmalar yapmıştır. Mahler olgunlaşmayı çocuğun anneye olan simbiyotik ilişkisinden özerk bir kimliğe yönelme süreci olarak değerlendirir. Bu süreçte, karışık dürtüler olan sevgi ve saldırganlıktan çok, bağımsızlık ve özerklik ihtiyaçları ile anneye olan simbiyozu geri dönme isteği arasında olduğunu vurgular. Mahler bireyleşme döneminde, çevreye özellikle annenin tutumuna önemli atıflarda bulunur. Mahler'in kuramında gelişimsel dönemler aşağıdaki gibi sıralanmıştır.

- I. Normal otistik dönem (yaşamın 1. ayı)
- II. Simbiyotik dönem (2-5. aylar)
- III. Ayrılma-bireyleşme dönemi
 - A. Ayrılma alt dönemi (5-9. aylar)
 - B. Alıştırma alt dönemi (9-15. aylar)
 - a) Erken alıştırma alt dönemi
 - b) Esas alıştırma alt dönemi
 - C. Yeniden yaklaşma alt dönemi (15-24. aylar)
 - a) Yeniden yaklaşmanın başlangıcı
 - b) Yeniden yaklaşma krizi
 - c) Krizin bireysel çözümleri
 - D. Bireyliğin sağlamlaşması ve duygusal nesne sürekliliğinin başlangıcı (24-36. aylar ve ötesi)

Ayrımlaşma/bireyleşme döneminde çocuk artık yavaş yavaş özerlik kazanmaya başlamıştır. Bu durum, çocuğun “kabuğunu kırmasının” davranışsal belirtisidir. Bebek tam bir bağımsızlık içerisinde değildir fakat artık dış dünyaya yönelmiştir (Mahler ve McDevitt 1989). Dış dünyaya yönelen çocuk zamanla, kendi beden sınırlarının ve beden kimliğinin (body self) ayırdına varmaya başlar. Çocuğun ilgisi, kendi yeteneklerine, yapabildiklerine ve gittikçe genişleyen dünyasına yöneliktir. Narsisizm doruktadır. Çocukta görülen coşku sadece yeni keşiflere değil, aynı zamanda anne tarafında yutulma ve kaynaşma eğiliminden kurtulmaya bağlıdır (McDevitt 1989). Çocuk yeni kazandığı becerileri, keşifleri, deneyimleri annesi ile paylaşmak istemektedir. Bu durum sevgi gereksinimine ve annenin nerede olduğu ile sürekli ilgilenmeye sebep olur. Bu dönemde, çocuk bir yandan yeni kazandığı özerliği genişletmek bir yandan da anneden ayrı olma duygusu acı verici olduğu için buna karşı koymak istemektedir. Çocuk anneden uzaklaşma zorlantısı ile onun yanında kalma isteği ve anneyi memnun etme arzusu ile ona yönelmiş öfkeyle baş etmek zorundadır. Bu dönemin üç temel korkusu; nesnenin kaybedilme korkusu, nesnenin sevgisinin kaybedilme korkusu ve kastrasyon anksiyetesidir. Bu dönemde annenin geri çekilmemesi ya da annenin bebeğin ambivalansına sert tepki göstermemesi gereklidir. Anne davranışlarında tutarlı olmalıdır ve çocuk anneye duygusal olarak ulaşabilmelidir. Ayrıca çocuğu bağımsız olma yönünde hafifçe zorlamalıdır; böylece çocuğun kendine olan aşırı sevgisi ve büyüsel güçlerine olan gerçek dışı inancının yerini yeni gelişen bireysel özerkliğine olan inancı alır. Çocuğun düşünce süreci ve gerçeği değerlendirme yetisi yavaş yavaş gelişir, nesne sürekliliğinin sağlanması yoluna girilmiş olur. Bunların gerçekleşebilmesi için yeniden yaklaşma krizinin çözülmüş olması gereklidir. Nesne sürekliliği bu dönemde kazanılır ancak bu kazanım için önemli birkaç koşul vardır. Bunlar: Annenin tasarımına olumlu bir bağlanmanın yanı sıra yeniden yaklaşma krizine özgü çatışmaların azalması, anne tasarımı “iyi” ve “kötü” yönlerinin tek bir simge halinde birleşmesi; böylece ambivalansın ve regresyona eğilimin azalması, anne imajının intrapsişik olarak çocuk için ulaşılabilir hale gelmesidir (Mahler 1975).

Bakımverenin, düş kırıklığına uğratici, ulaşamaz ya da aşırı derecede tutarsız ve müdahaleci olması, tümgüçlülük duygusunu ani ve acı verici şekilde yıkan bir çaresizlik yaşama gelişimsel bir travmaya sebep olabilir. Böylece çocuk nesne imajlarının bütünleşmesinde sorun yaşayabilir, “iyi”nin “kötü” tarafından işgal edilmesinden korunması için “iyi” ile “kötü”nün ayrı tutulması gerekir. Bunun durum kendilik ve nesne algısında bütünlük duygusunun kaybı ile sonuçlanabilir. Ödipal çatışmaların çözümü güçleşir (Mahler 1975). Böyle bir durumda, latent dönem ve ergenlikte ya narsisistik yönde nevrotik semptomlar gelişir ya da borderline belirtiler ortaya çıkar (Mahler 1975). Yeniden yakınlaşma krizinin

özölmesi, gerçekçi özsaygının ve kendilik duygusunun sürekliliğinin belirmesi ve gelişmesi bakımından önemlidir, krizin özölmemesi özsaygının azalmasında yol açabilir.

Ergenlik dönemi de ikinci bir ayrımlaşma bireyleşme dönemi olarak tanımlanmaktadır (Blos 1967). Ergenlik, birincil sevgi nesneleri olan ebeveynlerden ayrılma ve vazgeçme ile aile dışından ebeveynlerin yerine geçecek karşılıklar bulabilme sürecini içermektedir. İkinci ayrımlaşma bireyleşme döneminin özelliğİ, erken çocuklukta şekillenmiş olan ebeveyn tasarımlarının ölküleştirilmesinin bırakılmasıdır. Ölküleştirilmiş ebeveyn tasarımlarını bırakmak acı veren bir yabancılaşma ve nesne açlığının eşlik ettiğİ boşluk duygusuna sebep olur.

2.1.6.2. Kernberg’in Nesne İlişkileri Kuramı

Kernberg, Borderline Kişilik Bozukluğİ konusunda etkili çalışmalar yapmış ve ruhsal yapılanma açısından daha belirgin bir tanımlama geliştirmiştir. Kernberg, psikotik örgütlenmenin yoğun, nevrotik örgütlenmenin ise daha hafif olduğİ hastaları tanımlamak için “Borderline Kişilik Örgütlenmesi” tanımını kullanmıştır. Bu yapılanma bütün kişilik bozukluklarında görülebilir. Borderline Kişilik Örgütlenmesi kimlik dağılması, ilkel savunma düzeneklerinin sık kullanılması, gerçeğİ değİrlendirme yetisindeki bozukluklar ve güçsüz ego fonksiyonları ile karakterize bir durumdur. Kimlik dağılması kendilik ve nesnelerin bütünleşmesinde bir bozukluğın oluşması sonucunda gelişir. Kernberg’in Borderline Kişilik Örgütlenmesi olarak tanımladığİ durum şİ an tanımlama sisteminde olan BKB ile aynı değİl, BKB’yı da içine alan bir kişilik patolojisi yelpazesidir (Kernberg 1967).

Kernberg, Borderline Kişilik Örgütlenmesi hastaların temel probleminin mizaçtan ya da çevreden kaynaklı yoğun saldırganlık olduğİnı vurgular. Bu yoğun saldırganlıktan dolayı, kişİ iyi içsel nesnelerini bu saldırganlıktan uzak tutarak etkilenmemesini sağlamaya çalışır. Bu yüzden olumlu ve olumsuz kendilik ve nesne temsilleri bütünleştirilemez. Kernberg, bu zıt duyguların entegre edilmesindeki hatalardan dolayı oluşİan psikolojik gelişimde bir duraklama olduğİnı ve bu hataların ileriki yaşamda yakın ilişkilerde tekrarlaması ile devam ettirilmesinin asıl problem olduğİnı vurgulamıştır.

Kernberg’in kişilik bozukluklarına ilişkin oluşturduğİ sınıflandırmada, nevrotik, borderline ve psikotik olmak üzere üç farklı kişilik bozukluğİ kümesi vardır. Mizaç özelliklerine göre içİ dönük ve dışİ dönük olarak sınıflandırırken kimlik dağİnıklığİ düzeyi, savunma mekanizmalarının yapısı ve gerçeklik algısının durumuna göre aşırı şİddetliden (alt düzey) hafif şİddetliye (üst düzey) doğru sınıflama yapmıştır.

Kernberg, kimlik dağınıklığını kendilik ve nesne tasarımlarının zayıf bir şekilde bütünleşmesi olarak tanımlamıştır. Kimlik karmaşasının özellikleri: karşıt kendilik algılamaları, duygusal anlamda tam olarak bütünleşmemiş ve karşıtlık taşıyan davranışlar, kendilik tasarımındaki tutarsızlıklar nedeniyle kendilik algılamasında kesintiler, insanlarla ilişkilerde eş duyum ve sıcaklık eksikliği, ilişkilerin dengesiz ve tutarsız seyretmesidir. Erken çocukluk döneminde yaşanan şiddetli olumlu ve olumsuz duygu yüklü ilişkiler sonucunda, kendilik ve diğeri kavramları birbirinden ayrı tutulmuştur. Kimlik karmaşası olan kişi kendisini ve dünyayı, kendilik ve diğeri arasındaki ilişkiyi daima bütünleşmemiş kavramlarla algıladığından duygusal, düşünsel ve davranışsal bakımdan tutarlı bir kimlik sergileyemez. Şiddetli duygusal dalgalanmalar, uç noktalara varan yargılar ve dramatik davranışlar sergilerler. Dolayısıyla tutarlı ve belli kararlılıkları bir olan ilişkiyi sürdürmekte, ilişkilerde sıcak ve empatik olmakta zorlanırlar. Kimlik karmaşası, kendilik ve nesne tasarımlarının bütünleşmemesinin yanında, kronik boşluk duygusu ve can sıkıntısı, yalnızlığa ve terk edilmeye karşı duyarlılıkta gözlemlenir. Kendilik algısı ve değerleri başkalarına bağlı olduğu için yalnızlığa tahammül etmekte zorlanır ve “yapışkan” olmak zorunda hissedebilirler. Bu durum nesne sürekliliğinin olmamasına bağlıdır (Kernberg 1975).

Nevrotik örgütlenmede, bastırma ve bastırmaya yardımcı olan üst düzey savunma mekanizmaları kullanılırken Borderline Kişilik Örgütlenmesinde temel savunma mekanizması olarak bölme ve ona yardımcı savunma mekanizmaları olarak: ilkel idealleştirme, yansıtmanın ilkel türleri, inkar, tüm güçlülük ve değersizleştirme savunmaları görülür. Gerçeği değerlendirme yetisi sınır kişilik örgütlenmesinin psikotik örgütlenmeden ayırıcı tanısını sağlayan bir ego fonksiyonudur. Gerçeği değerlendirme, kendiliği kendilik olmayandan, iç uyaranları dış uyaranlardan ayırt etmesi ve kişinin kendi duygularını, davranışlarını ve düşüncelerini gerçekçi şekilde değerlendirmesi olarak tanımlanabilir. Gerçeği değerlendirme klinik olarak, halüsinasyon ve hezeyanlara kapılmama, uygunsuz duygulanım, davranış ya da düşünce içeriğinin olmaması, başkalarının gerçeklikle ilgili düşünce ve davranışlarına empatiyle yaklaşabilme gibi özelliklerle kendini belli eder (Temiz 2004).

2.1.6.3. Masterson’un BKB Kuramı

Masterson kuramını geliştirirken doğa, bakım ve kader (nature, nurture and fate) kavramları üzerinde durmuştur. Masterson’ da Mahler gibi BKB patolojisinin ayrımlaşma bireyleşme döneminde yaşanan bir problemten ileri geldiğini savunur. Masterson bakımverene odaklanarak, BKB gelişiminde, aşırı eleştirel, reddedici ya da çocukla fazla iç içe olan

ebeveynler, çocukların bireyleşme sürecini sekteye uğrattığını ve bunun sonucunda BKB gelişimine sebep olabileceğini savunur.

BKB'ye sahip kişiler, ayrılma-bireyleşme stresörlerine karşı yapışma ya da uzaklaşma savunmalarını kullanırlar. Masterson, ayrılma-bireyleşme fazının yeniden yakınlaşma alt evresi üzerine odaklanmışlardır; ancak Kernberg'den farklı olarak çocuktaki doğumsal saldırganlıktan çok annenin davranışları üzerinde durur. “Tipik Borderline anneleri” olarak tanımladıkları bu anneler, çocuklarının büyümeleriyle ilgili ciddi kaygılar taşırlar. Çocuk, büyümenin ve bir birey olmanın anne sevgisini ve desteğini kaybetmek anlamına geldiği mesajını alır. Bu da anneyle olan bağın sürdürülmesine ve ayrılma ve özerklik kazanmayla ilgili her davranışın “terk depresyonu” ile sonuçlanmasına neden olur. Anneyle yaşanan bu kriz sonucunda, bölünmüş nesne ilişkileri kristalize olur. Masterson, kısmi kendilik tasarımı, kısmi nesne tasarımı ve bunları birbirine bağlayan duygu olmak üzere üç birim üzerinde durur. Diğer kuramcıların tanımladığına benzer şekilde, “Ödüllendirici nesne ilişkileri” ve “Geri çekilen nesne ilişkileri” birimlerinin birleşmediğini, “iyi” ile “kötü”nün ayrıldığını savunur (Masterson ve Rinsley 1975).

2.1.6.4. Linehan'nın Biyososyal Öğrenme Kuramı

Linehan, önceki kuramlardan farklı olarak, bilişsel yaklaşımla BKB hastalarında sık görülen Duygulanımsal Düzensizlikler'e (DD) odaklanılmıştır. DD'nin BKB gelişiminin çekirdek özelliği olarak tanımlamıştır. Linehan'a göre BKB'deki temel problem: gelişimsel süreçteki biyolojik yapı, çevre koşulları ve bunlar arasındaki etkileşimden kaynaklanan DD'tir. Erken dönemde yaşanan olumsuz çevresel etkinin duygusal sıkıntı ve baş etme becerilerinin geliştirilememesi ile sonuçlandığını düşünmektedir (Linehan 1993).

Aynı zamanda sağlıklı kişiler için daha az stres yaratan olaylar karşısında, BKB olgularının daha fazla tepki verdiği ve kendini sakinleştirmekte zorlandığı ile ilgili biyolojik bir yatkınlıklarından bahsetmektedir.

Linehan, Kernberg'in bölme mekanizmasını kabul etmekte ve bunu “ya hep ya hiç” tarzı düşünme ile ilişkilendirmektedir. BKB olgularının, bir teze ya da antiteze saplanarak bölünme yaşadıklarını ve bunları bütünleştirerek bir teze ulaşamadıklarını belirtmektedir.

2.1.7. TEDAVİ

APA BKB'nin öncelikli tedavisinin psikoterapi olduğunu belirtmektedir (Association 2001). Diğer hastalıklarda olduğu gibi BKB'nin de tek bir tedavi modeli yoktur. Tedavi

seçenekleri olgu bazında değerlendirilmelidir. BKB gibi heterojen özellikler gösteren hasta grubundan birçok yaklaşım, birçok tedavi seçeneği vardır. Literatürdeki tedavi seçenekleri, psikofarmakolojik ve psikoterapötik yaklaşımlar olarak ikiye ayrılabilir.

2.1.7.1. Psikofarmakoloji

APA farmakoterapinin hedeflerinin üç boyutlu hedeflerinden bahsetmektedir. Bunlar, duygudurum düzensizliği ile ilgili semptomlar, dürtüsel davranışları kontrol edememe ile ilgili semptomlar ve bilişsel ve algısal semptomlardır (John M. Oldham 2005). Reddedilmeye hassasiyet, uygunsuz yoğun öfke, depresif duygudurum, öfke patlamaları gibi duygudurum düzensizliği ile ilgili olan semptomlar için Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI)ve Serotonin-Noradrenalin Geri Alım İnhibitörü (SNRI) tavsiye edilmektedir. MAO inhibitörleri BKB olgularında etkinliği gösterilmiş olsa da yan etkilerinden dolayı tercih edilecek ilk ajanlar arasında yer almamaktadır. Kanıtlar sınırlı olsada, duygudurum düzenleyiciler (Lityum, Valproat, Karbamazepin) ikinci sıra tedaviler ya da güçlendirme tedavisi olarak önerilmektedir (John M. Oldham 2005). Dürtü kontrolündeki zorluklar (rastgele cinsel ilişki, madde kullanımı, dürtüsel para harcama gibi) ile ilgili semptomlar için ilk basamak tedavi olarak SSRI'lar önerilmektedir. SSRI'ların etkin olmadığı durumlarda, MAO inhibitörü ile değiştirebileceği ya da tedaviye düşük doz antipsikotik eklenebileceği önerilmektedir (John M. Oldham 2005). Bilişsel ve algı patolojileri (şüphecilik, referans düşünceleri, paranoid düşünceler, illüzyonlar, derealizasyon, depersonalizasyon gibi) için düşük doz antipsikotik önerilmektedir (John M. Oldham 2005).

2.1.7.2. Psikoterapi

Yukarıda bahsedilen kuramlara dayanarak, klinisyenler terapi modaliteleri oluşturmuşlardır. Her kuram, BKB gelişimine sebep olduğunu düşündüğü konulara odaklanarak terapi modaliteleri geliştirmiştir. Bunlar bireysel, aile ve grup temelli olarak planlanmaktadır. Bunlardan literatürde en çok çalışılmış ve etkinliği kontrollü çalışmalarla gösterilmiş olanlar; Mentalizasyon Temelli Terapiler (MTT), Aktarım Odaklı Terapiler (AOT), Dialektik Davranışı Terapi (DDT)'lerdir (Linehan, Armstrong ve ark. 1991, Clarkin, Levy ve ark. 2007). DDT, MMT, AOT hastaların psikolojik fonksiyonlarını (farkındalık, empati, sosyal beceriler gibi) iğr kazandırarak, telkinde bulunarak ve sağlıklı ilişki kurarak iyileştirmeye çalışır. DDT ise, BKB'nin gözlenebilen semptomlarına odaklanan bilişsel-davranışı terapi türüdür (Linehan 1993). MMT ve AOT ise, hastanın duygu ve düşüncelerini yönlendiren

bilinçdışı süreçleri üzerine odaklanan psikodinamik yönelimli terapilerdir (Bateman ve Fonagy 1999, Clarkin, Levy ve ark. 2007).

2.2. ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMALARI

2.2.1. TRAVMA TANIMI

Travma tanımını yapmak görüldüğü kadar kolay değildir. Literatürde travma tanımı ile ilgili birçok tanım bulunmaktadır. Bu tanımlar, olaya nereden bakıldığıyla çok ilişkilidir. Örneğin, bazı kültürlerde, çocuğun terbiye ve ahlaki gelişimi için fiziksel şiddet uygulamanın doğru olduğuna dair bir inanış vardır. Peki, böyle düşünen bir baba, çocuğuna fiziksel şiddet uyguladığında, istismarcı olur mu? Ya da bu düşünceyle dayak yiyen bir çocuk fiziksel travmaya maruz kalmış olmaz mı?

Ruhsal travma, kişi için beklenmedik bir anda ortaya çıkan, kişinin savunma düzenekleri ve baş etme becerilerini ile üstesinden gelemeyeceği kadar ağır olan sarsıcı yaşantılar olarak tanımlanmaktadır (Herman 1992). Bu sarsıcı durumlar kişinin günlük yaşam dengesini alt üst eder. Günlük yaşamın sürekliliği ve akışını bozar (Rivka Tuval-Mashiach 2004). Travma, onu yaşayanlar için duygusal olarak sürdürülemez bir olay olarak tanımlanır. Travma olarak tanımlanan durumun ortak özellikleri bireyi “felç” etmesi ve ruhsal, fiziksel ve sosyal düzenini bozması olarak tanımlanmasına rağmen her bireyin travmaya verdiği cevap farklıdır. Bunda kişinin tecrübeleri, kişilik özellikleri, başa çıkma becerileri ve travmayı algılayış biçimi etkilidir. Bu durumda travmaya karşı verilen cevapta travmanın kişinin zihninde uyandırdığı tablonun önemi ön plana çıkmaktadır (Pfefferbaum ve Allen 1998). Eğer asıl önemli olan travmanın kişinin zihninde oluşturduğu tablo ise, travma için ortak bir tanımlama yapmak pek mümkün gözükmemektedir. Travmayı en iyi tanımlayabilecek kişinin travmayı yaşayan kişi olduğunu söyleyebiliriz.

DSM-V de travmayla ilişkili “Travma Sonrası Stres Bozukluğu” tanısının konulabilmesi için, travmaya yol açabilecek bazı olayların olması gerektiği gibi bunun yanında kişinin bu olay karşısında verdiği tepkilerinde olması gerekmektedir. Bu durumda da kişinin bu durumu tanımlayabilme kapasitesi önem kazanmaktadır. Bir çocuk travmanın travma olduğunu, ileriki hayatında onu etkileyebileceğini, bütün ilişki kurma paternini bozabileceğini, zihin sağlığını ne kadar etkileyebileceğini nereden bilebilir?

Çocukluk çağı, travma ile baş etme gücünün zayıf olmasından dolayı, çocuğun travmatik olaylar karşısında güç durumda kalacağı dönemdir (Şar 2007). Bu yüzden, Birleşmiş Milletler haklarınca benimsenen çocuk hakları sözleşmesine göre, zihinsel ve fiziksel olarak

olgunluğa henüz ulaşmamış çocuklar özel olarak korumaya ve bakıma ihtiyaç duyarlar. Bununla beraber, erken reşit olma durumu haricinde her birey 18 yaşından önce çocuk olarak sayılmaktadır (Nation 1989). Çocukların zihinsel ve fiziksel olgunluğa ulaşmadıklarından dolayı, travma tanımlamaları sağlıklı olmayabilir. Bu yüzden gelişimsel perspektifle travma tanımına ihtiyaç vardır.

Aynı zamanda kültürel olarak travma tanımlamaları değişmektedir. Çocuk istismar ve ihmalî çocuğa verilen değere, kültürel değer ve inançlara, disiplin etme şekillerinden cezalara ve çocukların hangi davranışları kabul edilebilir veya edilemez olarak tanımlandığına göre değişiklik gösterir (Zeytinoğlu 1991). Ortak travma tanımı ihtiyacından dolayı Uluslararası Çocuk İstismar ve İhtimalini Önleme Topluluğu, 58 farklı ülkedeki çocuk istismarı tanımlamalarını gözden geçirerek, hangi davranışların istismar kabul edildiğine dair bazı ortak noktalar tespit etmiştir. 1999 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün çocuk istismarını önleme konulu toplantısında tanımlanan, çocuğa karşı kötü muamele, çocuğun sağlığını, hayatta kalımını, gelişimini, itibarını (sorumluluk, güven, güç) olumsuz etkileyen veya olumsuz etkileme potansiyeli bulunan her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü davranış, cinsel istismar, ihmal veya ihmalkar davranışlar, ticari ya da başka tür sömürüyü içeren tutumlar çocuk istismarı olarak tanımlanmıştır (Organization 1999).

DSM-I ile travma sonrası belirtiler sadece savaş mağdurları için tanımlanmış olup, DSM-III ile şu an kullanılan tanımlamaya zemin hazırlayan “Travma Sonrası Stres Bozukluğu” tanı kriterlerinde DSM-V ile önemli değişiklikler yapılmıştır. Gelişimsel bakış açısıyla, 6 yaş öncesi ve sonrası olarak tanı kriterleri ayrılmıştır, travma tanımına daha açıklık getirilmiştir. Gerçek ölüm veya ölüm tehdidi, ciddi yaralanma ve cinsel şiddete maruziyetin altı çizilmiş ve travmaya uğrama yolları ayrı kriterlerle belirtilmiştir. İlk defa tanımda cinsel şiddet belirtilmiş, doğrudan deneyimleme vurgusu yapılarak maruziyet şekli netleştirilmiştir.

Bu çalışma kapsamında fiziksel, duygusal, cinsel istismar değerlendirilecektir. İhmal değerlendirme dışı bırakılacaktır.

2.2.2. FİZİKSEL İSTİSMAR

18 Yaşından küçük çocuk ve ergenin bakımında sorumlu kişi ya da ebeveynleri tarafından, sağlığına zarar verecek biçimde, fiziksel olarak kaza dışı nedenlerden yaralanması, zarar görmesi ve zarar görme risklerine engel olunmaması fiziksel istismar olarak tanımlanmaktadır (Polat 2007).

Tanımlanması, fark edilmesi en kolay istismar türü fiziksel istismardır. Fakat fiziksel istismarın bildirilenden çok daha fazlası olduğu tahmin edilmektedir. Bazı fiziksel

cezalandırma biçimleri yaygın olarak kabul edilmesine rağmen, birçok insan kızarıklığın ötesinde sadece herhangi bir sakatlığı istismar olarak düşünmektedir (Baron 2005).

Fiziksel istismar diğer istismar türlerine göre daha çok tespit edildiği halde bildirilmeyen birçok vakanın olduğu düşünülmektedir. Liseli ergenler ile yapılmış bir çalışmada, deneklerin %13.5'u fiziksel istismara uğradığını, ruhsal travmaların arasında duygusal istismardan sonra ikinci en sık travma olarak tanımlanmıştır (Zoroglu ve B. 2001). DSÖ'nün 2014'te yayınladığı rapora göre, dünya genelinde erişkinlerin, %22.6'sı çocukluk döneminde fiziksel istismara uğradığını bildirmiştir (Organization 2014). Almanya'da toplum tabanlı yapılan diğer bir çalışmada, erişkinlerin %12'sinin çocukluk döneminde fiziksel istismara uğradığını belirtmiştir (Iffland, Brahler ve ark. 2013). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada yataklı serviste tedavi gören erişkinlerin %36.3'nün çocukluk döneminde fiziksel istismara uğradığını bildirilmiştir (Yargıç 2012).

Fiziksel istismarda, diğer istismar olgularında görüldüğü gibi bazı tanımlanmış risk faktörleri vardır. Bunlar, özel gereksinime ihtiyacı olan çocuk olmak , ebeveynin depresyonu, çiftler arasında şiddetin olması, sosyal izolasyon-içine kapanık aile yapısı, işsizlik, düşük ekonomik düzey gibi faktörlerdir (Dubowitz ve Bennett 2007).

Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda, hastaneye yatan diğer çocuk hastalara göre, ciddi yaralanmalar, uzun hastane kalışları, kötü medikal sonuçlar, uzun hastane kalışları daha çok görülmektedir (Irazuzta, McJunkin ve ark. 1997). Bunun gibi ölçülebilen riskler olduğu gibi aynı zamanda ileriki hayatlarında ölçülemeyen bazı riskler altındadır. Bunlar, kötü bilişsel fonksiyonlar, düşük akademik başarı gibi akademik zorluklar ve davranım bozukluğu, yeme bozukluğu, madde bağımlılığı, öfke kontrol problemleri, depresyon gibi psikiyatrik bozukluklardır (Perez ve Widom 1994, Zoroglu ve B. 2001).

2.2.3. CİNSEL İSTİSMAR

Cinsel istismar, cinsel gelişim sürecini tamamlamamış bir çocuğun, yetişkin biri tarafından cinsel istek ve ihtiyaçlarını karşılamak için güç kullanarak, tehdit ya da kandırma yolu ile kullanılmasıdır. Çocuğun genital bölgesine dokunmak, okşamak, sürtünmek ve penetrasyon gibi temas içeren eylemler cinsel istismar olarak değerlendirilirken, cinsellik içeren sözler söylemek, pornografik materyallerin izletilmesi gibi temas içermeyen eylemlerde cinsel istismar olarak değerlendirilir (Şener 1997).

Çocuğun cinsel istismarı fiziksel, duygusal, sosyal, ahlaki, kültürel ve hukuki boyutları olan geniş kapsamlı ve karmaşık bir sorundur. Cinsel istismardan söz ederken bir çocuk ile bir erişkin arasındaki cinsel aktivite üzerinde durulmakla birlikte, iki çocuk arasındaki cinsel

aktiviteler; yaş farkı 4 yaş ve üstü olduğunda, küçük çocuğun zorlama ya da ikna ile cinsel haz amacı güden aktivitelere maruz bırakılması durumunda da cinsel istismar olarak ele alınır (Çuhadaroglu 2008).

