



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ERGENLİK DÖNEMİNDE GÖRÜLEN “BORDERLINE
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN” YORDAYICI
FAKTÖRLERİ**

Dr. Esra KAYGISIZ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2024



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ERGENLİK DÖNEMİNDE GÖRÜLEN “BORDERLİNE
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN” YORDAYICI
FAKTÖRLERİ**

Dr. Esra KAYGISIZ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Mehmet Fatih CEYLAN

ANKARA/2024

KABUL ve ONAY

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ERGENLİK DÖNEMİNDE GÖRÜLEN “BORDERLINE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN”
YORDAYICI FAKTÖRLERİ

Esra KAYGISIZ

Tıpta Uzmanlık Tezi

Tez Savunma Sınav Tarihi: 19/04/24

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mehmet Fatih CEYLAN

Jüri Üyelerinin Unvanı Adı Soyadı – İmzası:

Prof. Dr. Mehmet Fatih CEYLAN

Prof. Dr. Selma TURAL HESAPÇIOĞLU

Dr. Öğr. Görevlisi Ahmet ÖZASLAN

Okuduğumuz ve savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir tıpta uzmanlık tezi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Mehmet Fatih CEYLAN

Anabilim Dalı Başkanı

Bu tezin tıpta uzmanlık tezi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

19/04/2024

Esra KAYGISIZ

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimi ile yol gösterip her daim destek olan, tez sürecimde desteklerini esirgemeyen tez danışmanım saygıdeğer hocam Sn. Prof. Dr. Mehmet Fatih CEYLAN'a

Uzmanlık eğitimim süresince, bilgi ve birikimleri ile desteğini esirgemeyen saygıdeğer hocam Sn. Prof. Dr. Selma TURAL HESAPÇIOĞLU'na.

Kliniğimizde birlikte çalışmaktan her zaman keyif aldığım asistan arkadaşlarıma değerli hemşirelerimize, tıbbi sekreterlerimize, klinik personellerimiz ve psikologlarımıza;

Asistanlık sürecine birlikte adım attığımız, her koşulda yanımda olduğunu bildiğim ve gördüğüm, kardeş kadar yakın, iyi ve kötü her anı birlikte gülerek anımsayacağımız, iyilik perisi dediğim canım Dr. Seda KAFALI 'ya

Bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren, aynı zamanda birlikte yol alırken çokça gülümsediğim canım kıdemlilerim Uzm. Dr. Görkem ERÇİN'e, Uzm. Dr. Şebnem Büşra ALTUNKALEM USLU'ya, Uzm. Dr. Merve OKUYUCU'ya ve Uzm. Dr. Cafer Doğan HACIOSMANOĞLU'na

Tez sürecimde desteklerini esirgemeyen, istatistiksel analizlere yardımcı olan Mehmet Emin ŞEKER'e

Hayattaki en büyük şansım olan aileme; her zaman yanımda olup hayatımı anlamlı kılan annem Handan KAYGISIZ'a, deneyimleri ile her daim yoluma ışık tutan, yanımdan hiç ayrılmayan canım şansım, babam Nuh KAYGISIZ'a, hayatıma neşe katan, anılarımı renklendiren, en büyük destekçilerim, canımdan öte bildiğim kardeşlerim Büşra KAYGISIZ'a ve Yağmur KAYGISIZ'a

Benimle her sürecimi paylaşan, daima yanımda olup bana arkadaştan öte olan Dr. Aybike'ye, Dr. Aysen'e Dr. Büşra'ya, Dr. Selen'e

En içten sevgi, teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Dr. Esra KAYGISIZ

Ankara,2024

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	i
ETİK BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
ŞEKİL LİSTESİ	xv
TABLO LİSTESİ	xvi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU	3
2.1.1. Tarihçe	3
2.1.2. Epidemiyoloji	4
2.1.3. Tanı ve Klinik Özellikler	5
2.1.4. Etiyoloji	9
2.1.4.1. Psikososyal risk faktörleri	10
2.1.4.2. Genetik ve Nörobiyolojik Risk Faktörleri	11
2.1.5. Eş tanı ve ayırıcı tanı	12
2.1.6. Tedavi	14
2.1.6.1. Psikoterapi	14
2.1.6.2. Farmakoterapi	15
2.2. MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK	16
2.4. BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUK VE MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK	18
3. MATERYAL VE YÖNTEM	19
3.1. ARAŞTIRMANIN ETİK KURUL ONAYI	19
3.2. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	19
3.3. OLGU GRUBUNUN SEÇİMİ	19
3.3.1. BKÖ Grubunun Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri	19
3.3.2. BKÖ Grubunun Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri	20

3.3.3. MDB Grubunun Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	20
3.3.4. MDB Grubunun Dışlanma Kriterleri	20
3.4. ARAŞTIRMANIN YÜRÜTÜLMESİ VE YÖNTEM	21
3.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ARAÇ VE GEREÇLER.....	22
3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu	22
3.5.2. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli -Türkçe Uyarlaması(ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T)	22
3.5.3. Sınır Kişilik Özellikleri Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu (BKÖÖ- ÇEF).....	22
3.5.4. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (CDÖ)	23
3.5.5. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ)	23
3.5.6. İlişki Ölçekleri Anketi Ergen Formu (İÖA-E)	23
3.5.7. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği(RBSÖ).....	24
3.5.8. Kendine Zarar Verme Davranışını Değerlendirme Envanteri (KZVDDE)	24
3.5.9. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)	24
3.5.10. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği (ÇÇTÖ)	25
3.5.11. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16).....	25
3.5.12. Anne-Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ)	25
3.5.13. Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİ)	26
3.6. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME.....	26
4. BULGULAR.....	27
4.1. BKÖ VE MDB GRUPLARININ SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİLER.....	27
4.2. BKÖ VE MDB GRUPLARININ ANNELERİNİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİLER.....	30
4.3. BKÖ VE MDB GRUPLARININ BABALARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİLER.....	34
4.4. BKÖ VE MDB GRUPLARININ AİLE İÇİ GENEL ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	38
4.5. BKÖ VE MDB GRUPLARININ ALGILANAN İHMAL, İSTİSMAR VARLIĞININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	39

4.6. BKÖ VE MDB GRUPLARININ KENDİNE ZARAR VERİCİ DAVRANIŞ NEDENLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	41
4.7. BKÖ VE MDB GRUPLARININ DÖVME VE PİERCİNG AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI	41
4.8. BKÖ VE MDB GRUPLARININ EVDEN VE OKULDAN KAÇMA DAVRANIŞLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	42
4.9. BKÖ VE MDB GRUPLARININ SİGARA, ALKOL VE UYUŞTURUCU MADDE KULLANIMININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	43
4.10. BKÖ VE MDB GRUPLARININ İNTİHAR DÜŞÜNCESİ VE GİRİŞİMİ KARŞILAŞTIRILMASI	43
4.11. BKÖ VE MDB GRUPLARININ YATARAK TEDAVİ GÖRME ORANLARI VE MEDİKAL TEDAVİ YANITLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	44
4.12. BKÖ VE MDB GRUPLARININ EŞ TANILARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	46
4.13. BKÖ VE MDB GRUPLARININ BKÖÖ-ÇEF TOPLAM PUANLARI VE ALT BOYUTLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	49
4.14. BKÖ VE MDB GRUPLARININ KZVDDE VE RBSÖ TOPLAM PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	50
4.15. BKÖ VE MDB GRUPLARINDA CDÖ VE ÇATÖ TOPLAM PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	51
4.16. BKÖ VE MDB GRUPLARINDA KGİ ÖLÇEĞİNİN TOPLAM PUAN KARŞILAŞTIRILMASI.....	52
4.17. BKÖ VE MDB GRUPLARINDA DDGÖ-16 TOPLAM PUANLARI VE ALT BOYUTLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	53
4.18. BKÖ VE MDB GRUPLARINDA TAÖ-20 TOPLAM PUANLARI VE ALT BOYUTLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	54
4.19. BKÖ VE MDB GRUPLARINDA ÇÇTÖ'NÜN TOPLAM PUANLARI VE ALT BOYUTLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	55
4.20. BKÖ VE MDB GRUPLARINDA ABTÖ ALT BOYUTLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	56
4.21. BKÖ VE MDB GRUPLARINDA İÖA-E'NİN ALT BOYUTLARIN KARŞILAŞTIRILMASI.....	57

4.22. KZVDDE VE DDGÖ-16 ARASINDAKİ KORELASYON	
ANALİZİNİN SONUÇLARI	58
4.23. BKÖÖ-ÇEF VE DDGÖ-16 ARASINDAKİ KORELASYON	
ANALİZİNİN SONUÇLARI	59
4.24. BKÖÖ-ÇEF VE TAÖ-20 ARASINDAKİ KORELASYON	
ANALİZİNİN SONUÇLARI	60
4.25. BKÖÖ-ÇEF İLE RBSÖ ARASINDAKİ KORELASYON	
ANALİZİNİN SONUÇLARI	61
4.26. DDGÖ-16 VE TAÖ-20 ARASINDAKİ KORELESYON ANALİZİNİN	
SONUÇLARI.....	62
4.27. BKÖÖ-ÇEF VE ÇÇTÖ ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİNİN	
SONUÇLARI.....	63
4.28. BKÖÖ-ÇEF VE İÖA-E ARASINDAKİ KORELASYON	
ANALİZİNİN SONUÇLARI	64
4.29. BKÖÖ-ÇEF VE ABTÖ ARASINDAKİ KORELASYON	
ANALİZİNİN SONUÇLARI	65
4.30. ABTÖ VE İÖA-E ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİNİN	
SONUÇLARI.....	66
5. TARTIŞMA	68
5.1. BKÖ VE MDB GRUPLARININ SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK	
ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİLER.....	68
5.2. BKÖ VE MDB GRUPLARININ ANNELERİNİN	
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİLER.....	71
5.3. BKÖ VE MDB GRUPLARININ BABALARININ	
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİLER.....	73
5.4. BKÖ VE MDB GRUPLARININ AİLE İÇİ GENEL ÖZELLİKLERİNE	
İLİŞKİN VERİLER.....	74
5.5. BKÖ VE MDB GRUPLARININ DÖVME VE PİERCİNG AÇISINDAN	
KARŞILAŞTIRILMASI	74
5.6. BKÖ VE MDB GRUPLARININ SİGARA, ALKOL VE	
UYUŞTURUCU MADDE KULLANIMI AÇISINDAN	
KARŞILAŞTIRILMASI	75
5.7. BKÖ VE MDB GRUPLARININ EVDEN VE OKULDAN KAÇMA	
AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI	76

5.8. BKÖ VE MDB GRUPLARININ KENDİNE ZARAR VERİCİ DAVRANIŞ NEDENLERİ VE İNTİHAR DÜŞÜNCELERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI	77
5.9. BKÖ VE MDB GRUPLARININ YATIŞ VE MEDİKAL TEDAVİ YANITI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI.....	79
5.10. BKÖ VE MDB GRUPLARININ ALGILANAN İHMAL, İSTİSMAR VARLIĞI VE ÇÇTÖ KARŞILAŞTIRILMASI.....	80
5.11. BKÖ VE MDB GRUPLARININ EŞ TANI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI	81
5.12. BKÖ VE MDB GRUPLARININ PSEUDEHALÜSİNAYON AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI	82
5.13. BKÖ VE MDB OLGULARININ FARMAKOTERAPİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI	83
5.14. BKÖ VE MDB GRUPLARININ BKÖÖ-ÇEF TOPLAM PUANLARI VE ALT BOYUTLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	84
5.15. BKÖ VE MDB GRUPLARININ KZVDDE VE RBSÖ TOPLAM PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	86
5.16. BKÖ VE MDB GRUPLARININ DDGÖ-16 TOPLAM PUANLARI VE ALT BOYUTLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	87
5.17. BKÖ VE MDB GRUPLARININ TAÖ-20 TOPLAM PUANLARI VE ALT BOYUTLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	88
5.18. BKÖ VE MDB GRUPLARININ ABTÖ ALT BOYUTLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	89
5.19. BKÖ VE MDB GRUPLARININ İÖA-E ALT BOYUTLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	90
5.20. BKÖ VE MDB GRUPLARININ ÇÇTÖ TOPLAM PUANLARI VE ALT BOYUTLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	91
5.21. BKÖ VE MDB GRUPLARININ CDÖ VE ÇATÖ TOPLAM PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	92
5.22. BKÖ VE MDB GRUPLARININ KGİ ÖLÇEĞİ TOPLAM PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	93
5.23. KZVDDE VE DDGÖ-16 ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİNİN SONUÇLARI.....	94

5.24. BKÖÖ-ÇEF VE DDGÖ-16 ARASINDAKİ KORELASYON	
ANALİZİNİN SONUÇLARI.....	94
5.25. BKÖÖ-ÇEF VE TAÖ-20 ARASINDAKİ KORELASYON	
ANALİZİNİN SONUÇLARI.....	95
5.26. TAÖ-20 VE DDGÖ-16 ARASINDAKİ KORELASYON	
ANALİZİNİN SONUÇLARI.....	95
5.27. BKÖÖ-ÇEF VE RBSÖ ARASINDAKİ KORELASYON	
ANALİZİNİN SONUÇLARI.....	96
5.28. BKÖÖ-ÇEF VE İÖA-E ARASINDAKİ KORELASYON	
ANALİZİNİN SONUÇLARI.....	97
5.29. BKÖÖ-ÇEF VE ÇÇTÖ ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİ	
SONUÇLARI.....	97
5.30. BKÖÖ-ÇEF VE ABTÖ ARASINDAKİ KORELASYON	
ANALİZİNİN SONUÇLARI.....	98
5.31. İÖA-E VE ABTÖ ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİNİN	
SONUÇLARI.....	98
5.32. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI	99
5.33. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ.....	99
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	101
7. KAYNAKLAR	103
8. EKLER.....	138
EK-1: ETİK KURUL ONAY FORMU	138
EK-2: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	139
EK-3: ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ (CDÖ)	143
EK-4: ÇOCUKLARDA ANKSİYETE BOZUKLUKLARINI TARAMA	
ÖLÇEĞİ (ÇATÖ)	146
EK-5: İLİŞKİ ÖLÇEKLERİ ANKETİ ERGEN FORMU (İÖA-E).....	148
EK-6: ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ(RBSÖ)	149
EK-7: KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞINI DEĞERLENDİRME	
ENVANTERİ (KZVDDE)	150
EK-8: TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ (TAÖ-20).....	154
EK-9: ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMALAR ÖLÇEĞİ (ÇÇTÖ)	155
EK-10: DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ ÖLÇEĞİ-KISA FORM	
(DDGÖ-16)	156

EK-11: ANNE-BABA TUTUM ÖLÇEĞİ (ABTÖ).....	157
EK-12: KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (KGI).....	159



ÖZET

Amaç: BKÖ olan 13-18 yaş grubu çocuk ve ergenlerin klinik özelliklerinin (eş tanı, farmakolojik tedavi, yatarak izlem oranı, KZVD, intihar girişimleri, duygu tanıma, anlamlandırma ve duygu düzenleme becerileri, benlik algısı, travmatik yaşantı, ebeveyn tutumu ve bağlanma özellikleri) ve sosyodemografik özelliklerinin kesitsel olarak MDB tanılı olgularla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya, çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğinde BKÖÖ-ÇEF'ten 69 ve üzerinde puan alan, ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T görüşmesi yapılan, borderline kişilik özellikleri gösteren 88 ve MDB tanılı 88 olgu dâhil edilmiştir. BKÖÖ-ÇEF, CDÖ, ÇATÖ, İÖA-E, KZVDDE, RBSÖ, TAÖ-20, ÇÇTÖ, DDGÖ-16, ABTÖ katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Sosyodemografik veri formu, katılımcı ve ebeveynleri tarafından doldurulmuştur. Hastalık şiddetini değerlendirmek için KGI ölçeği klinisyen tarafından doldurulmuştur.