Cinsel istismar çoğu zaman utanç, suçluluk gibi tepkilerden dolayı gizli kaldığı, sır olarak saklandığı için sağlıklı istatistiksel verilere ulaşmak zordur (Çuhadaroglu 2008). Kuzey Amerika örnekleminde yapılan 16 çalışmanın incelendiği bir çalışmada, cinsel istismar sıklığı, kadınlar için %16.8, erkekler için %7.9 olarak tespit edilmiştir (Gorey ve Leslie 1997). 19 ülkede yürütülen geniş kapsamlı toplum temelli diğer bir çalışmada, kadınlarda cinsel istismar sıklığını %7-36, erkeklerde %3-29 değişen oranlarda tespit edilmiştir (Finkelhor 1994). Ülkemizde ergenler ile yapılan bir çalışmada, cinsel istismar sıklığını %10.7 olarak tespit edilmiştir (Zoroglu ve B. 2001).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, görme ve işitme kaybı ve zeka geriliği gibi zorlukları olan çocukların cinsel istismar açısından daha fazla risk taşıdığı bilinmektedir (Çuhadaroglu 2008). Aynı zamanda, çiftler arasında cinsel sorun bulunan, rollerin karıştığı, ebeveynlerin herhangi birinde alkol ve madde kullanım bozukluğunun olduğu, kapalı aile sistemine sahip ailelerin cinsel istismar için risk taşıdıkları belirtilmiştir (Canat 1994).

Cinsel istismarın orta ve uzun vadeli etkilerine bakıldığında, fobiler, bedensel yakınmalar, kaygı bozuklukları, amneziler, çoğul kişilik bozuklukları, agresif cinsel davranışlar gibi cinsel davranış bozuklukları üzerinde durulur (AH 1991). Cinsel istismara uğrayan ergenlerde şiddet içerikli davranışlar, fiziksel ve cinsel şiddet gösterme, okuldan kaçma, evi terk etme gibi davranış problemleri görülebilmektedir (Williams ve Herrera 2007). Ayrıca, intihar ile ilişkili düşünce, risk ve girişimleri ile cinsel istismar arasında güçlü bir ilişki vardır (Bruffaerts, Demyttenaere ve ark. 2010).

Cinsel istismara uğrayan çocukların ileriki hayatında psikiyatrik bozukluk görülme olasılığı artmıştır. Bu çocuklar majör depresyon, kaygı bozuklukları, uyku bozuklukları, bedensel belirti bozuklukları, yeme bozuklukları, dışa vurum bozuklukları, cinsel kimlik bozuklukları gibi çok çeşitli psikiyatrik bozukluklar için risk altındadır (Paolucci, Genuis ve ark. 2001).

2.2.4. DUYGUSAL İSTİSMAR

Duygusal istismar, çocuğu mutsuz etmekten daha fazlasına yol açan, çocuğun kendisine olan öz saygısını, gelişimini, dünyaya bakışını ve ait olma duygusunu zedeleme potansiyeline sahip olan tekrarlayıcı nitelikteki davranışlardır. Bu duruma maruz kalmak, çocuğun kendisini seilmeyen ve değersiz biri olarak hissetmesine sebep olmaktadır (Royse 2016).

Duygusal istismara, çocuğun sürekli suçlandığı, hor görüldüğü, alay edilip lakap takıldığı, yokmuş gibi davranıldığı, çocuğu yalnızlığa iterek etkinliklere katılmasının engellendiği, aşağılandığı, azarlandığı durumlar olarak örnek olarak verilebilir. Ayrıca, alkol ve madde kullanmasına, şiddet içerikli davranışları izlemesine veya katılmasına, çeşitli suçlara katılmasına teşvik etmekte duygusal istismar olarak değerlendirilir (Dinleyici 2016).

Fiziksel ve cinsel istismara uğrayan bireylerin çoğunlukla duygusal istismar ve ihmale de maruz kaldığı bilinmektedir (Yarar 2011). Hatta yaşamın ileriki dönemlerinde fiziksel ve cinsel istismarın yol açtığı olumsuzluklar yok olsa bile, duygusal istismarın etkilerinin devam ettiği görülmektedir(Topbaş 2004).

Duygusal istismarın, fiziksel ve cinsel istismar kadar dikkat çekmemesinin birçok sebebi bulunmaktadır. Bunun sebeplerinden biri, duygusal istismarın sebep olduğu olumsuz sonuçların diğer istismar türlerindeki kadar açık bir şekilde görülemiyor olmasıdır. Ayrıca çocuğun gelişimi ve işlevselliği açısından yıkıcı sonuçlara sebep olsa da, fiziksel bir bulguya rastlanmadığı için duygusal istismarın farkına varmak zorlaşmaktadır (Egeland 2009).

Duygusal istismarı ortaya çıkaran faktörler incelendiğinde, anne ve babaların kendi çocukluklarında yeterli ilgiyi bulamamış oldukları, istismara uğrayan çocukların anne ve babaları tarafından hayal kırıklığı olarak algılandıkları ve bir kriz anının içinde oldukları görülmektedir (Polat 2007).

Duygusal istismarda diğer istismar türlerinde olduğu gibi çok geniş psikopatolojiyle ilişkilidir. Major Depresyon bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Obezite, Bulimnia Nervosa, Madde Kullanım Bozukluğu, intihar girişimi, kişilik bozukluklarıyla yakından ilişkilidir (Norman, Byambaa ve ark. 2012).

2.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMALARI VE BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİ

Son 30 yılda, Borderline Kişilik Bozukluğunun etiyolojisine yönelik yapılan araştırmalarda en sık çalışılan konu çocukluk çağı travmalarıdır.

İlk akım teorisyenler, anne çocuk ilişkisine yönelik bazı gözlemler yapmışlardır. Bunlardan en önemlileri, M.Mahler (Mahler 1975), Kernberg (Kernberg 1967), Masterson ve Rinsley'dir (Masterson ve Rinsley 1975). Sonrasında gelen çalışmalarda, bu teorisyenlerin etkisinde kalarak çalışmalarını ebeveynlik stilleri üzerine yapmışlardır. BKB hastalarının çoğunluğunun kaotik aile yapısına sahip oldukları vurgu yapılmıştır (Grinker 1978).Ergen BKB ile ilgili ilk dönemlerde yapılmış çalışmalarda, çocuk ve ergenlerin birçoğunun özellikle 5 yaşından önce uzun süreli (3-4 hafta gibi) bakımverenlerinden ayrı kaldıkları not edilmiştir.

Ayrıca bu grupta kontrol grubuna göre daha yüksek oranda psikotik ve kişilik bozuklukları gözlemlenmiştir (Bradley 1979). Bu çalışmaya katılan olgularla yapılan başka bir çalışmada, güvensiz bağlanma, annenin ihmali, annenin reddetmesi, uygunsuz baba tutumları, anne ya da baba yerine geçen bakıcıların sayısı, fiziksel ve cinsel istismar ile BKB gelişimi arasında ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca BKB olan ergenlerin birçoğunun özellikle erken çocukluk döneminde ailesinin kaotik oldukları vurgulanmıştır (Westen, Ludolph ve ark. 1990) .

BKB tanısı almış olguların yetişkin olarak yüksek oranda fiziksel istismar ve/ya cinsel istismara uğradıkları ve BKB gelişiminin çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili olabileceği fikri ilk 1980’li yılların sonlarında görülmüştür (Herman 1986, Herman 1987). Bundan sonra yayımlanan bir dizi çalışmada, fiziksel ve cinsel istismar BKB olan hastalarda diğer hasta gruplarına göre daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (Links, Steiner ve ark. 1988, Herman, Perry ve ark. 1989, Zanarini, Gunderson ve ark. 1989, Shearer, Peters ve ark. 1990, Westen, Ludolph ve ark. 1990, Salzman, Salzman ve ark. 1993). Özellikle Perry ve Herman, cinsel istismarın BKB için etiyolojik bir risk faktörü olduğuna dair kavramsallaştırmayı öne atmıştır (Perry 1993).

Etiyolojik faktör olarak öne çıkan çocukluk çağı cinsel istismarına maruz kalanlar, kişiler arası çatışmalarda zorlanabilmekte, diğer kişilerle olan etkileşimleri ödüllendirici olarak deneyimlemektedir (Cloitre, Scarvalone ve ark. 1997, Cloitre, Koenen ve ark. 2002). Cinsel istismar, benlik saygısında, duygu düzenlemede, kişilerarası güven algısında ve dürtü kontrolünde zorluklara sebep olacak etkilere sahiptir (Cole ve Putnam 1992). Çocukluk çağında istismara uğrayan kadınlara göre sınır ihlalleri neredeyse bir normdur ve yakın ilişkilerinde ilişkiden beklentileriyle ilgili bir parça haline gelmektedir. Çocukluk dönemindeki devamlı sınır ihlallerinin olması ileriki dönemlerde yakın ilişkilerde böyle davranışların kabulüne ya da kafa karışıklığına yol açabilmektedir (Cloitre, Scarvalone ve ark. 1997).

Ogata ve arkadaşlarının yaptığı cinsel travmanın özelliklerini araştıran çalışmada, BKB ile MDB olgularını karşılaştırılmıştır. BKB olgularında cinsel istismar ve fiziksel istismar sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Cinsel istismara uğrayanların %53’ünde birden fazla istismarcı varlığı, %41’inde penetrasyon içeren istismar bildirilmiştir. Dikkat çeken bir diğer bulgu ise istismara uğrayanların (fiziksel ve cinsel) %21’i kendi babaları tarafından istismara uğradığı bildirmiştir (Ogata, Silk ve ark. 1990). Başka çalışmada da BKB olgularının %29.6’sı babaları tarafından cinsel istismara uğradıklarını belirtmişlerdir. İki çalışmanın da ortak bulgusu istismara uğrama yaşının latent dönemde olmasıdır (Westen, Ludolph ve ark. 1990). Paris ve arkadaşlarının yaptığı diğer bir çalışmada da benzer sonuçlar elde etmiştir. 78 BKB ve 72 diğer kişilik bozukluğu olan olgularla yaptığı çalışmada, cinsel istismarın daha fazla olduğu

(%71-%46), cinsel istismar olgularında penetrasyonun (%33-%6) ve birden fazla istismarcının olduğu (%37-%14) belirtilmiştir. BKB’de cinsel istismarın prediktör olduğunu bildirmiştir (Paris, Zweig-Frank ve ark. 1994). Zanarini ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, istismara uğrayan BKB ve diğer kişilik bozukluğu tanısı konulan olguları karşılaştırdıklarında BKB olgularında duygusal, fiziksel, bakımverenleri tarafından cinsel istismar (%27) ve bakımverenleri olmayanlardan cinsel istismara (%56) uğrama sıklığının ciddi bir biçimde daha sık olduğu gösterilmiştir (Zanarini, Williams ve ark. 1997). Yapılan bu çalışmalar göz önüne alındığında, bakımveren olmayanlardan, özellikle penetrasyon içeren görece şiddetli denilebilecek cinsel istismara uğramanın ve ebeveynleri tarafından ihmale uğramanın BKB gelişiminde önemli olduğu vurgulanmıştır (Zanarini 2000).

Bu verilere birçok itiraz gelmiştir. Cinsel istismar ve BKB arasındaki etiyojolojiye yönelik çalışmalara, örneklemin çoğunlukla kadın olgulardan ve yatarak tedavi gören hastalardan oluşturduğunu, bu çalışmaların borderline kişilik bozukluğu semptomlarının şiddetli olan olgularla yapıldığı, çalışmaların retrospektif olduğu, travmayla ilgili anıların yanlış hatırlanabileceği gibi çalışmanın sonucuna etkili olabilecek birçok faktör olduğu söylenmiştir (Zanarini 2000, Bierer, Yehuda ve ark. 2003).

Bunlar sonucunda A. Fossati ve arkadaşlarının yaptığı geniş kapsamlı meta-analiz çalışmasında, çocukluk çağı cinsel istismarı ile BKB arasında güçlü bir ilişkinin bulunmadığını belirtmiştir. Latent dönemde cinsel istismara uğrama ile BKB arasında istatistiksel olarak orta büyüklükte bir etki bulunmuştur. Kişinin yakın çevresinde cinsel istismara uğradığından çok tanımadığı kişilerden istismara uğramasının, penetrasyon içeren cinsel istismarın ve istismarcı sayısının fazla olmasıyla daha fazla etkisi olduğu belirtilmiştir. Bu etkilerin orta büyüklükte (z: 3.606-4.916) bir etki olduğundan bahsedilmiştir. Ayrıca cinsel istismarın, BKB etiyojisinde büyük bir etken olduğunu söylemek için yeterli örnek sayısının olmadığını, fakat BKB hastalarında sık görülen stresle ilişkili disosiyatif yaşantılar ile cinsel istismarın daha çok ilişkili olduğu vurgulanmıştır (Fossati, Madeddu ve ark. 1999).

Bu meta-analiz çalışması sonucunda cinsel istismar ve BKB ile yapılan çalışmalar önceki hızını kaybetse, çalışmalarda BKB olgularında cinsel istismar daha sık bulunmuştur (Bierer, Yehuda ve ark. 2003, Battle, Shea ve ark. 2004, Rogosch ve Cicchetti 2005, Sar, Akyuz ve ark. 2006, Laporte, Paris ve ark. 2011, Perepletchikova, Ansell ve ark. 2012, Ferrer, Andion ve ark. 2017).

2009’da yapılan başka bir meta-analizde, çocukluk çağında yaşanan ruhsal travmalar ile BKB arasındaki ilişki detaylıca incelenmiştir. Daha önceki meta-analizlerden farklı olarak çocukluk çağı travmaları ile BKB ilişkisini Hill Kriterlerine göre incelemiştir. Hill kriterleri,

tüm hastalıklar için geçerli olabilecek, nedensellik ilişkisi oluşturmak için kullanılan kriterlerdir. Bunlar, güç, özgüllük, doz-cevap ilişkisi, zamansal ilişki, biyolojik akla yatkınlık, tutarlılık, deneysellikten oluşan 7 kriterdir (Hill 2015). Bu meta-analizde, cinsel istismarın BKB olgularında çok sık görüldüğünü, BKB gelişiminde tek faktör olarak ele alınmasa da çok güçlü bir prediktör olduğunu belirtmiştir. Zamansal ilişki olarak, retrospektif çalışmaların hatırlama yanlılığı olabileceği için sadece prospektif çalışmaları değerlendirdiğinde, BKB olgularında çocukluk çağı travmaları özellikle de cinsel istismarı BKB olgularında, BKB gelişmeden önce yaşadıklarını belirtmiştir. Doz-cevap ilişkisi incelediğinde ise, istismar ne kadar ciddi ise, BKB özelliklerinin o kadar fazla olduğu işlevselliğin yüksek derecede bozulduğu belirtilmiştir. Özgüllüğü değerlendirdiğinde, çocukluk çağı travmaları yaşayanların hepsinin BKB geliştirmediğini, BKB olgularının ise hepsinin cinsel istismar mağduru olmadıkları, BKB olgularının %20-45 arasında cinsel istismar hikayesinin olmadığı vurgulanmıştır. Tutarlılığı değerlendirdiğinde, özellikle Bornovalova ve arkadaşlarının sosyoekonomik seviyesi düşük bölgede yaşayan, madde kullanan afro-amerikan kökenli kişilerle, orta ve üst sosyoekonomik bölgede yaşayan beyazları karşılaştırdıkları çalışmada, iki grupta da çocukluk çağı travması ile BKB arasında ilişkiyi gösterdikleri çalışma örnek gösterilmiştir (Bornovalova, Gratz ve ark. 2006). Biyolojik ve epidemiyolojik akla yatkınlığın değerlendirildiği alt başlıkta ise, travma ve BKB olgularının aynı beyin bölgelerinin etkilendiği gösterilen çalışmaları öne sürülmüştür. Son olarak deneysellik değerlendirildiğinde ise BKB gelişiminin multifaktöriyel olduğu, çocukluk çağı travmalarının etiyolojik faktörlerden birisi olarak değerlendirildiği çalışmalar örnek gösterilmiştir. Sonuç olarak, çocukluk çağı travmaları ve BKB arasındaki ilişkinin spesifik olmasa da, daha önce bu ilişkiyi inceleyen meta-analizde belirtildiği gibi çocukluk çağı travmalarının etkisinin küçük olmadığı ve çocukluk çağı travmaları ile diğer muhtemel etiyolojik faktörler ile etkileşimi sonucu BKB'nin geliştiği savunmaktadır (Ball ve Links 2009).

Çocukluk çağı istismar olgularının değerlendirildiği çalışmalara, ailelerin tutumu, kişinin olayı yaşama biçimi gibi birçok karıştırıcı çevresel faktörlerin BKB ve çocukluk çağı istismarı arasındaki ilişkiyi etkilediğine dair eleştiri yapılmıştır. Bu eleştiriye cevap olarak, aynı ortamda büyüyen BKB olgularını kız kardeşleriyle karşılaştırıldığı bir çalışmada, BKB olgularının kardeşlerinden daha fazla ve daha şiddetli duygusal istismara uğradığı, fiziksel istismara ise benzer oranda maruz kalsalar da BKB olgularının istismar şiddetini daha fazla belirttikleri gözlemlenmiştir. Kardeşler aynı zamanda, aynı şiddette cinsel istismara uğradıklarını bildirseler de, BKB olguları daha fazla cinsel istismara maruz kaldıklarını bildirmişlerdir (Laporte, Paris ve ark. 2011). Bu çalışmada çocukluk çağı istismar ve ihmal ile

BKB arasındaki ilişki incelenirken istismar ve ihmalin şiddetinin ve süresinin değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Genetik etkinin dışlanması için yapılan ikiz çalışmasında, Borderline Kişilik Özellikleri ile ruhsal travmalar arasında korelasyon olduğunu fakat bu durumun sebep-sonuç ilişkisi olmadığını belirtilmiştir (Bornovalova, Huibregtse ve ark. 2013). Başka bir ikiz çalışmasında genetik olarak BKB geliştirme riski düşük olan olgularda bile cinsel istismara uğrayanlarda borderline özellikler daha yüksek oranda görülmüştür. Bu özellikler cinsel istismarın BKB gelişimindeki önemini göstermektedir (Distel, Middeldorp ve ark. 2011). BKB ve istismar arasındaki inceleyen diğer bir ikiz çalışmasında, BKB gelişiminin genetik etkiden çok, çevresel etkinin altında olduğunu belirtmiştir (Torgersen 1984).

BKB ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkinin incelendiği birçok çalışma retrospektif olarak yapılmıştır. Bu akıllara önceden yaşanmış olan travma ile ilgili anıların yanlış hatırlanabileceği eleştirisini getirmiştir. BKB olgularında, çocukluk travmaları ile ilgili hatıralarında abartı, yanlış hatırlama, ebeveynin yönlendirmesiyle ortaya çıkabileceği ya da hastanın travmaya uğramış olmanın terapistin ilgisini çekebileceğini düşündüğü için travmayla ilgili anıların güvenilirliği soru işareti olmuştur (Zanarini, Frankenburg ve ark. 2000, Battle, Shea ve ark. 2004, McCollough, Machizawa ve ark. 2007, Huang, Yang ve ark. 2012). Bunun üzerine ileriye dönük çalışmalar yayınlanmıştır.

Literatürde yapılmış geniş kapsamlı çalışmada, çocukluk çağında travmalara maruz kalmış olgular çocukluktan erişkinlik dönemine kadar yaklaşık 20 yıl takip edilmiştir. Çocukluk çağı istismar ve ihmalinin, maladaptif ebeveynliğin, ergen ve erişkin kişilik bozuklukları için risk faktörü olduğu bulunmuştur. Çocukluk çağı istismar ve ihmalinin, erişkinlik döneminde kişilik bozukluğu tanısı alma olasılığını yaklaşık dört kat artırdığı belirtilmiştir (Johnson, Cohen ve ark. 1999). Bu durum BKB için daha belirgin bulunmuştur (OR:7.7).

Widom ve arkadaşlarının yaptığı ileriye dönük çalışmada, 500 olgu değerlendirilmiştir. Çalışmada istismar ve ihmale uğramış adli olgular seçilmiştir. Takiplerin sonucunda, BKB olan grupta, kontrol grubuna göre cinsel istismar, fiziksel istismar ve ihmal daha yüksek görülmüştür. İstatistiksel olarak, cinsel istismar grupları arasında anlamlı çıkmamış olsada, fiziksel istismar ve ihmal istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Yazar, cinsel istismar ile BKB arasındaki korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı olmamasını, olguların 11 yaşından önce travmaya uğradıkları ve tedavi aldıkları için olabileceğini belirtmiştir (Wilson ve Widom 2010).

10 yıllık başka bir takip çalışmasında, bakımverenleri tarafından yapılan istismarların (fiziksel, duygusal ve cinsel istismar) BKB patolojisiyle yakından ilgili olduğu gösterilmiştir (Reed, Fitzmaurice ve ark. 2015).

İki önemli ileriye dönük çalışmada, BKB olgularının geç erişkinlik döneminde semptomlarının olarak şikayetlerinin gerilediği, iş ve sosyal hayattaki zorluklarının devam ettiği gösterilmiştir (Paris ve Zweig-Frank 2001, Zanarini, Frankenburg ve ark. 2006). Diğer bir ileriye dönük çalışmada, çocukluk çağı istismar öyküsünün diğer kişilik bozukluklarına göre daha yüksek olduğu ve çocukluk çağı istismar öyküsü olan olguların geç erişkinlik dönemindeki semptomatik iyileşmenin geciktiği, bu olguların daha fazla şikayetleri olduğu gösterilmiştir (Cohen, Crawford ve ark. 2005).

BKB olgularında, çocukluk çağı istismarının etiyolojik bir sebep olarak araştırılmadığı, çocukluk çağı istismar öyküsünün gidişat üzerine etkisinin incelendiği ileriye dönük çalışmalarda tutarsız sonuçlar vardır. 10 yıllık takip çalışmasında, cinsel istismarın olmasının gidişatı kötü etkilediği yönünde bulgu saptanmışken (Zanarini, Frankenburg ve ark. 2006), 27 yıllık takip çalışmasında istismar öyküsünün gidişat üzerine etkisinin olmadığı bulunmuştur (Zweig-Frank ve Paris 2002).

BKB ile çocukluk çağı istismar arasındaki ilişkiyi açıklayabilecek birçok teori ortaya atılmıştır. Bunlardan tarihsel olarak en eskisi sayılabilecek olan, Kompleks TSSB açıklamasıdır. Kompleks TSSB kavramını ilk ortaya atan J. Herman'dır. Kompleks TSSB, uzun süre ciddi travmaya maruz kalanlarda, klasik TSSB'den farklı olarak, kalıcı olarak duygu düzenleme problemi, kişinin kendisi ve etrafı hakkındaki görüşlerinin kalıcı olarak değiştiği, diğerleri ile ilişkisinin ciddi olarak etkilendiği, bilinç düzeyinin etkilendiği patolojik disosiyatif durumların görüldüğü, somatik şikayetlerin ön planda olduğu durum olarak tanımlanmaktadır. Bu kişilerde, disosiyatif semptomlar, kendine zarar verici davranışlar sık görülmektedir. Bunlar bir arada değerlendirildiğinde BKB olgularında sıklıkla görülen semptomların örtüştüğü dikkat çekmiştir (Herman 1993). Çocuklarla travma üzerine yaptığı çalışmalarla ismini duyuran L. Terr, travmaya uğramış çocuklarla yaptığı takip çalışmalarında, birinci sene sonunda TSSB semptomları ile ailesel özelliklerin (destekleyici aile modeli, ayrılık, ev içinde şiddeti gibi) etkili olmadığını fakat dördüncü yılın sonunda TSSB belirtilerinin devam ettiği grupta bu özelliklerin ön plana çıktığına dikkat çekmiştir. Bu, çevresel faktörlerin erken dönemde etkisinden çok uzun dönem etkisine dikkat çekmektedir. İleriye dönük çalışmalarda benzer bulgular bulunmuştur. Bezirgian ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, tutarsız anneliğin BKB patolojiye yol açtığı ve sürdürdüğü belirtilmiştir (Bezirgian, Cohen ve ark. 1993). Başka ileriye dönük çalışmada, benzer bulgular bulunmuştur. BKB semptomları ile erken dönemde yaşanan, bağlanma bozukluğu, maternal hostilite, sınırların kaybolduğu aile tutumları, babanın üçlü ilişkide uzak olması ile BKB ilişkili bulunmuştur (Carlson, Egeland ve ark. 2009).

Paris ve arkadaşlarının kompleks TSSB açıklamasına itiraz olarak, ciddi sayıda travmaya maruz kalanlarda BKB ve TSSB gelişmediğini, aradaki ilişkinin kompleks etkileşim sonrası ortaya çıkabileceğini öne sürmüştür (Paris 1994). Paris ve arkadaşlarının bu ilişkiye istismara uğrayan bireylerin aynı zamanda ebeveynleri tarafından duygusal olarak ihmal edildiklerine, onlara aşırı korumacı olduklarına ve BKB olgularının bireyselleşme problemleri yaşadıklarına dikkat çekmiştir (Zweig-Frank ve Paris 1991).

BKB ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi bağlanma teorisiyle açıklayanlar, erken dönemde ihmalin ve sağlıklı bağlanmanın olmadığı ortamlarda, kişi travma sonrasında oluşan strese karşı koymakta ve uygun baş etme becerilerini göstermekte zorlanabileceği üzerine durulmaktadır. BKB hastalarının çocukluk deneyimleri üzerine yapılan çalışmalarda , iki ebeveyninde duygusal ihmeline sık rastlanmaktadır ve güvenli bağlanabileceği bir yetişkinin yokluğu, bozukluğun gelişmesini kolaylaştıran travma kadar güçlü olabileceği söylenmektedir (Sabo 1997).

Literatür incelendiğinde, BKB ile çocukluk çağı istismarı arasındaki etiyolojiye yönelik Linehan'ın duygu düzenleme zorluğunun temel sebep olduğu açıklaması hakimdir. Linehan duygu düzenlemede zorluğu olan olguların olumsuz çevre şartlarıyla etkileşimi sonucunda BKB geliştiğini belirtmiştir (Linehan 1993). Duygu düzenleme problemine dürtüselliğinde eklenmesiyle gen x çevre etkileşim modeli son halini almıştır. Şu anki güncel yaklaşım BKB ve istismar arasındaki ilişki gen x çevre etkileşimi modeliyle açıklanmaktadır (Crowell, Beauchaine ve ark. 2009, van Dijke, Ford ve ark. 2015).

Genetik olarak aktarılan ve çevrenin etkilerine açık olan duygu düzenleme becerisi BKB'de üzerinde durulan bir konudur. Duygud düzenleme, frontal lob işlevi olan kompleks bir beceridir. Duyguları tanıyabilme ve kabullenme, olumsuz duygunun ketlenmesi, olumsuz duygu karşında karar verilip amaca yönelik işlevi sürdürebilme gibi becerilerdir. Duygudurum düzenlemedeki zorlukların altında genetik ve çevrenin etkisi olduğu varsayılmaktadır. Çocukluk çağı travmalarının duygu düzenleme becerilerini etkileyerek BKB gelişimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Sauer, Arens ve ark. 2014).

Yakın dönemde yapılan bir inceleme yazısında, çocukluk çağı travmalarının BKB gelişimi arasında tek yönlü bir ilişkinin olmadığı, çeşitli mekanizmalar (Hipotalamo pitüiter aks değişiklikleri, endojen opiyat sistemi değişiklikleri, nöroplastisite, epigenetik değişiklikler) arasındaki kompleks etkininin sonucunda ortaya çıktığını vurgulamaktadır. (Cattane, Rossi ve ark. 2017).

Çalışmalarda çoğunlukla çocukluk çağı travmaları olarak tanımlansa da genellikle 18 yaş altında travma yaşayan kişiler çalışmalar dahil edilmektedir. Bu durumda travmanın hangi

gelişimsel dönemde olduğu, ne kadar sürdüğü, tipi önem kazanmaktadır (Hecht, Cicchetti ve ark. 2014).

Bir gözden geçirmede, BKB olgularındaki rastgele cinsel ilişkinin sebepleri araştırılmış ve yazar bu durumu yeniden mağduriyet (revictimization) olarak değerlendirmiş. Duygudurum düzensizliği, dürtüsellik, terk edilme ve reddedilmeye duyarlılığın bu durumu tetikleyen borderline özellikler olabileceğini vurgulamıştır (Oruçlular 2016).