Bulgular: BKÖ grubunda MDB grubuna göre DEHB, BB, TSSB, DDB, DB, Yeme bozukluğu, MKB ve beden algısı bozukluğu tanıları daha yüksek oranda görülmüştür. MDB grubunda ise AB eş tanısı daha fazla görülmüştür. BKÖ grubunda genel tıbbi hastalık görülme oranı MDB grubuna göre yüksektir. BKÖ grubunda pseudohalüsinasyon görülme oranı anlamlı yüksektir. BKÖ grubu MDB grubuna göre daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşamaktadır. BKÖ grubunda cinsel ve duygusal istismar daha sık görülmüştür. BKÖ grubunda KZVD daha çok izlenmiştir. Aynı zamanda duygu düzenlemede yaşanan güçlük arttıkça KZVD artmıştır. BKÖ grubu duygu tanıma ve duyguyu ifade etmede daha çok zorlanmaktadır. BKÖ olgularının babalarının alkol kullanım oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. BKÖ olgularında dövme ve piercing yaptırma oranı MDB grubuna göre daha yüksektir.

Sonuç: BKÖ'de psikiyatrik eş tanı ve genel tıbbi hastalık yüksek oranda görülmüştür. BKÖ olgularında çocukluk çağında travmatik yaşantı daha yüksekti. BKÖ grubunda duygu tanıma, ifade etme ve duygu düzenleme becerilerinin daha düşük olduğu, hastalık şiddetinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Ergenlikte BKB tanısını yok saymanın, tedavi sürecini zorlaştıracağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Borderline kişilik bozukluğu, ergenlikte borderline kişilik özellikleri, major depresif bozukluk, yordayıcı faktörler,

ABSTRACT

Aim: The study aimed to investigate the clinical characteristics of children and adolescents aged 13-18 with BPF (comorbidity, pharmacological treatment, inpatient follow-up rate, NSSI, suicide attempts, emotion recognition and emotion regulation skills, self-esteem, traumatic experience, parental attitude, attachment characteristics) and sociodemographic characteristics and compared them with cases diagnosed with MDD.

Materials and Methods: The study included 88 cases with BPF, who received a score of 69 or above on the BPFSC, who were interviewed in K-SADS-PL and 88 cases diagnosed with MDD. BPFSC, CDI, SCARED, RSQ-AF ISAS, RSES, TAI-20, CTQ, DERS-16, PAS were filled out by the participants. The sociodemographic data form was filled out by the participant and their parents. The CGI scale was filled out by the clinician.

Results: Diagnoses of ADHD, BD, PTSD, DDD, CD, ED, SUD, BID were seen at higher rates in the BPF. In the MDD group, comorbid AD was more common. The incidence of general medical illnesses was seen at higher rates in the BPF group. The incidence of pseudohallucinations was higher in the BPF group. The BPF group had more difficulty regulating emotions. Sexual and emotional abuse was seen more frequently in the BPF group. NSSI was observed more frequently in the BPF group. As the difficulty in emotional regulation increased, NSSI increased. The BPF group had more difficulty in recognizing and expressing emotions. The alcohol use rates of fathers of cases were higher in the BPF group. The rate of tattoo, piercing was higher in the BPF group.

Conclusion: Psychiatric and medical illnesses comorbidity were observed at high rates in BPF. Traumatic experiences were higher in BPF cases. It was observed that emotion recognition, expression, emotion regulation skills were lower and the disease severity was higher in the BPF group. It is thought that ignoring the diagnosis of BPD in adolescence will make the treatment process difficult.

Keywords: Borderline personality disorder, borderline personality traits in adolescence, major depressive disorder, predictive factors

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AB	: Anksiyete Bozukluğu
ABTÖ	: Anne Baba Tutum Ölçeği
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BB	: Bipolar Bozukluk
BKB	: Borderline Kişilik Bozukluğu
BKÖ	: Borderline Kişilik Özellikleri
BKÖÖ-ÇEF	: Sınır Kişilik Özellikleri Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu
CDÖ	: Çocuklar için Depresyon Ölçeği
CKY	: Cinsel Kimliğinden Yakınma
ÇATÖ	: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği
ÇÇTÖ	: Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği
ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T	: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli -Türkçe Uyarlaması
DB	: Davranım Bozukluğu
DBT	: Diyalektik Davranışçı Terapi
DBT-A	: Ergenler için Diyalektik Davranışçı Terapi
DDB	: Duygudurum Bozukluğu
DDGÖ-16	: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Formu
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	: Ruhsal Hastalıklar Tanı ve İstatistik Kılavuzu
HPAA	: Hipotalamik-Hipofiz-Adrenal Eksen
İÖA-E	: İlişki Ölçekleri Anketi Ergen Formu
KGİ	: Klinik Global İzlenim Ölçeği
KOKGB	: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

KZVD	: Kendine Zarar Verici Davranış
KZVDDE	: Kendine Zarar Verme Davranışını Değerlendirme Envanteri
MBT	: Zihinselleştirmeye Dayalı Terapi
MDB	: Majör Depresif Bozukluk
MKB	: Madde Kullanım Bozukluğu
NICE	: Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü
NRI	: Seçici Norepinefrin Geri Alım İnhibitörü
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OSB	: Otizm Spektrum bozukluğu
RBSÖ	: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
SAB	: Sosyal Anksiyete Bozukluğu
SNRI	: Seçici Serotonin ve Norepinefrin Geri Alım İnhibitörü
SPSS	: Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı
SSRI	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü
ŞT	: Şema Terapi
TAÖ-20	: Toronto Aleksitimi Ölçeği
TCA	: Trisiklik Antidepresan
TFP	: Aktarım Odaklı Psikoterapi
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.	Hasta Akış Şeması.....	27
Şekil 2.	BKÖ cinsiyet ve yaş dağılımı.....	28
Şekil 3.	MDB cinsiyet ve yaş dağılımı.....	28
Şekil 4.	BKÖÖ-ÇEF ölçeklerinin BKÖ ve MDB grupları için toplam puanları ve alt boyutları.....	50
Şekil 5.	KZVDDE ve RBSÖ ölçeklerinin BKÖ ve MDB grupları için toplam puanları.....	51
Şekil 6.	CDÖ ve ÇATÖ ölçeklerinin BKÖ ve MDB grupları için toplam puanları.....	52
Şekil 7.	KGİ ölçeklerinin BKÖ ve MDB grupları için toplam puanları	53
Şekil 8.	DDGÖ-16 ölçeğinin BKÖ ve MDB grupları için toplam puanları ve alt boyutları	54
Şekil 9.	TAÖ-20 ölçeğinin BKÖ ve MDB grupları için toplam puanları ve alt boyutları	55
Şekil 10.	ÇÇTÖ ölçeğinin BKÖ ve MDB grupları için toplam puanları ve alt boyutları	56
Şekil 11.	ABTÖ ölçeğinin BKÖ ve MDB grupları için alt boyut puanları	57
Şekil 12.	İÖA-E ölçeğinin BKÖ ve MDB grupları için alt boyut puanları	58
Şekil 13.	KZVDDE ve DDGÖ-16 korelasyonu	59
Şekil 14.	BKÖÖ-ÇEF ve DDGÖ-16 korelasyonu.....	60
Şekil 15.	BKÖÖ-ÇEF ve TAÖ-20 korelasyonu	61
Şekil 16.	BKÖÖ-ÇEF ve RBSÖ korelasyonu	62
Şekil 17.	DDGÖ-16 ve TAÖ-20 korelasyonu	63
Şekil 18.	BKÖÖ-ÇEF ve ÇÇTÖ korelasyonu	64
Şekil 19.	BKÖÖ-ÇEF ve İÖA-E Güvenli Bağlanma Boyutu korelasyonu	65
Şekil 20.	BKÖÖ-ÇEF ve ABTÖ Kabul/İlgi Alt Boyutu Korelasyonu	66
Şekil 21.	ABTÖ Kabul/ İlgi Alt Boyutu ve İÖA-E Güvenli Bağlanma alt boyutu korelasyonu	67

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. BKÖ ve MDB grubu olgularının sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması	30
Tablo 2. BKÖ ve MDB olgularının annelerinin sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması	31
Tablo 3. BKÖ ve MDB grubu olguların annelerinin sağlık durumu özellikler açısından karşılaştırılması	33
Tablo 4. BKÖ ve MDB grubu olguların annelerinin ebeveynlerinin karşılaştırılması	34
Tablo 5. BKÖ ve MDB olgularının babalarının sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması	35
Tablo 6. BKÖ ve MDB grubu olguların babalarının sağlık durumu özellikleri açısından karşılaştırılması	37
Tablo 7. BKÖ ve MDB grubu olguların babalarının ebeveynlerinin sağlık durumu özellikler açısından karşılaştırılması	38
Tablo 8. BKÖ ve MDB Gruplarının Aile İçi Özellikler Açısından Karşılaştırılması	39
Tablo 9. BKÖ ve MDB gruplarının algılanan ihmal ve istismar açısından karşılaştırılması	40
Tablo 10. BKÖ ve MDB gruplarının KZVD ve sebepleri açısından karşılaştırılması	41
Tablo 11. BKÖ ve MDB Gruplarının Dövme ve Piercing açısından Karşılaştırılması	42
Tablo 12. BKÖ ve MDB Gruplarının Evden ve Okuldan Kaçma Davranışları Açısından Karşılaştırılması	42
Tablo 13. BKÖ ve MDB Gruplarının Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Madde Kullanımının Karşılaştırılması	43
Tablo 14. BKÖ ve MDB olgularının intihar düşüncesi ve girişimi açısından karşılaştırılması	44
Tablo 15. BKÖ ve MDB olgularının yatış ve tedavi yanıtı açısından karşılaştırılması	44

Tablo 16. BKÖ ve MDB Olgularının Tedavide Kullanılan İlaç Grubu Açısından Karşılaştırılması	45
Tablo 17. İki grup olgularının ilaç grubu sayısı açısından karşılaştırılması	46
Tablo 18. İki grup olgularının eş tanıları açısından karşılaştırılması	47
Tablo 19. İki grup olgularının tanı sayısı açısından karşılaştırılması.....	49
Tablo 20. İÖA-E ve BKÖÖ-ÇEF korelasyonu	64



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Borderline kişilik bozukluğu(BKB) ilişkilerde tutarsızlık, hızlı ve tepkisel olarak duygulanımda tutarsızlık, dürtüsellik, tekrarlayıcı kendine zarar verici davranışlar temel özellikleri ile seyretmektedir. BKB süregelen bir dengesizlikle karakterize yaygın bir örüntüdür. Ruhsal Hastalıklar Tanı ve İstatistik Kılavuzu (DSM)-5’de A tanı kriterinde erken erişkinlikte ifadesi bulunmaktadır. Ancak bununla birlikte DSM-5 çocuk ve ergenlerde kişilik bozukluğu tanısının konulabilmesine olanak sunmaktadır (1). Buna rağmen çocuk ve ergenlere birçok klinisyen tanı koymaktan kaçınmaktadır ve BKB da yapılan çalışmaların çoğunluğu erişkinlerde yapılmıştır (2, 3).

Yetişkin popülasyonlarda yapılan çalışmalarda, BKB prevalansı %0,7 ve %2,7 arasında bulunmuştur (4, 5). Ergenler ile yapılan çalışmalarda ise nokta prevalansın %1,4 olduğu, psikiyatri poliklinik hastaları örneklemini ile yapılan ergen çalışmalarında oranın %10 olduğu saptanmıştır (6, 7).

Borderline kişilik bozukluğu ilk olarak 20. yüzyılın ortalarında Adolf Stern’in “Sınırdaki” kavramı ile varlığını göstermiştir. Stern bu kavram ile ne psikotik ne de nevrotik gruba uymayan bir grup hastayı tanımlamıştır (8). Bu tarihten itibaren şekillenmeye başlayan BKB ilk defa DSM-3’e dâhil edilmiştir. DSM-5 ile yeni bir bakış açısı önerilmiş, boyutsal bir yaklaşım sunulmuştur.

Diğer psikopatolojilere benzer olarak genetik ve çevresel risk faktörlerinin BKB gelişimini yordayabileceği düşünülmektedir. Erken çocukluk dönemi yaşantılarının bu bozukluk için risk faktörü olabileceği gösterilmiştir. Mizaç, ebeveyn tutumu gibi faktörler ve BKB arasında ilişkiler incelenmiştir (9).

Borderline kişilik bozukluğu tanısı bulunan bireylerin süregelen ve tepkisel tutarsızlıkları, yüksek hastalık şiddeti gibi nedenlerle ruh sağlığı hizmetlerinin ve acil servislerin yüksek kullanım oranları olduğu gösterilmiştir (10).