3. GEREÇ ve YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMA MERKEZİ ve ÖRNEKLEM

Bu çalışmada İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı polikliniğine başvuran 15-18 yaş aralığında bulunan hastalara Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇRTÖ) ile çocukluk çağı ruhsal travmalar açısından tarama yapıldı. Tarama sonucunda cinsel, fiziksel ve duygusal istismara uğradığını belirten hastalar, çalışmaya katılamaya gönüllü oldukları takdirde çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya alınması planlanan tüm olguların tanıları çalışmacılar tarafından tanısız değerlendirilmeleri tekrar yapılarak çalışmaya katılma şartları değerlendirildi. Çalışmaya katılan tüm olgu ve ailelerine çalışmanın amacı ve kapsamı detaylı bir sözel açıklama ile yapıldı ve sözlü onam sonrasında ebeveyn ve ergenlere bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatılarak bir nüshası onlara verildi. Çalışmamıza Borderline Kişilik Bozukluğu ve Çocukluk çağı ruhsal travması olan 38, Çocukluk Çağı Ruhsal Travması olan ve Borderline Kişilik Bozukluğu olmayan 38 ergen olmak üzere 76 ergen ve ailesi dahil edildi.

Araştırma kesitsel olarak farklı özelliklerin karşılaştırıldığı analitik bir çalışmadır.

Araştırma için gerekli etik kurul onayı İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu tarafından verilmiştir.

BKB Grubunun Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak
2. 15-18 yaş aralığında olmak
3. Çalışmada kullanılacak formları tek başına doldurabilecek ruhsal ve fiziksel gelişim göstermiş olmak
4. 12 Yaş ve öncesini düşünerek doldurulan Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar ölçeğinde, fiziksel, cinsel travma için 5 puanın ve duygusal travmalar için 12 puanın üzerinde almış olmak
5. DSM-III-R Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-II) ile BKB tanısı almış olmak

BKB grubunun Dışlanma Kriterleri

1. 15 yaşından küçük ve 18 yaşından büyük olmak
2. Formaları doldurabilecek yeterli fiziksel ve ruhsal gelişim gösterememek
3. Çalışmaya dahil olmak için sözlü ve yazılı onamın olmaması
4. 12 Yaş ve öncesini düşünerek doldurulan Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar ölçeğinden, cinsel ve fiziksel travmalar için 5, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7, duygusal ihmal için 12 puanın ve altında almak
5. DSM-III-R Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-II) ile BKB tanısı almış olmamak

Travma Grubunun Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak
2. 15-18 yaş aralığında olmak
3. Çalışmada kullanılacak formları tek başına doldurabilecek ruhsal ve fiziksel gelişim göstermiş olmak
4. 12 Yaş ve öncesini düşünerek doldurulan Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar ölçeğinde, fiziksel, cinsel travma için 5 puanın ve duygusal travmalar için 12 puanın üzerinde almış olmak
5. DSM-III-R Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-II) ile BKB tanısı almış olmamak

Travma Grubunun Dışlanma Kriteri

1. 15 yaşından küçük ve 18 yaşından büyük olmak
2. Formaları doldurabilecek yeterli fiziksel ve ruhsal gelişim gösterememek
3. Çalışmaya dahil olmak için sözlü ve yazılı onamın olmaması
4. 12 Yaş ve öncesini düşünerek doldurulan Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar ölçeğinden, cinsel ve fiziksel travmalar için 5, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7, duygusal ihmal için 12 puanın ve altında almak
5. DSM-III-R Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-II) ile BKB tanısı almış olmak

3.2. UYGULAMA

Araştırmaya örneklem grubu olarak İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran 15-18 yaş aralığından olan ergenler Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar ölçeği ile çocukluk çağı travmaları taranmıştır. Olguların doldururken 12 yaş ve öncesindeki hayatlarını düşünerek doldurmaları bilgisi verilmiştir. Ölçekten çalışma için anlamlı sayılabilecek puanları geçenlere çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Katılmak isteyen olgulara sözlü ve yazılı onam formu verilmiştir.

Çalışmaya katılmayı kabul eden olgulara Sosyodemografik Veri Formu ve fiziksel ve cinsel istismara uğradığını bildiren olgulara Olayların Etkisi Ölçeği görüşme sırasında doldurulmuştur. Olgular DSM-III-R Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-II) ile değerlendirilmiştir. Daha sonra bütün olgulara, Ergen İlişki Anketi, Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Aile Değerlendirme Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri doldurulmuştur. Veri kaybını önlemek için atlanan, anlaşılmayan ya da boş bırakılan sorular çalışmacı ile gözden geçirilmiş ve tamamlanması sağlanmıştır.

Çalışmayla alakalı gerekli izinler, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan ve etik onayı ise İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Ek olarak çalışmanın yapılabilmesi için araştırmaya dahil edilen katılımcıların hem kendilerinden hem de ebeveynlerinden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.3. GEREÇLER

3.3.1.1. Sosyodemografik Veri Formu:

Bu çalışma için araştırmacıların kendileri tarafından hazırlanmıştır. Sosyodemografik veri formunda çalışmaya katılan ergenlerin adı, soyadı, cinsiyeti, doğum tarihi, yaşı, telefon bilgileri, kardeş sayısı, kiminle yaşadığı, anne ve babasının medeni halleri ve çalışma durumları, okul durumu, eğitim seviyesi, ergenin gelişimsel öyküsü, özgeçmiş ve tıbbi durumu, ailede tıbbi ve psikiyatrik rahatsızlıklar olup olmadığı, kullandığı ilaçlar, madde kullanım öyküleri, uğradıkları cinsel, fiziksel, duygusal istismara ait özellikler değerlendirilmiştir.

3.3.1.2. DSM-III-R Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview For DSM-III-R Personality Disorders) (SCID-II)

DSM-III-R sınıflandırmasına göre II. ekseninde kişilik bozukluğu tanımlarını koymak amacıyla Spitzer ve arkadaşlarının tarafından geliştirilen, bireysel olarak uygulanan bir klinik görüşme yöntemidir (Spitzer, Williams ve ark. 1992). Kişiler önce SCID-II Kişilik Envanteri ile kendi duygu ve davranışlarına uyan maddeleri belirtir. Daha sonra görüşmecisiyle birlikte ayrıntılı değerlendirme yapılır. Bireyleri 12 kişilik bozukluğu açısından değerlendirir. Bunlar çekingen kişilik bozukluğu, bağımlı kişilik bozukluğu, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, pasif agresif kişilik bozukluğu, kendini zarara uğratan (self defeating) kişilik bozukluğu, paranoid kişilik bozukluğu, Şizoid kişilik bozukluğu, Şizotipal kişilik bozukluğu, histriyonik kişilik bozukluğu, narsisistik kişilik bozukluğu, sınır kişilik bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğudur. Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Sorias S 1990).

3.3.1.3. Olayların Etkisi Ölçeği-R (OEÖ-R)

Stresli bir olayın ardından bireyin yaşadığı stres tepkilerini değerlendirmek amacıyla Horowitz, Wilner ve Alvarez tarafından geliştirilen ölçek, Weiss ve Marmar tarafından (1997) travma sonrası stres bozukluğunun DSM-III TSSB tanı kriterlerine göre "aşırı uyarılma" boyutu eklenerek genişletilmiştir. Revize edilmiş form, "aşırı uyarılma", "yeniden deneyimleme" ve "kaçınma" olmak üzere üç faktörden oluşan toplam 22 maddedir. "Aşırı uyarılma" alt boyutu olayla ilgili anılardan ne kadar etkilendiklerini; "yeniden deneyimleme" rahatsız edici düşünce, duygu ya da görüntülerin kişinin kontrol edemediği bir şekilde bilinç düzeyine ulaşmasını; "kaçınma" alt boyutu ise travmatik yaşantıya maruz kalan kişilerin travmayla ilgili rahatsızlık verici anılarından uzaklaşmak için bilinçli olarak çaba harcamasını değerlendirmektedir (Horowitz, Wilner ve ark. 1979, Weiss 1997).

OEÖ-R, travmatik olayın ortaya çıkardığı her bir etkiyi ve şiddetini değerlendirmektedir. 4'lü likert tipi olan ölçekten alınan yüksek puan kişinin travmatik olaydan daha fazla etkilendiğine işaret etmektedir.

Türkçe uyarlaması Çorapçıoğlu, Yargıç, Geyran ve Kocabaşoğlu tarafından yapılmıştır. Uyarlama çalışmasında, ölçeğin klinik grupta uygulan TSSB ölçeği ile korelasyonlarının OEÖ-R'nin toplam puanının, ($r=0.70$) araya girici ($r=0.69$) ve aşırı uyarılma ($r=0.64$) alt boyutlarının yüksek korelasyon gösterdiğini; kaçınma alt boyutunun ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olsa bile orta derecede korelasyon gösterdiğine işaret etmiştir ($r=0.49$, $p<0.001$). Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ise .94 olarak hesaplanmıştır. Mevcut çalışmada, çocukluk

örselenme yaşantılarına ilişkin anılar üzerinde OEÖ-R'nin kaçınma ve araya girici boyutları kullanılmıştır (Çorapçıoğlu 2006).

3.3.1.4. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği

Bu ölçek çocukluk ve ergenlikteki istismar ve ihmal yaşantılarını geçmiş yıllara dönük olarak değerlendirmeyi amaçlar. David P. Bernstein tarafından geliştirilmiştir. Klık olarak 70 madde olarak geliştirilmiş olan bu ölçek, 1995 yılında 54 maddeye indirilmiş ve sonra yeniden düzenlenerek 28 maddelik kısa forma dönüştürülmüştür. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şar ve arkadaşlarının tarafından yapılmıştır.

Araştırmada kullanılan da ölçeğin 28 maddeden oluşan formudur. 5'li likert tipi bir ölçektir. Yanıtlama seçenekleri "1 hiçbir zaman" ile "5 çok sık" şeklindedir.

Beş alt boyut; fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmaldir. Fiziksel istismar 9, 11, 12, 15, 17 numaralı sorularla, cinsel istismar 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddelerle, duygusal istismar 3, 8, 14, 18, 25 numaralı maddelerle, fiziksel ihmal 1, 2, 4, 6, 26 numaralı maddelerle ve son olarak duygusal ihmal 5, 7, 13, 19, 28 numaralı sorularla ölçülmektedir. 3 tane minimalizasyon-inkar sorusu (10, 16, 22. sorular) bulunmaktadır.

CTQ' nun hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden (madde 2,5,7,13,19,26,28) elde edilen puanlar ters çevrilir (1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana dondurulur). Beş alt puanın toplamı CTQ toplam puanını verir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25- 125 arasındadır. Minimizasyonla ilgili (madde 10, 16, ve 22) maddelerin puanlarını ters çevirmeye gerek yoktur. Minimizasyon puanını hesaplamak için bu üç maddenin her birinden alınan sadece 5 puan (en yüksek) cevapları hesaba katılır ve bunları hepsi 1 puan olarak sayılır. Bunların toplanması ile 0-3 puan arasında bir minimizasyon puanı elde edilir.

Şar ve arkadaşlarının tarafından yapılan çalışmanın bulguları cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılmasının, yani sorulardan herhangi birine en alt düzeyde de olsa evet yanıtı verilmesinin pozitif bildirim olarak sayılması gerektiğini düşündürmektedir (Şar 2011).

Fiziksel ihmal ve duygusal istismar için bu sınırın 7 puan, duygusal ihmal için ise 12 puan düzeyine çekilebileceği anlaşılmaktadır.

3.3.1.5. Borderline Kişilik Ölçeği

Poreh ve arkadaşlarının tarafından geliştirilen ve geçerlik güvenilirlik çalışmaları yapılan BPQ Borderline kişiliğinin özelliklerinin DSM-IV ölçütlerine göre değerlendirildiği ve 80

maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. DSM-IV'deki her ölçüt için ayrı bir alt ölçek bulundurmaktadır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması toplam 763 üniversite öğrencisi üzerinde yapılmıştır (Poreh, Rawlings ve ark. 2006).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 306 üniversite öğrencisi ile Vedat Ceylan tarafından yapılmıştır. Türkçe BPQ iç tutarlılık katsayısı Cronbach α değeri 0.89 olarak hesaplanmıştır (Ceylan 2016).

BPQ ölçeği toplam 9 alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar; Dürtüsellik, Duygulanımda Kararsızlık, Terk Edilme, İlişkiler, Kendilik İmgesi, İntihar/Kendini Yaralama Davranışı, Boşluk Duygusu, Yoğun Öfke, Psiko Benzeri Durumlar'dır. Ölçeğin puanlaması ise her alt ölçek için maddeler doğru yanıtı verdiyse 1, yanlış yanıtını verdiyse 0 verilerek yapılır. Ölçekte 4, 8, 10, 28, 32, 43, 45, 48, 52, 53, 54, 60 ve 67 numaralı maddeler ters olarak yani doğruysa 0, yanlış ise 1 olarak puanlanır. Toplam puan alt ölçeklerin toplamıdır. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ölçek için kesme puanı bildirilmemiştir.

3.3.1.6. İlişki Ölçeği Anketi

Bartholomew ve Horowitz tarafından geliştirilen, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sümer ve Güngör tarafından yapılan bu ölçek ergenlerin bağlanma stillerini ölçmek için kullanılmıştır (Bartholomew ve Horowitz 1991, Sümer N 1999). Ölçeklerin iç tutarlılığı 0.82'dir. Ölçek 17 maddeden oluşmakta, yakın duygusal ilişkilerden kastedilen arkadaşlık, dostluk ve benzerlerini ve bağlanma stillerini tanımlamayı amaçlamaktadır. Korkulu, kayıtsız, güvenli, saplantılı bağlanma olmak üzere 4 farklı derecede değerlendirme yapmaktadır.

Ölçekteki her madde 1-7 arasında puanlanmaktadır. Korkulu bağlanmayı gösteren sorular 1, 4, 9, 14; kayıtsız bağlanmayı gösteren sorular 2, 5, 12, 13, 16; güvenli bağlanmayı gösteren sorular 3, 7, 8, 10, 17; saplantılı bağlanmayı gösteren sorular 5 (ters yüklü), 6, 11, 15. sorulardır. Ölçekte yer alan bir madde (5. madde) hem kayıtsız hem de saplantılı bağlanma stili için kullanılmaktadır. Ölçekteki ters maddeler 5, 7, 17. maddelerdir. Güvenli bağlanma boyutu dışındaki etkenlerde puan artışı sağlıklı bağlanmayı göstermektedir. Ölçekten toplam puan elde edilmemekte, faktör puanları değerlendirilmektedir.

3.3.1.7. Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği

Dissosiyatif belirtiler 28 maddelik bir öz bildirim ölçeği olan Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği, Bernstein ve Putnam tarafından geliştirilen ve çeşitli disosiyatif yaşantıların sıklığını ölçen, 28 soruluk öz bildirime dayalı bir

ölçektir (Bernstein ve Putnam 1986). Olgular her soru için soru altında sıfırdan yüze kadar 10'ar puan aralıklarla sıralanmış diagram üzerine işaret koyarak, o yaşantının ne sıklıkta olduğunu (zamanın %0 %100'ü arasında) belirtir. 28 sorunun ortalaması alınarak ölçek skoru elde edilir. Ülkemizde geç ergenlik dönemindeki üniversite öğrencilerin de yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, ölçeğin güvenilirliği ile ilişkili olarak iç tutarlılığı (Cronbach alfa=0.91) ve test-tekrar test bağıntısı ($r=0.78$) yüksek bulunmuştur. Ölçekten alınan 30'un üstündeki puanlar disosiyatif bozukluğun varlığına işaret etmektedir (Yargıç 1995).

3.3.1.8. Aile Değerlendirme Ölçeği

Orijinal formu, Brown Üniversitesi ve Butler Hastanesi tarafından Aile Araştırma Programı çerçevesinde geliştirilen ADÖ, ailenin işlevlerinin hangi alanlarda fonksiyonel olup olmadığının genel bir değerlendirmesini yaparak, sorun alanlarını ortaya çıkarmak amacıyla oluşturulmuştur. Aile Değerlendirme Ölçeğinin (ADÖ) 1990 yılında Işıl Bulut tarafından Türkçe'ye uyarlama çalışmaları yapılmıştır, ölçeğe ilişkin bulgular, orijinalinde yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular ile benzer niteliktedir (Bulut 1990).

60 maddeden oluşan ölçeğin 6 alt ölçeği bulunmaktadır. “Problem Çözme” 6 madde, “İletişim” 9 madde, “Roller” 11 madde, “Duygusal Tepki Verme” 6 madde, “Gereken İlgiyi Gösterme” 7 madde, “Davranış Kontrolü” 9 madde, “Genel İşlevler” 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçek dördümlü likert tipidir, aynen katılıyorum, büyük ölçüde katılıyorum, biraz katılıyorum, hiç katılmıyorum. Hiç katılmıyorum 1 puan iken, aynen katılıyorum 4 puandır ve yüksek puan aile içi tutumlarda değişiklik yapılması gerektiğini göstermektedir (Bulut 1990).

3.3.1.9. Kısa Semptom Envanteri

Kısa Semptom Envanterinin orijinal formu Derogatis tarafından geliştirilmiştir (Derogatis LR 1994). Bu çalışmada 90 maddelik SCL-90 Semptom Belirleme Listesi 53 maddeye düşürülmüş ve Kısa Semptom Envanteri oluşmuştur. SCL-90'da olduğu gibi Kısa Semptom Envanteri, 9 alt ölçek ve 3 global indeksten oluşmaktadır. Maddeler 0-4 değerleri arasında ('hiç' ve 'çok fazla') derecelendirilmiş 5'li Likert tipi bir ölçek üzerinden puan alabilmekte ve ölçekten alınan toplam puan, 0 ile 212 arasında değişebilmektedir. Kısa Semptom Envanterinin Türkçe uyarlaması Şahin ve Durak tarafından gerçekleştirilmiştir. Üç ayrı çalışmada iç tutarlılık için ölçeğin toplam puanından elde edilen Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları 0.96 ile 0.95; alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise 0.55 ile 0.86 arasında değiştiği görülmüştür (Şahin NH 1994).

Yapılan faktör analizi sonucunda ölçeğin “Anksiyete (12, 13, 28, 31, 32, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 47 ve 49. maddeler $\alpha=0.87$), “Depresyon” (9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27, 35, 37 ve 39. maddeler, $\alpha=0.88$), “Olumsuz benlik” (15, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 50, 51, 52 ve 53. maddeler, $\alpha=0.87$), “Somatizasyon” (2, 5, 7, 8, 11, 23, 29, 30 ve 33. maddeler, $\alpha=0.75$) ve “Hostilite” (1, 3, 4, 6, 10, 40 ve 41. maddeler, $\alpha=0.76$) olmak üzere 5 faktörden oluştuğu bulunmuştur (Şahin NH 1994).

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatiksel analizde Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences- SPSS for Windows, 21.0) kullanıldı. Deskriptif tanımlamaların yanında nitel değişkenlerde gruplar arası karşılaştırmada Ki-kare testi kullanıldı. Nicel değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediğine Shapiro Wilks testi ile bakıldı. Normal dağılım gösteren değişkenlerden iki grup arası karşılaştırmalarda independent sample t-testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmaları Man-Whitney U testi ile yapıldı. Nicel değişkenler arası korelasyona normal dağılım gösteren değişkenlerde Pearson, normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Spearman korelasyon katsayısı ile bakıldı. Tüm analizler için anlamlılık düzeyi olarak “ $p<0,05$ ” kabul edildi.

4. BULGULAR

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Çalışmamızın örneklemini, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniklerine başvuran 15-18 yaş arası ÇÇRTÖ'den kesme puanlarını geçen Borderline Kişilik Bozukluğu olan 38, Borderline Kişilik Bozukluğu olmayan 38 olgu olmak üzere toplam 76 olgu oluşturmaktadır.

4.1. Bireysel Sosyodemografik Özellikler

Borderline Kişilik Bozukluğu olan ve olmayan olguların bireysel sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması Tablo-2' de gösterilmiştir.

Tablo 1: İki grubun bireysel sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

Bireysel Sosyodemografik Özellikler		BKB Yok	BKB Var	p
		Medyan (%25-75)	Medyan (%25-75)	
Yaş		16 (15-17)	16 (15-17)	0,506**
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
Cinsiyet	Kadın	31(81,6)	37 (97,3)	0,025*
	Erkek	7 (18,4)	1 (2,7)	
Kardeş Sayısı		Medyan (%25-75)	Medyan (%25-75)	0,668**
		2 (1-4)	3 (2-3)	
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
Kaçınıcı Çocuk	Birinci	20 (52,6)	15 (39,4)	0,487*
	İkinci	10 (36,3)	14 (36,8)	
	Üçüncü ve Üzeri	8 (11,1)	9 (23,8)	
Okula Devam	Devam Ediyor	36 (94,7)	32 (84,2)	0,135*
	Devam Etmiyor	2 (5,3)	6 (15,8)	
Son 1 yıldaki okul başarısı	Takdir/Teşekkür	17 (47,2)	16 (50,0)	0,938*
	Orta	11 (30,5)	10 (27,7)	

	<i>Zayıf</i>	8 (22,7)	6 (22,3)	
Son 1 senede okula gitmediği gün sayısı	<i>10 günden az</i>	23 (63,2)	20 (55,9)	0,906*
	<i>10 günden fazla</i>	13 (36,8)	12 (44,1)	

*Ki Kare testi p değeri **Mann Whitney U testi p değeri.

Tabloda görüleceği gibi BKB olmayan %81,6'sı (n:31) kadın, %18,4'ü (n:7) erkek, BKB olan olguların % 97,3'ü (n:37) kadın, %2,7'si (n:1) erkek idi. Cinsiyet açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,025). BKB olmayan grupta okula devam oranları, BKB olan olgulardan daha yüksek olmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,135). Yaş (p=0,506), Kardeş sayısı (p=0,864), Kaçınıcı Çocuk olması (p=0,487), okul başarısı(p=0,938), okul devamsızlığı (p=0,906) açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı (p>0,05). (Tablo-2).

4.2. Ailesel Soysodemografik Özellikler

Çalışmamızdaki iki grubun ailesel Sosyodemografik özellikler yönünden karşılaştırılması Tablo-5'te gösterilmiştir. Tablo-5'tende anlaşılabileceği üzere, iki grup arasında anne (p=0,119) ve baba yaşları (p=0,325), annenin tahsil durumu (p>0,05), mesleği (p=0,071), babanın tahsil durumu (p=0,200), mesleği (p=0,828), psikiyatrik rahatsızlığı (p>0,05) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Annenin psikiyatrik rahatsızlığının olup olmaması açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da BKB olgularının annelerinde daha çok psikiyatrik rahatsızlık olması dikkat çekiciydi (p=0,091).

Akraba evliliği (p=0,791) ve anne baba ayrılığı (p=0,589) açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Ailenin ortalama aylık geliri BKB olan grupta daha yüksek olarak bulundu (p=0,022). (Tablo 5).

Tablo 2: İki grubun ailesel sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

Ailesel Sosyodemografik Özellikler	BKB Yok Medyan (25-75)	BKB Var Medyan (25-75)	p
Anne Yaşı	40 (38-44,25)	41 (39-47,25)	0,119**
Baba Yaşı	45 (41,75-49)	45,50 (42,75-52,25)	0,325**

		n (%)	n (%)	
Annenin Tahsil Durumu	<i>Okula gitmemiş</i>	4 (10,5)	4 (10,5)	>0,005*
	<i>İlköğretim</i>	18 (47,4)	18 (47,4)	
	<i>Lise</i>	12 (31,6)	12 (31,6)	
	<i>Üniversite ve Üzeri</i>	4 (10,5)	4 (10,5)	
Annenin Mesleği	<i>Çalışmıyor</i>	22 (57,9)	28 (73,7)	0,071*
	<i>İşçi</i>	6 (15,8)	6 (15,8)	
	<i>Memur</i>	3 (7,9)	2 (5,3)	
	<i>Serbest</i>	7 (18,4)	2 (5,3)	
Annenin Psikiyatrik Rahatsızlığı	<i>Var</i>	5 (13,2)	11 (28,9)	0,091*
	<i>Yok</i>	33 (86,8)	27 (71,1)	
Babanın Tahsil Durumu	<i>Okula gitmemiş</i>	0 (0)	1 (2,6)	0,200*
	<i>İlköğretim</i>	23 (60,5)	15 (39,5)	
	<i>Lise</i>	9 (23,7)	16 (42,1)	
	<i>Üniversite ve Üzeri</i>	6 (15,8)	6 (15,8)	
Babanın Mesleği	<i>Çalışmıyor</i>	4 (10,5)	3 (7,9)	0,828*
	<i>İşçi</i>	21 (55,3)	22 (57,9)	
	<i>Memur</i>	3 (7,9)	5 (13,2)	
	<i>Serbest</i>	10 (26,3)	8 (21,1)	
Babanın Psikiyatrik Rahatsızlığı	<i>Var</i>	1 (2,6)	2 (5,3)	>0,05***
	<i>Yok</i>	37 (97,4)	36 (94,7)	
Akraba Evliliği	<i>Var</i>	10 (26,3)	9 (92,5)	0,791*
	<i>Yok</i>	28 (73,7)	29 (15)	
Ayrılık	<i>Var</i>	10 (26,3)	8 (21,1)	0,589*
	<i>Yok</i>	28 (73,7)	30 (78,9)	
Aile İçi Şiddet	<i>Var</i>	11 (28,9)	12 (31,5)	0,803*
	<i>Yok</i>	27 (71,1)	26 (68,5)	
Ailenin Aylık Ortalama Geliri	<i>Asgari Ücret Altı</i>	9 (23,6)	2 (5,2)	0.022*
	<i>Asgari Ücret Üstü</i>	29 (76,4)	36 (94,8)	

*Ki Kare testi p değeri, **Mann Whitney U testi p değeri, *** Fisher testi p değeri.

4.3. Gelişimsel Özellikler

İki grubun gelişimsel özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 3 ve Tablo 4’de gösterilmiştir, İki grup arasında annenin hamilelik süreci ($p=0,054$), gebelikte kullanılan maddeler ($p=0,723$); olgunun doğum şekli ($p=0,118$), kuvöz bakımı ($p=0,644$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo-6).

Tablo 3: İki grubun gelişimsel özellikler açısından karşılaştırılması

Gelişimsel Özellikler		BKB Yok	BKB Var	p
		n (%)	n (%)	
Hamilelik Süreci	<i>Normal</i>	33 (86,8)	26 (68,4)	0,054*
	<i>Sorunlu</i>	5 (13,2)	12 (31,6)	
Gebelikte kullanılan maddeler	<i>Yok</i>	34 (89,5)	33 (86,8)	0,723*
	<i>İlaç ve Sigara</i>	4 (10,5)	5 (13,2)	
Doğum Şekli	<i>Normal</i>	25 (65,8)	31 (81,6)	0,118*
	<i>Sezeryan</i>	13 (34,2)	7 (18,4)	
Kuvöz bakımı	<i>Var</i>	3 (7,9)	2 (5,3)	0,644*
	<i>Yok</i>	35 (92,1)	36 (94,7)	

*Ki Kare testi p değeri

Tablo 4’deki verilerden anlaşıldığı üzere iki grup arasında olguların yürüme ($p=0,368$), konuşma gecikmesi ($p>0,05$), sosyal alan gelişimi ($p=0,240$), tuvalet eğitimi ($p>0,05$) ve anne sütü emme süresi ($p=0,600$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4).

Tablo 4: İki grubun gelişimsel özellikler açısından karşılaştırılması

Gelişimsel Özellikler		BKB Yok	BKB Var	p
		n(%)	n(%)	
Yürüme	<i>1-1 yaş öncesi</i>	32 (84,2)	34 (89,5)	0,368*
	<i>1-2 yaş arası</i>	6 (15,8)	4 (10,5)	
Konuşmada Gecikme	<i>Var</i>	35 (92,1)	35 (92,1)	>0,05*
	<i>Yok</i>	3 (7,9)	3 (7,9)	
Sosyal Alan	<i>Olağan</i>	38 (100)	35 (92,1)	0,240**
	<i>Olağan Dışı</i>	0 (0)	3 (7,9)	
Tuvalet Eğitimi	<i>Zamanında</i>	35 (92,1)	36 (94,7)	>0,05**
	<i>Geç</i>	3 (7,9)	2 (5,3)	

Anne Sütü	<i>Hiç emmeme</i>	6 (15,8)	5 (13,2)	0,600*
	<i>0-6 Ay</i>	7 (18,4)	11 (28,9)	
	<i>6-12 ay</i>	11 (28,9)	7 (17,5)	
	<i>12-24 ay</i>	8 (21,1)	6 (15,8)	
	<i>24 ay ve üzeri</i>	6 (15,8)	9 (23,7)	

*Ki Kare testi p değeri, **Fisher testi p değeri.

4.4. Tıbbi Geçmiş İle İlişkili Özellikler

İki grubun tıbbi geçmiş ve özellikler açısından karşılaştırılması Tablo 5’de gösterilmiştir. Tabloda belirtildiği üzere olgularının ilk psikiyatrik başvuru yaşı ($p=0,665$), tedaviden fayda görme ($p=0,369$), alkol ($p=0,208$) ve madde kullanımı ($p=0,395$), ek tıbbi hastalık olması ($p=0,791$) açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 8).