Klinik olarak daha şiddetli seyreden bu bozukluk ergenlik döneminde başlamaktadır. Ancak buna rağmen ergenlik döneminde tanı koymaktan birçok klinisyen halen kaçınmaktadır. Tanının ergenler için olumsuz bir etiket olacağını düşünen klinisyenler mevcuttur (3). Ülkemizde konu ile ilgili sayıca çok az çalışma mevcut olduğu görülmüştür (11-14). Bu nedenle BKB olan çocuk ve ergenlerde yapılacak çalışmalar literatüre katkı sağlayacaktır.

Major depresif Bozukluk (MDB) çocuk ve ergenlerde çökkünlük yerine daha çok irritabilitenin gözlendiği, keyif alamama, uyku, iştah, psikomotor aktivitelerdeki değişim ile karakterize bir bozukluktur. Aynı zamanda kendine zarar verici davranışlar ve ölüm düşüncelerinin de olabildiği bir hastalıktır (1). Major depresif bozukluk dünya genelinde çok sık görülen bir psikiyatrik bozukluktur. Çocuk ve ergenlerde de sık görülen ruh sağlığı hastalıkları arasında yer almaktadır (15). Dünya genelinde yapılan bir meta analiz çalışmasında çocuk ve ergenlerde depresif bozukluk prevalansının %2,6 olduğu görülmüştür (16). Okul başarısında, akran ilişkilerinde bozulmaya, gelişim döneminde aksamaya sebebiyet verebilecek bir klinik tablodur.

Borderline kişilik bozukluğunda da olduğu gibi gen ve çevre MDB etiyojisinde dikkat çeken faktörlerdendir. Psikososyal risk faktörleri arasında ebeveynlerde depresyon öyküsü, kadın cinsiyeti, çocuklukta istismar veya ihmal, stresli yaşam olayları ve kronik hastalıklar yer almaktadır (17).

Borderline kişilik bozukluğu sık hastane başvurularıyla yüksek sağlık maliyetlerine neden olan, tekrarlayıcı intihar girişimleri ve sonucunda yüksek ölüm oranları ile çoğunlukla şiddetli seyreden bir bozukluktur. Klinisyenlerin BKB ile ilgili korkuları sebebiyle ergenlik döneminde tanı koymaktan kaçınmasının; hastalık seyrini uzatarak şiddetini de artıracak öngörülmektedir (18, 19). Bu bozukluğun erken dönem yordayıcılarının tespit edilmesi; bozukluk gelişimini önlemek adına olanak sağlayacaktır. Ayrıca BKB ergenlikte sunduğu klinik belirtilerin görülmesi ve erken dönemde tanı konulması tedaviden yanıt alma oranı arttırılabilecektir.

Borderline Kişilik bozukluğu ve MDB birbirlerine sık eşlik eden tanılardır (20). BKB ve MDB psikososyal risk faktörleri, klinik seyrinde eşlik edebilen kendine zarar verici davranışta bulunma ve intihar girişimleri gibi klinik özellikler bu hastalıkların ortak noktalarıdır. Bu nedenle sık karışabilen ve farklı tedavilerin uygulandığı bu hastalıkların karşılaştırılması önemlidir.

Borderline kişilik özellikleri (BKÖ) ve MDB olgu gruplarının klinik özellikleri (eş tanı, farmakolojik tedavi, yatarak izlem oranı, kendine zarar verici davranış (KZVD), intihar girişimleri, duygu tanıma, anlamlandırma ve duygu düzenleme becerileri, benlik algısı, travmatik yaşantı, ebeveyn tutumu ve bağlanma özellikleri) ve sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU

2.1.1.Tarihçe

"Sınırdaki kişilik" terimi, ilk kez 75 yıl önce Adolph Stern tarafından kullanılmıştır. Stern, ne psikotik ne de nevrotik gruba uymayan bir grup hastayı tanımlamış ve sınır çizgisi terimini kullanmıştır (8). Kernberg ise 20. yüzyılın ortalarında "Sınırdaki kişilik organizasyonu" terimini kullanmıştır. Kernberg'in tanımına göre, özellikli ve süregelen istikrarsızlıkla karakterize patolojik bir ego yapısına sahip önemli bir psikopatolojik kümelenme grubu bulunmaktadır. Bahsedilen ego patolojisi, daha az şiddetli olan nevrozlar, diğer yanda ise psikozlar içinde bulunanlardan farklıdır. Kernberg bu hastaların nevroz ile psikoz arasındaki sınırdaki bir bölgede yer aldığını düşünmektedir. Sınırdaki kişilik organizasyonu terimi, kişilik organizasyonunu geçici bir durum değil, nevroz ve psikoz arasında salınan süregelen bir patolojik yapı olarak tanımlamıştır. Hastaların belirgin derecede istikrarsız öz imajı, ruh halindeki hızlı değişiklikleri, terk edilme ve reddedilme korkuları, intihar düşüncesi ve kendine zarar verme konusunda güçlü eğilime sahip oldukları belirtmiştir (21, 22).

Grinker ve arkadaşları tarafından 1968 yılında "sınır çizgisi sendromunun" dört özelliğini tanımlanmıştır. Bu özellikler; öfke, yakın ilişkilerde bozulma, kimlik sorunları ve depresif yalnızlık şeklinde belirtilmiştir (23).

1980 yılında ise, Spitzer ve arkadaşlarının, hem Gunderson ve meslektaşlarının araştırmalarından hem de Kernberg'in borderline kişilik organizasyonu kavramından yararlanarak 808 sınırdaki hasta ve 808 kontrol hasta verilerini kullanarak yaptığı çalışmanın da katkısıyla BKB tanısı, DSM-3'e dâhil edilmiştir (22), (24), (25). Bu bozukluk, belirgin kimlik ve kişilerarası ilişki sorunlarını içeren ve aşırı uçtan diğerine ani geçişlerle karakterize edilen bir durumu ifade etmiştir. DSM-3'ten DSM-5'e kadar BKB'nun majör tanımlayıcı kriterlerinde büyük bir değişiklik olmamıştır (1, 26). Ancak son yıllarda ergenlerde BKB hakkındaki bilgilerin çoğalmasından dolayı kişilik bozukluğu çocukluk ve ergenlik döneminde başlamakta ve ergenlerde de teşhis edilebilir düşüncesi üzerine çalışılmıştır (3), (27). DSM-5 ile birlikte BKB'nin yaygınlığı, tanının stabilitesi ve risk faktörlerindeki benzerlikleri gibi özelliklerine

dayalı olarak, yetişkinlikte olduğu gibi ergenlik döneminde de geçerli ve güvenilir bir tanı olduğu sonucuna varılmıştır. Ampirik kanıtların artması DSM-5 ile Birleşik Krallık ve Avustralya ulusal tedavi kılavuzlarının 18 yaşından önce BKB teşhisini resmileştirmesini sağlamıştır (19, 28). Ancak halen bu konu tartışmalıdır. Örneğin Hollanda'da erken müdahale için ulusal yönergeler oluşturulmuş olmasına ve klinisyenlerin yarısından fazlasının ergenlerde kişilik bozukluğu tanısının geçerliliğini kabul etmesine rağmen, çok nadir ve yalnızca ağır klinik tablo olarak nitelendirdikleri ergenlere tanı koydukları görülmüştür (29).

Ülkemizde ise konu üzerinde çok az çalışma olduğu görülmüştür (11-14). Birçok klinisyen damgalama olmaması için bu tanıyı çocuk ve ergenlerde koymamaktadır. Ancak tanı konulmadığı zaman eksik tedavi ve olumsuz klinik sonuçlara yol açmaktadır (3).

2.1.2. Epidemiyoloji

Epidemiyolojik çalışmalar ergen popülasyonu da dahil olmak üzere BKB tanısında mevcut artışı belgelemişlerdir (30, 31). Yetişkin popülasyonunda yapılan çalışmalar BKB yaygınlık oranının %0,7 ve %2,7 arasında olduğunu göstermiştir (4, 5). Lenzenweger'in çalışmasında BKB toplum temelli genel popülasyon prevalansının %1,4 olduğu bulunmuştur (32). Klinik popülasyonlarda ise, ayaktan tedavi gören psikiyatri hastalarının %10'unda ve yatan hastaların %15 ila %25'inde borderline kişilik bozukluğu görülmektedir (6, 7).

Birinci basamak tedavi merkezlerinde yetişkin popülasyon çalışmalarında, borderline kişilik bozukluğu olan bireylerin, genel nüfusa kıyasla dört kat daha fazla hastane başvurularının olduğu görülmektedir (33) .

Yeterince tanı konulmadığı için ergenlerdeki epidemiyolojik veriler ise çok daha kısıtlıdır. Nokta prevalans tahminleri yaklaşık olarak %0.9'dur. Kümülatif yaygınlık oranları, 16 yaşına kadar gençlerin %1.4'ünün borderline kişilik bozukluğu tanı kriterlerini karşılayabileceğini, 22 yaşında ise bu oranın %3.2'ye yükselebileceğini göstermektedir.(34, 35) Klinik örnekleme ise bu oran %11 olarak tespit edilmiştir (36). Adolesanlarda yapılan çalışmalarda, psikiyatri yataklı servisine yatan hastaların %32 ile %49 arasında değişen oranlarda BKB olduğu görülmektedir (37, 38).

2.1.3. Tanı ve Klinik Özellikler

Borderline kişilik bozukluğunun klinik tablosu bütün olarak instabilite ile karakterizedir. Bireyin kimlik duygusunda, ilişkilerinde, duygulanımında yaygın ve süregelen dengesizlik belirgindir (39). DSM-5’de borderline kişilik bozukluğunu, aşağıda da belirtilmiş olan kriterlerden beşi ya da daha fazlası ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, kişilerarası ilişkilerde, benlik imajında ve duygulanımlarda istikrarsızlık ve belirgin dürtüsellik içeren yaygın bir örüntü olarak tanımlamıştır.

1. Gerçek ya da imgesel bir ayrılıp gidilmeden (terk edilmeden) kaçınmak için çılgınca çaba gösterme (Beşinci tanı ölçütü kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışı bu maddeye dâhil edilmeyecektir)
2. Gözünde aşırı büyütme (göklere çıkarma) ve yerin dibine sokma uçları arasında gelip giden, tutarsız ve gergin kişilerarası ilişkiler örüntüsü
3. Kimlik karmaşası: Belirgin ve sürekli, tutarsız bir benlik algısı ya da kendilik duygusu
4. Kendine kötülüğü dokunabilecek en az iki alanda dürtüsellik (para harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, güvensiz araba kullanma, tıknırcasına yeme davranışı gibi) (Beşinci tanı ölçütü kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışı bu maddeye dahil edilmeyecektir)
5. Yineleyici intihar davranışları, girişimleri ya da göz korkutmaları ya da kendine kıyım davranışları
6. Duygudurumda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı olarak duygulanımda tutarsızlık (yoğun dönemsel disfori, kolay kızma ya da genellikle birkaç saat süren ancak seyrek olarak birkaç günden daha uzun süren bunalı)
7. Süregelen bir boşluk duygusu.
8. Uygunsuz, yoğun bir öfke ya da öfkesini denetlemekte güçlük çekme (sık sık kızgınlık gösterme, sürekli öfkeli olma, sık sık kavgaya karışma).
9. Zorlanmayla ilintili, gelip geçici kuşkucu düşünceler ya da ağır çözülme belirtileri (1).

DSM-5’in geliştirilme sürecinde, kişilik bozukluklarını teşhis etme şeklini önemli ölçüde değiştirebilecek birkaç revizyon taslağı önerilmiş ve kategorik boyutsal özellikli bir model, Bölüm III’e dahil etmiştir. A tanı ölçütü kişilik işlevselliğinde

bozulmanın şiddetini ifade ederken B tanı ölçütü kişilik özelliklerinin boyutsal modelini tanımlamaktadır. Aşağıda boyutsal yaklaşıma yer verilmiştir.

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 dürtüsellik, tehlikeyi göze alma ya da düşmancıl tutum olduğu, aşağıdaki sağlıklı olmayan yedi kişilik özelliğin dördü ya da daha çoğu yer almalıdır.

1. Duygusal Değişkenlik (Olumsuz duygulanımsallığın bir yönü): Değişken duygusal yaşantılar ve sık duygudurum değişiklikleri yoğun ve/veya yaşanan olaylarla ve içinde bulunan koşullarla orantısız, çok kolay ortaya çıkıveren duygular
2. Tedirginlik (Olumsuz duygulanımsallığın 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 duygulanımsallığın bir yönü): Kendisi için önemli kişilerce dışlanma ve/veya onlardan ayrılma korkularının yanı sıra aşırı bağımlılık ve özerkliğini yitirme korkuları
4. Çökkünlük (Olumsuz duygulanımsallığın bir yönü): Sıklıkla kendini çökkün, kötü ve/veya 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 (Sınırsızlığın 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 (Sınırsızlığın 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 yâdsıma
7. Düşmancıl Tutum (Karşıtlığın bir yönü): Sürekli ya da sık öfke duyguları; sıradan bir önemsenmeme ve aşağılanma karşısında kolay kızma ya da öfkelenme şeklindedir (1).

Kişilik bozukluklarının ergenlik ve erken erişkinlik döneminde başladığı yönünde bir fikir birliği mevcuttur (26, 40, 41). Aslında bu kanı çocuk ve ergenler için de kişilik bozuklukları tanısı konulabilmesine olanak sağlamaktadır. Ancak uzun bir süre ergen popülasyonunda bu konuda çalışma yapılmaktan kaçınılmıştır (42, 43).

Tanılama sistemlerinde kişilik bozukluğu tanıları için çocuk ve ergenler için ayrı kriterler bulunmamaktadır. Yalnızca on sekiz yaşında altındaki bireye kişilik bozukluğu tanısının konulabilmesi için kişilik bozukluğu özelliklerinin en az 1 yıldır süregelen olarak bulunması gerekmektedir. Bu şekilde DSM-5, çocuk ve ergenlere de kişilik bozukluğu tanısı koyulabilmesine olanak sağlamıştır (1).

Klinisyenler ise birkaç endişe sebebiyle, çocuk ve ergenlerde BKB tanısı koymakta tereddüt etmiştir. Duygulanımsal dengesizlik veya rahatsız edici benlik

imajı gibi BKB'nin tipik özelliklerinin ergenler arasında normatif olabilmesi bu sebeplerden biri olarak yer almaktadır. Diğer bir sebep ise kişilik gelişiminin değişim halinde olması ve bu durumun tanıyı engelleyebileceği ve hatta tanının ergenlik dönemi için geçerli olmadığını düşünmeleridir. Ayrıca “BKB” terimi kötümser ve anılmaması gereken bir terim gibi gözükmekte ve klinisyenler bu tutumdan uzak durmak istemektedirler. Bununla birlikte, son yıllarda yapılan araştırmalar erken tanı ve tedavinin önemini belirtmiştir ve BKB tanısına karşı klinisyenlerin tanı koymaktaki önyargılarını azaltmaya çalışmaktadır (3, 44).

Ergenlik, kişilik patolojisi de dâhil olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozukluk açısından hassas bir dönemdir. Normatif gelişim sürecinde, çocukların duygusal dengesizlik gibi uyumsuz kişilik özellikleri, yaşları ilerledikçe genellikle azalma eğilimindedir (45, 46). Ancak, bu normdan sapmayan ve genç yetişkinliğe adım atarken kişilik sorunları devam eden, hatta artan bazı ergenler vardır (47).

Ergenliğin kişilik bozukluğu gelişimi açısından hassas bir dönem olduğu hipotezi ile yapılan ilk çalışmalardan biri Cohen ve ark. tarafından yapılan “Toplumdaki Çocuklar” çalışmasıdır. Bu çalışma, yaklaşık yirmi yıl süresince 800 genç üzerinde kişilik bozukluğunun gelişimini ve seyrini incelemiştir. Çocuk katılımcılar, başlangıçta en küçük yaşları 9 olan geç çocukluk döneminde kişilik bozuklukları açısından değerlendirilmiştir. Daha sonra, erken ergenlik, orta ergenlik ve erken yetişkinlik dönemlerinde takip edilmiştir. Kişilik bozukluklarının erken ergenlik döneminde başladığını, orta ergenlikte zirveye ulaştığını ve yaş ilerledikçe azalan seyir gösterdiği gösterilmiştir (47).

Yine boyuna veriler, ergenlikten itibaren BKB özelliklerinde normatif bir artış olduğu, erken yetişkinlikte en yüksek yaygınlığa ulaştığını ve ardından sonraki yıllarda doğrusal bir şekilde azaldığını göstermektedir (48, 49). Elde edilen veriler, BKB'nin klinik olarak genellikle ergenlik döneminde ortaya çıktığını, genç erişkinlikte zirveye ulaştığını ve yaşamın geri kalanında azaldığını doğrulamaktadır. Başka bir ifadeyle BKB'nin genç erişkinlik döneminde aniden ortaya çıkması muhtemel değildir. Bunun yerine çocukluk veya ergenlik döneminde öncü BKB semptomları ortaya çıkmaktadır ve daha sonraki aşamada genç erişkinlikte belirtileri daha sık gözlenmektedir (50).

Klinik çalışmalar BKB'nin ergenlik döneminden itibaren klinik belirtiler, prognoz ve bozukluğun yetişkinliğe geçişi konusunda farkındalık ve deneyim

sağlamıştır. Bu klinik çalışmalarda, ayırıcı tanı yapılırken de göz önünde tutulması gereken, istikrarsız ilişkiler ve istikrarsız bir benlik imajı öfke veya üzüntünün zirvelere ulaşarak eşlik ettiği duygusal istikrarsızlığın BKB'nin ergenlikte başlayan yetişkinliğe dek süregelen ve devam eden temel semptomlarına dikkat çekilmiştir (51), (52).

Uzun süreli izlemler sonucunda BKB'nin adolesanlarda; akran ilişkilerinde; romantik ilişkilerinde işlevsellikte anlamlı bozulma izlenmiş. Aynı şekilde bu grubun eğitimi başarıyla tamamlamakta; toplumda bağımsızlığı sağlayabilmekte, iş hayatına geçişte belirgin zorlandıklarını gözlemlemişler (53).

Yine uzunlamasına verilere göre, ortalama olarak 14 yaşında sınırda kişilik özelliklerini büyük oranda gösteren bireyler, takip eden 20 yıllık izlem sürecinde daha zayıf işlevsellik göstermektedir (54). Bahsi geçen zayıf işlevsellik; zayıf toplumsal rol işleyişini ve sosyal işlevselliği, yaşam doyumunu, akademik ve mesleki başarıyı ve daha az ulaşılan sağlıklı yetişkin gelişim dönüm noktalarını içermektedir (54, 55).

Borderline kişilik bozukluğu içselleştirilmiş emosyonel ve dışsallaştırılmış bileşenlerden oluşmaktadır ve bireyler sağlam bir kimlik geliştirememiştir. Bu sebeplerle hem kimlik gelişimindeki aksamalar, klinik izlemde eşlik edebilecek kaygı ve depresif bozukluklar gibi psikopatolojilerin de etkisi ile tehlikeli girişimlerde bulunabilirler. Örneğin suçluluk duygularından ötürü kendilerine zarar verecek davranışlarda bulunabilirler. Dürtüsel şekilde madde kullanımına yönelebirlirler. Stresli dönemlerinde tüm bu tutarsızlıkları onları geçici psikotik durumlara ve disosiyatif nöbetlere açık hale getirebilmektedir (56, 57).

Sonuç olarak elimizdeki bulgular temelinde, çocukluk ve ergenlikteki BKB'nin kişilerarası, akademik, mesleki ve finansal alanlarda işlevselliği bozduğu görülmüştür.

2.1.4. Etiyoloji

Mevcut çalışmalardan elde edilen sonuçlar, BKB'nin erken teşhisinin; semptomların şiddetini azaltabileceğini göstermektedir (34). Ancak bu bozukluğun erken dönem belirleyicileri hakkında çok az bilgi mevcuttur. Hastalığın altında yatan biyolojik mekanizmaların, genetik faktörlerin ve patolojik süreçlerin açıklığa kavuşturulması, bozukluğun tam olarak anlaşılabilmesi adına büyük önem

taşımaktadır. Böylece önleyici stratejilerin ve daha etkili tedavi müdahalelerinin geliştirilmesi için sağlam bir temel oluşturulacaktır (58, 59).

Bir sistematik incelemede, 19 yaşından önceki sınırdaki kişilik patolojisinin sonraki dönemlerdeki semptomları ve işlev bozukluklarını 20 yıl boyunca öngördüğünü göstermektedir. Bu durum, genç popülasyonlarda BKB tespitinin gerekliliğinin klinik faydasını ve erken müdahalenin gerekliliğini ortaya koymaktadır (60).

Borderline kişilik bozukluğu özellikleri ilk dönemlerde psikanalitik çalışmalar ile daha çok tanımlanmaktaydı. Günümüzde ise yapılan deneyler ve deneyimler arttıkça, güncel bilgiler ışığında genetik faktörlerin ve olumsuz çocukluk deneyimlerinin, hormonlar ve nöropeptitler yoluyla beyin gelişimini etkilediği de düşünülmektedir (61, 62). Genetik ve çevresel risk faktörlerinin hem birbirlerinden bağımsız hem de gen, çevre etkileşimi çerçevesinde BKB gelişimini yordayabileceği düşünülmektedir (63).

2.1.4.1. Psikososyal risk faktörleri

Erken çocuklukta kötü muamele ve erken dönemde ebeveynlik bakımının niteliği, beyin yapısı ve fonksiyonları ile birlikte gen ifadesini etkileyebilmekte ve yaşam boyu stabil olarak seyredebilecek davranış özelliklerine yol açabilmektedir (64). Kişilik patolojisinin oluşumunda belirli kritik gelişimsel dönemler etkilidir. Hayatın erken dönemlerinde bozulan bağlanmanın muhtemelen duygusal düzenleme ve öz denetimde bozulmalara yol açtığı düşünülmektedir (65). Aynı zamanda ergenlik döneminin temel yapıtaşları arasında, istikrarlı bir kimlik gelişimi ve benlik algısı mevcuttur. Bu oluşum gecikmiş veya engellenmişse kişilik patolojisine yol açabilir (62). Bu kritik basamakların aksamasına neden olan bazı psikososyal risk faktörleri mevcuttur.

İhmal ve istismar dâhil olmak üzere olumsuz çocukluk deneyimleri BKB için en önemli çevresel risk faktörlerindendir. Uzun süreli izlem çalışmalarında çocuklarda BKB riskini önemli ölçüde artırdığı görülmüştür. Fakat bu hastalığa özgül bir durum yahut hastalığın gelişmesi için kesinlikle bulunması gereken bir koşul değildir (66, 67). Hastalığa özgül olmayan fakat BKB ile yüksek ilişkili faktörler arasında ebeveynliğin tutarsız olması; ebeveynin çocuğa karşı düşük ilgisi yahut fazla müdahaleci olması da yer almaktadır. Yetersiz ebeveynlik, bakım verenden erken

ayrılma gibi bağlanmanın sağlıklı olmadığı koşulların da patolojiye katkısı dikkat çekmektedir (68). Çocuklarda yüksek stres tepkisi de problemlili bağlanmaya sebep olabilir. Yapılan prospektif bir çalışmada, anneler ile çocuklar arasındaki dezorganize bağlanmanın, genç yetişkin olduklarında sınırda kişilik belirtilerini öngördüğü gözlemlenmiştir (69). İhmal edilen çocukların kişilik özellikleri, düşük anlayış, düşük özdenetim ve düşük deneyime açıklıkla karakterizedir ve genellikle bu özellikleri süreğendir. İhmal edilen çocukların kişilik özellikleri, BKB tanılı yetişkinlerin kişilik özelliklerine benzerlik göstermektedir (70).

Kalıtsal mizaç faktörleri de bireyleri olumsuz yaşam deneyimlerine karşı hassaslaştırarak bozukluk gelişimine sebep olabilir (61). Depresyon, anksiyete bozuklukları, madde kullanımı bozuklukları ve davranış bozuklukları gibi çocukluk ve ergenlik psikopatolojileri de BKB dâhil olmak üzere kişilik patolojisinin gelişiminde yatkınlığa neden olabilecek faktörler arasında sıralanabilmektedir (71, 72).

2.1.4.2. Genetik ve Nörobiyolojik Risk Faktörleri

Büyük popülasyonlarda ikiz bireylerle yapılan çalışmalar, BKB'nin orta ila yüksek derecede kalıtsallığa sahip olduğunu ve genetik faktörlerin, BKB semptomatolojisindeki varyasyonun %42'ye kadarını açıkladığını göstermiştir (73, 74). BKB ile ilgili aday gen çalışmalarının çoğu, hastalığın belirli özellikleriyle ilişkili biyolojik sonuçları olan işlevsel genlere odaklanmıştır. Bu özellikler arasında; dürtüsellik, intihar eğilimi ve duygusal dengesizlik bulunmaktadır. Azalan serotonin fonksiyonunun bu özelliklere katkısı belirgin olduğundan, Triptofan hidroksilaz ve serotonin taşıyıcı geni kodlayan genler, en çok incelenen aday genler olmuştur (75). Araştırılan diğer ilgili genler değişikliklerin dopamin işlev bozukluğuna yol açabileceği belirlenmiş olanlardır. Sebebi ise ilgili genlerin duygusal düzensizlik, dürtüsellik ve bilişsel-algısal bozukluk BKB'nin üç önemli boyutu ile daha önce ilişkilendirilmiş olmasıdır (76) .

Yetişkinlerdeki yapısal görüntüleme çalışmalarından elde edilen bulgular, frontolimbik ağlarda hacim azalmalarını ortaya koymaktadır. Ergenlerde ise aynı kanıyı destekleyen bulgu bulunmamaktadır (77). Bununla birlikte, BKB tanısı bulunan yetişkinlerde amigdala ve hipokampustaki hacim azalmalarına ilişkin ortak bulgular erken dönemde de mevcut gibi görünmemektedir (3). Yapılan çalışmalarda, duygu düzenlemenin yanı sıra duygu tanımayla ilgili beyaz madde yollarını da içeren

bulgular bulunmuştur; bu da ergenlik dönemindeki BKB'de geniş ölçekli bir duygu işleme ağının bozulduğunu düşündürmektedir (78) .

Borderline kişilik bozukluğunun karakteristik özelliği olan akut işlevsiz davranışlar sıklıkla stresli durumlara tepki olarak ortaya çıkmaktadır. BKB tanısı konulan bireyler için hipotalamik-hipofiz-adrenal eksen (HPAA) ile ilişkili olduğu düşünülen, strese karşı spesifik bir duyarlılık; stres etkenlerine yanıt olarak daha yüksek duygusal tepki ve başlangıçtaki duygulanımlara gecikmeli dönüş öne sürülmüştür (79-81). Sınırdaki kişilik bozukluğu tanısı olan yetişkinlerde akut strese karşı zayıflamış kortizol tepkisi gösterilmiştir (82). Aynı bulgu tekrarlayan KZVD'de bulunan ergenlerde de görülmüştür. Çok sayıda kendine zarar verme davranışı olan BKB olan ergenlerde hipofiz hacimlerinin artışı izlenmiş ve bu durumun HPAA bazal aktivasyonunun ile açıklanabileceği düşünülmüştür (83, 84).

2.1.5. Eş tanı ve ayırıcı tanı

Borderline kişilik bozukluğunun izole tanı olarak bulunma yüzdesinin düşük olduğu ve olguların büyük bir çoğunluğunda birden fazla eş tanının yer aldığı gösterilmiştir (85). Duygudurum bozuklukları (DDB) en sık eşlik eden tanımlar olmakla birlikte, anksiyete bozuklukları (AB), madde kullanım bozukluğu (MKB), stres etkeniyle ilişkili travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), dissosiyatif, somatoform bozukluklar, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) yıkıcı davranış bozuklukları, yeme bozuklukları ve diğer kişilik bozuklukları da dahil olmak üzere başka birçok bozukluk eşlik edebilmektedir (86-91).

Yapılan çalışmalarda MDB ve BKB eş tanı oranı %32 ile %83 arasında değişmektedir. BKB tanılı erişkin hastalarda, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) için %0 ile %35, sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) için %46, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) için %0 ila %20 ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) için %25 ile %56, MKB eş tanısı için %23 ile %84 arasında değişen oranların bulunduğu çalışmalar mevcuttur (87, 88, 91).

Erişkin hastalarda yapılan bir çalışmada, BKB tanılı bireylerin %96'sının hayatlarının bir döneminde DDB eş tanısı aldıkları gösterilmiştir (91).