Aynı zamanda, BKB olgularının daha fazla ilaç kullandıkları ($p=0,025$), kullandıkları ilaçlar arasında Antidepresanların ($p=0,021$) daha yüksek oranda bulunduğu saptandı.

Tablo 5: İki grubun tıbbi geçmiş ve özellikler açısından karşılaştırılması

Tıbbi Özgeçmiş		BKB Yok	BKB Var	p
		Medyan (%25-75)	Medyan (%25-75)	
İlk Psikiyatri Başvurusu		15 (11-16)	14,5 (13-15)	0,665**
		n(%)	n(%)	
Kullandığı İlaçlar	<i>Dikkat İlaçları (Var)</i>	8 (21,05)	8 (21,05)	>0,05*
	<i>Antidepresan (Var)</i>	12 (31,5)	22 (57,89)	0,021*
	<i>Antipsikotik (Var)</i>	12 (31,5)	14 (36,84)	0,629*
Tedaviden fayda	<i>Hiç ya da Çok Az</i>	9 (40,9)	9 (29)	0,369*
	<i>Orta</i>	4 (18,2)	11 (35,5)	
	<i>İyi ya da Çok İyi</i>	9 (40,9)	11 (35,5)	
İlaç Kullanıyor mu?	<i>Evet</i>	22 (57,8)	31 (81,5)	0,025*
	<i>Hayır</i>	16 (42,2)	7 (20,5)	
	<i>Var</i>	9 (23,6)	10 (26,3)	
Tıbbi hastalık	<i>Yok</i>	29 (76,4)	28 (73,7)	0,791*

Alkol	<i>Var</i>	4 (10,5)	8 (21)	0,208*
Kullanımı	<i>Yok</i>	34 (89,5)	30 (79)	
Madde	<i>Var</i>	2 (5,2)	4 (10,5)	0,395*
Kullanımı	<i>Yok</i>	36 (94,8)	34 (89,5)	

*Ki Kare testi p değeri **Mann Whitney U testi p değeri

4.5. Cinsel İstismar ile İlgili Özellikler

İki grubun yaşadıkları cinsel travma ile ilgili veriler Tablo 6'da sunulmuştur. BKB olan grupta cinsel travma daha yüksek oranda görülmüştür (p=0,022).

İki grup arasında, cinsel travmaya uğradığı yaş aralığı (p=0,740), cinsel travmaya kaç kez maruz kaldığı (p=0,404), istismarcı ile arasında duygusal bağ olması (p=0,670), istismar sırasında zorlama ve güç kullanımı (p=0,411), temas(p>0,05) ve penetrasyon (p>0,05) içermesi, aynı kişiden maruz kalma sayısı (p=0,113), istismarcı yakınlığı (p=0,811), istismarcı sayısı (p=0,640), istismarı kiminle paylaştığı (p=0, 645), istismardan sonra yardım kuruluşundan yardım alma (p=0,932), istismardan ne kadar sonra yardım aldığı (p=0,916), istismarın ortaya çıkış biçimi (p=0,827), istismarcı yaşı (p=0,810), istismara ilk uğradığı yaş (p=0,403), istismardan ne kadar sonra paylaştığı (p=0,502) açısından istatistiksel olarak fark bulunamadı.

İstismara uğradıktan sonra geçen süre açısından BKB olan grupta, daha az bir süre geçtiği görülmüştür (p=0,039). (Tablo 6).

Tablo 6: İki grubun Cinsel İstismar ile ilgili özellikler açısından karşılaştırılması

Cinsel Travma ile İlgili Özellikler		BKB Yok	BKB Var	p
		n (%)	n (%)	
Cinsel İstismar	Var	13 (34,2)	23 (60,5)	0,022*
	Yok	25 (65,8)	15 (39,5)	
Cinsel İstismara	3-6 Yaş Arası	0 (0)	1 (4,3)	0,740*
Uğradığı Yaş	6-12 Yaş Arası	11 (84,6)	19 (82,6)	
Aralığı	12-18 Yaş Arası	2 (15,4)	3 (13)	
Cinsel İstismara	Bir kez	7 (58,3)	10 (43,5)	0,404*
	Birden fazla	5 (41,7)	13 (56,5)	
kaç kez maruz kaldı?	Yok	9 (75)	19 (82,6)	0,670***
İstismarcı ile	Var	3 (25)	4 (17,4)	
Duygusal Bağ				

Zorlama ve Güç Kullanımı	<i>Yok</i>	8 (66,7)	12 (52,2)	0,411*
	<i>Var</i>	4 (33,3)	11 (47,8)	
Temas	<i>Yok</i>	1 (8,3)	1 (4,3)	>0,05***
	<i>Var</i>	11 (91,7)	22 (95,7)	
Penetrasyon	<i>Yok</i>	10 (83,3)	19 (82,6)	>0,05***
	<i>Var</i>	2 (16,7)	4 (17,4)	
Aynı Kişiden Kaç Kez Maruz kaldı?	<i>Bir Kez</i>	10 (83,3)	13 (56,5)	0,113*
	<i>Birden Fazla</i>	2 (16,7)	10 (43,5)	
İstismarcı Yakınlığı	<i>Aile İçinden</i>	2 (16,7)	6 (26,1)	0,811*
	<i>Aile Dışından Tanıdık</i>	5 (41,7)	8 (34,8)	
	<i>Yabancı</i>	5 (41,7)	9 (39,1)	
İstismarıcı Sayısı	<i>Bir</i>	11 (91,7)	18 (78,3)	0,640***
	<i>Birden fazla</i>	1 (8,3)	5 (21,7)	
İstismarı Kiminle Paylaştı?	<i>Aile</i>	5 (41,7)	13 (56,5)	0,645*
	<i>Aile Dışından</i>	5 (41,7)	8 (34,8)	
	<i>Paylaşmamış</i>	2 (16,7)	2 (8,7)	
İstismardan Sonra Sağlık Kuruluşundan Yardım	<i>Almış</i>	4 (33,3)	8 (34,8)	0,932*
	<i>Almamış</i>	8 (66,7)	15 (65,2)	
İstismardan Ne Kadar Sonra Sağlık Yardımı	<i>Hiç Almamış</i>	8 (66,7)	15 (65,2)	0,916*
	<i>1 Yıl içinde</i>	2 (16,7)	5 (21,7)	
	<i>1 Yılda Sonra</i>	2 (16,7)	3 (13,0)	
İstismardan Sonra Ortaya Çıkış Biçimi	<i>Ortaya çıkmamış</i>	2 (16,7)	3 (13)	0,827*
	<i>Kendi anlatmış</i>	6 (50,0)	14 (60,9)	
	<i>Kendi Anlatmamış</i>	4 (33,3)	6 (26,1)	

İstismarcı Yaşı	Ortalama (Standart Sapma)	Ortalama (Standart Sapma)	
	25,5 (±9,75)	26,26 (± 12,60)	
	Medyan (25-75)	Medyan (25-75)	
İstismara İlk Uğrama yaşı	11 (9,5-12)	11 (8-12)	0,403**
Travmasından sonra geçen süre (Ay)	54 (39-78)	24 (3-48)	0,039**
İstismardan ne kadar sonra paylaşabildi? (Ay)	3,5 (1-19)	12 (1-30)	0,502**

*Ki Kare testi p değeri **Mann Whitney U testi p değeri, ***Fisher testi p değeri, **** Student-t testi p değeri.

4.6. Fiziksel ve Duygusal İstismar ve Özellikleri

Fiziksel ve duygusal istismar ile ilgili verilerin karşılaştırılması Tablo-7’de yapılmıştır. İki grup arasında, fiziksel (p=0,639) ve duygusal istismara uğrama (p>0,05), fiziksel (p>0,05) ve duygusal istismarın devam edip etmemesi (p=0,138) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı.

Tablo-7. İki Grubun Fiziksel ve Duygusal İstismar İle İlgili Özellikler Açısından Karşılaştırılması

Fiziksel ve Duygusal İstismar İle İlgili Özellikler		BKB Yok n (%)	BKB Var n (%)	P
Duygusal İstismar	Var	33 (86,8)	33 (86,8)	>0,05*
	Yok	5 (13,2)	5 (13,2)	
Duygusal İstismar Devam Ediyor Mu?	<i>Devam Ediyor</i>	21 (63,6)	15 (45,5)	0,138*
	<i>Devam Etmiyor</i>	12 (36,4)	18 (54,5)	
Fiziksel İstismar	<i>Var</i>	14 (36,8)	16 (42,1)	0,639*
	<i>Yok</i>	24 (63,2)	22 (57,9)	
Fiziksel İstismar Devam Ediyor Mu?	<i>Devam Ediyor</i>	1 (7,1)	2 (12,5)	>0,05**
	<i>Devam Etmiyor</i>	13 (92,9)	14 (87,5)	

*Ki Kare testi p değeri, **Fisher testi p değeri.

4.7. İki Grubun Kullanılan Ölçekler Açısından Karşılaştırılması

İki grubun kullanılan ölçeklerin alt ölçekleri açısından karşılaştırılması Tablo-8’de yapılmıştır.

İki grup arasında, Olayların Etkisi Ölçeğinin Yeniden Yaşantılama ($p=0,942$), Kaçınma ($p=0,453$), Aşırı Uyarılma ($p=0,843$) alt ölçekleri; Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar ölçeğinin Fiziksel İstismar ($p=0,491$), Duygusal İstismar ($p=0,115$), Fiziksel İhmal ($p=0,124$), Duygusal İhmal ($p=$) alt ölçekleri; Aile Değerlendirme Ölçeğinin, Problem Çözme ($p=0,518$), İletişim ($p=0,152$), Roller ($p=0,413$), İlgiyi Gösterme ($p=0,598$), Genel İşlevler ($p=0,318$) alt ölçekleri; Kısa Semptom Envanterinin Somatizasyon ($p=0,932$), Semptom Rahatsızlık İndeksi ($p=0,139$) alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. (Tablo-8)

Tabloda görüldüğü gibi iki grup arasında, Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeğinin Cinsel İstismar ($p=0,002$), Tüm Puan ($p=0,008$); Borderline Kişilik Ölçeğinin Dürtüsellik ($p=0,005$), Duygulanımda Kararsızlık ($p<0,001$), Terk Edilme ($p=0,007$), İlişkiler ($p=0,012$), Kendilik İmgesi ($p=0,025$), İntihar ve Kendine Zarar Verme Davranışı ($p=0,031$), Boşluk Duygusu ($p=0,045$), Yoğun Öfke ($p=0,003$), Psikoz Benzeri Durumlar ($p=0,004$) ve Tüm Puan ($p<0,001$); Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği ($p=0,004$); Aile Değerlendirme ölçeğinin Davranış Kontrolü ($p=0,044$); Kısa Semptom Envanterinin Olumsuz Benlik ($p=0,05$), Depresyon ($p=0,050$), Anksiyete Bozukluğu ($p<0,001$), Hostilite ($p=0,005$), Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi ($p=0,001$) alt ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo-8).

Tablo-8. İki Grubun Kullanılan Ölçekler Açısından Karşılaştırılması

Ölçekler		BKB Yok	BKB Var	p
		Ortalama-Meydan (25-75)∅	Ortalama-Meydan (25-75)∅	
Olayların Etkisi Ölçeği	Yeniden Yaşantılama	23 (16,5-26)	23 (16-28)	0,942*
	Kaçınma	20,12	18,44	0,453**
	Aşırı Uyarılma	16,47	16,85	0,843**
	Tüm Puan	62 (48-68)	60 (51-67)	0,942*
Çocukluk Çağı Ruhsal	Fiziksel İstismar	11 (84,6)	19 (82,6)	0,491*
	Cinsel İstismar	5 (5-7)	9,5 (5-15,25)	0,002*
	Duygusal İstismar	13,37	15,05	0,115**

Travmalar Ölçeği (CTQ)	<i>Fiziksel İhmal</i>	8 (6-10)	9 (8-10,25)	0,124*
	<i>Duygusal İhmal</i>	13 (11-18)	17,5 (9,75-19)	0,518*
	<i>Tüm Puan</i>	49,39	57,87	0,008**
Borderline Kişilik Ölçeği (BPQ)	<i>Dürtüsellik</i>	2,03	3,03	0,005**
	<i>Duygulanımda Kararsızlık</i>	6,5 (5-8)	8 (7,75-9)	<0,001*
	<i>Terk Edilme</i>	5,5 (3,75-7,25)	7 (5-8,25)	0,007*
	<i>İlişkiler</i>	5 (3-7)	6 (5-7)	0,012*
	<i>Kendilik İmgesi</i>	4,66	6	0,025**
	<i>İntihar/Kendine Zarar Verme Davranışı</i>	3,79	4,61	0,031**
	<i>Boşluk Duygusu</i>	7,5 (4-9)	8 (7-10)	0,045*
	<i>Yoğun Öfke</i>	7 (5,75-9)	9 (7,75-10)	0,003*
	<i>Psikoz Benzeri Durumlar</i>	3 (2-4,25)	5 (2,75-6)	0,004*
	<i>Tüm Puan</i>	44,11	55,21	<0,001**
DES	<i>Tüm Puan</i>	34,4 (24,5-45,7)	50,1 (36,3-64-6)	0,004*
Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)	<i>Problem Çözme</i>	2,83 (2,16-3,33)	2,66 (2,28-3)	0,088*
	<i>İletişim</i>	2,44 (1,94-2,79)	2,77 (2,11-3)	0,152*
	<i>Roller</i>	2,67 (2,15-3)	2,72 (2,36-3)	0,413*
	<i>İlgiyi Gösterme</i>	2,57 (2,28-2,85)	2,36 (2,28-2,85)	0,598*
	<i>Davranış Kontrolü</i>	2,05 (1,83)	2,33 (2-2,66)	0,044*
	<i>Genel İşlevler</i>	2,53	2,68	0,318
	<i>Tüm Puan</i>	2,49	2,59	0,321
Kısa Semptom Envanteri (KSE)	<i>Somatizasyon</i>	13,34	18,82	0,932*
	<i>Olumsuz Benlik</i>	25,89	30,21	0,050**
	<i>Depresyon</i>	32 (22,75-42)	39 (32,75-42,25)	0,040 *
	<i>Anksiyete</i>	24,03	33,29	<0,001**
	<i>Hostilite</i>	15,53	19,29	0,005**

<i>Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi</i>	110,74	138,45	0,001**
<i>Semptom Rahatsızlık İndeksi</i>	2,75	2,95	0,139**

* Mann Whitney U testi p değeri, **Student-t testi p değeri.

◇ Student-t testi ile analiz edilen verilerde ortalama değerler, Mann Whitney U testi ile analiz edilen verilerde medyan ve 25-75 persantil değerleri verilmiştir.

4.8. İstismar Türlerine Göre Borderline Kişilik Ölçeğinin Karşılaştırılması

İstismar türlerine göre Borderline Kişilik Ölçeğinin alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo-9'da gösterilmiştir.

Fiziksel İstismar'a uğrayanlarla uğramayanlar Borderline Kişilik Ölçeğinin alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında sadece İntihar ve Kendine Zarar Verici Davranışı ($p=0,031$) alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Diğer alt ölçeklerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi.

Tablo-9. Fiziksel İstismara Uğrayanların Borderline Kişilik Ölçeği ile Karşılaştırılması

Borderline Kişilik Ölçeği	Fiziksel İstismar Yok	Fiziksel İstismar Var	p
	Medyan (25-75)	Medyan (25-75)	
Dürtüsellik	3 (2-3)	3,5 (2-5)	0,095*
Duygulanım Kararsızlık	8 (7,75-9)	9 (7,25-9)	0,299*
Terk Edilme	7 (5-9)	7(5-8)	0,715*
İlişkiler	6 (5-7)	6 (5,25-7,75)	0,965*
Kendilik İmgesi	6 (4-8)	7 (3-8)	0,569*
İntihar ve ZVD	4,5 (3-5)	5,5 (4-6)	0,031*
Boşluk Duygusu	8 (7-10)	8 (6,25-9,75)	0,804*
Yoğun Öfke	9 (6,5-9)	9 (9-10)	0,069*
Psikoz Benzeri Durumlar	4 (2-6)	5 (3,25-6,75)	0,341*
Tüm Puan	53 (49,5-57,25)	58,5 (50,25-63,75)	0,137*

* Mann Whitney U testi p değeri

Cinsel İstismar'a uğrayanlarla uğramayanlar Borderline Kişilik Ölçeğinin alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında sadece İlişkiler ($p=0,038$) alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Diğer alt ölçeklerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi.

Tablo-10. Cinsel İstismara Uğrayanların Borderline Kişilik Ölçeği ile Karşılaştırılması

Borderline Kişilik Ölçeği	Cinsel İstismar Yok	Cinsel İstismarVar	p
	Medyan (25-75)	Medyan (25-75)	
Dürtüsellik	3 (2-4)	3 (2-4)	0,794*
Duygulanım Kararsızlık	8 (7-9)	8 (8-9)	0,210*
Terk Edilme	7 (5-8)	7 (5-9)	0,692*
İlişkiler	6 (5-7)	6 (6-7)	0,038*
Kendilik İmgesi	6 (2-8)	6 (6-8)	0,414*
İntihar ve ZVD	4 (4-5)	5 (3-6)	0,257*
Boşluk Duygusu	8 (7-9)	8 (7-10)	0,542*
Yoğun Öfke	9 (8-10)	9 (7-9)	0,427*
Psikoz Benzeri Durumlar	4 (2-5)	5 (3-7)	0,213*
Tüm Puan	53 (50-57)	57 (50-64)	0,120*

* Mann Whitney U testi p değeri

Duygusal İstismar'a uğrayanlarla uğramayanlar Borderline Kişilik Ölçeğinin alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında Terk Edilme ($p=0,023$) alt ölçeğinde ve Tüm Puan'da ($p=0,015$) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Diğer alt ölçeklerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi (Tablo-9).

Tablo-11. Duygusal İstismara Uğrayanların Borderline Kişilik Ölçeği ile Karşılaştırılması

Borderline Kişilik Ölçeği	Duygusal İstismar Yok	Duygusal İstismarVar	p
	Medyan (25-75)	Medyan (25-75)	
Dürtüsellik	3 (1-4)	3 (2-4)	0,690*
Duygulanım Kararsızlık	8 (7,5-9,5)	8 (7,5-9)	0,700*
Terk Edilme	5 (3,5-6,5)	8 (5-9)	0,023*
İlişkiler	5 (3,5-7,5)	6 (5,5-7)	0,505*
Kendilik İmgesi	4 (2,5-7)	6 (5-8)	0,182*
İntihar ve ZVD	3 (2,5-5,5)	5 (4-5,5)	0,231*
Boşluk Duygusu	8 (4,5-8,5)	8 (7-10)	0,226*
Yoğun Öfke	7 (4-9)	9 (8-10)	0,065*
Psikoz Benzeri Durumlar	2 (1,5-6)	5 (3-6)	0,227*
Tüm Puan	44 (41,5-53)	56 (51,5-63)	0,015*

* Mann Whitney U testi p değeri

4.9. İki Grubun Bağlanma Stillerine Göre Karşılaştırılması

İki grubun bağlanma stillerine göre karşılaştırılması Tablo-10’da gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere, iki grup arasında bağlanma stilleri açısından istatistiksel olarak fark görülmedi ($p=0,152$).

Tablo-12. Bağlanma Stillerine Göre Grupların Karşılaştırılması

		BKB Yok	BKB Var	P
		n (%)	n (%)	
Bağlanma Stilleri	<i>Korkulu Bağlanma</i>	11 (28,9)	19 (50)	0,152
	<i>Kayıtsız Bağlanma</i>	10 (26,3)	9 (23,7)	
	<i>Saplantılı Bağlanma</i>	12 (31,6)	9 (23,7)	
	<i>Güvenli Bağlanma</i>	5 (13,2)	1 (2,6)	

*Ki Kare testi p değeri.

Olgular güvenli ve güvensiz bağlanma olarak kategorize edildi (Tablo-11). Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0,200$).

Tablo-13. Güvenli-Güvensiz Bağlanma Açısından Grupların Karşılaştırılması

		BKB Yok	BKB Var	P
		n (%)	n (%)	
Bağlanma Stilleri	<i>Güvenli Bağlanma</i>	5 (13,2)	1 (2,7)	0,200*
	<i>Güvensiz Bağlanma</i>	33 (86,8)	36 (97,3)	

*Fisher testi p değeri.

4.10. Çocukluk Çağı Ruhsal Travması Ölçeği ile Borderline Kişilik Ölçeği Arasındaki Korelasyon

Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği ile Borderline Kişilik Ölçeği arasındaki korelasyon Tablo-12’de gösterilmiştir. ÇÇRTÖ Cinsel İstismar alt ölçeği ile Borderline Kişilik Ölçeği İntihar ve Kendine Zarar Verici Davranış ($p=0,026$), Psikoz Benzeri Durumlar ($p=0,018$) alt ölçekleri ve Tüm Puan ($p=0,005$) puanları arasında da pozitif yönde istatistiksel anlamlı düzeyde bir korelasyon vardı. Duygusal İstismar ile Duygulanımda Kararsızlık ($p=0,023$), Terk Edilme ($p=0,013$), Kendilik İmgesi ($p=0,021$), İntihar ve Kendine Zarar Verici Davranış ($p=0,013$), Boşluk Duygusu ($p=0,047$), Psikoz Benzeri Durumlar ($p=0,013$) ve Tüm

Puan ($p<0,001$) puanları arasında da pozitif yönde istatistiksel anlamlı düzeyde bir korelasyon vardı. Duygusal İhmal ile Kendilik İmgesi ($p=0,049$), Psikoz Benzeri Durumlar (0,023) ve Tüm Puan ($p=0,023$) puanları arasında da pozitif yönde istatistiksel anlamlı düzeyde bir korelasyon vardı. ÇÇRTÖ Tüm puanı ile Duygulanımda Kararsızlık ($p=0,025$), Terk Edilme ($p=0,017$), İntihar ve Kendine Zarar Verici Davranış ($p=0,004$), Psikoz Benzeri Durumlar ($p=0,001$) ve Tüm Puan ($p<0,001$) puanları arasında da pozitif yönde istatistiksel anlamlı düzeyde bir korelasyon vardı.

Tablo-14.ÇÇRTÖ ile BKÖ arasındaki korelasyon

Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği							
Borderline Kişilik Ölçeği		Fiziksel İstismar	Cinsel İstismar	Duygusal İstismar	Duygusal İhmal	Fiziksel İhmal	Tüm Puan
	Dürtüsellik	0,017*	0,071*	0,251*	0,824*	0,288*	0,018*
	Duygulanım Kararsızlık	0,115*	0,058*	0,023*	0,353*	0,700*	0,025*
	Terk Edilme	0,612*	0,063*	0,013*	0,139*	0,585*	0,017*
	İlişkiler	0,923*	0,112*	0,087*	0,289*	0,855*	0,098*
	Kendilik İmgesi	0,978*	0,249*	0,021*	0,049*	0,479*	0,080*
	İntihar ve KZVD*	0,063*	0,026*	0,013*	0,185*	0,113*	0,004*
	Boşluk Duygusu	0,709*	0,195*	0,047*	0,090*	0,219*	0,066*
	Yoğun Öfke	0,296*	0,575*	0,120*	0,902*	0,725*	0,342*
	Psikoz Benzeri Durumlar	0,101*	0,018*	0,013*	0, 023*	0,267*	0,001*
	Tüm Puan	0,158*	0,005*	<0,001*	0,023*	0,165*	<0,001*

*Spearman korelasyon katsayısı

4.11. Borderline Kişilik Ölçeği ve Aile Değerlendirme Ölçeği Arasındaki Korelasyon

Borderline Kişilik Ölçeği alt ölçekleri ve Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Ölçekleri arasındaki korelasyon Tablo-13’de gösterilmiştir. Tablodan da görüleceği üzere, Roller alt ölçeği ile Duygulanımda Kararsızlık ($p=0,034$); İlişkiler ile İletişim ($p=0,020$); Kendilik İmgesi ile Problem Çözme ($p=0,015$), İletişim ($p=0,010$), Roller ($p=0,007$), Duygusal Tepki ($p=0,026$), Davranış Kontrolü ($p=0,014$), Genel İşlevler ($p=0,015$), Tüm puan ($p=0,002$); Boşluk Duygusu ile Davranış Kontrolü ($p=0,029$); Psikoz Benzeri Durumlar ile Davranış Kontrolü ($p=0,006$), BPQ Tüm Puanı ile İletişim ($p=0,012$), Davranış Kontrolü ($p=0,011$), BKÖ Tüm Puanı

($p=0,023$) puanları arasında da pozitif yönde istatistiksel anlamlı düzeyde bir korelasyon vardı. (Tablo-13).

Tablo-15. BKÖ İle ADÖ Arasındaki Korelasyon

BKÖ	Aile Değerlendirme Ölçeği							
	Problem Çözme	İletişim	Roller	Duygusal Tepki	İlgili Gösterme	Davranış Kontrolü	Genel İşlevler	Tüm Puan
Dürtüsellik	0,777*	0,994*	0,305*	0,680	0,154*	0,577*	0,477*	0,565*
Duygulanım Karasızlık	0,410*	0,079*	0,034*	0,542*	0,972*	0,098*	0,226*	0,191*
Terk Edilme	0,999*	0,581*	0,697*	0,547*	0,741*	0,196*	0,962*	0,820*
İlişkiler	0,411*	0,020*	0,105*	0,592*	0,127*	0,189*	0,528*	0,197*
Kendilik İmgesi	0,015*	0,010*	0,007*	0,026*	0,339*	0,014*	0,015*	0,002*
İntihar ve KZVD*	0,878*	0,108*	0,246*	0,583*	0,370*	0,981*	0,173*	0,244*
Boşluk Duygusu	0,102*	0,085*	0,343*	0,245*	0,826*	0,029*	0,162*	0,079*
Yoğun Öfke	0,600*	0,675*	0,533*	0,866*	0,985*	0,140*	0,990*	0,755*
Psikoz Benzeri Durumlar	0,546*	0,363*	0,808*	0,596*	0,944*	0,006*	0,367*	0,276*
Tüm Puan	0,196*	0,012*	0,061*	0,263*	0,650*	0,011*	0,276*	0,023*

*Spearman Korelasyon kat sayısı

4.12. Borderline Kişilik Ölçeği ile Kısa Semptom Envanteri ve Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği Arasındaki Korelasyon

Borderline Kişilik Ölçeği ile Kısa Semptom Envanteri ve Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) arasındaki korelasyon Tablo-14’de gösterilmiştir.

Kısa Semptom Envanterinin Somatizasyon alt ölçeği ile Kendilik İmgesi ($p=0,031$), İntihar ve Kendine Zarar Verici Davranışlar (KZVD) ($p=0,037$), Boşluk Duygusu ($p=0,006$), Psikoz Benzeri Durumlar ($p=0,004$) ve Tüm Puanla($p=0,002$) puanları arasında pozitif yönde istatistiksel anlamlı düzeyde bir korelasyon bulundu. Olumsuz Benlik alt ölçeği ile Terk Edilme, İlişkiler, Kendilik İmgesi, Boşluk Duygusu, Psikoz Benzeri Durumlar ve Tüm Puan ile

korelasyon gösterdi. Depresyon alt ölçeği ile Duygulanımda Kararsızlık, Terk Edilme, İlişkiler, Kendilik İmgesi, Boşluk Duygusu ve Tüm Puan puanları arasında pozitif yönde istatistiksel anlamlı düzeyde bir korelasyon bulundu. Anksiyete Bozukluğu alt ölçeği ile Duygulanımda Kararsızlık, Terk Edilme, İlişkiler, Kendilik İmgesi, Boşluk Duygusu, Psikoz Benzeri Durumlar ve Tüm Puan ile korelasyon gösterdi. Hostilite alt ölçeği ile Duygulanımda Kararsızlık, Terk Edilme, İlişkiler, Kendilik İmgesi, İntihar ve Kendine Zarar Verici Davranışlar, Boşluk Duygusu, Yoğun Öfke, Psikoz Benzeri Durumlar ve Tüm Puan puanları arasında pozitif yönde istatistiksel anlamlı düzeyde bir korelasyon bulundu (Tablo 14).

Tablo-16.BKÖ ile KSE ve DES Arasındaki Korelasyon.