Borderline kişilik bozukluğu ve diğer ruhsal bozuklukların yüksek eş tanısı ve durumun kompleks yapısı, yetişkinlerde olduğu gibi ergenlerde de benzer şekilde bulunmaktadır (92).

Guile ve ark tarafından ergenler ile yapılan epidemiyolojik çalışmada; BKB anksiyete bozuklukları ve uyku bozuklukları ile orta güçlü bir eş tanı göstermiştir. MDB, DEHB ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), davranış bozuklukları (DB) ile ise daha güçlü bir eş tanı oranı göstermiştir (93).

Çoğunlukla klinik çalışmalar da bu eş tanı oranlarını doğrularak klinisyenleri, depresyon ve BKB arasındaki iç içe geçmiş aynı zamanda zorlayıcı bu eş tanı birlikteliği ile karşı karşıya bırakmaktadır. Depresyon tanısı bulunmayan BKB tanısı konulmuş ergenler ve MDB tanısı konulan ergenler ile yapılan araştırmalar MDB ve BKB'nin tanı, intihar riski, psikososyal ilişkiler ve tedavi etkinliği açısından farklı olduğunu göstermiştir (94). Klinik açıdan, eş tanıları intihar riskini ve hastalık yükünü artırarak borderline kişilik bozukluğu yönetimini karmaşık hale getirmektedir (95, 96).

Ergen örnekleminde BKB olan (n=31) ve BKB olmayan diğer psikopatolojilerin olduğu (n=56) iki grubun karşılaştırıldığı bir çalışmada, duygudurum bozuklukları eş tanısının 22 (%71,00) olguda mevcut olduğu görülmüştür. MKB eş tanısı 10 (%32,26) olguda, AB 5 (%16,13) olguda, Dissosiyatif/somatoform bozukluklar 13 (%41,94) olguda, yeme bozuklukları ise 16 (%51,61) olguda, davranış problemleri 4 (%12,90) olguda eşlik etmiştir (97).

Borderline kişilik bozukluğundaki duygudurum ve duygulanım dalgalanmaları hem oldukça tepkisel hem de istikrarsızdır. Çevresel faktörlere bağlı olarak da belirgin değişkenlik göstermektedir. Bu durum hem MDB hem de Bipolar Bozukluk (BB) ayırıcı tanısını yapmak konusunda kilit noktalardandır. BB'den farklı olarak BKB' de kişilerarası ilişkilerdeki değişimlere bağlı olarak; kısa zaman dilimlerinde belki saatler içerisinde değişebilen ruh hali görülmektedir. Duygu durum dalgalanması ve düzensizliği günler veya haftalar yerine saat dilimi kadar kısa aralıklarla meydana gelmektedir. Bu dalgalanmalar BB aksine daha çok iritabilite yönünde olmaktadır (98-101). Bipolar I bozukluğunu BKB ile ayırıcı tanısını yapmak tüm bu bilgiler ışığında da daha kolay iken, Bipolar II ayırıcı tanısı daha zordur. Hipomanik semptomları klinikte duygusal dengesizlikten farklı olarak tanıyabilmek önemli bir noktadır. Hipomani dönemi netleştirilemediğinde ise aile öyküsü, hastalık seyri, gelişimsel yordayıcılar, mizaç özellikleri dâhil detaylı yaşam seyrinin anamnezine ve destekleyicilere daha çok ihtiyaç duyulmaktadır (102).

2.1.6. Tedavi

2.1.6.1. Psikoterapi

Borderline kişilik bozukluğu tanısı konulan ergenler ile çalışırken iki temel noktaya dikkat çekilmektedir. Terapi aynı zamanda terapistlerin hastanın yararına işbirliği içinde çalışabilme becerisine dayanan bir yönetim planı olmalıdır. Diğer önemli bir nokta ise tedavi gençlerin ve ebeveynlerin kararlılığını gerektirmektedir. Ailenin tedavinin etkinliği üzerinde kritik bir etkisi vardır (39).

Psikoterapi, BKB'nin birinci basamak tedavisi olarak kabul edilmektedir. Diyalektik davranışçı terapi (DBT), zihinselleştirmeye dayalı terapi (MBT), aktarım odaklı psikoterapi (TFP) ve şema terapisi (ŞT) BKB için geliştirilmiş ve ampirik olarak desteklenmiş temel terapilerdir.

Diyalektik davranışçı terapi, bilişsel ve davranışsal ilkelere dayanan yapılandırılmış bir ayakta tedavi psikoterapisidir. Bu terapi, gelişim için hem kabulün hem de değişimin gerekli görülmesi anlamında "diyalektik"tir. Bireysel terapi, grup becerileri eğitimi, telefon koçluğu ve terapistlerin ekip danışmanlığı şeklinde dört bileşenden oluşmaktadır (103-105). DBT ergenler için de uyarlanmıştır. Ergenler için diyalektik-davranışçı terapi (DBT-A), bireysel psikoterapi, çoklu aile beceri eğitim gruplarını, aile toplantılarını, hastalar ve aile üyeleri için telefon koçluğunu ve terapistler için süpervizyonu içeren ve haftada 3 kez uygulanan multimodal bir terapötik programdan oluşur (106).

Zihinselleştirme, bireyin kendi ve diğerlerinin zihinsel durumlarını ve davranışlarını anlama ve tahmin edebilme yeteneğini ifade eder. Bu yetenek, çocukların zamanla geliştirdiği sosyal biliş süreçlerinden biridir. Zihinselleştirme; Fogy tarafından tanımlanan “yansıtıcı işlev” kavramına bağlanma teorisi çerçevesinde bir atıfta bulunur. Zihinselleştirme yeteneklerinin gelişimi, erken dönem bakım veren-bebek etkileşimlerinin kalitesine dayanmaktadır. BKB tanısı konulan ergenlerin sağlıklı kontrollere göre daha düşük zihinselleştirme kapasiteleri sergiledikleri görülmüştür (36, 65). MBT bireysel ve grup psikoterapisini birleştiren yapılandırılmış bir tedavidir. BKB hastalarında intihar eğilimi, kendine zarar verme, duygusal süreçleme ve ilişkisel istikrarsızlığı, zihinselleştirme ve sosyal öğrenme kapasitelerini geliştirmeye tutarlı bir şekilde odaklanarak ele almaya odaklanmaktadır (107).

Aktarım odaklı psikoterapi, kişilik bozukluğu olan bireylerin tedavisine yönelik psikanalitik terapinin spesifik bir uzantısını temsil etmektedir (108, 109). Psikanalitik nesne ilişkileri kuramı çerçevesinde, aktarımda etkinleştirilen bilinçdışı çatışmalar, çatışmalı ve duygulanımsal olarak yatırılanmış içselleştirilmiş nesne ilişkilerinin ifadeleri olarak görülmektedir. Bilinçdışı çatışmalar, belirli bir duygulanım durumu tarafından çerçevelenen, önemli bir diğerinin temsiliyle etkileşime giren benliğin bir temsilinden oluşan ikili birimler olarak temsil edilir. Bu ikili yapılar hasta tarafından terapistle olan etkileşimlerinde canlandırılır veya yaşanır (63).

Şema Terapi bilişsel ve davranışsal, psikodinamik, bağlanma ve duygu odaklı yaklaşımlardan yararlanır. BKB'na özgü dört işlevsiz yaşam şemasını ele alır: terk edilmiş/istismar edilmiş çocuk; kızgın/dürtüsel çocuk; koruyucu; ve cezalandırıcı ebeveyn. Ayrıca sağlıklı yetişkinin de bir miktar varlığı varsayılmaktadır (110, 111).

2.1.6.2. Farmakoterapi

Genel olarak mevcut kanıtlar, BKB tedavisinde farmakoterapilerin etkinliğinin sınırlı olduğunu göstermektedir. Henüz BKB tedavisi için özel olarak onaylanan hiçbir farmakolojik ajan yoktur (112).

Birleşik Krallık'taki Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü (NICE) ve Avustralya Ulusal Sağlık ve Tıbbi Araştırma Konseyi akut krizler dışında birinci basamak tedavi olarak farmakoterapilerden kaçınılmasını önermiştir. Eş tanımlar mevcut ise ilaç tedavisi düşünülebileceğini belirtmektedirler. Kılavuzlar kriz yönetimi sırasında sedatiflerin 1 haftayı geçmemek suretiyle kullanımına da olanak tanımıştır (21).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), BKB tedavisinde kullanılan herhangi bir psikotrop ilacın sınırlı bir sürede kullanılmasını, belirli ve ölçülebilir semptomları hedeflemesini ve psikoterapi ile birlikte işlev görmesini önermiştir. Kılavuza göre farmakoterapi duygusal kararsızlık, dürtüsellik veya psikotik benzeri semptomlar gibi belirtileri azaltmaya yardımcı olabilmektedir. Dolayısıyla hastaların tedaviye bağlı kalmasına ve kendine zarar verme risklerini kısa vadede azaltmalarına yardımcı olabilmektedir. İlaç kullanımı uygun görüldüğü takdirde, hedeflenen BKB semptomlarına ve eş tanı gösterdiği duruma uygun tipik tedavilere bağlı olarak seçim yapılmalıdır. Örneğin, MDB eş tanısı olan bir hastada, SSRI'ların kullanılması uygun

olabilir. Depresif atakları tedavi etmek için SSRI'lar, seçici norepinefrin geri alım inhibitörleri (NRI'ler), seçici serotonin ve norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI) ve diğerleri dahil olmak üzere çok çeşitli antidepresanlar mevcuttur. Fluoksetin, sertraline, sitalopram veya essitalopram gibi SSRI'lar, klinisyenlerin BKB için reçete ettiği en yaygın ilaçlardır (113, 114). Trisiklik antidepresanlar (TCA'lar) veya monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI) gibi güvenli olmayan profile sahip antidepresanlar, aşırı doz riski, düşük tolere edilebilirlik profilleri ve olası yan etkiler nedeniyle önerilmemektedir (115, 116).

Psikotik özellikleri, yüksek düzeyde dürtüsellik veya ajitasyonu olan BKB hastalarda düşük dozda ikinci kuşak antipsikotik ilaçlar kullanılabilir (116). Eşlik eden duygudurum bozuklukları olmayan BKB tanısı bulunan bireylerde sınırlı etkililiğe sahip olduğuna dair çalışmalar bulunmasına karşın duygudurum dengeleyici ilaçlar da kullanılabilir (117, 118). Benzodiazepinler ise dürtüsellik artırma veya disinhibisyon riski, kötüye kullanım, bağımlılık geliştirme potansiyeli nedeniyle genellikle önerilmemektedir (112, 119, 120).

2.2. MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK

Major depresif bozukluk tanısının konulabilmesi için bireyin; duygu durumun çökkün olması ya da ilgi yitirmek, zevk alamamak maddelerinden en az birini sağlaması koşuluyla DSM -5 tanı kriterlerinde yer alan maddelerinden beşi yahut daha fazlasının aynı iki haftalık dönem içerisinde bulunması ve bireyin işlevselliğinin bozulması gerekmektedir. Çocuk ve ergenler için ayrı kriterler olmamakla birlikte dikkat edilmesi gereken farklı özellikler belirtilmiştir. Çökkün duygu durumun öfke ve kızma şeklinde yansıyabileceği özellikle belirtilmiştir. İştah ve kilo değerlendirilmesinde çocuğun normal olması gereken gelişimsel dönemin özellikleri ile mukayese edilmesine dikkat çekilmiştir. Uyku miktarında artma veya azalma, psikomotor retardasyon yahut ajitasyon, enerji azalması, dikkat ve konsantrasyonda azalma, değersizlik ve suçluluk düşünceleri, ölüm düşünceleri de depresif bozukluk klinik özelliklerini ve tanı kriterlerini oluşturan diğer alanlardır (1).

Depresif bozukluk dünya genelinde sık görülen bir psikiyatrik bozukluktur. Yetişkin popülasyonun %5'inin depresif bozukluk tanısı almış olduğu tespit edilmiştir (15). Dünya genelinde yapılan bir meta analiz çalışmasında çocuk ve ergenlerde depresif bozukluk prevalansının %2,6 olduğu sonucuna varılmıştır (16). Aynı

zamanda MDB tanılama oranının çocukluktan, ergenliğe ve yetişkinliğe doğru artmakta olduğu görülmüştür (121).

Cinsiyet dağılımına bakıldığında, MDB çocukluk döneminde her iki cinsiyette eşit dağılımda iken; ergenlik döneminde bu dengenin kızların daha fazla tanı alması şeklinde değiştiği görülmüştür (122).

Majör depresif bozukluğun etiyolojisinin diğer psikiyatrik hastalıklara benzer şekilde biyolojik, genetik, çevresel ve psikososyal faktörleri içeren çok faktörlü olduğu düşünülmektedir. Olumsuz çocukluk deneyimleri, travmatik yaşantılar, yaşamın ilerleyen dönemlerinde depresyonun gelişimi ile ilişkilidir (123, 124). Annede depresyon tanısının bulunmasının da depresif bozukluk için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (125-127).

Hem klinik hem de epidemiyolojik çalışmalar, depresif çocuk ve ergenlerin %40 ile %70'inin aynı zamanda başka bir psikiyatrik bozukluk tanısı bulunduğu ve birçok ergenin iki veya daha fazla komorbid tanıya sahip olduğunu göstermiştir (128). En sık eşlik eden ruhsal bozukluk YAB birinci sırada olmak üzere AB'dir (129). Çocuk ve ergenlerde MDB'ye eşlik eden tanılar yaşa ve cinsiyete de bağlı olarak değişmektedir. AB ve DEHB çocuklarda daha yüksek oranda eş tanı sergilerken, DB, Panik bozukluk (PB), MKB ise ergenlerde daha yüksek oranda görülmektedir (130, 131).

Depresyonun klinik şiddetine, hastanın gelişim düzeyine, ilişkili risk faktörlerine ve eş tanı mevcudiyetine göre uygun bir tedavi planı oluşturulmalıdır (132). Hafif şiddetli bozukluk için psikoterapi tek başına da planlanabilmekte iken orta ve ağır şiddetli bozukluk için farmakoterapi de tedavi planına dâhil edilmektedir (133).

Erişkinler de olduğu gibi çocuk ve ergen popülasyonunda da depresyon farmakoterapisinde ilk tercih SSRI'lardır (134). Tanı ve tedavinin her aşamasında kendine zarar verme, intihar düşünceleri değerlendirilmeli gerekirse poliklinik takipleri sıklaştırılmalı, ciddi risk durumlarında yatış önerilmelidir. Tedaviyi güçlendirmek için antipsikotik ve duyudurum düzenleyiciler de kullanılabilir (133, 135, 136).

2.4. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUK VE MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK

Yetişkin çalışmaları, BKB ile MDB arasında önemli bir örtüşme ve eş tanılabilirliğin bulunduğunu göstermiştir (87, 137). BKB tanılı hastaların %80 kadarı yaşamları boyunca bir veya daha fazla MDB yaşamaktadır. MDB tanısı bulunan hastaların %10-30'unda aynı anda ortaya çıkan BKB eş tanısı mevcuttur (116, 138-140).

Major depresif bozukluk tanısı olmayan borderline kişilik bozukluğu hastalarında dahi depresif belirtiler ve geçici “mikro depresyonlar” yaygın olarak izlenmiştir. Bu klinik semptomların major depresif bozukluktan ayırt edilmesi klinisyenleri zorlamaktadır. Mikro depresif semptomları olan bu hastalarda depresif belirtiler genellikle geçicidir ve strese bağlıdır. Genellikle stres ve kişilerarası faktörlerle tetiklendikleri için sıklıkla birkaç günden fazla sürmezler. Mikro depresyonların geçici doğası göz önüne alındığında, kesitsel bir değerlendirmede depresif semptomların varlığı yeğin depresif bozukluk şüphesi uyandırabilmektedir. Bu sebeple aynı zamanda semptomların süresi de dikkate alınması gereken önemli bir faktördür. Sonuç olarak, mikro depresyonlar ve MDB ayırımını yapmak klinik değerlendirmenin önemli noktalarından birisidir (141).

Skodol ve ark. BKB tanısına sahip olmanın kalıcı MDB'nin en güçlü ön gördürücüsü olduğunu bulmuşlardır; bu çalışma aynı zamanda bu bozuklukların her ikisinin de birlikte ortaya çıkması durumunda MDB epizodlarının daha uzun sürdüğünü ve epizodlar arası aralığın daha kısa olabileceğini de savunmuştur (142).

Boylan ve ark. tarafından incelenen araştırmalar sonucunda; BKB ve MDB'nin benzer risk faktörlerini paylaştığı gösterilmiştir. Her ikisine de kadınlarda daha sık tanı konulmaktadır. Ayrıca, yaşamın erken dönemlerinde bakım verene güvensiz veya dezorganize bağlanma, kişinin hem BKB hem de MDB riskini artırabilmektedir. Çocuklukta maruz kalınan kötü muamele ve aile psikopatolojisi her iki grup gençlerin geçmişlerinde yaygındır. Ebeveyn depresyonu, çocuk ve ergenlerde depresif bozukluk riskini artırırken; annede BKB tanısının bulunması, yine çocukta BKB riskini artırmaktadır. KZVD ve intihar girişimleri, özellikle ergenlerden oluşan klinik örneklemelerde, hem BKB hem de MDB'nin ortak klinik özelliklerinden olabilmektedir. Bununla birlikte KZVD ve intihar girişiminde bulunma oranları, BKB olan veya BKB ve MDB tanılarının her ikisi de mevcut olan gençlerde daha yüksektir (143).

3. MATERİYAL VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ETİK KURUL ONAYI

Çalışma E-2023-35 protokol numarası ile 16 Ağustos 2023 tarihinde “Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu” tarafından onaylanmıştır. Etik kurul onay formu Ek-1’ de sunulmuştur.

3.2. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmaya, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğinde değerlendirilen 13-18 yaş arasında, çocuk ve ergen psikiyatri takip süresi en az 1 yıl olmak koşuluyla, Sınır Kişilik Özellikleri Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu’ndan (BKÖÖ-ÇEF) 69 ve üzeri toplam puan alan, borderline kişilik örüntüsü olan ve depresif bozukluk tanılı 88 olgu ve kontrol grubu olarak belirlenen major depresif bozukluk tanısı olup, borderline kişilik özellikleri olmayan 88 olgu olmak üzere toplam 176 çocuk ve ergen dâhil edilmiştir.

Çalışmaya katılan tüm olgu ve ailelerine çalışmanın amacı ve kapsamı detaylı olarak açıklanmıştır. Ebeveyn ve ergenlere bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatılarak bir nüshası onlara verilmiştir.

Çalışmaya dâhil edilen Borderline Kişilik Örüntüsü grubuna DSM-5 tanı kriterlerine uygun olarak BKB tanısı konulabilirken, halen ülkemizde ergenlerde BKB’ye dair yeterli çalışma ve veri olmaması sebebiyle ailelerin ve ergenlerin bu kavramı daha yeni tanıyor oluşundan ötürü çalışmamızda “bozukluk” yerine “özellik” terimi kullanılmıştır.

3.3. OLGU GRUBUNUN SEÇİMİ

3.3.1. BKÖ Grubunun Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’na tedavi amaçlı başvurmak ve bu çalışmaya katılmak için gönüllü olmak
- 13-18 yaş aralığında olmak
- BKÖÖ-ÇEF’den 69 ve üzeri puan almak

- Klinik görüşme ile DSM-5 tanı kriterlerine uygun olarak borderline kişilik örüntülerine sahip olmak
- Depresif bozukluk eş tanılı olmak
- Klinik olarak normal zeka kapasitesine sahip olmak (klinik muayene sonucu, zeka testi sonucu >70)

3.3.2. BKÖ Grubunun Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri

- 13 yaşından küçük, 18 yaşından büyük olmak
- Bilgilendirilmiş ve aydınlatılmış olurları alınmadığı için çalışmaya katılmayı kendi rızası ile kabul etmemek
- BKÖÖ-ÇEF‘den 69 puanın altında almak
- Klinik olarak normal zeka kapasitesine sahip olmamak

3.3.3. MDB Grubunun Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’na tedavi amaçlı başvurmak ve bu çalışmaya katılmak için gönüllü olmak
- 13-18 yaş aralığında olmak
- BKÖÖ-ÇEF‘den 69 puanın altında almak
- DSM-5 tanı kriterlerine uygun olarak klinik görüşme ile MDB tanısının konulması
- Klinik olarak normal zeka kapasitesine sahip olmak (klinik muayene sonucu, zekâ testi sonucu >70)

3.3.4. MDB Grubunun Dışlanma Kriterleri

- 13 yaşından küçük, 18 yaşından büyük olmak
- DSM-5 tanı kriterlerine uygun olarak sınırda kişilik özellikleri kriterlerini karşılamak
- BKÖÖ-ÇEF ‘den 69 puan ve üzerinde almak
- Bilgilendirilmiş ve aydınlatılmış olurları alınmadığı için çalışmaya katılmayı kendi rızası ile kabul etmemek
- Klinik olarak normal zekâ kapasitesine sahip olmamak

3.4. ARAŞTIRMANIN YÜRÜTÜLMESİ VE YÖNTEM

Araştırmamız Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne tedavi amacıyla başvuran çocuk, ergen ve yasal vasilerinin gönüllü katılımıyla yürütülmüştür. Hastalara araştırmacı tarafından Çocuk ve Gençler için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli DSM-5-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) uygulanmıştır.

Borderline kişilik özellikleri ve MDB olgu gruplarının klinik özellikleri (eş tanı, farmakolojik tedavi, yatarak izlem oranı, KZVD, intihar girişimleri, duygu tanıma, anlamlandırma ve duygu düzenleme becerileri, benlik algısı, travmatik yaşantı, ebeveyn tutumu ve bağlanma özellikleri) ve sosyodemografik özelliklerinin kesitsel olarak karşılaştırılması amaçlanmıştır. Çalışmamızdaki olgular Eylül 2023-Aralık 2023 tarihleri arasında 4 aylık süre içerisinde ulaşılmıştır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden olgulara;

- Sosyodemografik Veri Formu
- Sınır Kişilik Özellikleri Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu (BKÖÖ-ÇEF)
- Çocuklar için Depresyon Ölçeği (CDÖ),
- Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ)
- İlişki Ölçekleri Anketi Ergen Formu (İÖA-E),
- Kendine Zarar Verme Davranışını Değerlendirme Envanteri (KZVDDE),
- Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ),
- Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) ,
- Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği (ÇÇTÖ),
- Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16)
- Anne Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ) doldurtulmuştur

Hastalık şiddetini değerlendirmek için klinisyen tarafından, Klinik Global İzlem-Şiddet (KGI) formu doldurulmuştur.

Ek olarak çalışmanın yapılabilmesi için araştırmaya dâhil edilen katılımcıların hem kendilerinden hem de ebeveynlerinden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ARAÇ VE GEREÇLER

Dâhil edilme kriterlerini karşılayarak çalışmaya katılmış çocuk ve ergenler ile tanışal görüşme ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T'nin bütün modülleri uygulanarak yapılmıştır. Genel bilgiler araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu ile ebeveyn ve olgudan alınan bilgilerle klinisyen tarafından alınmıştır.

Sınır Kişilik Özellikleri Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu (BKÖÖ-ÇEF), CDÖ, ÇATÖ, İÖA-E, KZVDDE, RBSÖ, TAÖ-20, ÇÇTÖ, DDGÖ-16, ABTÖ klinisyen eşliğinde çocuk ve ergen katılımcılar tarafından doldurulmuştur.

Sosyodemografik veri formu ergen katılımcılar ve ebeveynleri tarafından doldurulmuştur. Hastalık şiddetini değerlendirmek için, KGİ ölçeği klinisyen tarafından doldurulmuştur.

3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulmuş olan sosyodemografik veri formu çocuk ve ailesi ile ilgili sosyodemografik bilgileri içeren sorular içermektedir. Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, hastaneye başvuru tarihi, varsa komorbid tıbbi hastalığı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, madde kullanımı, evden, okuldan kaçma, KZVD öyküsü, kardeş sayısı, aile yapısı, ebeveyn eğitim düzeyi, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü gibi genel bilgileri içermektedir.

3.5.2. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli -Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T)

ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T, yaygın olarak kullanılan 20 tanı alanını değerlendirmeye yönelik yarı yapılandırılmış bir görüşme modeli olarak kullanılmaktadır. Çocukluk çağı psikiyatrik bozukluklarını belirleyebilmek için Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ünal ve arkadaşları tarafından ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T'nin Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır (144).

3.5.3. Sınır Kişilik Özellikleri Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu (BKÖÖ-ÇEF)

Ölçek; Crick ve ark. tarafından erişkinler için uygulanan Kişilik Değerlendirme Envanteri-Sınır Ölçeği (PAI-BOR)'nden çocuk ve ergenlere yönelik boyutsal bir

tarama ölçeği şeklinde düzenlenmiştir. Ülkemizde Coşkun ve arkadaşları tarafından 2020 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmıştır. Bu ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçek puanlamasında maddeler 1 (hiçbir zaman doğru değil) ve 5 (her zaman doğru) arasında puanlanır. Duygusal düzensizlik, kimlik problemleri, olumsuz ilişkiler ve kendine zarar verme olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. ROC analizi sonucunda kesme puanı 69 puan olarak belirlenmiştir. Ölçek toplam puanında 69 ve üzeri puan alanlar borderline kişilik bozukluğu açısından daha kapsamlı değerlendirilir (12, 145).

3.5.4. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (CDÖ)

Beck Depresyon Ölçeği esas alınarak 1981 yılında Kovacs tarafından geliştirilen ölçeğin, Oy ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. 6-17 yaş grubu arasındaki çocuk ve ergenlere uygulanabilen 27 maddelik bir ölçektir. Her madde için çocuktan son iki haftayı göz önünde bulundurarak kendisine en uygun olan cümleyi seçmesi istenmektedir. Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 veya 2 puan alır. Kesim puanı 19 olarak önerilmektedir. Alınabilecek en yüksek puan 54'tür (146).

3.5.5. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği (ÇATÖ)

Birmaher ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karaceylan Çakmakçı tarafından yapılmıştır. Çocuktan her cümle için kendisine en uygun seçeneği işaretlemesi istenir. Çocuk tarafından okunarak ya da çocuğa okunarak doldurulur. Alınan puan ne kadar yüksek ise, genel anksiyete düzeyi o kadar yüksektir (147, 148).

3.5.6. İlişki Ölçekleri Anketi Ergen Formu (İÖA-E)

Bartholomew ve Horowitz tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sümer ve Güngör tarafından yapılmıştır. İlişki Ölçekleri Anketi Ergen Formu (İÖA-E) ise 17 maddeden oluşmaktadır. Arkadaşlık, dostluk ve benzerlerine karşı yakın duygusal ilişkilerdeki dörtlü bağlanma stilini ölçmeyi amaçlayan dört alt ölçekten oluşmaktadır. Bağlanma stillerini tanımlamayı amaçlamaktadır. Korkulu, kayıtsız, güvenli, saplantılı bağlanma olmak üzere 4 farklı derecede değerlendirme yapmaktadır. Ölçekteki her madde 1-7 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten toplam puan elde edilmemekte, faktör puanları

değerlendirilmektedir. Güvenli bağlanma boyutu dışındaki etkenlerde puan artışı sağlıklı bağlanmayı göstermektedir (149, 150).

3.5.7. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Rosenberg tarafından 1965 yılında geliştirilmiş ve Çuhadaroğlu tarafından 1987 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. Olumlu ve olumsuz yüklü maddeler ardışık olarak sıralanmıştır. Ölçeğin ilk 10 maddesi benlik saygısını değerlendirmektedir. Çalışmamızda ilk 10 maddesi kullanılmıştır. Ölçek puanlamasında düşük puan, benlik saygısının yüksekliğini; yüksek puan, benlik saygısının düşüklüğünü gösterir. 0-1 puan yüksek benlik saygısı, 2-4 puan orta benlik saygısı, 5-6 puan düşük benlik saygısı olarak puanlandırılmış (151, 152)

3.5.8. Kendine Zarar Verme Davranışını Değerlendirme Envanteri (KZVDDE)

Klonsky ve Glenn tarafından geliştirilen Kendine Zarar Verme Davranışını Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) iki ayrı bölümden oluşmaktadır (153). İlk bölümde kasıtlı olarak ve intihar amacı olmaksızın gerçekleştirilen 12 tür kendine zarar verme davranışının görülme sıklığı sorulmaktadır. Bu davranışlar kesme, ısırma, yakma, cilde bir harf/yazı/şekil kazıma, çimdikleme, saç kopartma, tırnaklama, kendine vurma, yaranın iyileşmesine engel olma, cildi sert bir yüzeye sürme, kendine iğne batırma ve tehlikeli/zararlı madde içme/yutmadır. İkinci bölümde 39 madde ile kendine zarar verme davranışlarının farklı işlevleri sorgulanmaktadır. İşlevler otonom ve sosyal olmak üzere iki boyut altında toplanmıştır. Envanterin geçerlik ve güvenirlik çalışması Bildik ve ark. tarafından, lise öğrencileri üzerine yapılan bir araştırma ile dilimize uyarlanmıştır (154).