Kısa Semptom Envanteri Ve DES Puanı						
BKÖ	Somatizasyon	Olumsuz Benlik	Depresyon	Anksiyete Boz.	Hostilite	DES
Dürtüsellik	0,233*	0,411*	0,038*	0,298*	0,182*	0,410*
Duygulanım Kararsızlık	0,113*	0,083*	0,022*	0,003*	0,012*	0,001*
Terk Edilme	0,239*	0,001*	<0,001*	0,004*	0,001*	0,161*
İlişkiler	0,118*	0,007*	<0,001*	0,001*	<0,001*	0,051*
Kendilik İmgesi	0,031*	<0,001*	0,001*	0,006*	0,011*	0,089*
İntihar ve KZVD*	0,037*	0,157*	0,065*	0,494*	0,005*	0,002*
Boşluk Duygusu	0,006*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	0,005*	0,032*
Yoğun Öfke	0,663*	0,678*	0,307*	0,502*	<0,001*	0,316*
Psikoz Benzeri Durumlar	0,004*	0,007*	0,371*	0,007*	0,023*	<0,001*
Tüm Puan	0,002*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001

*Spearman Korelasyon katsayısı

4.13. Olayların Etkisi Ölçeği ile BKÖ arasındaki korelasyon

Borderline Kişilik Ölçeği ile Olayların Etkisi Ölçeği (OEÖ) arasındaki korelasyon Tablo-17’de gösterilmiştir.

Tablodan da görüleceği üzere OEÖ’nün tüm puan ve alt ölçek puanları ile BKÖ’nün tüm puan ve alt ölçek puanları arasında korelasyon yoktu.

Tablo-17. Olayların Etkisi Ölçeği ile BKÖ arasındaki korelasyon

	Olayların Etkisi Ölçeği (OEÖ)			
	Yeniden Yaşantılama	Kaçınma	Aşırı Uyarılma	Toplam Puan
Dürtüsellik	0,342*	0,679*	0,378*	0,395*
Duygulanım Karasızlık	0,107*	0,337*	0,098*	0,287*
Terk Edilme	0,628*	0,230*	0,573*	0,724*
İlişkiler	0,187*	0,358*	0,479*	0,379*
Kendilik İmgesi	0,581*	0,540*	0,768*	0,269*
İntihar ve KZVD*	0,518*	0,546*	0,055*	0,488*
Boşluk Duygusu	0,324*	0,702*	0,237*	0,409*
Yoğun Öfke	0,807*	0,064*	0,279*	0,510*
Psikoz Benzeri Durumlar	0,217*	0,594*	0,181*	0,599*
Tüm Puan	0,114*	0,234*	0,162*	0,461*

*Spearman Korelasyon katsayısı

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda çocukluk çağında ruhsal travmaya maruz kalan olgular, BKB gelişen ve gelişmeyen şeklinde iki gruba ayrıldı. Bu iki grup sosyodemografik özellikler, istismar türleri, borderline kişilik özellikleri, disosiyatif yaşantılar, bağlanma stilleri, komorbid psikiyatrik rahatsızlıklar açısından karşılaştırıldı.

5.1. Sosyodemografik özellikler ile Borderline Kişilik Bozukluğu arasındaki ilişki

Mevcut literatür incelendiğinde borderline kişilik bozukluğu klinik örneklemelerde kadınlarda yaklaşık 3 kat daha sık görülmektedir (Zanarini, Horwood ve ark. 2011). Toplum temelli çalışmalarda ise hem çocuk ve ergenlerde hem de erişkinlerde ciddi bir cinsiyet farklılığı görülmemektedir (Torgersen, Kringlen ve ark. 2001, Lenzenweger, Lane ve ark. 2007, Zanarini, Horwood ve ark. 2011). Bizim çalışmamızda, borderline kişilik bozukluğu kız cinsiyette daha sık görülmüştür. Bu durum daha önceki çalışmalarda da gösterildiği gibi biyolojik, psikolojik ve sosyal bir farklılıktan olabileceği gibi örneklemin seçiminde ya da tanı koymadaki yanlışlıktan kaynaklanabilir (Skodol ve Bender 2003). Aynı zamanda erkeklere kıyasla, BKB tanısı alan kadınların fiziksel ve cinsel istismara maruz kalma riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Zanarini, Frankenburg ve ark. 1999). Ancak çalışmamızda yer alan tüm olgular travmaya maruz kalan çocuklarından oluştuğu halde yine de kız çocuklarında daha yüksek oranda görülmüştür. BKB kadın olguların yardım arayışında bulunma oranı erkeklere göre daha yüksek olduğu bildiren çalışmalarda bulunmaktadır (Chun, Harris ve ark. 2017). Bu sonuçlarımız travmaya maruz kalan kız çocuklarının erkek çocuklarına oranla daha yüksek BKB gelişim riskini olduğunu düşündürmektedir.

Borderline kişilik bozukluğu bireyin hayatında ciddi zorluklara sebep olur. Birçok çalışmada gösterilmiş olan BKB olgularının yüksek işsizlik oranları, düşük ekonomik kazanç gibi iş hayatları ile ilgili zorlukların ergenlerdeki yansıması olarak okul hayatı olarak değerlendirilebilir (Skodol AE 2003). Suç işleme oranlarındaki yükseklik, alkol ve madde kullanımındaki sıklık, yüksek eş tanı oranları gibi nedenlerle kişilik bozukluğu olan ergenlerin işlevselliklerinin ciddi oranda bozuk olduğu diğer çalışmalarda gösterilmiştir (Becker 2002). Çalışmamızda okula devam oranları arasında gruplar arasında istatistiksel anlamda bir farklılık bulunmamasına rağmen, borderline kişilik bozukluğu olan gruptaki olguların, kontrol grubuna oranla 3 kat daha fazla okul terkinin olduğu görülmüştür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaması olgu sayısının az olmasından kaynaklanmış olabilir. Ancak okula devam etmeme durumunu sadece kişilik bozukluğuyla açıklamak zordur. Çalışmamızı dizayn

ederken çocukluk çağı travmalarının borderline kişilik bozukluğu gelişimine etkisini incelemek için sadece çocukluk çağı ruhsal travması olan BKB olguları seçilmiştir. Ek çocukluk çağı ruhsal travmasının ve eşlik eden diğer patolojilerin olmasından dolayı okula devamsızlığı yalnızca borderline kişilik bozukluğu ile açıklamak zordur. Diğer taraftan okula devam eden olgular arasında, son bir yıldaki okul başarısında ve devamsızlık günü açısından gruplar arasında fark bulunmadı. Bu durum okula devamsızlıkla ilgili başka faktörlerin etkili olduğunu düşündürmektedir. Yine de bu durum, borderline kişilik bozukluğu olan ergenlerin ilk başvurularındaki farklı klinik görünüşleri ayırt etmeye yarayacak veriler sağlayabilir.

Grupların ailesel sosyodemografik verileri karşılaştırıldığında dikkat çekici olarak BKB olgularının annelerinin daha yüksek oranda psikiyatrik rahatsızlığa sahip olduğu ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Olguların annelerindeki psikiyatrik rahatsızlığı, tarafımızca oluşturulan sosyodemografik form aracılığıyla öğrenilmiştir. Sadece aktif psikiyatrik rahatsızlığı olan anneler pozitif olarak değerlendirilmiştir. Annelerin psikiyatrik rahatsızlığı yüz yüze psikiyatrik bir görüşme ile değerlendirilmemiştir. BKB etiolojisinde hem tarihsel hem de güncel çalışmalarda birçok kez annenin psikopatolojisi üzerinde durulmuştur (Masterson ve Rinsley 1975, Fruzzetti, Shenk ve ark. 2005, Winsper, Leraya ve ark. 2016). Olgu sayımızın azlığı ve ebeveynlerdeki psikiyatrik bozuklukların ayrıntılı değerlendirilmemiş olması nedeniyle bu konuda net bir yorumda bulunmak mümkün gözükmemektedir.

Borderline kişilik bozukluğu ciddi bir psikiyatrik rahatsızlık olduğu halde eşlik eden depresif şikayetler ve kriz durumları nedeniyle klinisyenler tedavide Eksen I bozukluklara öncelik vermektedirler (Goodman, Hazlett ve ark. 2011, Conti, Nacinovich ve ark. 2014). Bununla birlikte APA'nın borderline kişilik bozukluğu tedavisi için yayınladığı kılavuzda da önerildiği gibi ilk tercih genellikle antidepresanlar olmaktadır (John M. Oldham 2005). Çalışmamızda da bu verilerle uyumlu olarak, borderline kişilik bozukluğu olan gruptaki olgularda daha yüksek oranda ilaç kullanımı bulunmaktaydı. Yine kullanılan psikofarmakolojik ajanlar içerisinde en sık antidepresan ilaçlar bulunmaktaydı. Ayrıca çalışmamızdaki borderline kişilik bozukluğu olan grupta Depresyon ve Anksiyete puanları daha yüksek oranda görülmüştür. Bu durum, ilaç kullanımı yordayan faktörler arasında eşlik eden psikiyatrik durumların da önemli olduğunu düşündürmektedir.

5.2. İhmal ve istismar türleri ile borderline kişilik bozukluğu arasındaki ilişki

Kişilik bozukluğu olan olgularda çocukluk çağı travmaları 4 kat daha fazla olduğu bilinmektedir (Johnson, Cohen ve ark. 1999). Çocukluk çağı travmaların kişilik bozukluğu üzerine etkisi değerlendirildiğinde, ihmal ve istismar türlerinin etkilerini karşılaştırmak güçtür. Diğer kişilik bozuklukları ile ilgili çalışmalarda olduğu gibi çocukluk çağı travmaları ile BKB arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda da istismar türleri ile ilgili net bir sonuç elde edilememiştir. Fakat diğer kişilik bozukluklarına nazaran BKB ile cinsel istismar arasındaki ilişkinin daha güçlü olduğu gösterilmiştir (Teicher, Andersen ve ark. 2002, Baird, Veague ve ark. 2005, Buchheim, Erk ve ark. 2008, Fonagy ve Bateman 2008). Geniş kapsamlı bir inceleme yazısında BKB olan olgular %73'ü herhangi bir istismara, %34 cinsel istismara, %82'si ihmale uğradığını bildirmiştir (Ball ve Links 2009). Battle ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, diğer kişilik bozukluklarına oranla BKB olan olgularda cinsel istismar daha sık görülmüştür (Battle, Shea ve ark. 2004). Goldman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise cinsel istismarın yanında fiziksel istismarda BKB olgularında yüksek bulunmuştur (Goldman, D'Angelo ve ark. 1992). Başka bir çalışmada ise cinsel istismarın etkisinin olmadığı, fiziksel istismarın BKB gelişmesine aracılık ettiği gösterilmiştir (Hecht, Cicchetti ve ark. 2014). Ayrıca Widom ve arkadaşlarının uzunlamasına yaptığı çalışmada da fiziksel istismar ile BKB arasındaki ilişki gösterilmiştir (Widom, Czaja ve ark. 2009).

Literatürde, duygusal istismar ile BKB arasındaki ilişki, cinsel ve fiziksel istismar ile BKB arasındaki ilişki kadar net değildir. Fiziksel ve cinsel istismar objektif olarak tanımlanabilir. Fakat duygusal istismarın tanımlamasının zor olduğu kadar duygusal ihmalle de arasındaki çizgi de net değildir (Kempke, Van Den Eede ve ark. 2013). Ayrıca, duygusal ihmal ve istismarın etkisini fiziksel ve cinsel istismarın etkisinden ayrı değerlendirmek oldukça zordur. Çünkü cinsel ya da fiziksel istismara uğrayanlar sıklıkla aynı zamanda duygusal istismar da maruz kaldığı bilinmektedir. Crombie ve Fonagy'nin gözden geçirme yazısındaki 13 çalışmada BKB olgularının fiziksel ve cinsel istismara uğradığını ve bu istismarlara ihmalin eşlik ettiği görülmüştür (Crombie 2015). Cinsel ve fiziksel istismara uğrayan olguların aynı zamanda ihmal edici bir ortamda büyümeleri şaşırtıcı değildir. Ayrıca fiziksel ve cinsel istismara maruz kalmak için ihmal eden bir ortamda büyümenin risk faktörü olduğu bilinmektedir (Bierer, Yehuda ve ark. 2003). Cinsel istismar ile ilişkili olarak BKB sıklığında anlamlı bir farklılık bulunmayan çalışmalarda, BKB olgularındaki yüksek orandaki ihmal ve duygusal istismarın altı çizilmektedir (Bierer, Yehuda ve ark. 2003, Bellino, Patria ve ark. 2005,

Widom, Czaja ve ark. 2009, Laporte, Paris ve ark. 2011). Diğer üç çalışmada ise, duygusal istismarın diğer istismar türlerine göre BKB gelişiminde daha büyük etkiye sahip olduğu vurgulanmıştır (Machizawa-Summers 2007, Gratz, Tull ve ark. 2008, Zhang, Chow ve ark. 2012). Specht ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise ihmalin (duygusal destek eksikliğinin) BKB semptomlarının tek belirleyicisi olduğunu belirtilmiştir (Specht, Chapman ve ark. 2009).

5.3. Cinsel istismar ile ilgili özelliklerin borderline kişilik bozukluğuyla ilişkisi

Borderline kişilik bozukluğunun cinsel istismarla ilişkisi birçok kez çalışılmıştır (Shearer, Peters ve ark. 1990, Paris, Zweig-Frank ve ark. 1994, Hecht, Cicchetti ve ark. 2014). Bazı çalışmalarda etiyolojik bir risk faktörü olarak değerlendirilirken bazılarında ise böyle bir ilişki bulunmamıştır (Paris 1994, Fossati, Madeddu ve ark. 1999, Ball ve Links 2009). Bazı çalışmalarda ise borderline kişilik bozukluğuyla cinsel istismar arasında neden sonuç ilişkisi kurulmasa da aralarındaki korelasyon gösterilmiştir (Zanarini 2000). Literatürde yer alan mevcut çalışmalarda 18 yaş öncesi istismara uğrayan olgular dahil edilirken, biz 12 yaş öncesi istismara uğrayan olguları dahil ettik. BKB belirtilerin bütün oranda ergenlik döneminde ortaya çıktığı düşünüldüğünde, 18 yaş öncesi travmaların BKB ile neden-sonuç ilişkisini kurmak oldukça güçtür. Ayrıca yetişkin hayatta geriye dönük çocukluk travmalarının sorgulanması hatırlama yanlılığını daha sık görülmesine neden olduğu düşünülebilir. Bu yönüyle mevcut bulgularımızın yetişkinlerde geriye dönük 18 yaş öncesi çocukluk travmalarının sorgulandığı çalışmaların bulgularından daha sağlıklı olduğunu düşünmekteyiz. Sonuç olarak, bulgularımız çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kalmanın diğer istismar türlerine oranla daha sık BKB gelişimi ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Literatürde borderline kişilik bozukluğu olan olgulardaki cinsel istismarı inceleyen çalışmalarda, bakımveren ya da yabancı tarafından istismara uğramanın farkı bir çok kez incelenmiştir (Ogata, Silk ve ark. 1990). Dikkat çekici olarak, Battle ve arkadaşların yaptığı çalışmada, borderline grupta cinsel istismara uğrayanların %26,1'i aile içerisinde cinsel istismara uğradığını bildirmiştir (Battle, Shea ve ark. 2004). Ogata ve arkadaşlarının yaptığı diğer bir çalışmada, olguların %21'nin cinsel istismara babaları tarafından uğradıklarını bildirmiştir (Ogata, Silk ve ark. 1990). Ergenlerle yapılmış diğer bir çalışmada, borderline kişilik bozukluğu olan olguların %29,6'sı enest mağduru olduğu not edilmiştir (Ludolph, Westen ve ark. 1990). Detaylı bir şekilde cinsel istismar ile borderline kişilik gelişimi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir inceleme yazısında, istismarcı sayısının borderline kişilik bozukluğu olan olgularda daha yüksek olduğunu belirtmiştir (Fossati, Madeddu ve ark. 1999). Çalışmamızda, cinsel istismarın türü, süresi, sıklığı, istismarcının özellikleri ve mağdura

yakınlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulmadık. Bu sonucun örneklem sayımızın azlığı ile ilişkili olduğunu düşünmekteyiz. Fakat ÇÇRTÖ'nin cinsel istismar alt ölçek puanı ile BKÖ'nün intihar ve kendine zarar verme davranış, psikoz benzeri durumlar alt ölçek puanları ile tüm puanı arasında korelasyon tespit ettik.

Bazı çalışmalarda, borderline kişilik bozukluğu olan olgularda erken dönemde cinsel istismara uğrama ile ilişkilendirilirken, cinsel istismarın en sık latent dönemde maruz kaldığına dair literatürde veriler vardır (Herman, Perry ve ark. 1989, Ludolph, Westen ve ark. 1990). Bizim çalışmamızda, gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamasına rağmen, bütün olguların %78,9'u cinsel istismara latent dönemde maruz kalmıştır. Gruplar arasında cinsel istismara uğrama döneminde istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Cinsel istismarın yaşandığı dönemin borderline kişilik bozukluğu gelişimini yordadığına dair bir şeyler söylemek zor olmakla birlikte, çoğu vakanın latent dönemde cinsel istismara uğramış olması ileri çalışmalarla ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

5.4. Fiziksel ve Duygusal İstismarın Borderline Kişilik Bozukluğu ile ilişkisi

Literatürde, borderline kişilik bozukluğu ile fiziksel ve duygusal istismar arasında ilişki birçok kez gösterilmiştir (Zanarini, Williams ve ark. 1997, Widom, Czaja ve ark. 2009). Bazı çalışmalarda, cinsel istismardan daha çok fiziksel istismarın borderline kişilik bozukluğuna sebep olduğunu savunulmuştur (Hecht, Cicchetti ve ark. 2014). Fonagy ve arkadaşlarının ise istismarın olduğu ortamın aynı zamanda ihmal edici bir ortam olabileceğini vurgulamış, asıl borderline kişilik bozukluğu gelişimine erken dönemde yaşanan ihmalin neden olduğunu belirtmişlerdir (Fonagy P. ve Cicchetti 2016). İstismara uğrayan olguların uzunlamasına takip çalışmasında, istismar kadar diğer çevresel faktörlerin de etkili olduğu vurgulanmıştır (Widom, Czaja ve ark. 2009). Bizim çalışmamızda ÇÇRTÖ'ye göre duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal puanları arasında gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır. Çalışmamızda, sağlıklı kontrol grubunun bulunmaması nedeniyle fiziksel ve duygusal istismarın BKB gelişimine etkisi için bir şey söylemek mümkün gözükmemektedir. Ancak çocukluk travmaları içerisinde BKB gelişimi için fiziksel ve duygusal istismarın cinsel istismar kadar yüksek risk oluşturmadığını söyleyebiliriz.

İstismarlar türlerine göre BKÖ ölçeğinin alt ölçek puanlarını karşılaştırdığımız çalışmamızda, fiziksel istismar, borderline kişilik bozukluğuna çekirdek belirtilerinden olmayan intihar ve kendine zarar verme davranışı daha çok ilişkili bulunmuştur. Aynı zamanda, ÇÇRTÖ'nin fiziksel istismar alt ölçek puanı ile BKÖ'nün alt ölçek puanları arasında bir

korelasyon saptanmadı. Bu sonuçlarda, çocukluk çağından maruz kalınan fiziksel istismarın, diğer istismar türlerine oranla BKB gelişimi için yüksek risk taşımadığını düşündürmektedir.

Gratz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, duygusal istismarın diğer istismar türlerine göre BKB gelişiminde daha etkili olduğu belirtilmiştir (Gratz, Tull ve ark. 2008). Çalışmamızda, BKB gelişen olgularla gelişmeyen olgularda, duygusal istismar oranı açısından anlamlı fark saptanmadı. Ancak, tüm olguların %86,8'inde duygusal istismara uğradığını bildirmiş olmaları ve örneklem sayımızın azlığı göz önünde bulundurulduğunda duygusal istismarın diğer istismar türlerine oranla BKB gelişimine etkisiyle ilgili birşeyler söylemek oldukça güçtür. Ancak, korelasyon analizde ÇÇRTÖ'nin duygusal istismar alt ölçek puanları ile BKÖ'nin birçok alt ölçek puanı korele bulunmuştur. Bu bulgular, duygusal istismarın şiddeti ile BKB'nun semptom şiddeti arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu anlamda, çalışmamızın sonuçları literatür ile uyumludur.

5.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Borderline Kişilik Bozukluğu Arasındaki İlişki

Widom ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, 11 yaşından önce istismara uğrayan olguları ileriye dönük olarak inceledikleri çalışmalarında, diğer çalışmalardan farklı olarak istismar ve ihmal ile BKB gelişimi arasındaki ilişkinin, ailesel özelliklere, Major Depresyon ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) eş tanılarının olup olmamasına bağlı olduğunu bulmuşlardır (Widom, Czaja ve ark. 2009). Golier ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, fiziksel istismara uğrayanlarda 2 kat daha fazla TSSB geliştiği gözlemlenmiştir. Fakat BKB olgularıyla diğer olguları karşılaştırdıklarında ne fiziksel istismar ne de TSSB puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Golier, Yehuda ve ark. 2003).

Biz çalışmamızda, çocukluk çağı travmalarından sonra BKB gelişen ve gelişmeyen olguları Olayların Etkisi Ölçeği alt puanları açısından karşılaştırdığımızda, anlamlı fark saptamadık. Ayrıca BKÖ'nin hiçbir alt ölçek puanı Olayların Etkisi Ölçeği toplam ve alt ölçek puanları ile korele bulunmamıştır. Bulgularımız TSSB şiddeti ve TSSB'nin Yeniden yaşantılama, kaçınma, aşırı uyarılmışlık semptom şiddeti ile BKB gelişiminin ve semptom şiddetinin ilişkili olmadığını düşündürmektedir. Ancak örneklemimiz klinik başvurusu olan olgular ile sınırlı olduğundan BKB gelişmeyen travma mağdurlarının da görece semptom şiddeti kliniğe başvuruyu gerektirecek düzeyde olduğunu düşündürmektedir.

5.6. Psikiyatrik Eş Tanılar ve Borderline Kişilik Bozukluğu

Borderline kişilik bozukluğuna eksen I ve II bozuklukları sıklıkla eşlik eder. Son bir sene içerisindeki bir ya da daha çok eksen I eş tanı oranı %84.5'dur. Hayat boyu eşlik eden Eksen II bozukluk oranı ise %73.9'dur (Lenzenweger, Lane ve ark. 2007, Grant, Chou ve ark. 2008). Bunlar arasında dikkat çekici olarak Major Depresyon Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Yeme Bozuklukları, Madde Kullanım Bozukluklarıdır (Skodol, Gunderson ve ark. 2005, Lenzenweger, Lane ve ark. 2007, Grant, Chou ve ark. 2008). Silberschmidt ve arkadaşlarının cinsiyete göre borderline kişilik bozukluğunun eş tanılarının karşılaştırıldığı çalışmada, TSSB, yeme bozuklukları ve majör depresyon bozukluğunun kadınlarda daha sık olduğunu, madde kullanım bozukluğunun ise erkeklerde daha sık olduğunu bulmuşlardır (Silberschmidt, Lee ve ark. 2015).

Yaşam boyu TSSB oranları BKB vakalarında %39,2'dir. Bazı yazarlara göre ise, borderline kişilik bozukluğu kompleks TSSB'nun farklı bir klinik manifestasyonudur (Lewis ve Grenyer 2009). Mosquera ve arkadaşlarının BKB'yi 3 farklı gruba ayırmışlardır. Bunlar travmatik deneyimlerin yoğun olarak olduğu "Disosiyatif BKB", bağlanma problemlerinin öncelikli olduğu "Bağlanma Temelli BKB" ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Şizofreni Bozukluğu gibi rahatsızların eşlik ettiği biyolojik faktörlerin ön planda olduğu "Biyolojik Temelli BKB"dir. Bu üç modele göre görülen eş tanılarda değişmektedir (Mosquera ve Gonzalez-Vazquez 2012). Aynı zamanda, kaygılarını yatıştırmakta zorlanan bir grubun olduğu şeklinde, BKB etiolojisinde "anksiyete temelli" açıklamalar mevcuttur (Slavin-Stewart, Boylan ve ark. 2017).

Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak, Depresyon, Anksiyete, Hostilite, Olumsuz Benlik puanları BKB grubunda belirgin olarak yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi travma grubuna göre BKB grubundan belirgin olarak yüksekti. Bu bulgu, literatürdeki borderline kişilik bozukluğu patolojilerinde sık eş tanı oranları ile uyumludur.

5.7. Aile Patolojileri ile Borderline Kişilik Bozukluğu arasındaki ilişki

Borderline kişilik bozukluğuna, kimlik karmaşası, boşluk duygusu, disosiyatif semptomlar gibi kendilik sorunları eşlik ederken aynı zamanda dürtüsellik, kendine zarar verici davranışlar, duygudurum düzensizliği ve öfke kontrol problemleri gibi kendini yatıştırma- self regülasyon- problemleri vardır (Posner, Rothbart ve ark. 2003). Bağlanma kuramına göre bakımverenle kurulan ilk ilişki sonrasında kendiliğin oluştuğu, erken çocukluk döneminde

kendini yatıştırma becerilerinin zamanla kazanıldığı belirtilir (Sroufe ve Rutter 1984, Macfie ve Swan 2009). Eğer bu erken dönemde olumsuz bir olay yaşanır ise hem kendilikte hem de kendini yatırtmada sorun yaşanabilir. Buda ileride borderline özellikler görülmesine sebep olabilir. Bu yüzden ebeveyn tutumlarının ve aile özelliklerinin borderline patoloji için önemli olduğu düşünülmektedir. Winsper ve arkadaşları yaptığı toplum temelli takip çalışmasında aile içi şiddetin, düşük ebeveynlik becerilerinin, ebeveynler arası çatışmanın borderline semptomları tetiklediğini belirtmişlerdir. (Winsper, Zanarini ve ark. 2012). Çalışmamızda aile özelliklerinin istismara uğrayan olgularda BKB gelişimine aracılık edeceğini düşündük. Aile Değerlendirme Ölçeğinde ailelerin birçok alanlarda belirgin zorluk yaşadıklarını görülmüştür. Fakat davranış kontrolü alt ölçek puanı haricinde diğer alt ölçek puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. BKB olan olgularda eyleme vurmalar (acting-out) sık olduğu bilindiğinden, bu eyleme vurmalar karşısında ailelerin yaşadığı zorluklar nedeniyle davranış kontrolünün diğer ebeveynlik becerilerine göre daha fazla etkilenmiş olabileceği düşünülmüştür.

5.8. Bağlanma Stilleri ile BKB arasındaki ilişki

Genel olarak BKB’de gelişimsel travmanın rolü araştırılırken aynı zamanda bağlanma bozuklukları ile ilgili bilgilerimiz de artmıştır. BKB ile erken çocukluk dönemindeki bakımverenle kurulan bağlanma stilleri arasındaki ilişki birçok çalışmada değerlendirilmiştir (Agrawal, Gunderson ve ark. 2004, Bradley ve Westen 2005). Aynı zamanda, çocukluk çağı istismarı ile güvensiz bağlanma arasındaki ilişkide gösterilmiştir (Egeland ve Sroufe 1981). Carlson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, latent dönem ve erken ergenlik döneminde kendilik algıları ilgili rahatsızlık yaşayan olguların ileride BKB gelişimini güvensiz bağlanmanın aracılık ettiği belirtilmiştir (Carlson, Egeland ve ark. 2009). Bizde çalışmamızda bağlanma stillerinin, çocukluk çağı travmalarına maruz kalanlarda BKB gelişimine aracılık edeceğini düşündük. Fakat çalışmamızda, iki grup arasında bağlanma stilleri açısından istatistiksel olarak fark tespit etmedik. Bağlanma stillerini değerlendirdiğimiz İlişkiler Ölçeği Anketine göre saplantılı, korkulu, kaçınan bağlanma stillerini birlikte güvensiz bağlanma olarak değerlendirdiğimizde güvenli ve güvensiz bağlanma açısından gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulmadık. Literatürden farklı bulduğumuz bu verinin örneklem sayımızın azlığı ile ya da bağlanma stillerinin sadece bir ölçek ile ergenlerin öz bildirimiyle dayalı bir ölçek ile değerlendirilmesinden kaynaklanmış olabileceğini düşünmekteyiz.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızda, çocukluk çağında istismara uğrayan vakalar orderline kişilik bozukluğu olan ve olmayan olarak 38'er kişilik iki gruba ayırdık. Çocukluk çağı istismarı yaşayan olgularda borderline kişilik bozukluğu gelişimini yordayan faktörleri incelediğimiz çalışmamızın sonuçları aşağıda verilmiştir.