3.5.9. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

Bagby, Parker ve Taylor (155) tarafından 1994 yılında geliştirilen Toronto aleksitimi ölçeğinin Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması 2010 yılında Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. 20 sorudan oluşan likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Duygularını tanımada güçlük alt ölçeği, yedi maddeden oluşmaktadır, duyguları belirleme ve onları duygusal uyarılmaya eşlik eden bedensel duyumlardan ayırt etmede güçlük olarak tanımlanmaktadır. Buna ek olarak, Duyguları Söze Dökmede Güçlük alt boyutu, beş maddeden oluşmaktadır. Duyguların

karşı tarafa aktarılmasında güçlük olarak tanımlanmıştır. Dışa Vuruk Düşünme ise, sekiz maddeden oluşan son boyuttur. Dışa dönük bilişsel bir yapının varlığı, içe dönük düşünme ve imgelem gücünün zayıflığı olarak tanımlanmaktadır. 1 ile 5 arasında puanlanan ölçeğin puanı ters maddeler göz önünde tutularak her soruya verilen cevabın puan toplamından oluşmaktadır. Türkçe kesim noktası aleksitimi olmaması açısından 51 puanken kesin aleksitimi sınırı için 59 puan belirlenmiştir (156).

3.5.10. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği (ÇÇTÖ)

Bu ölçek çocukluk ve ergenlikteki istismar ve ihmal yaşantılarını geçmiş yıllara dönük olarak değerlendirmeyi amaçlar. 70 madde olarak Bernstein tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek, daha sonra maddeye indirilmiştir. Son olarak tekrar düzenlenerek 28 maddelik kısa forma dönüştürülmüştür (157). Şar ve arkadaşları ise dilimizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır(158). 5’li likert, 28 maddeden oluşan formudur. Yanıtlama seçenekleri “1 hiçbir zaman” ile “5 çok sık” şeklindedir. Fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmaldir şeklinde beş alt boyutu mevcuttur. Alt boyutların toplamı ÇÇTÖ toplam puanını vermektedir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25- 125 arasındadır.

3.5.11. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16)

Gratz ve Roemer ‘ın (159) duygu düzenleme güçlüğü düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirdiği Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinin kısa formu olan Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16)’u ise Bjureberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu öz bildirim ölçeğinin beş alt boyutu bulunmaktadır. “Açıklık”, “amaçlar”, “dürtü”, “stratejiler” ve “kabul etmeme” olarak isimlendirilmektedir. Ölçek 16 maddeden oluşmaktadır ve maddeler 1 (hemen hemen hiç) ile 5 (hemen hemen her zaman) arasında derecelendirilen Likert tipinde puanlanmaktadır. Ölçek puanlarının değerlendirilmesinde herhangi bir kesme noktası belirlenmemiştir. Toplam ölçek puanı arttıkça duygu düzenleme güçlüğüünün arttığı belirtilmiştir (160).

3.5.12. Anne-Baba Tutum Ölçeği (ABTÖ)

Lanborn, Mounths, Steinberg ve Dornbush tarafından 1991 yılında geliştirilmiştir 26 maddeden oluşan ebeveyn tutumlarını değerlendiren ölçektir (161). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz tarafından yapılmıştır. Kabul/ilgi,

psikolojik özerklik ve denetleme/kontrol olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. İlk boyut ebeveyni ilgili, katılımcı ve sevecen olarak algılama durumunu göstermektedir. Psikolojik özerklik boyutu anne babanın demokratik tutumu ne derece uyguladıklarını gösterirken, denetleme/kontrol alt boyutu çocuk ve ergenlerin ebeveyni ne derece denetleyici ve kontrollü olduğunu tanımladıklarını göstermektedir (162) .

3.5.13. Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGI)

Klinisyen tarafından puanlanan; hastalığın ciddiyetini, semptomların genel iyileşme ya da değişimini ve terapötik yanıtını veya etkinliğini ölçen, psikiyatride yaygın olarak kullanılan üç maddelik bir ölçektir. Hastalık şiddeti, düzelme ve yan etki şiddetini içeren 3 sorudan oluşur. Çalışmamızda yalnızca hastalık şiddeti bölümü kullanılmıştır. Bu bölüm, yedi değerliklidir. Psikiyatrik bozukluğu olan kişi, ölçeğin doldurulduğu sıradaki rahatsızlığının şiddetine göre 1 ile 7 puan arasında değerlendirilir. 1=Normal, hasta değil, 2=Ruhsal hastalık sınırda, 3=Hafif derecede hasta, 4=Orta derecede hasta, 5=Belirgin derecede hasta, 6=Şiddetli derecede hasta, 7=En ağır derecede hasta, olarak puanlanır (163).

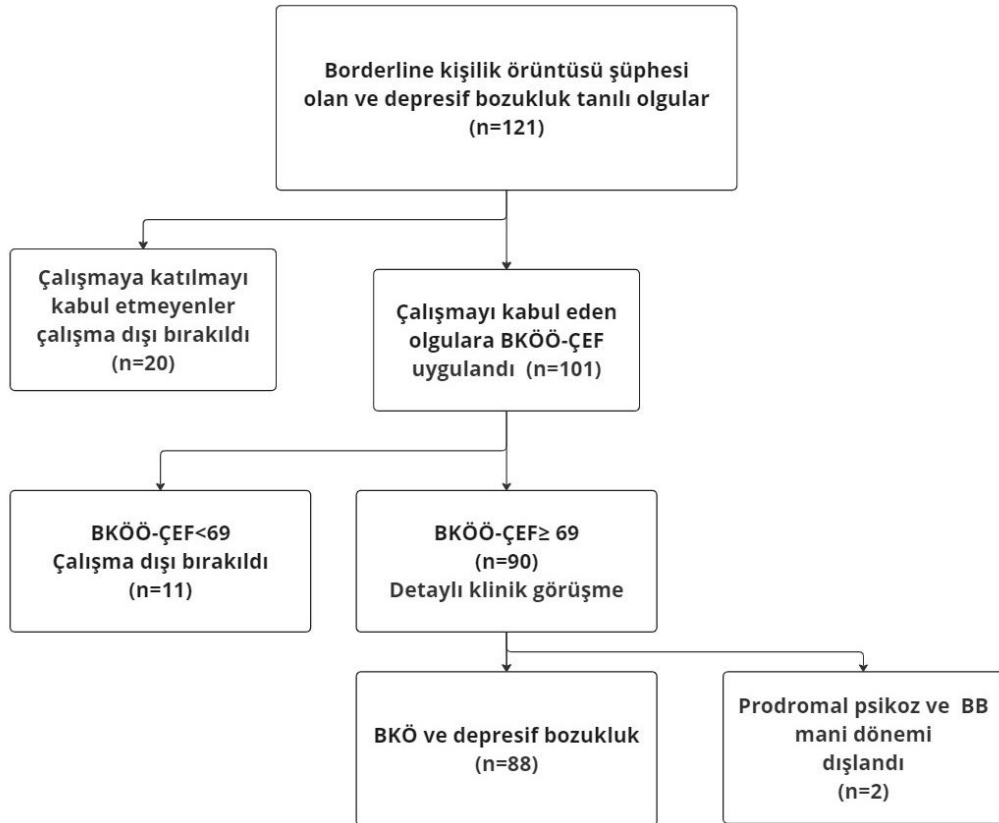
3.6. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

İstatistiksel analizde Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (SPSS for Windows, 25.0) kullanılmıştır. Deskriptif tanımlamaların yanında nitel değişkenlerde gruplar arası karşılaştırmada Ki-kare testi ve Fisher exact test kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediğine Shapiro Wilks testi ile bakılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlerden iki grup arası karşılaştırmalarda t-testi, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında ise Man-Whitney U testi kullanılmıştır. Nicel değişkenler arası korelasyona normal dağılım gösteren değişkenlerde Pearson (r), normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Spearman korelasyon katsayısı (r) ile bakılmıştır. Tüm analizler için anlamlılık düzeyi olarak “ $p<0,05$ ” kabul edilmiştir. Şekiller GraphPad prism kullanılarak oluşturulmuştur.

4. BULGULAR

4.1. BKÖ VE MDB GRUPLARININ SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİLER

Çalışmamızın örneklemini, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniklerine başvuran 13-18 yaş arası en az 1 yıldır çocuk ve ergen psikiyatri takibi ve borderline kişilik özellikleri olan, BKÖÖ-ÇEF'nun 69 ve üzeri toplam puan alan ve aynı zamanda depresif bozukluk tanılı 88 olgu ve kontrol grubu olarak majör depresif bozukluk tanılı olup borderline kişilik özellikleri göstermeyen 88 olgu olmak üzere toplam 176 olgu oluşturmaktadır (Şekil 1).



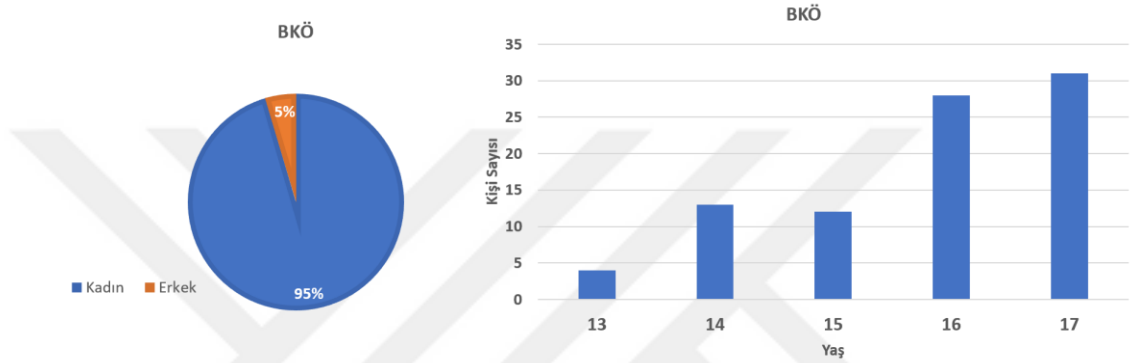
Şekil 1. Hasta Akış Şeması

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, BKÖÖ-ÇEF: Borderline Kişilik Özellikleri Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu, BB: Bipolar Bozukluk

MDB tanılı çocuk ve ergen grubu, BKÖ grubu ile karşılaştırılmak üzere kontrol grubu olarak seçilmiştir. Olguların yaş dağılımı incelendiğinde, BKÖ grubuna dâhil edilen olguların yaş ortalaması $15,78 \pm 1,2$ şeklindedir. MDB grubundaki olguların

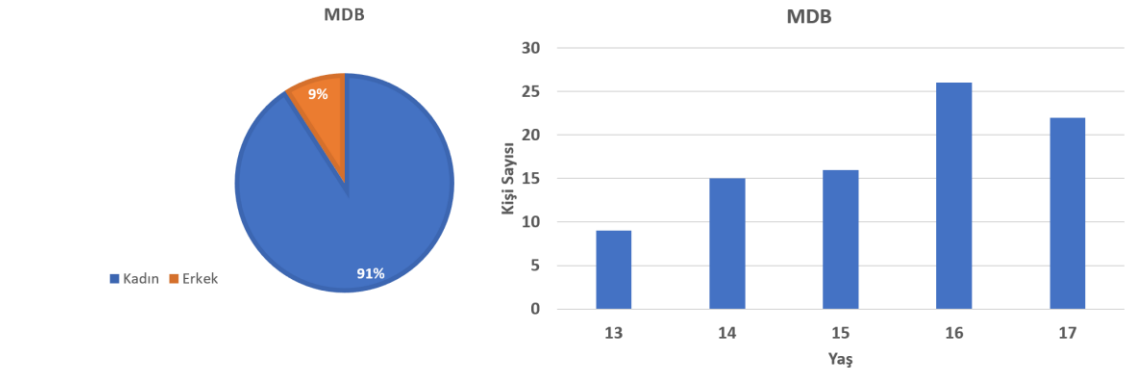
ortalama yaşı ise $15,42 \pm 1,31$ şeklindedir. Her iki grup yaş dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$). BKÖ grubu olgularının %5'i erkek %95'i kızdır. MDB grubunun ise %9'u erkek, %91'i kızlardan oluşmaktadır. Her iki grupta kız cinsiyetin fazla olduğu görülmüştür. Fakat gruplar arasında cinsiyet dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

BKÖ grubunun ve MDB grubunun yaş ve cinsiyet dağılımı Şekil -1 ve Şekil -2' de belirtilmiştir.



Şekil 2. BKÖ cinsiyet ve yaş dağılımı

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri



Şekil 3. MDB cinsiyet ve yaş dağılımı

MDB: Major Depresif Bozukluk

Olguların eğitim durumu incelendiğinde BKÖ örnekleminde 6 (%6,8) olgunun ilköğretime ve 82 (%93,2) olgunun lise öğrenimine devam ettiği görülmektedir. MDB grubunda 10 (%11,4) olgunun ilköğretim öğrencisi olduğu ve 78 (%88,6) olgunun da lise öğrenimine devam ettiği görülmüştür. İstatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0,294$).

Gruplar arasında eğitim durumu örgün-açık öğretim olarak incelendiğinde BKÖ grubunda örgün eğitimde olan olgu sayısı 58 (%65,9) iken açık öğretimde olan olgu sayısı 30'dur (%34,1). MDB grubunda örgün eğitime devam eden olgu sayısı 75 (%85,2) iken açık öğretimdeki olgu sayısı 13'tür (%14,8). BKÖ grubunda açık öğretime geçme durumunun belirgin fazla olduğu görülmüştür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,003$).