1. Borderline kişilik bozukluğu olan olgularda kız cinsiyet oranı daha yüksekti.
2. Borderline kişilik bozukluğu olan olanların okula devam etmeme oranı %15,8 iken, borderline kişilik bozukluğu olmayan grupta %5,3'tü.
3. Borderline kişilik bozukluğu olan olguların annelerinin mevcut psikiyatrik rahatsızlıkları daha yüksekti.
4. Borderline kişilik bozukluğu olan grubun, travma grubuna göre tedavi arayışına başlama yaşında bir farklılık görülmedi.
5. Borderline kişilik bozukluğu olan gruptaki olgular daha fazla ilaç kullanıyorlar ve kullandıkları ilaçlar içerisinde antidepresanlar belirgin olarak fazlaydı.
6. Borderline kişilik bozukluğu olan olguların %10,5'i madde, %21'i alkol kullanırken, travma grubunda bu sırasıyla %5,2 ve %10,5'ti.
7. Borderline kişilik bozukluğu olan grupta 12 yaşından önce cinsel istismar belirgin olarak fazlaydı.
8. Borderline kişilik bozukluğu olan olgular cinsel istismarın türü sıklığı, süresi ve istismarcının yakınlığı açısından BKB olmayan olgulardan farklı değildi.
9. Borderline kişilik bozukluğu olan olgularda cinsel istismardan sonra geçen sürenin daha az olduğu tespit edildi.
10. Disosiyatif Yaşantılar Ölçeğinin toplam puanı, borderline kişilik bozukluğu olan grupta belirgin olarak yüksekti.
11. Borderline kişilik bozukluğu olan grupta kısa semptom envanterinin olumsuz benlik, depresyon, anksiyete, hostilite, rahatsızlık ciddiyeti indeksi belirgin olarak yüksekti.
12. Borderline kişilik bozukluğu olan ve olmayan olgular arasında bağlanma stileri açısından anlamlı fark yoktu.
13. Çocukluk çağı ruhsal travmalar ölçeğinin cinsel istismar alt ölçek puanı ile Borderline Kişilik Ölçeğinin tüm puanı ($p=0,005$), intihar ve kendine zarar verici davranış alt ölçek puanı ($p=0,026$) ve psikoz benzeri durumlar alt ölçek puanları ($p=0,018$) koreleydi.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Örneklemimizin bazı sosyodemografik özellikler, cinsel istismara ait özellikler, eş tanılar, aile içerisinde şiddet ya da ayrılık gibi kategorik değişkenlerin istatistiksel olarak karşılaştırılması için yeterli sayıda olmaması bir kısıtlılık olarak görülebilir. Olgular cinsel, fiziksel, duygusal istismara uğradıklarını bildirdiklerinde çalışmamıza dahil ettik. Olguların birçoğunun birden fazla istismar türüne maruz kaldığını gördük. Bu durum her istismar ve ihmal türünün borderline kişilik bozukluğu gelişimine ayrı ayrı katkısını değerlendirmeyi güçleştirmektedir. Çalışmamızda, istismara uğrayan olguların yaşadıkları travmalardan sonra belirli bir süre geçtiği için hatırlamakta zorlanmaları istismar ile ilgili bilgilerin kesinliğini şüpheli kılmaktadır. Örneklemimizin poliklinik başvuru olan olgulardan oluşması toplum örneklemine genelleştirmeyi mümkün kılmamaktadır. Ayrıca olguların uzun süreli takibinin olmaması ve çalışmamızın kesitsel olması neden-sonuç ilişkisi hakkında net yorumlar yapmayı güçleştirmektedir.

Çalışmamızın güçlü yanları olarak bütün olguların DSM-III-R Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme ile yarı yapılandırılmış bir görüşme ile değerlendirilmiş olması, 15-18 yaş gibi kısıtlı bir yaş aralığında görece homojen diyebileceğimiz olguların alınmış olması, 12 yaş öncesi travmaya maruz kalmış olan olgularının alınmış olması sayılabilir. Ayrıca, BKB tanısının hem yarı yapılandırılmış klinik görüşme hem de standardize bir ölçek ile konulmuş olması da diğer güçlü yanlarından.

BKB ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişki uzun zamandır çalışılmaktadır. Çalışmamızda çocukluk çağı travmalarına maruz kalan ergenlerde BKB gelişen ve gelişmeyen olgular karşılaştırılmıştır. Sonuçlarımızın literatüre ve bu alanda çalışan klinisyenlere katkı sunacağını düşünmekteyiz. İleride daha geniş bir örnekleme ve uzun izlem içeren çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

7. REFERANSLAR

- A., S. (1938). "Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses." *Psycho-analytic Quarterly* 7: 467–489.
- A.M Chanen, M. K. (2012). "Developmental pathways to borderline personality disorder." *Current Psychiatry Reports* 14: 45-53.
- Adler, G. and D. H. Buie, Jr. (1979). "Aloneness and borderline psychopathology: the possible relevance of child development issues." *Int J Psychoanal* 60(1): 83-96.
- Aeberhard, E. E., C. T. Barrett, S. A. Kaplan and M. L. Scott (1985). "Regulation of phospholipid synthesis by intracellular phospholipases in fetal rabbit type II pneumocytes." *Biochim Biophys Acta* 833(3): 473-483.
- Agrawal, H. R., J. Gunderson, B. M. Holmes and K. Lyons-Ruth (2004). "Attachment studies with borderline patients: a review." *Harv Rev Psychiatry* 12(2): 94-104.
- AH, G. (1991). *Child sexual abuse and incest. Child and Adolescent Psychiatry.* M. Levis. Baltimore, Williams and Wilkins.
- Alvarez-Tomas, I., J. Soler, A. Bados, A. Martin-Blanco, M. Elices, C. Carmona, J. Bauza and J. C. Pascual (2017). "Long-Term Course of Borderline Personality Disorder: A Prospective 10-Year Follow-Up Study." *J Pers Disord* 31(5): 590-605.
- Amad, A., N. Ramoz, P. Thomas, R. Jardri and P. Gorwood (2014). "Genetics of borderline personality disorder: systematic review and proposal of an integrative model." *Neurosci Biobehav Rev* 40: 6-19.
- Association, A. P. (2001). "Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder—introduction." *Am J Psychiatry* 158: 1-52.
- Association., A. P. (1980). "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)." Washington, DC: Author.
- Baird, A. A., H. B. Veague and C. E. Rabbitt (2005). "Developmental precipitants of borderline personality disorder." *Dev Psychopathol* 17(4): 1031-1049.

- Ball, J. S. and P. S. Links (2009). "Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship." *Curr Psychiatry Rep* 11(1): 63-68.
- Bandelow, B., J. Krause, D. Wedekind, A. Broocks, G. Hajak and E. Ruther (2005). "Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls." *Psychiatry Res* 134(2): 169-179.
- Baron, J. H. (2005). "Corporal punishment of children in England and the United States: current issues." *Mt Sinai J Med* 72(1): 45-46.
- Bartholomew, K. and L. M. Horowitz (1991). "Attachment styles among young adults: a test of a four-category model." *J Pers Soc Psychol* 61(2): 226-244.
- Bateman, A. and P. Fonagy (1999). "Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial." *Am J Psychiatry* 156(10): 1563-1569.
- Battle, C. L., M. T. Shea, D. M. Johnson, S. Yen, C. Zlotnick, M. C. Zanarini, C. A. Sanislow, A. E. Skodol, J. G. Gunderson, C. M. Grilo, T. H. McGlashan and L. C. Morey (2004). "Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study." *J Pers Disord* 18(2): 193-211.
- Beblo, T., M. Driessen, M. Mertens, K. Wingenfeld, M. Piefke, N. Rullkoetter, A. Silva-Saavedra, C. Mensebach, L. Reddemann, H. Rau, H. J. Markowitsch, H. Wulff, W. Lange, C. Berea, I. Ollech and F. G. Woermann (2006). "Functional MRI correlates of the recall of unresolved life events in borderline personality disorder." *Psychol Med* 36(6): 845-856.
- Becker, D. F., C. M. Grilo, W. S. Edell and T. H. McGlashan (2000). "Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized adolescents and adults." *Am J Psychiatry* 157(12): 2011-2016.
- Becker, D. F. G., C. M. Edell, W. S. McGlashan, T. H. (2002). "Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: comparison with hospitalized adults." *Am J Psychiatry* 159(12): 2042-2047.

- Bellino, S., L. Patria, E. Paradiso, R. Di Lorenzo, C. Zanon, M. Zizza and F. Bogetto (2005). "Major depression in patients with borderline personality disorder: a clinical investigation." *Can J Psychiatry* 50(4): 234-238.
- Bemporad, J. R., H. F. Smith, G. Hanson and D. Cicchetti (1982). "Borderline syndromes in childhood: criteria for diagnosis." *Am J Psychiatry* 139(5): 596-602.
- Bernstein, D. P., P. Cohen, C. N. Velez, M. Schwab-Stone, L. J. Siever and L. Shinsato (1993). "Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents." *Am J Psychiatry* 150(8): 1237-1243.
- Bernstein, E. M. and F. W. Putnam (1986). "Development, reliability, and validity of a dissociation scale." *J Nerv Ment Dis* 174(12): 727-735.
- Bezirgianian, S., P. Cohen and J. S. Brook (1993). "The impact of mother-child interaction on the development of borderline personality disorder." *Am J Psychiatry* 150(12): 1836-1842.
- Bierer, L. M., R. Yehuda, J. Schmeidler, V. Mitropoulou, A. S. New, J. M. Silverman and L. J. Siever (2003). "Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses." *CNS Spectr* 8(10): 737-754.
- Birliği, A. P. (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Black DW, G. T., Allen J, Blum N, Arndt S, Wenman G, Sieleni B (2007). "Borderline personality disorder in male and female offenders newly committed to prison." *Comprehensive Psychiatry* 48: 400-405.
- Blos, P. (1967). "The second individuation process of adolescence." *Psychoanal Study Child* 22: 162-186.
- Bornovalova, M. A., K. L. Gratz, A. Delany-Brumsey, A. Paulson and C. W. Lejuez (2006). "Temperamental and environmental risk factors for borderline personality disorder among inner-city substance users in residential treatment." *J Pers Disord* 20(3): 218-231.

- Bornovalova, M. A., B. M. Huibregtse, B. M. Hicks, M. Keyes, M. McGue and W. Iacono (2013). "Tests of a direct effect of childhood abuse on adult borderline personality disorder traits: a longitudinal discordant twin design." *J Abnorm Psychol* 122(1): 180-194.
- Bowlby, J. (1988). "Developmental psychiatry comes of age." *Am J Psychiatry* 145(1): 1-10.
- Bradley, R. and D. Westen (2005). "The psychodynamics of borderline personality disorder: a view from developmental psychopathology." *Dev Psychopathol* 17(4): 927-957.
- Bradley, S. J. (1979). "The relationship of early maternal separation to borderline personality in children and adolescents: a pilot study." *Am J Psychiatry* 136(4A): 424-426.
- Bremner, J. D., P. Randall, E. Vermetten, L. Staib, R. A. Bronen, C. Mazure, S. Capelli, G. McCarthy, R. B. Innis and D. S. Charney (1997). "Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse--a preliminary report." *Biol Psychiatry* 41(1): 23-32.
- Bruffaerts, R., K. Demyttenaere, G. Borges, J. M. Haro, W. T. Chiu, I. Hwang, E. G. Karam, R. C. Kessler, N. Sampson, J. Alonso, L. H. Andrade, M. Angermeyer, C. Benjet, E. Bromet, G. de Girolamo, R. de Graaf, S. Florescu, O. Gureje, I. Horiguchi, C. Hu, V. Kovess, D. Levinson, J. Posada-Villa, R. Sagar, K. Scott, A. Tsang, S. M. Vassilev, D. R. Williams and M. K. Nock (2010). "Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour." *Br J Psychiatry* 197(1): 20-27.
- Buchheim, A., S. Erk, C. George, H. Kachele, T. Kircher, P. Martius, D. Pokorny, M. Ruchow, M. Spitzer and H. Walter (2008). "Neural correlates of attachment trauma in borderline personality disorder: a functional magnetic resonance imaging study." *Psychiatry Res* 163(3): 223-235.
- Bulut, I. (1990). *Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı*. Ankara, Özgüzelmiş Mat.
- Burke, J. D. and S. D. Stepp (2012). "Adolescent disruptive behavior and borderline personality disorder symptoms in young adult men." *J Abnorm Child Psychol* 40(1): 35-44.

- Burket, R. C. and W. C. Myers (1995). "Axis I and personality comorbidity in adolescents with conduct disorder." *Bull Am Acad Psychiatry Law* 23(1): 73-82.
- C. Winsper, S. M., S. T. Lereya, A. Thompson, J. Eyden, S. P. Singh (2015). "Clinical and psychosocial outcomes of borderline personality disorder in childhood and adolescence: a systematic review." *Psychological Medicine* 45(2237–2251).
- Canat, S. (1994). "Ergenlerde Aile İçi Cinsel Taciz." *Ergenlerde Aile İçi Cinsel Taciz*(1): 18-22.
- Carlson, E. A., B. Egeland and L. A. Sroufe (2009). "A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms." *Dev Psychopathol* 21(4): 1311-1334.
- Carpenter, L. L., J. P. Carvalho, A. R. Tyrka, L. M. Wier, A. F. Mello, M. F. Mello, G. M. Anderson, C. W. Wilkinson and L. H. Price (2007). "Decreased adrenocorticotropic hormone and cortisol responses to stress in healthy adults reporting significant childhood maltreatment." *Biol Psychiatry* 62(10): 1080-1087.
- Caspi, A., J. McClay, T. E. Moffitt, J. Mill, J. Martin, I. W. Craig, A. Taylor and R. Poulton (2002). "Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children." *Science* 297(5582): 851-854.
- Cattane, N., R. Rossi, M. Lanfredi and A. Cattaneo (2017). "Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms." *BMC Psychiatry* 17(1): 221.
- Cattane, N. R., R. Lanfredi, M. Cattaneo, A. (2017). "Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms." *BMC Psychiatry* 17(1): 221.
- Ceylan, V. (2016). *Borderline Kişilik Ölçeği (Türkçe BPQ): Geçerlilik, Güvenirliği, Faktör Yapısı*. Yüksek Lisans.
- Chanen, A. (2012). "Developmental pathways to borderline personality disorder." *Current Psychiatry Reports* 14: 45-53.

- Chanen, A. M., H. J. Jackson, P. D. McGorry, K. A. Allot, V. Clarkson and H. P. Yuen (2004). "Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients." *J Pers Disord* 18(6): 526-541.
- Chanen, A. M., D. Velakoulis, K. Carison, K. Gaunson, S. J. Wood, H. P. Yuen, M. Yucel, H. J. Jackson, P. D. McGorry and C. Pantelis (2008). "Orbitofrontal, amygdala and hippocampal volumes in teenagers with first-presentation borderline personality disorder." *Psychiatry Res* 163(2): 116-125.
- Chun, S., A. Harris, M. Carrion, E. Rojas, S. Stark, C. Lejuez, W. V. Lechner and M. A. Bornoalova (2017). "A psychometric investigation of gender differences and common processes across borderline and antisocial personality disorders." *J Abnorm Psychol* 126(1): 76-88.
- Clarkin, J. F., K. N. Levy, M. F. Lenzenweger and O. F. Kernberg (2007). "Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study." *Am J Psychiatry* 164(6): 922-928.
- Cloitre, M., K. C. Koenen, L. R. Cohen and H. Han (2002). "Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse." *J Consult Clin Psychol* 70(5): 1067-1074.
- Cloitre, M., P. Scarvalone and J. A. Difede (1997). "Posttraumatic stress disorder, self- and interpersonal dysfunction among sexually retraumatized women." *J Trauma Stress* 10(3): 437-452.
- Cloninger, C. R. (2005). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*, Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Cohen, P., T. N. Crawford, J. G. Johnson and S. Kasen (2005). "The children in the community study of developmental course of personality disorder." *J Pers Disord* 19(5): 466-486.
- Cole, P. M. and F. W. Putnam (1992). "Effect of incest on self and social functioning: a developmental psychopathology perspective." *J Consult Clin Psychol* 60(2): 174-184.

- Conti, E., R. Nacinovich, M. Bomba, O. Uccellini, M. S. Rossi, M. Casati, F. Neri, C. Ferrarese and L. Tremolizzo (2014). "Diazepam binding inhibitor and dehydroepiandrosterone sulphate plasma levels in borderline personality disorder adolescents." *Neuropsychobiology* 69(1): 19-24.
- Crandell, L. E., M. P. Patrick and R. P. Hobson (2003). "'Still-face' interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants." *Br J Psychiatry* 183: 239-247.
- Crombie, T., Fonagy, P. (2015). "A systematic literature review into the relationship between childhood emotional abuse and emotional neglect and borderline personality disorder."
- Crowell, S. E., T. P. Beauchaine and M. M. Linehan (2009). "A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory." *Psychol Bull* 135(3): 495-510.
- Çorapçıoğlu, A., Yargıç, İ. Geyran, P. ve Kocabaşoğlu, N. (2006). "'Olayların Etkisi Ölçeği" (IES-R) Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenirliliği." *New Symposium Journal* 44(1): 14-22.
- Çuhadaroğlu, F., Coskun, A., İşeri, E., Miral, S., Motavallı, N., Pelivan Türk, B., Türkbay, T., Uslu R., Ünal, F. (2008). *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Ankara, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları.
- Daley SE, B. D., Hammen C. (2000). "Borderline personality disorder symptoms as predictors of 4-year romantic relationship dysfunction in young women: addressing issues of specificity." *J Abnorm Psychol* Aug(109(3)): 451-460.
- Davidson, R. J., P. Ekman, C. D. Saron, J. A. Senulis and W. V. Friesen (1990). "Approach-withdrawal and cerebral asymmetry: emotional expression and brain physiology. I." *J Pers Soc Psychol* 58(2): 330-341.
- Derogatis LR , L. L. (1994). *SCL 90-R Brief Symptom Inventory and matching clinical rating scales. The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment*. M. M.E., Lawrence Erlbaum Associates,; 217-248.

- Dinleyici, M., Şahin, F. (2016). "Duygusal İhmal, İstismar ve Çocuk Hekiminin Rolü." *Osmangazi Tıp Dergisi* 38: 1-10.
- Distel, M. A., C. M. Middeldorp, T. J. Trull, C. A. Derom, G. Willemsen and D. I. Boomsma (2011). "Life events and borderline personality features: the influence of gene-environment interaction and gene-environment correlation." *Psychol Med* 41(4): 849-860.
- Dubowitz, H. and S. Bennett (2007). "Physical abuse and neglect of children." *Lancet* 369(9576): 1891-1899.
- Egeland, B. (2009). "Taking stock: childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology." *Child Abuse Negl* 33(1): 22-26.
- Egeland, B. and L. A. Sroufe (1981). "Attachment and early maltreatment." *Child Dev* 52(1): 44-52.
- Falk Leichsenring, E. L., Johannes Kruse, Antonia S New, Frank Leweke (2011). "Borderline personality disorder." *Lancet* 377(January 1, 2011).
- Falk Leichsenring, E. L., Johannes Kruse, Antonia S New, Frank Leweke (2011). "Borderline personality disorder." *Lancet*(377): 74-84.
- Ferrer, M., O. Andion, N. Calvo, J. A. Ramos-Quiroga, M. Prat, M. Corrales and M. Casas (2017). "Differences in the association between childhood trauma history and borderline personality disorder or attention deficit/hyperactivity disorder diagnoses in adulthood." *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 267(6): 541-549.
- Finkelhor, D. (1994). "The international epidemiology of child sexual abuse." *Child Abuse Negl* 18(5): 409-417.
- Fonagy, P. and A. Bateman (2008). "The development of borderline personality disorder--a mentalizing model." *J Pers Disord* 22(1): 4-21.
- Fonagy P., L. P. and D. Cicchetti (2016). *A Multilevel Perspective on the Development of Borderline Personality Disorder. Developmental Psychopathology*. D. Cicchetti.

- Fossati, A., F. Madeddu and C. Maffei (1999). "Borderline Personality Disorder and childhood sexual abuse: a meta-analytic study." *J Pers Disord* 13(3): 268-280.
- Frank, H. and N. Hoffman (1986). "Borderline empathy: an empirical investigation." *Compr Psychiatry* 27(4): 387-395.
- Fruzzetti, A. E., C. Shenk and P. D. Hoffman (2005). "Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional model." *Dev Psychopathol* 17(4): 1007-1030.
- Goldman, S. J., E. J. D'Angelo, D. R. DeMaso and E. Mezzacappa (1992). "Physical and sexual abuse histories among children with borderline personality disorder." *Am J Psychiatry* 149(12): 1723-1726.
- Golier, J. A., R. Yehuda, L. M. Bierer, V. Mitropoulou, A. S. New, J. Schmeidler, J. M. Silverman and L. J. Siever (2003). "The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events." *Am J Psychiatry* 160(11): 2018-2024.
- Goodman, M., E. A. Hazlett, J. B. Avedon, D. R. Siever, K. W. Chu and A. S. New (2011). "Anterior cingulate volume reduction in adolescents with borderline personality disorder and co-morbid major depression." *J Psychiatr Res* 45(6): 803-807.
- Gorey, K. M. and D. R. Leslie (1997). "The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement biases." *Child Abuse Negl* 21(4): 391-398.
- Grant, B. F., S. P. Chou, R. B. Goldstein, B. Huang, F. S. Stinson, T. D. Saha, S. M. Smith, D. A. Dawson, A. J. Pulay, R. P. Pickering and W. J. Ruan (2008). "Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions." *J Clin Psychiatry* 69(4): 533-545.
- Gratz, K. L., M. T. Tull, D. E. Baruch, M. A. Bornovalova and C. W. Lejuez (2008). "Factors associated with co-occurring borderline personality disorder among inner-city substance users: the roles of childhood maltreatment, negative affect intensity/reactivity, and emotion dysregulation." *Compr Psychiatry* 49(6): 603-615.

- Grilo, C. M., D. F. Becker, D. C. Fehon, M. L. Walker, W. S. Edell and T. H. McGlashan (1996). "Gender differences in personality disorders in psychiatrically hospitalized adolescents." *Am J Psychiatry* 153(8): 1089-1091.
- Grinker, R. R., Sr. (1978). "The borderline syndrome." *Adolesc Psychiatry* 6: 339-343.
- Grossman, R., R. Yehuda and L. Siever (1997). "The dexamethasone suppression test and glucocorticoid receptors in borderline personality disorder." *Ann N Y Acad Sci* 821: 459-464.
- Gunderson, J. G. (2009). "Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis." *Am J Psychiatry* 166(5): 530-539.
- Hall, G. S. (1905). *Adolescence: Its psychology and its relation to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education*, New York : D. Appleton and Company.
- Hecht, K. F., D. Cicchetti, F. A. Rogosch and N. R. Crick (2014). "Borderline personality features in childhood: the role of subtype, developmental timing, and chronicity of child maltreatment." *Dev Psychopathol* 26(3): 805-815.
- Heffernan, K. (2014). *Child Psychopathology*. R. A. B. Eric J. Mash, Guilford Press. 2: 868-870.
- Herman, J. L. *Trauma and Recovery*. New York, Basic Books.
- Herman, J. L. (1986). "Histories of violence in an outpatient population: an exploratory study." *Am J Orthopsychiatry* 56(1): 137-141.
- Herman, J. L. (1993). *Sequelae of prolonged and repeated trauma: Evidence for a complex posttraumatic syndrome (DESNOS)*. *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. E. B. F. R. T. Davidson. Washington, DC., American Psychiatric Press: 213-228.
- Herman, J. L., J. C. Perry and B. A. van der Kolk (1989). "Childhood trauma in borderline personality disorder." *Am J Psychiatry* 146(4): 490-495.

- Herman, J. L., van der Kolk, B (1987). Traumatic antecedents of borderline personality disorder. Psychological trauma içinde. B. A. v. d. Kolk. Washington DC, American Psychiatric Press: 111-126.
- Herpertz, S. C., T. M. Dietrich, B. Wenning, T. Krings, S. G. Erberich, K. Willmes, A. Thron and H. Sass (2001). "Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study." *Biol Psychiatry* 50(4): 292-298.
- Hill, A. B. (2015). "The environment and disease: association or causation? 1965." *J R Soc Med* 108(1): 32-37.
- Hobson, R. P., M. Patrick, L. Crandell, R. Garcia-Perez and A. Lee (2005). "Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder." *Dev Psychopathol* 17(2): 329-347.
- Hobson, R. P., M. P. Patrick, J. A. Hobson, L. Crandell, E. Bronfman and K. Lyons-Ruth (2009). "How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants." *Br J Psychiatry* 195(4): 325-330.
- Horowitz, M., N. Wilner and W. Alvarez (1979). "Impact of Event Scale: a measure of subjective stress." *Psychosom Med* 41(3): 209-218.
- Huang, J., Y. Yang, J. Wu, L. A. Napolitano, Y. Xi and Y. Cui (2012). "Childhood abuse in Chinese patients with borderline personality disorder." *J Pers Disord* 26(2): 238-254.
- Iffland, B., E. Brahler, F. Neuner, W. Hauser and H. Glaesmer (2013). "Frequency of child maltreatment in a representative sample of the German population." *BMC Public Health* 13: 980.
- Irazuzta, J. E., J. E. McJunkin, K. Danadian, F. Arnold and J. Zhang (1997). "Outcome and cost of child abuse." *Child Abuse Negl* 21(8): 751-757.
- John M. Oldham, A. E. S., Donna S. Bender (2005). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*, American Psychiatric Publishing, Inc.
- John M. Oldham, M. D., Glen O. Gabbard, M.D. Marcia K. Goin, M.D., Ph.D. John Gunderson, M.D. Paul Soloff, M.D. David Spiegel, M.D. Michael Stone, M.D.

- Katharine A. Phillips, M.D. (2005). PRACTICE GUIDELINE FOR THE Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder, American Psychiatry Association.
- Johnson, J. G., P. Cohen, J. Brown, E. M. Smailes and D. P. Bernstein (1999). "Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood." *Arch Gen Psychiatry* 56(7): 600-606.
- Johnson, J. G., P. Cohen, H. Chen, S. Kasen and J. S. Brook (2006). "Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood." *Arch Gen Psychiatry* 63(5): 579-587.
- Juengling, F. D., C. Schmahl, B. Hesslinger, D. Ebert, J. D. Bremner, J. Gostomzyk, M. Bohus and K. Lieb (2003). "Positron emission tomography in female patients with borderline personality disorder." *J Psychiatr Res* 37(2): 109-115.
- Kempke, S., F. Van Den Eede, C. Schotte, S. Claes, P. Van Wambeke, B. Van Houdenhove and P. Luyten (2013). "Prevalence of DSM-IV personality disorders in patients with chronic fatigue syndrome: a controlled study." *Int J Behav Med* 20(2): 219-228.
- Kernberg, O. (1967). "Borderline personality organization." *J Am Psychoanal Assoc* 15(3): 641-685.
- Kernberg, O. F. (1975). "[Treatment of narcissistic personality disorders]." *Psyche (Stuttg)* 29(10): 890-905.
- Koenigsberg, H. W., J. Fan, K. N. Ochsner, X. Liu, K. G. Guise, S. Pizzarello, C. Dorantes, S. Guerreri, L. Tecuta, M. Goodman, A. New and L. J. Siever (2009). "Neural correlates of the use of psychological distancing to regulate responses to negative social cues: a study of patients with borderline personality disorder." *Biol Psychiatry* 66(9): 854-863.
- Koenigsberg, H. W., L. J. Siever, H. Lee, S. Pizzarello, A. S. New, M. Goodman, H. Cheng, J. Flory and I. Prohovnik (2009). "Neural correlates of emotion processing in borderline personality disorder." *Psychiatry Res* 172(3): 192-199.
- Kutcher, S. P., P. Marton and M. Korenblum (1990). "Adolescent bipolar illness and personality disorder." *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29(3): 355-358.

- Lahmeyer, H. W., C. F. Reynolds, 3rd, D. J. Kupfer and R. King (1989). "Biologic markers in borderline personality disorder: a review." *J Clin Psychiatry* 50(6): 217-225.
- Laporte, L., J. Paris, H. Guttman and J. Russell (2011). "Psychopathology, childhood trauma, and personality traits in patients with borderline personality disorder and their sisters." *J Pers Disord* 25(4): 448-462.
- Laurensen, E. M., J. Hutsebaut, D. J. Feenstra, J. J. Van Busschbach and P. Luyten (2013). "Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists." *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 7(1): 3.
- Leichsenring, F., E. Leibing, J. Kruse, A. S. New and F. Leweke (2011). "Borderline personality disorder." *Lancet* 377(9759): 74-84.
- Lenzenweger, M. F. (2008). "Epidemiology of personality disorders." *Psychiatr Clin North Am* 31(3): 395-403, vi.
- Lenzenweger, M. F., M. C. Lane, A. W. Loranger and R. C. Kessler (2007). "DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication." *Biol Psychiatry* 62(6): 553-564.
- Lenzenweger, M. F., A. W. Loranger, L. Korfine and C. Neff (1997). "Detecting personality disorders in a nonclinical population. Application of a 2-stage procedure for case identification." *Arch Gen Psychiatry* 54(4): 345-351.
- Lewinsohn, P. M., P. Rohde, J. R. Seeley and D. N. Klein (1997). "Axis II psychopathology as a function of Axis I disorders in childhood and adolescence." *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36(12): 1752-1759.
- Lewinsohn, P. M., R. Zinbarg, J. R. Seeley, M. Lewinsohn and W. H. Sack (1997). "Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents." *J Anxiety Disord* 11(4): 377-394.
- Lewis, K. L. and B. F. Grenyer (2009). "Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? An update on the controversy." *Harv Rev Psychiatry* 17(5): 322-328.

- Linehan, M. M. (1993). "Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse." *NIDA Res Monogr* 137: 201-216.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York, Guilford Press.
- Linehan, M. M., H. E. Armstrong, A. Suarez, D. Allmon and H. L. Heard (1991). "Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients." *Arch Gen Psychiatry* 48(12): 1060-1064.
- Links, P. S., M. Steiner, D. R. Offord and A. Eppel (1988). "Characteristics of borderline personality disorder: a Canadian study." *Can J Psychiatry* 33(5): 336-340.
- Loranger, A. W., J. M. Oldham and E. H. Tulis (1982). "Familial transmission of DSM-III borderline personality disorder." *Arch Gen Psychiatry* 39(7): 795-799.
- Ludolph, P. S., D. Westen, B. Misse, A. Jackson, J. Wixom and F. C. Wiss (1990). "The borderline diagnosis in adolescents: symptoms and developmental history." *Am J Psychiatry* 147(4): 470-476.
- Lyons-Ruth, K., E. Bronfman and E. Parsons (1999). "Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. IV. Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns." *Monogr Soc Res Child Dev* 64(3): 67-96; discussion 213-220.
- M. C. Zanarini, F. F., G.S. Khera, J. Bleichmar (2001). "Treatment histories of borderline inpatients." *Comprehensive Psychiatry* 42: 144-150.
- Macfie, J. and S. A. Swan (2009). "Representations of the caregiver-child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder." *Dev Psychopathol* 21(3): 993-1011.
- Machizawa-Summers, S. (2007). "Childhood trauma and parental bonding among Japanese female patients with borderline personality disorder." *International Journal of Psychology* 42: 265-273.

- Mahler, M. S. (1975). "[Significance of the separation and individuation process for the evaluation of borderline phenomena]." *Psyche (Stuttg)* 29(12): 1078-1095.
- Mahler, M. S. (1975). "[Symbiosis and individuation. The psychic birth of the human child]." *Psyche (Stuttg)* 29(7): 609-625.
- Martin-Blanco, A., M. Ferrer, J. Soler, M. J. Arranz, D. Vega, N. Calvo, M. Elices, C. Sanchez-Mora, I. Garcia-Martinez, J. Salazar, C. Carmona, J. Bauza, M. Prat, V. Perez and J. C. Pascual (2016). "The role of hypothalamus-pituitary-adrenal genes and childhood trauma in borderline personality disorder." *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 266(4): 307-316.
- Martin-Blanco, A., M. Ferrer, J. Soler, J. Salazar, D. Vega, O. Andion, C. Sanchez-Mora, M. J. Arranz, M. Ribases, A. Feliu-Soler, V. Perez and J. C. Pascual (2014). "Association between methylation of the glucocorticoid receptor gene, childhood maltreatment, and clinical severity in borderline personality disorder." *J Psychiatr Res* 57: 34-40.
- Masterson, J. (2012). *Borderline Ergenin Tedavisi, Psikoterapi Enstitüsü*.
- Masterson, J. F. and D. B. Rinsley (1975). "The borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality." *Int J Psychoanal* 56(2): 163-177.
- McCollough, A. W., M. G. Machizawa and E. K. Vogel (2007). "Electrophysiological measures of maintaining representations in visual working memory." *Cortex* 43(1): 77-94.
- McGlashan, T. H., C. M. Grilo, A. E. Skodol, J. G. Gunderson, M. T. Shea, L. C. Morey, M. C. Zanarini and R. L. Stout (2000). "The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence." *Acta Psychiatr Scand* 102(4): 256-264.
- McGowan, P. O., A. Sasaki, A. C. D'Alessio, S. Dymov, B. Labonte, M. Szyf, G. Turecki and M. J. Meaney (2009). "Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse." *Nat Neurosci* 12(3): 342-348.

- McGowan, P. O., M. Suderman, A. Sasaki, T. C. Huang, M. Hallett, M. J. Meaney and M. Szyf (2011). "Broad epigenetic signature of maternal care in the brain of adult rats." *PLoS One* 6(2): e14739.
- Melges, F. T. and J. Bowlby (1969). "Types of hopelessness in psychopathological process." *Arch Gen Psychiatry* 20(6): 690-699.
- Minzenberg, M. J., J. Fan, A. S. New, C. Y. Tang and L. J. Siever (2007). "Fronto-limbic dysfunction in response to facial emotion in borderline personality disorder: an event-related fMRI study." *Psychiatry Res* 155(3): 231-243.
- Minzenberg, M. J., J. Fan, A. S. New, C. Y. Tang and L. J. Siever (2008). "Frontolimbic structural changes in borderline personality disorder." *J Psychiatr Res* 42(9): 727-733.
- Mosquera, D. and A. Gonzalez-Vazquez (2012). "[Borderline Personality Disorder, trauma and EMDR]." *Riv Psichiatri* 47(2 Suppl): 26-32.
- Muratori, F., L. Picchi, G. Bruni, M. Patarnello and G. Romagnoli (2003). "A two-year follow-up of psychodynamic psychotherapy for internalizing disorders in children." *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(3): 331-339.
- Nation, U. (1989). BİRLEŞMİŞ MİLLETLER ÇOCUK HAKLARINA DAİR SÖZLEŞMESİ. U. Nation.
- New, A. S., M. Goodman, J. Triebwasser and L. J. Siever (2008). "Recent advances in the biological study of personality disorders." *Psychiatr Clin North Am* 31(3): 441-461, vii.
- New, A. S. and B. Stanley (2010). "An opioid deficit in borderline personality disorder: self-cutting, substance abuse, and social dysfunction." *Am J Psychiatry* 167(8): 882-885.
- Newman, L. K., C. S. Stevenson, L. R. Bergman and P. Boyce (2007). "Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: preliminary findings." *Aust N Z J Psychiatry* 41(7): 598-605.

- Ni, X., D. Chan, K. Chan, S. McMain and J. L. Kennedy (2009). "Serotonin genes and gene-gene interactions in borderline personality disorder in a matched case-control study." *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 33(1): 128-133.
- Ni, X., K. Chan, N. Bulgin, T. Sicard, R. Bismil, S. McMain and J. L. Kennedy (2006). "Association between serotonin transporter gene and borderline personality disorder." *J Psychiatr Res* 40(5): 448-453.
- Nickell, A. D., C. J. Waudby and T. J. Trull (2002). "Attachment, parental bonding and borderline personality disorder features in young adults." *J Pers Disord* 16(2): 148-159.
- Norman, R. E., M. Byambaa, R. De, A. Butchart, J. Scott and T. Vos (2012). "The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis." *PLoS Med* 9(11): e1001349.
- Ogata, S. N., K. R. Silk, S. Goodrich, N. E. Lohr, D. Westen and E. M. Hill (1990). "Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder." *Am J Psychiatry* 147(8): 1008-1013.
- Organization, W. H. (1999). *Report Of The Consultation On Child Abuse Prevention*. Geneva.
- Organization, W. H. (2014). *Global status report on violence prevention*.
- Oruçlular, Y. (2016). "Sınırdaki Kişilik Bozukluğu'nun nedeni ve Sonucu Olarak Kişilerarası Travma: Gözden Geçirmeye Dayalı Bir Model Önerisi." *Türk Psikoloji Yazıları* 19(37): 76-88.
- Paolucci, E. O., M. L. Genuis and C. Violato (2001). "A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse." *J Psychol* 135(1): 17-36.
- Paris, J. (1994). "The etiology of borderline personality disorder: a biopsychosocial approach." *Psychiatry* 57(4): 316-325.
- Paris, J. (2008). *The treatment of borderline personality disorder: An evidence-based approach.*, New York: Guilford.

- Paris, J. and H. Zweig-Frank (2001). "A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder." *Compr Psychiatry* 42(6): 482-487.
- Paris, J., H. Zweig-Frank and J. Guzder (1994). "Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients." *Compr Psychiatry* 35(4): 301-305.
- Pascual, J. C., J. Soler, J. Barrachina, M. J. Campins, E. Alvarez, V. Perez, A. Cortes and M. Baiget (2008). "Failure to detect an association between the serotonin transporter gene and borderline personality disorder." *J Psychiatr Res* 42(1): 87-88.
- Paulina F. Kernberg, A. S. W., Karen K. Bardenstein (2000). *Personality Disorders In Children And Adolescents*, Basic Books.
- Perepletchikova, F., E. Ansell and S. Axelrod (2012). "Borderline personality disorder features and history of childhood maltreatment in mothers involved with child protective services." *Child Maltreat* 17(2): 182-190.
- Perez, C. M. and C. S. Widom (1994). "Childhood victimization and long-term intellectual and academic outcomes." *Child Abuse Negl* 18(8): 617-633.
- Perry, J. C., Herman, J. L. (1993). *Trauma and defences in the etiology of borderline personality disorders. Borderline Personality Disorder. Etiology and Treatment*. J. Paris. Washington, DC., American Psychiatric Press.
- Pfefferbaum, B. and J. R. Allen (1998). "Stress in children exposed to violence. Reenactment and rage." *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 7(1): 121-135, ix.
- Polat, O. (2007). *Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı - Tanımlar 1*. Ankara, Şeçkin Yayıncılık.
- Pope, H. G., Jr., J. M. Jonas, J. I. Hudson, B. M. Cohen and J. G. Gunderson (1983). "The validity of DSM-III borderline personality disorder. A phenomenologic, family history, treatment response, and long-term follow-up study." *Arch Gen Psychiatry* 40(1): 23-30.
- Poreh, A. M., D. Rawlings, G. Claridge, J. L. Freeman, C. Faulkner and C. Shelton (2006). "The BPQ: a scale for the assessment of borderline personality based on DSM-IV criteria." *J Pers Disord* 20(3): 247-260.

- Posner, M. I., M. K. Rothbart, N. Vizueta, K. M. Thomas, K. N. Levy, J. Fossella, D. Silbersweig, E. Stern, J. Clarkin and O. Kernberg (2003). "An approach to the psychobiology of personality disorders." *Dev Psychopathol* 15(4): 1093-1106.
- Reed, L. I., G. Fitzmaurice and M. C. Zanarini (2015). "The relationship between childhood adversity and dysphoric inner states among borderline patients followed prospectively for 10 years." *J Pers Disord* 29(3): 408-417.
- Rivka Tuval-Mashiach, S. F., Neta Bargai, Rut Boker, Hilit Hadar, Arie Y. Shalev, (2004). "Coping with Trauma: Narrative and Cognitive Perspectives." *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* 67(3): 280-293.
- Rockland, L. H. (2016). *Borderline Hastalar İçin Destekleyici Terapi Psikodinamik Bir Yaklaşım*. İstanbul, Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- Rogosch, F. A. and D. Cicchetti (2005). "Child maltreatment, attention networks, and potential precursors to borderline personality disorder." *Dev Psychopathol* 17(4): 1071-1089.
- Royse, D. (2016). *Emotional abuse of children: Essential information*. New York, Taylor & Francis.
- S. J. Goldman, E. J. D. A., D. R. DeMaso (1993). "Psychopathology in the families of children and adolescents with borderline personality disorder." *American Journal of Psychiatry* 150: 1832-1835.
- Sabo, A. N. (1997). "Etiological significance of associations between childhood trauma and borderline personality disorder: conceptual and clinical implications." *J Pers Disord* 11(1): 50-70.
- Salzman, J. P., C. Salzman, A. N. Wolfson, M. Albanese, J. Looper, M. Ostacher, J. Schwartz, G. Chinman, W. Land and E. Miyawaki (1993). "Association between borderline personality structure and history of childhood abuse in adult volunteers." *Compr Psychiatry* 34(4): 254-257.
- Samuels, J., W. W. Eaton, O. J. Bienvenu, 3rd, C. H. Brown, P. T. Costa, Jr. and G. Nestadt (2002). "Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample." *Br J Psychiatry* 180: 536-542.

- Sar, V., G. Akyuz, N. Kugu, E. Ozturk and H. Ertem-Vehid (2006). "Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma." *J Clin Psychiatry* 67(10): 1583-1590.
- Sauer, C., E. A. Arens, M. Stopsack, C. Spitzer and S. Barnow (2014). "Emotional hyper-reactivity in borderline personality disorder is related to trauma and interpersonal themes." *Psychiatry Res* 220(1-2): 468-476.
- Schmahl, C., K. Berne, A. Krause, N. Kleindienst, G. Valerius, E. Vermetten and M. Bohus (2009). "Hippocampus and amygdala volumes in patients with borderline personality disorder with or without posttraumatic stress disorder." *J Psychiatry Neurosci* 34(4): 289-295.
- Schmahl, C. G., E. Vermetten, B. M. Elzinga and J. Douglas Bremner (2003). "Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder." *Psychiatry Res* 122(3): 193-198.
- Shapiro, E. R. (1978). "Research on family dynamics: clinical implications for the family of the borderline adolescent." *Adolesc Psychiatry* 6: 360-376.
- Shearer, S. L., C. P. Peters, M. S. Quaytman and R. L. Ogden (1990). "Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female borderline inpatients." *Am J Psychiatry* 147(2): 214-216.
- Silberschmidt, A., S. Lee, M. Zanarini and S. C. Schulz (2015). "Gender Differences in Borderline Personality Disorder: Results From a Multinational, Clinical Trial Sample." *J Pers Disord* 29(6): 828-838.
- Silva, H., P. Iturra, A. Solari, J. Villarroel, S. Jerez, W. Vielma, C. Montes, L. Pumarino and N. Roa (2007). "Serotonin transporter polymorphism and fluoxetine effect on impulsiveness and aggression in borderline personality disorder." *Actas Esp Psiquiatr* 35(6): 387-392.
- Silverman, M. H., F. R. Frankenburg, D. B. Reich, G. Fitzmaurice and M. C. Zanarini (2012). "The course of anxiety disorders other than PTSD in patients with borderline personality disorder and Axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study." *J Pers Disord* 26(5): 804-814.

- Skodol AE, B. D. (2003). "Why are women diagnosed borderline more than men?" *Psychiatr Q Winter*(74(4)): 349-360.
- Skodol, A. E. and D. S. Bender (2003). "Why are women diagnosed borderline more than men?" *Psychiatr Q* 74(4): 349-360.
- Skodol, A. E., D. S. Bender, J. M. Oldham, L. A. Clark, L. C. Morey, R. Verheul, R. F. Krueger and L. J. Siever (2011). "Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part II: Clinical application." *Personal Disord* 2(1): 23-40.
- Skodol, A. E., J. G. Gunderson, M. T. Shea, T. H. McGlashan, L. C. Morey, C. A. Sanislow, D. S. Bender, C. M. Grilo, M. C. Zanarini, S. Yen, M. E. Pagano and R. L. Stout (2005). "The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications." *J Pers Disord* 19(5): 487-504.
- Slavin-Stewart, C., K. Boylan and J. D. Burke (2017). "Subgroups of Adolescent Girls With Borderline Personality Disorder Symptoms." *J Pers Disord*: 1-18.
- Soloff, P. H. and J. W. Millward (1983). "Developmental histories of borderline patients." *Compr Psychiatry* 24(6): 574-588.
- Sorias S, S. R., Elbi H. (1990). "DSM-III-R yapılandırılmış klinik görüşmesi Türkçe versiyonu SCID-II kişilik bozuklukları formu." *Ege Üniversitesi Basımevi*.
- Southwick, S. M., S. R. Axelrod, S. Wang, R. Yehuda, C. A. Morgan, 3rd, D. Charney, R. Rosenheck and J. W. Mason (2003). "Twenty-four-hour urine cortisol in combat veterans with PTSD and comorbid borderline personality disorder." *J Nerv Ment Dis* 191(4): 261-262.
- Specht, M. W., A. Chapman and T. Cellucci (2009). "Schemas and Borderline Personality Disorder symptoms in incarcerated women." *J Behav Ther Exp Psychiatry* 40(2): 256-264.
- Spitzer, R. L., J. B. Williams, M. Gibbon and M. B. First (1992). "The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description." *Arch Gen Psychiatry* 49(8): 624-629.

- Sroufe, L. A. and M. Rutter (1984). "The domain of developmental psychopathology." *Child Dev* 55(1): 17-29.
- Stanley, B. and L. J. Siever (2010). "The interpersonal dimension of borderline personality disorder: toward a neuropeptide model." *Am J Psychiatry* 167(1): 24-39.
- Stepp, S. D., J. D. Burke, A. E. Hipwell and R. Loeber (2012). "Trajectories of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder symptoms as precursors of borderline personality disorder symptoms in adolescent girls." *J Abnorm Child Psychol* 40(1): 7-20.
- Suderman, M., N. Borghol, J. J. Pappas, S. M. Pinto Pereira, M. Pembrey, C. Hertzman, C. Power and M. Szyf (2014). "Childhood abuse is associated with methylation of multiple loci in adult DNA." *BMC Med Genomics* 7: 13.
- Sümer N, G. D. (1999). "Yetişkin Bağlanma Stilleri Ölçeklerinin Türk Örnekleme Üzerinde Psikometrik Değerlendirilmesi ve Kültürlerarası Bir Karşılaştırma." *Türk Psikoloji Dergisi* 14(43): 71-106.
- Şahin NH, D. A. (1994). "Kısa Semptom Envanteri: Türk Gençleri için Uyarlanması." *Türk Psikoloji Dergisi* 9: 44-56.
- Şar, V. (2007). *Kötüye Kullanım Ve İhmalle İlişkili Sorunlar*. Ankara, Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık.
- Şar, V., Öztürk, E., İkikardeş, E. (2011). "Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği." *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 32(4): 1054-1063.
- Şener, N. E. O. z. v. S. a. (1997). "Çocuk ve Ergende Cinsel İstismar." *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları* 2: 473-491.
- Tackett, C. S. a. J. L. (2014). *Handbook of Borderline Personality in Children and Adolescent*, Springer.
- Teicher, M. H., S. L. Andersen, A. Polcari, C. M. Anderson and C. P. Navalta (2002). "Developmental neurobiology of childhood stress and trauma." *Psychiatr Clin North Am* 25(2): 397-426, vii-viii.

- Teicher, M. H., C. A. Glod, J. Surrey and C. Swett, Jr. (1993). "Early childhood abuse and limbic system ratings in adult psychiatric outpatients." *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 5(3): 301-306.
- Temiz, E. (2004). Sınır kişilik bozukluğunda ayrılma/bireyleşme deneyimleri, yakın ilişkilerde yaşanan kaygı ve kaçınma boyutları, İstanbul Üniversitesi.
- Topbaş, M. (2004). "İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı." *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 3: 76-80.
- Torgersen, S. (1984). "Genetic and nosological aspects of schizotypal and borderline personality disorders. A twin study." *Arch Gen Psychiatry* 41(6): 546-554.
- Torgersen, S. and R. Alnaes (1992). "Differential perception of parental bonding in schizotypal and borderline personality disorder patients." *Compr Psychiatry* 33(1): 34-38.
- Torgersen, S., E. Kringlen and V. Cramer (2001). "The prevalence of personality disorders in a community sample." *Arch Gen Psychiatry* 58(6): 590-596.
- van Dijke, A., J. D. Ford, L. E. Frank and O. van der Hart (2015). "Association of Childhood Complex Trauma and Dissociation With Complex Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Adulthood." *J Trauma Dissociation* 16(4): 428-441.
- Wagner, S., O. Baskaya, K. Lieb, N. Dahmen and A. Tadic (2009). "The 5-HTTLPR polymorphism modulates the association of serious life events (SLE) and impulsivity in patients with Borderline Personality Disorder." *J Psychiatr Res* 43(13): 1067-1072.
- Weiss, D. v. M., C. (1997). *The impact of Event Scale-Revised. Assessing Psychological Trauma and PTSD*. T. M. Keane. New York, Guilford: 399-411.
- Weniger, G., C. Lange, U. Sachsse and E. Irle (2009). "Reduced amygdala and hippocampus size in trauma-exposed women with borderline personality disorder and without posttraumatic stress disorder." *J Psychiatry Neurosci* 34(5): 383-388.
- Westen, D., P. Ludolph, B. Mistle, S. Ruffins and J. Block (1990). "Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder." *Am J Orthopsychiatry* 60(1): 55-66.

- Westen, D., J. Shedler, C. Durrett, S. Glass and A. Martens (2003). "Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV axis II diagnoses and an empirically derived alternative." *Am J Psychiatry* 160(5): 952-966.
- Widom, C. S., S. J. Czaja and J. Paris (2009). "A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood." *J Pers Disord* 23(5): 433-446.
- Williams, L. M. and V. M. Herrera (2007). "Child maltreatment and adolescent violence: understanding complex connections." *Child Maltreat* 12(3): 203-207.
- Wilson, H. W. and C. S. Widom (2010). "Does physical abuse, sexual abuse, or neglect in childhood increase the likelihood of same-sex sexual relationships and cohabitation? A prospective 30-year follow-up." *Arch Sex Behav* 39(1): 63-74.
- Winsper, C., S. T. Lereya, S. Marwaha, A. Thompson, J. Eyden and S. P. Singh (2016). "The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis." *Clin Psychol Rev* 44: 13-24.
- Winsper, C., S. Marwaha, S. T. Lereya, A. Thompson, J. Eyden and S. P. Singh (2015). "Clinical and psychosocial outcomes of borderline personality disorder in childhood and adolescence: a systematic review." *Psychol Med* 45(11): 2237-2251.
- Winsper, C., M. Zanarini and D. Wolke (2012). "Prospective study of family adversity and maladaptive parenting in childhood and borderline personality disorder symptoms in a non-clinical population at 11 years." *Psychol Med* 42(11): 2405-2420.
- Yarar, F. Y., F. (2011). "Birinci basamakta çocuk istismarı ve ihmeline yaklaşım." *Türk Aile Hek Dergisi* 15(4): 178-183.
- Yargıç, I., Ersoy, E. ve Batmaz Oflaz, S. (2012). "Çocukluk çağı travmalarının intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı ile ilişkisi." *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 13: 277-284.
- Yargıç, L. I., Tutkun, H., Sar, V., (1995). "The reliability and validity of the turkish version of the dissociative experiences scale." *Dissociation* 8: 10-13.

- Zanarini, M. C. (2000). "Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder." *Psychiatr Clin North Am* 23(1): 89-101.
- Zanarini, M. C., F. R. Frankenburg, E. D. Dubo, A. E. Sickel, A. Trikha, A. Levin and V. Reynolds (1998). "Axis I comorbidity of borderline personality disorder." *Am J Psychiatry* 155(12): 1733-1739.
- Zanarini, M. C., F. R. Frankenburg, J. Hennen, D. B. Reich and K. R. Silk (2006). "Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder." *Am J Psychiatry* 163(5): 827-832.
- Zanarini, M. C., F. R. Frankenburg, D. B. Reich, M. F. Marino, M. C. Haynes and J. G. Gunderson (1999). "Violence in the lives of adult borderline patients." *J Nerv Ment Dis* 187(2): 65-71.
- Zanarini, M. C., F. R. Frankenburg, D. B. Reich, M. F. Marino, R. E. Lewis, A. A. Williams and G. S. Khera (2000). "Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients." *J Pers Disord* 14(3): 264-273.
- Zanarini, M. C., J. G. Gunderson, M. F. Marino, E. O. Schwartz and F. R. Frankenburg (1989). "Childhood experiences of borderline patients." *Compr Psychiatry* 30(1): 18-25.
- Zanarini, M. C., J. Horwood, D. Wolke, A. Waylen, G. Fitzmaurice and B. F. Grant (2011). "Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6,330 English 11-year-olds and 34,653 American adults." *J Pers Disord* 25(5): 607-619.
- Zanarini, M. C., A. A. Williams, R. E. Lewis, R. B. Reich, S. C. Vera, M. F. Marino, A. Levin, L. Yong and F. R. Frankenburg (1997). "Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder." *Am J Psychiatry* 154(8): 1101-1106.
- Zeytinoğlu, S. (1991). *Sağlık, Sosyal Hizmet ve Hukuk Alanlarında Çalışanların Türkiye’de Çocuk İstismarı Ve İhmali Sorunu İle İlgili Görüşleri: Çocuk İstismarı ve İhmali*. Ankara, Gözde Repro Ofset.

- Zhang, T., A. Chow, L. Wang, Y. Dai and Z. Xiao (2012). "Role of childhood traumatic experience in personality disorders in China." *Compr Psychiatry* 53(6): 829-836.
- Zimmerman, D. J. and L. W. Choi-Kain (2009). "The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in borderline personality disorder: a review." *Harv Rev Psychiatry* 17(3): 167-183.
- Zimmerman, M. (2012). "Is there adequate empirical justification for radically revising the personality disorders section for DSM-5?" *Personal Disord* 3(4): 444-457.
- Zimmerman, M. and J. I. Mattia (1999). "Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder." *Compr Psychiatry* 40(4): 245-252.
- Zoroglu, S., Tüzün, Ü., Sar, V., Öztürk, M., Eröcal Kora, M., Alyanak, and B. (2001). "Çocukluk Dönemi istismar ve ihmalinin Olası Sonuçları." *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2(2): 69-78.
- Zweig-Frank, H. and J. Paris (1991). "Parents' emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder." *Am J Psychiatry* 148(5): 648-651.
- Zweig-Frank, H. and J. Paris (2002). "Predictors of outcome in a 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder." *Compr Psychiatry* 43(2): 103-107.

8. EKLER

8.1. Ek-1. Etik Kurulu Kararı



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 660

Tarih : 03.05.2018

Konu: Doç. Dr. Nusret SOYLU hk.

Sayın Doç. Dr. Nusret SOYLU

Çocuk Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

İlgi : Çocuk Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalının 22/03/2018 gün ve 109904 sayılı yazısı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Dr. Sefa ÇOŞGUN' un yürüteceği 2015/548 dosya numaralı "Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Yaşayanlarda Borderline Kişilik Bozukluğu Gelişmesini Yordayan Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı çalışma kurumumuzun 20/04/2018 tarih ve 08 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. A.Yağız ÜREŞİN

İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar

Etik Kurul Başkanı

Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

8.2. Ek-2. Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

Adı Soyadı: Doğum Tarihi: Yaşı: Cinsiyeti:
Kardeş Sayısı: Ailenin kaçınıcı çocuğusunuz: Eğitim durumu(sınıf/okul)
Telefon :

ANNE ; Yaşı:

Tahsil: 1-Okula gitmemiş 2-İlköğretim 3- Lise 4- üniversite 5- Yüksek lisans/Doktora
Meslek: 1- Çalışmıyor 2- İşçi 3- Memur 4- Serbest
Sağlık Durumu : 1-Sağlıklı 2- Tıbbi Hastalık 3- Psikiyatrik Hastalık

BABA ; Yaşı:

Tahsil: 1-Okula gitmemiş 2-İlköğretim 3- Lise 4- üniversite 5- Yüksek lisans/Doktora
Meslek: 1- Çalışmıyor 2- İşçi 3- Memur 4- Serbest
Sağlık Durumu : 1-Sağlıklı 2- Tıbbi Hastalık 3- Psikiyatrik Hastalık

Akraba Evliliği 1- Var 2- Yok

Ayrılık (var ise kaç yıldır ve çocuk kiminle kalıyor belirtiniz). 1 – Var 2- Yok

KARDEŞLER (yaş, eğitim, sağlık durumu)

GELİŞİMSEL ÖZELLİKLER:

Hamilelik Süreci: 1- Normal 2- Sorunlu (premature doğum, düşük doğum ağırlığı)
Gebelik süresince madde kullanımı (var ise hangi dönem): 1- yok 2- ilaç 3- sigara
Doğum Şekli 1- Normal yol ile 2- Sezeryan ile
Küvöz Bakımı 1- Yok 2- Var
Gelişim : Yürüme: 1- 1yaş ve öncesinde 2- 1-2 yaş arasında 3- 2 yaşından sonra
Konuşma: Tek Kelimeler: 1-1yaş ve öncesinde 2-1-2 yaş arasında 3-2 yaşından sonra
Cümle Kurma: 1-1-2 yaş arası 2- 2-3 yaş arası 3- 3-4 yaş arası 4- 4 yaştan sonra
Sosyal Alan: 1- olağan 2- olağan dışı
Tuvalet Eğitimi: 1- Zamanında 2-Geç

Anne Sütü Süresi: 1- hiç emmeme 2- 3 aydan az 3- 6aydan az emme 4- 6-12 ay
5- 12-24 ay 6- 2-3 yıl 7- 3 yıldan fazla

Son 1 yıldaki okul başarınız: 1- takdir 2-teşekkür 3-orta 4- zayıf 5- çok zayıf

Bu yıl okula gitmediğiniz gün sayısı kaçtır?