Olguların okul puan ortalamalarına bakıldığında; BKÖ grubunda ortalama $\pm$ ss 66,71 $\pm$ 21,38 iken MDB grubunda 75,03 $\pm$ 18,99 şeklindedir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,127$).

Grupların aile içi özelliklerine bakıldığında, her iki grup arasında kardeş sayısında ($p=0,666$), olgunun kaçınıcı çocuk olduğunda ($p=0,222$) ve evde yaşayan birey sayısında ($p=0,644$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

BKÖ grubunda anne yahut baba dışında bakım veren kişi (anneanne, babaanne gibi) 19 (%21,6) olguda mevcut iken MDB grubunda 10 (%11,4) olguda mevcut olduğu görülmüştür. Bu farklılık istatistiksel olarak yeterince anlamlı bulunmamıştır.

Çalışmaya dâhil edilen olguların tıbbi hastalık mevcudiyeti incelenmiştir. BKÖ ($n=88$) grubunda organik hastalık mevcut olan olgu sayısı 13 (%14,8)'tür. MDB ($n=88$) grubundaki organik hastalık bulunan olgu sayısı ise 4 (%4,5)'tür. Sayıca dikkat çeken bu fark istatistiksel olarak da yeterince anlamlı görülmüştür ($p=0,022$).

BKÖ ve MDB olgularının sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması Tablo 1' de yer almaktadır.

Tablo 1. BKÖ ve MDB grubu olgularının sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

	BKÖ	MDB	Anlamlılık
	n (%)	n (%)	
Eğitim Durumu			
İlköğretim	6 (%6,8)	10 (%11,4)	p=0,294*
Lise	82 (%93,2)	78 (%88,6)	
Örgün	58 (%65,9)	75 (%85,2)	p=0,003*
Açık	30 (%34,1)	13 (%14,8)	
	Ortalama±ss	Ortalama±ss	
Okul Puanı	66,71±21,38	75,03±18,99	p=0,127**
Kardeş Sayısı	2,07±1,43	1,88±1,19	p=0,666**
Kaçıncı Çocuk	2,09±1,24	1,85±1,10	p=0,222**
Evde yaşayan kişi sayısı	4±1,07	3,99±0,89	p=0,644**
	n (%)	n (%)	
Primer bakım veren			
Anne	67 (%76,1)	74 (%84,1)	p=0,149*
Baba	2 (%2,3)	4 (%4,5)	
Diğer	19 (%21,6)	10 (%11,4)	
Tıbbi Hastalık			
Var	13 (%14,8)	4 (%4,5)	p=0,022*
Yok	75 (%85,2)	84 (%95,5)	

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, *Ki kare, **Mann-Whitney U, n:sayı, ss: standart sapma, %:yüzde, p<0,05

4.2. BKÖ VE MDB GRUPLARININ ANNELERİNİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİLER

Olguların ebeveynlerinden elde edilen verilere göre BKÖ grubundaki olguların annelerinin yaş ortalaması 42,47±7,47 şeklindedir. MDB grubundaki

olguların annelerinin yaş ortalaması ise $42,61 \pm 5,55$ 'dir. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,869$).

Tablo 2'de görüldüğü üzere, BKÖ olgularının annelerinden yüksek lisans mezunu 1 (%1,2), üniversite mezunu 12 (%14,3) lise mezunu 32 (%38,1) ilköğretim mezunu 33 (%39,3) kişi mevcuttur. Okur-yazar olmayan 6 (%7,1) anne olduğu görülmüştür. MDB olgularının annelerinden yüksek lisans mezunu 1 (%1,3), üniversite mezunu 11 (%13,9), lise mezunu 35 (%44,3), ilköğretim mezunu 32 (%40,5) kişi mevcuttur. Okur-yazar olmayan anne ise bulunmadığı görülmüştür. Katılımcıların annelerinin eğitim durumu ($p=0,142$) ve mesleği ($p=0,741$) iki grup arasında benzer dağılımlar göstermiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 2. BKÖ ve MDB olgularının annelerinin sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

	BKÖ	MDB	Anlamlılık
	Ortalama$\pm$ss	Ortalama$\pm$ss	
Annenin yaşı	42,47 $\pm$ 7,47	42,61 $\pm$ 5,55	$p=0,869^{**}$
	n (%)	n (%)	
Annenin eğitim durumu			
Yüksek lisans	1 (%1,2)	1 (%1,3)	$p=0,142^{***}$
Üniversite	12 (%14,3)	11 (%13,9)	
Lise	32 (%38,1)	35 (%44,3)	
İlköğretim	33 (%39,3)	32 (%40,5)	
Okur-yazar değil	6 (%7,1)	0 (%0,0)	
Annenin mesleği			
Çalışmıyor	59 (%70,2)	52 (%65,8)	$p=0,741^*$
İşçi	17 (%20,2)	20 (%25,3)	
Memur	8 (%9,5)	7 (%8,9)	

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, *Ki kare, **Mann-Whitney U, ***Fischer n: sayı, ss: standart sapma, %: yüzde, $p<0,05$

Katılımcıların annelerinin sağlık durumu beyanları incelendiğinde; tıbbi hastalık mevcut olan olgu sayısı BKÖ grubunda 28 (%35,9) iken, MDB grubunda 17 (%22,4) şeklindedir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,065$).

Kendi beyanları esasına dayalı olarak BKÖ grubundaki olguların %28,4 'ünün (n=23) annesinde psikiyatrik hastalık tanısı mevcut olduğu görülmüştür. MDB grubundaki olguların ise %15,4 (n= 12)'ünün annesinde psikiyatrik hastalık tanısı bulunmaktadır. Bu fark istatistiksel olarak da yeterince anlamlı olarak bulunmuştur (p=0,048).

Olguların annelerine sosyodemografik form ve klinisyen aracılığıyla daha önce intihar girişiminde bulunup bulunmadıkları sorulmuştur. BKÖ olgularının annelerinde intihar girişimi olan birey sayısının daha fazla olduğu görülmüştür. BKÖ olgularının annelerinin 6'sında (%7,1) intihar girişimi mevcut iken MDB grubundaki olgu annelerinin 3'ünde (%3,8) mevcut olduğu görülmüştür. Ancak bu istatistiksel olarak yeterince anlamlı bir farka işaret etmemektedir (p=0,297).

BKÖ grubuna dâhil olan katılımcılarının annelerinden 36 (%42,9) kişi sigara kullanımının olduğunu, MDB katılımcılarının annelerinden ise 34 (%43,0) kişi sigara tüketiminin olduğunu beyan etmiştir. Alkol tüketimi BKÖ grubunda 8 (%9,5) annede mevcutken, MDB grubunda 9 (%11,4) annede mevcuttur. Uyuşturucu madde kullanımını beyanında bulunan anne sayısı BKÖ grubunda 2 (%2,4), MDB grubunda da 2'dir (%2,5). Olguların annelerinde sigara (p=0,981) , alkol (p=0,696) ve madde (p=0,666) kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Katılımcılarının annelerinin sağlık durumuna ilişkin verilere Tablo 3'te yer verilmiştir.

Tablo 3. BKÖ ve MDB grubu olguların annelerinin sağlık durumu özellikler açısından karşılaştırılması

	BKÖ	MDB	Anlamlılık
	n (%)	n (%)	
Annede tıbbi hastalık			
Var	28 (%35,9)	17 (%22,4)	p=0,065*
Yok	50 (%64,1)	59 (%77,6)	
Annede psikiyatrik hastalık			
Var	23 (%28,4)	12 (%15,4)	p=0,048*
Yok	58 (%71,6)	66 (%84,6)	
Annede intihar girişimi			
Var	6 (%7,1)	3 (%3,8)	p=0,297 ***
Yok	78 (%92,9)	76 (% 96,2)	
Annede sigara kullanımı			
Var	36 (%42,9)	34 (%43,0)	p=0,981*
Yok	48 (%57,1)	45 (%57,0)	
Annede alkol kullanımı			
Var	8 (%9,5)	9 (%11,4)	p=0,696*
Yok	76 (%90,5)	70 (%88,6)	
Annede uyuşturucu madde kullanımı			
Var	2 (%2,4)	2 (%2,5)	p=0,666***
Yok	82 (%97,6)	77 (%97,5)	

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, *Ki kare , **Mann-Whitney U, ***Fischer %: yüzde, p<0,05

Katılımcıların annelerinin ebeveynlerinde psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmadığı ve sigara, alkol, madde kullanımı olup olmadığı sorulmuştur. Katılımcıların annelerinin ebeveyn özelliklerine dair bu verilere Tablo 4’te yer verilmiştir.

BKÖ grubundaki olguların annelerinin 48’inin (%57,1) ebeveynlerinde sigara, alkol, uyuşturucu madde grubundan en az birinin kullanımının olduğu görölmüştür. MDB grubundaki bireylerin annelerinin ise 31’inin (%39,7) ebeveynlerinde sigara,

alkol, uyuşturucu madde grubundan en az birinin kullanımının olduğu dikkat çekmektedir. İki grup arasında dikkat çeken bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,027$).

BKÖ grubundaki olguların annelerinin 19'unun (%22,6) ebeveyninde psikiyatrik hastalık tanısının mevcut olduğu görülmüştür. MDB grubundaki olguların annelerinin ise 9'unun (%11,4) ebeveyninde psikiyatrik hastalık tanısının bulunduğu görülmüştür. BKÖ grubunda sayıca fazlalık dikkat çekerken; bu fark istatistiksel olarak yeterince anlamlı gözlenmemiştir ($p=0,058$).

Tablo 4. BKÖ ve MDB grubu olguların annelerinin ebeveynlerinin karşılaştırılması

	BKÖ	MDB	Anlamlılık
	n (%)	n (%)	
Annenin ebeveyninde psikiyatrik hastalık öyküsü			$p=0,058^*$
Var	19 (%22,6)	9 (%11,4)	
Yok	65 (%77,4)	70 (%88,6)	
Annenin ebeveyninde sigara-alkol-uyuşturucu madde kullanımı			$p=0,027^*$
Var	48 (%57,1)	31 (%39,7)	
Yok	36 (%42,9)	47 (%60,3)	

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, *Ki kare %: yüzde, $p<0,05$

4.3. BKÖ VE MDB GRUPLARININ BABALARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİLER

Olguların ebeveynlerinden elde edilen verilere göre BKÖ olgularının babalarının yaş ortalaması $47,28\pm5,58$ 'dir. MDB grubunda ise babaların yaş ortalaması $46,69\pm5,67$ şeklindedir. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,869$).

Tablo 5'te görüldüğü üzere, BKÖ olgularının babalarından yüksek lisans mezunu 1 (%1,2), üniversite mezunu 23 (%27,7), lise mezunu 32 (%38,6) ilköğretim mezunu 23 (%27,7) kişi mevcuttur. Okur-yazar olmayan 4 (%4,8) baba olduğu görülmüştür. MDB olgularının babalarından yüksek lisans mezunu 2 (%2,4),

üniversite mezunu 18 (%26,5), lise mezunu 41 (%49,4), ilköğretim mezunu 22 (%26,5) kişi mevcuttur. Okur-yazar olmayan baba bulunmadığı görülmüştür. Katılımcıların babalarının eğitim durumu ($p=0,194$) ve meslek ($p=0,639$) dağılımları iki grup arasında benzer oranlar göstermiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 5. BKÖ ve MDB olgularının babalarının sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

	BKÖ	MDB	Anlamlılık
	Ortalama $\pm$ ss	Ortalama $\pm$ ss	
Babanın yaşı	47,28 $\pm$ 5,58	46,69 $\pm$ 5,67	$p=0,794^{**}$
Babanın eğitim durumu	n (%)	n (%)	
Yüksek lisans	1 (%1,2)	2 (%2,4)	$p=0,194^{***}$
Üniversite	23 (%27,7)	18 (%26,5)	
Lise	32 (%38,6)	41 (%49,4)	
İlköğretim	23 (%27,7)	22 (%26,5)	
Okur-yazar değil	4 (%4,8)	0 (%0,0)	
Babanın mesleği			
Çalışmıyor	5 (%6,2)	3 (%3,6)	$p=0,639^{***}$
İşçi	59 (%72,8)	59 (%71,1)	
Memur	17 (%21,0)	21 (%25,3)	

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, ***Fischer, n:sayı, ss: standart sapma, %: yüzde, $p<0,05$

Katılımcıların babalarının sağlık durumu beyanları incelendiğinde; tıbbi hastalık mevcut olan olgu sayısı BKÖ grubunda 19 (%24,4), MDB grubunda ise 18 (%21,7) şeklindedir. Gruplar arasında benzer oranlar görülmüştür. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmamıştır ($p=0,687$).

Kendi beyanları esasına dayalı olarak BKÖ grubundaki olguların babalarının 16'sının (%19,8) psikiyatrik tanısının olduğu görülmüştür. MDB grubunda ise babaların 8'inin (%9,6) psikiyatrik tanısının bulunduğu görülmüştür. Psikiyatrik

hastalığı bulunan baba sayısının BKÖ grubunda sayıca fazlalığı dikkat çekmektedir. Ancak bu fark istatistiksel olarak yeterince anlamlı olarak izlenmemiştir ($p=0,067$) .

Olguların babalarına sosyodemografik form ve klinisyen aracılığıyla daha önce intihar girişiminde bulunup bulunmadıkları sorulmuştur. BKÖ olgularının babalarında intihar girişimi olan birey sayısının daha fazla olduğu görülmüştür. BKÖ grubunda 3 (%3,6) olgunun babasında intihar girişimi mevcut iken MDB grubunda intihar girişimi olan baba görülmemiştir. Ancak bu istatistiksel olarak yeterince anlamlı bir farka işaret etmemektedir ($p=0,246$).

BKÖ grubuna dâhil olan katılımcılarının babalarından 58 (%69,9) kişi sigara kullanımının olduğunu, MDB katılımcılarının babalarından ise 52 (%62,7) kişi sigara tüketiminin olduğunu beyan etmiştir. Uyuşturucu madde kullanımını beyanında bulunan baba sayısı BKÖ grubunda 3 (%3,6) iken MDB grubunda 4'tür (%4,8). Babaların sigara ($p=0,325$) ve madde ($p=0,507$) kullanımı açısından iki grup arasında anlamlı bir istatistiksel fark saptanmamıştır. Ancak BKÖ grubundaki babaların 22'sinde (%25,0), MDB olgularının babalarının ise 8'inde (%9,2) alkol