0-5 gün 5-10 gün 10-15 gün 15-20 gün 20 günden fazla

Özgeçmiş: tanı konulmuş tıbbi bir hastalığınız var mıdır? Şimdi (Ş) veya Geçmişte (G) olduğunu belirtiniz.
(epilepsi, bilinç kaybına yol açan kafa travması, geniz eti operasyonu...vs.)

1- Var 2- Yok

Soygeçmiş:

Aile içi şiddet 1. Yok 2.Var

Aileniz ortalama aylık geliri(TL) 1- () asgari ücret altı 2- Asgari ücret üstü

TANI VE TEDAVİ SÜRECİ

İlk psikiyatri başvurunuz kaç yaşınızda oldu?

Daha önce hiç psikiyatri ilaçları kullandınız mı ?

1-Dikkat ilaçları(concerta-ritalin-stratterra vb.)

2-Antidepresan(prozac- lustral- citoles vb.)

3- Antipsikotik (Risperdal / Abilify vb.)

4- Antipsikotik+AntiDepresan

5-Hepsi

Kullandığınız tedaviden ne kadar fayda gördünüz?

0- Hiç fayda görmedim 1- Çok az 2- Orta 3- İyi 4- Çok iyi

Herhangi bir terapist ile düzenli görüşmeleriniz oldu mu ? Oldu ise hangi yaşlar arasında ? Ne için tedavi gördüğünüzü kısaca yazınız.

Alkol kullanımı var mı ? 1 yok 2 var

Madde Kullanımı var mı ? 1 yok 2 var

TRAVMANIN ÖZELLİKLERİ

Cinsel Travma

1- Var

2 - Yok

1. 0-3 yaş

2. 3-6 yaş

3. 6-12 yaş

4. 12-18 yaş

İstismarın Süresi (tarih belirtiniz): Hangi Yaşlar arası

Sıklığı (tanımlayınız):Kaç kez

İstismara ilk uğrama yaşı:

İstismara en son uğramdan ne kadar geçti: (ay olarak)

Çocuğun istismarcı ile duygusal bir yakınlığı ya da ilişkisi: Yok /Var

Zorlama ya da Güç Kullanımı: Yok /Var

İstismarın Türü:

1.Dokunma:..... 2.Okşama:..... 3. Sürtünme:..... 4. Öpme:..... 5. Sözel istismar:.....

6.Exhibizyonizm/pornografi izletme:..... 7.Oral penetrasyon:..... 8.Anal penetrasyon:.....

9.Vajinal penetrasyon:..... 10.Teşebbüs:.....

İstismarcının Yaşı:

İstismarcı: 1)Aile içinden:.....

2)Aile dışından tanıdık

3) Yabancı

İstismarcı cinsiyeti: 1(K)

2(E)

Travmaya aynı kişiden kaç kere maruz kaldı

1) 1kez

2) 1 den fazla

istismarcı sayısı: 1)Bir

2)Birden fazla ise aynı travmaya kaç defa maruz kaldınız ?

İstismarı ilk kiminle paylaştınız

0- Paylaşmadı

1- Aile

2- Ailedışı tanıdık

3-Sağlık çalışanı

Olaydan ne kadar sonra paylaştınız? Ay olarak

İstismardan ne kadar sonra sağlık kuruluşuna başvurdunuz ?

İstismar nasıl ortaya çıktı ?

0- Ortaya Çıkmadı

1- Kendi anlattı.

2- Kendi anlatmadı.

Fiziksel travma

1- Var

2- Yok

1. 0-3 yaş 2. 3-6 yaş 3. 6-12 yaş 4. 12-18 yaş

Duygusal travma

1- Var

2- Yok

- 1.-0-3 yaş 2. 3-6 yaş 3. 6-12 yaş 4. 12-18 yaş

8.3. Ek-3. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Bu sorular çocukluğunuzda (12 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz.

Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

	1.Hiçbir Zaman	2.Nadiren	3.Kimi Zaman	4. Sık Olarak	5.Cok Sık
1.Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.	1	2	3	4	5
2.Benim bakımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum	1	2	3	4	5
3. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi	1	2	3	4	5
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.	1	2	3	4	5
6. Yırtık, sökkük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7. Sevidiğimi hissediyordum	1	2	3	4	5
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu	1	2	3	4	5
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5

13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
14. Ailedekiler bana kırıncı ya da saldırganca sözler söylerlerdi	1	2	3	4	5
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum	1	2	3	4	5
16. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı	1	2	3	4	5
27.Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

8.4. Ek-4. Kısa Semptom Envanteri

EK 4

KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Açıklama: Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtiler ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin sizi bugün dahil son bir haftadır ne kadar rahatsız ettiğini yandaki bölümde uygun olan yerde işaretleyin, her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin.

	Hiç	Biraz	Orta derecede	Epey	Çok fazla
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2. Baygınlık, baş dönmesi					
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri					
4. Başınıza gelen sıkıntılardan olayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
5. Olayları hatırlamada güçlük					
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar					
8. Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu					
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri					
10. İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hisleri					
11. İştahta bozukluklar					
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular					
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme					
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme					
16. Yalnızlık hissetme					
17. Hüzünlü, kederli hissetme					
18. Hiçbirşeye ilgi duymama					
19. Ağlamaklı hissetme					
20. Kolayca incinebilme, kırılma					
21. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak					
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme					
23. Mide bozukluğu, bulantı					

	Hiç	Biraz	Orta derecede	Epey	Çok fazla
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu					
25. Uykuya dalmada güçlük					
26. Yaptığınız şeyler, tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etme					
27. Karar vermede güçlükler					
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkma					
29. Nefes darlığı, nefessiz kalma					
30. Sıcak soğuk basmaları					
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışma					
32. Kafanızın “bomboş” kalması					
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34. Günahlarınız için cezalandırmanız gerektiği					
35. Gelecek ile ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak					
36. Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük					
37. Bedeninin bazı bölgelerinde zayıflık güçsüzlük hissi					
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme					
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler					
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41. Bir şeyleri kırma/dökme isteği					
42. Diğerlerinin yanındayken kendinin çok fazla farkında olmak, yanlış bir şey yapmamaya çalışmak					
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak					
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					
45. Dehşet ve panik nöbetleri					
46. Sık sık tartışmaya girme					
47. Yalnız bırakıldığında/ kaldığında sinirlilik hissetme					
48. Başarılarınız için diğerlerinden yerince takdir görmeme					
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetme					

50. Kendini değersiz görme/değersizlik duyguları					
51. Eğer izin verirsiniz ,insanların sizi sömüreceği duygusu					
52. Suçluluk duyguları					
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri					

8.5. Ek-5. Borderline Kişilik Ölçeği

EK 5: TÜRKÇE BPQ

BPQ © Amir Poreh, 2006

Türkçe BPQ © Samet Köse & M. Hakan Türkçapar, 2015

Yönerge: Aşağıda kişilerin kendileri hakkında kullandıkları ifadeler bulacaksınız. Bu ifadelerin sizin için de geçerli olup olmadığına karar vermelisiniz. Lütfen aşağıdaki tüm ifadeler için son iki yıl ve öncesinde *SİZİ EN İYİ TANIMLADIĞINI DÜŞÜNDÜĞÜNÜZ* en uygun seçeneği işaretleyiniz. Yanıtınız doğru ise D seçeneğini daire içine alınız. Eğer yanıtınız yanlış ise Y seçeneğini daire içine alınız. Unutmayın, herkes birbirinden farklıdır. Doğru, yanlış, ya da hileli yanıt yoktur! Olabildiğince dürüst yanıtlar vermeye özen gösteriniz ve her bir soruda uzun süre düşünmeden yanıt vermeye dikkat ediniz. Bazen karar vermek sizin için zor olsa bile, lütfen tüm soruları yanıtlamaya çalışınız.

Daire
içine
alınız

1. İşleri çoğu kez üzerinde fazla düşünmeden yaparım.	D	Y
2. Çoğu kez ‘birden bire’ depresif ve anksiyeteli hissedirim.	D	Y
3. İnsanlar çoğu kez beni terkederler.	D	Y
4. Arkadaşlarım tarafından nadiren hayal kırıklığına uğrarım.	D	Y
5. Kendimi diğer kişilerden (derece olarak) daha aşağıda hissedirim.	D	Y
6. Geçmişte kendine zarar verme davranışında bulunmakla tehdit ettiğim oldu.	D	Y
7. Hayatımla ilgili bir şeyler yapmak için becerilerimin varolduğuna inanmıyorum.	D	Y
8. Nadiren diğer insanlara kızarım.	D	Y
9. Bazen gerçek olmadığım duygusuna kapılırım.	D	Y

10. Uzunca bir süre tanımadığım birisiyle cinsel ilişkide bulunmam.	D	Y
11. Bazen kendimi anksiyeteli ya da gergin hissederim, bir kaç saat sonra da üzgün hissederim.	D	Y
12. Bana yakın olan insanlar öldüğünde ya da beni bıraktıklarında, kendimi terk edilmiş hissederim.	D	Y
13. Potansiyel dostlukları çoğu kez abartır, sonra da yürümeyeceklerini anlarım.	D	Y
14. Diğer insanlar gibi olsaydım kendimi iyi hissederdim.	D	Y
15. Kasıtlı olarak kendimi öldürmeye çalışmaksızın, kendime zarar vermeye çalıştım.	D	Y
16. Genel olarak, hayatım çok sıkıcıdır.	D	Y
17. Sık sık fiziksel kavgalar ederim.	D	Y
18. Bazen birilerinin peşimde olduğunu hissine kapılırım.	D	Y
19. Arkadaşlarım duygularımın çok hızlı bir şekilde değiştiğini söylerler.	D	Y
20. Yalnız zaman geçirmekten korkarım.	D	Y
21. Güvenilir görünen insanlar çoğu kez beni hayal kırıklığına uğratırlar.	D	Y
22. Geçmişte intihar girişiminde bulundum.	D	Y
23. Çoğu kez başkalarına sunacak hiçbir şeyim yok gibi hissederim.	D	Y
24. Öfkелendiğimde kendimi kontrol edememe sorunum var.	D	Y
25. Başkalarının zihnini okuyabilirim.	D	Y
26. Kokain, eroin gibi ağır uyuşturucu maddeler denedim.	D	Y

27. Duygu durumum gün boyunca mutluluk, öfke, anksiyete ve depresyon arasında sık sık gider gelir.	D	Y
28. Arkadaşlarımdan ayrıldığımda, onları tekrar göreceğimden eminimdir.	D	Y
29. Arkadaşlarım çoğu kez beni hayal kırıklığına uğrattılar.	D	Y
30. Kendimi bilerek kestim.	D	Y
31. Çoğu kez kendimi yalnız ve terk edilmiş hissedirim.	D	Y
32. Öfkelendiğimde kendimi kontrol etmede hiç bir zorluk çekmem.	D	Y
33. Bazen başkalarının görmediği ya da duymadığı şeyler görür ve duyarım.	D	Y
34. İlk buluşmada cinsel ilişkide bulunmak benim için alışılmamış değildir.	D	Y
35. Bazen kendimi çok üzgün hissedirim ama bu duygu hızlı bir şekilde geçer.	D	Y
36. İnsanlar çoğu kez beni hayal kırıklığına uğrattılar.	D	Y
37. Keşke bazı arkadaşlarım gibi olabilsem.	D	Y
38. Dikkat çekmek için kendime zarar verdiğim oldu.	D	Y
39. Farklı insanlarla farklı ortamlarda bulunduğumda bazen kim olduğumdan emin olmayacak derecede kendimi farklı hissedirim.	D	Y
40. Başkaları tarafından kolayca kızdırılırım.	D	Y
41. Bazen başkalarının ne düşündüğünü gerçekten duyabilirim.	D	Y
42. Canım istediğinde uyuşturucu maddeler kullanırım.	D	Y
43. Nadiren kendimi üzgün ya da anksiyeteli hissedirim.	D	Y

44. Beni hiç kimse sevmiyor.	D	Y
45. İnsanlara güvendiğimde, nadiren beni hayal kırıklığına uğrattılar.	D	Y
46. İnsanların beni daha yakından tanıdıklarında, beni sevmeyeceklerini hissediyorum.	D	Y
47. Kolayca öfkelenirim.	D	Y
48. Başkalarının zihinlerini okumak mümkün değildir.	D	Y
49. Bazen kendimi çok mutlu hissediyorum ama bu duygu hızlı bir şekilde değişebiliyor.	D	Y
50. Onlara ihtiyacım olduğunda yanımda olmayacakları için, başkalarına bağımlı olmakta zorlanırım.	D	Y
51. Önem verdiğim kişilerle ilişkilerimde inişler ve çıkışlar çok olur.	D	Y
52. Kendim gibi davranmada rahatımdır.	D	Y
53. Asla kendime zarar girişiminde bulunmadım.	D	Y
54. Nadiren yalnızlık hissedirim.	D	Y
55. Çoğu kez önemsiz şeylerin beni öfkелendirdiği olur.	D	Y
56. Bazen gerçek olanla hayalimde canlandırıdığım arasındaki farkı atlarım.	D	Y
57. İçki içtiğim zaman, çok fazla içerim.	D	Y
58. Kendimi huysuz, geçimsiz bir kişi olarak düşünürüm.	D	Y
59. İnsanlar çoğu kez beni terk ettikleri için, onlarla yakın ilişkiler geliştirmede zorluk çekerim.	D	Y
60. Onlara ihtiyacım olduğunda arkadaşlarım her zaman yanımda olurlar.	D	Y
61. Keşke bir başkası olsaydım.	D	Y

62. Hayatımın ilginç olmadığını hissediyorum.	D	Y
63. Öfkелendiğim zaman, bazen eşyalara vurup kırabilirim.	D	Y
64. Çoğu kez aşırı hız nedeniyle trafik cezası alırım.	D	Y
65. Çoğu kez duygusal açıdan bir 'lunapark treninin' üzerindeymiş gibi hissedirim.	D	Y
66. Ailem tarafından terk edilmiş gibi hissediyorum.	D	Y
67. Kim olduğum konusunda kendimi çok rahat hissediyorum.	D	Y
68. Çoğu kez işleri fazla düşünmeden, dürtüsel olarak yaparım.	D	Y
69. Hayatımın bir amacı yoktur.	D	Y
70. Gelecekte ne yapmak istediğimden emin değilim.	D	Y
71. Bazen o kadar çok yiyorum ki, ya çok sancım oluyor ya da kendimi kusmak için zorlamak zorunda kalıyorum.	D	Y
72. İnsanlar huysuz, geçimsiz bir kişi olduğumu düşünürler.	D	Y
73. Sevdığım insanlar beni çoğu kez bırakırlar.	D	Y
74. Sosyal durumlarda, çoğu kez başkalarının zihnimden geçenleri sezeceklerini ve onlara sunabileceğim pek bir şey olmadığını farkedeceklerini hissedirim.	D	Y
75. Kendime zarar vermeye çalıştığım için hastanede yattığım olmuştur.	D	Y
76. Çoğu kez boşluk duygusu hissedirim.	D	Y
77. Başkaları beni çoğu kez öfkелendirir.	D	Y
78. Değer verdiğim birisinin beni bırakacağını düşünmek beni çoğu kez çılgına çevirir.	D	Y

79. Uzun vadeli amaçlarım konusunda kafam karışıktır.	D	Y
80. Başkaları çok çabuk öfkelendiğimi söylerler.	D	Y

8.6. Ek-6. Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği

DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (DES) Bernstein & Putnam,1986,1993

Türkçe'ye uyarlayanlar: Vedat Şar, L.İlhan Yargıç, Hamdi Tutkun

Bu test günlük hayatınızda başınızdan geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 28 sorudan meydana gelmektedir. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Yanıt verirken, alkol ya da ilaç etkisi altında meydana gelen yaşantıları değerlendirmeye katmayınız. Lütfen her soruda, anlatılan durumun sizdekine ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz ve uygun olan rakamı daire içine alınız.

Örnek:

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

SORULAR

1. Bazı insanlar, yolculuk yaparken yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden farkedirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden farkedirler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında, satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

6. Bazı insanlar, zaman zaman, yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden ya da önceden tanıştıklarında ısrar eden, tanımadıkları kişilerle karşılaşılır. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

7. Bazı insanlar, zaman zaman, kendilerinin yanbaşıda duruyor ya da kendilerini birşey yaparken seyrediyor ve sanki kendi kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

8. Bazı insanlara, arkadaşlarını ya da aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarının söylendiği olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (örneğin nikah ya da mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını farkederler. Yaşamınızdaki bazı önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne oranda olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

10. Bazı insanlar zaman zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından, yalan söylemiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

13. Bazı insanlar, kimi zaman vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

14. Bazı insanlar, zaman zaman geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki o olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

15. Bazı insanlar kimi zaman, olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi yoksa rüyada mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

16. Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

17. Bazı insanlar, televizyon ya da film seyrederken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki çevrelerinde olan bitenin farkına varamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

18. Bazı insanlar kimi zaman kendilerini, kafalarında kurdukları bir fantazi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki, sanki bunlar gerçekten başlarından geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

19. Bazı insanlar, ağrı hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiç bir şey düşünmeden ve zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

21. Bazı insanlar, yalnız olduklarında, zaman zaman sesli olarak kendi kendilerine konuştuklarını farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

22. Bazı insanlar kimi zaman iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki, kendilerini neredeyse iki farklı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

23. Bazı insanlar, normalde güçlük çektikleri bir şeyi (örneğin spor türleri, iş, sosyal ortamlar vb.) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

24. Bazı insanlar, zaman zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı sadece akıllarından geçirmiş mi olduklarını (örneğin bir mektubu postaya attığını mı yoksa sadece atmaya düşündüğünü mü) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

25. Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

26. Bazı insanlar, zaman zaman eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

27. Bazı insanlar, zaman zaman kafalarının içersinde, belli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerine yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

28. Bazı insanlar, zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederek, öyle ki insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

8.7. Ek-7. Olayların Etkisi Ölçeği

OEÖ-R

Aşağıdaki maddeleri yaşamış olduğunuzu düşündüğünüz ruhsal travma süreci sonrasında dikkate alarak cevaplayınız.

1.Olayı hatırlatan her türlü şey, olayla ilgili duygularımı yeniden ortaya çıkardı.

Hiç 0 1 2 3 4 Çok Fazla

2.Uykuyu sürdürmekte güçlük çektim.

Hiç 0 1 2 3 4 Çok Fazla

3.Başka şeyler benim olay hakkında düşünmeyi sürdürmeme neden oldu.

Hiç 0 1 2 3 4 Çok Fazla

4.Alıngan ve kızgın hissettim.

Hiç 0 1 2 3 4 Çok Fazla

5.Olayı düşündüğümde ya da hatırladığımda, bu konunun beni üzmesine izin vermedim.

Hiç 0 1 2 3 4 Çok Fazla

6.Düşünmek istemediğim halde olayı düşündüm.

Hiç 0 1 2 3 4 Çok Fazla

7.Olay hiç olmamış ya da gerçek değilmiş gibi hissettim.

Hiç 0 1 2 3 4 Çok Fazla

8.Olayı hatırlatan şeylerden uzak durdum.

Hiç 0 1 2 3 4 Çok Fazla

9.Olayla ilgili görüntüler aniden zihnimde canlandı.

Hiç 0 1 2 3 4 Çok Fazla

10.Ürkek ve diken üstünde hissettim.

Hiç 0 1 2 3 4 Çok Fazla

11.Olay hakkında düşünmemeye çalıştım.

Hiç 0 1 2 3 4 Çok Fazla

12.Olayla ilgili olarak hala pek çok duygum vardı, ancak bunlarla hiç ilgilenmedim.

Hiç 0 1 2 3 4 Çok Fazla

13.Olayla ilgili hissizleşmiş gibiydim .

Hiç 0 1 2 3 4 Çok Fazla

14.Kendimi olayın olduğu andaki gibi davranırken veya hissederken bulduğum oldu.

Hiç 0 1 2 3 4 Çok Fazla

15.Uykuya dalmakta güçlük çektim.

Hiç 0 1 2 3 4 Çok Fazla

16.Olayla ilgili çok yoğun duygu değişiklikleri yaşadım.

Hiç 0 1 2 3 4 Çok Fazla

17.Olayı hafızamdan (belleğimden) silmeye çalıştım.

Hiç 0 1 2 3 4 Çok Fazla

18.Dikkatimi toplamakta zorlandım.

Hiç 0 1 2 3 4 Çok Fazla

19.Olayı hatırlatan şeyler fiziksel tepkiler göstermeme neden oldu (örneğin terleme, nefes almada güçlük, baş dönmesi, kalp çarpıntısı, gibi).

Hiç 0 1 2 3 4 Çok Fazla

20.Olayla ilgili rüyalar gördüm.

Hiç 0 1 2 3 4 Çok Fazla

21.Kendimi tetikte ve savunma durumunda hissettim.

Hiç 0 1 2 3 4 Çok Fazla

22.Olay hakkında konuşmamaya çalıştım.

Hiç 0 1 2 3 4 Çok Fazla

8.8. Ek-4. İlişki Ölçekleri Anketi-Ergen Formu

İLİŞKİ ÖLÇEKLERİ ANKETİ-ERGEN FORMU

Aşağıda yakın duygusal ilişkilerinizde kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin çeşitli ifadeler yer almaktadır. Yakın duygusal ilişkilerden kastedilen arkadaşlık, dostluk vb. akrân ilişkileridir. Lütfen her bir ifadeyi bu tür ilişkilerinizi düşünerek okuyun ve her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını yanındaki rakamlardan size uygun olanı daire içine alarak belirtiniz.

	1-hiç katılmıyorum	2- katılmıyorum	3- biraz katılmıyorum	4- kararsızım	5- biraz katılıyorum	6- katılıyorum	7- tamamen katılıyorum
1. Başkalarına kolaylıkla güvenemem.	1	2	3	4	5	6	7
2. Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli.	1	2	3	4	5	6	7
3. Başkalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım.	1	2	3	4	5	6	7
4. Başkalarına çok yakınlaşırsam incitileceğimden korkuyorum.	1	2	3	4	5	6	7
5. Başkalarıyla yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım.	1	2	3	4	5	6	7
6. Başkalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak istiyorum.	1	2	3	4	5	6	7
7. Yalnız kalmaktan korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
8. Başkalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
9. Başkalarına tamamiyle güvenmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7
10. Başkalarının bana dayanıp bel bağlaması konusunda oldukça rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
11. Başkalarının bana, benim onlara verdiğim değer kadar değer vermediğinden kaygılanırım.	1	2	3	4	5	6	7
12. Kendi kendime yettiğimi hissetmem benim için çok önemlidir.	1	2	3	4	5	6	7
13. Başkalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
14. Başkalarıyla yakın olmak beni rahatsız eder.	1	2	3	4	5	6	7
15. Başkalarının bana, benim istediğim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
16. Başkalarına bağlanmamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
17. Başkaları beni kabul etmeyecek diye korkarım.	1	2	3	4	5	6	7

8.9. Ek-9. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (BGOF)

Bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu İstanbul Üniversite İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran, 15-18 yaş aralığındaki gençleri Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Yaşayanlarda Borderline Kişilik Bozukluğu Gelişmesini Yordayan Faktörlerin İncelenmesi araştırmasına davet etmek üzere hazırlanmıştır.

Sorumlu Araştırmacının adı, soyadı :Doç. Dr. Nusret Soylu, Dr. Sefa Coşğun
Araştırmayı yürütecek kuruluşun adı :İ.Ü. İTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Destekleyici kuruluş :İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi
Araştırmanın adı ve varsa versiyon numarası: *Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Yaşayanlarda Borderline Kişilik Bozukluğu Gelişmesini Yordayan Faktörlerin İncelenmesi*

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Yaşayanlarda Borderline Kişilik Bozukluğu Gelişmesini Yordayan Faktörlerin İncelenmesi " adını verdiğimiz çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla ve nasıl yapılacağını anlamanız ve katılıp katılmama doğrultusundaki kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Araştırma hakkında sözlü olarak size aktaracağım bilgiler yazılı olarak da size bir sonraki bölümde sunulacaktır. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu belgedeki son bölüm onay işlemleri ile ilgilidir. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz lütfen bu bölümü imzalayınız. Okuma ve yazma konusunda engelleriniz olduğu takdirde bir tanığın gözetiminde bu belgeyi onaylamanız istenecektir.'

Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Borderline kişilik bozukluğu, erken erişkinlik döneminde başlayan, kişilerarası ilişkilerde bozulmayla belirginlik gösteren, duygulanımda dengesizlik, belirgin dürtüselliğin eşlik ettiği ve kendilik imajının bütüselleştirilemediği bir tablodur.

Borderline kişilik bozukluğu, tanısı olan gençlerde en sık karşılaşılan durumlardan birisi geçmiş yaşantılarında ruhsal travmaya maruz kalmalarıdır. Yapılan çalışmalarda da çocukluk çağı ruhsal travmaları ile borderline kişilik bozukluğu arasında ilişki gösterilmiştir.

Bizim çalışmamızda, çocukluk çağıda ruhsal travmaya maruz kalmış bireylerin, borderline kişilik bozukluğuna ilerlemesine nelerin katkı sağladığı, nelerin koruyucu olduğunu aydınlatmak için hazırlanmıştır.

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Yaşayanlarda Borderline Kişilik Bozukluğu Gelişmesini Yordayan Faktörlerin İncelenmesi başlıklı çalışmaya katılacaksınız. Bu araştırmanın amacı; Çocukluk çağı ruhsal travmaların borderline kişilik bozukluğu geliştirmesine nasıl katkı sağladığı incelenecektir. Çocukluk çağı ruhsal travmaları olup borderline kişilik bozukluğu olmayan kişiler ile çocukluk çağı ruhsal travmaları olup borderline kişilik bozukluğu olan kişiler, ruhsal travmayı nasıl yaşantıladığı, bağlanma paterni, aile desteği, travmanın özellikleri açısından karşılaştırılacaktır.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, sizden bazı formları doldurmanız istenecektir. Formların sizin yaş aralığınızda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Yaşınızla uygun kelimeler seçilmeye çalışılmıştır. Bazı sorular geçmişe dair bilgileri sorduğundan dolayı hatırlamak zor olabilir. Hatırlamakta zorlandığınız bilgileri boş bırakabilir ya da bu bilgileri bileceğini düşündüğünüz birilerine (örneğin, ebeveyninize) sorabilirsiniz.

Eğer böyle bir durum olursa;

Formların doldurulmasında yardımcı olan kişiler için de çalışmaya sağladıkları veriler için gönüllü onam almak gerekmektedir. Çalışma sırasında ya da sonrasında bu kişiler için herhangi risk veya olumsuz bir sonuç bulunmamaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul edenler gibi onların hakları saklıdır. Katılmayı kabul etmedikleri takdirde çalışmaya dahil edilmeyeceklerdir.

Formlardan elde ettiğimiz bilgiler bir istatistik programında hesaplanarak araştırma sonuçları elde edilecektir.

Çalışma sırasında çıkabilecek herhangi bir istenmeyen etki veya risk bulunmamaktadır.

Çalışmamıza yaklaşık 72 gönüllünün katılımı planlanmaktadır.

Araştırmaya katılmanızın çocuk ve ergen psikiyatrisinde Borderline kişilik bozukluğu olan bireylerde, travmanın etkisi vurgulanmış olup, çocukluk çağı travması olup borderline kişilik bozukluğu geliştirmeyen bireylerin özellikleri incelenecek olup, koruyucu faktörler tespit edilmeye çalışılacaktır. Elde edilecek bilgilerin özellikle çocukluk çağında ruhsal travma yaşayan bireylerde ileride borderline kişilik bozukluğu geliştirmemesi için alınabilecek önlem ve müdahalelere katkı sağlayacak yaklaşımların geliştirilmesine yardımcı olacağına inanıyoruz.

Gönüllünün Haklarıyla İlgili Bilgi Verilmesi:

1. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkınız vardır.
2. Gönüllü istediği zaman araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde haber verilerek araştırma dışı bırakılabilir.
3. Araştırmaya katıldığınız için her hangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz.
4. Dosyalarınızdan ya da sizden alınan bilgiler, sadece çalışmaya katılan hekimler ve siz arasında kalacaktır, üçüncü şahıslara aktarılmayacaktır. Kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.
5. Herhangi bir sorunuz olduğunda araştırmayı yürüten Dr. Sefa Coşğun'a 0212 4142000 (12819) ve 05067594368 no'lu telefonlardan her zaman ulaşabilirsiniz.

KATILIMCININ BEYANI

Sayın Dr. Sefa Coşğun tarafından İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki

bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya çocuğumla birlikte “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda Dr. Sefa Coşgun’a danışabileceğimi ve 0212 414 20 00 / 12819 ve 05067594368 no’lu telefonlardan arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Konu hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmza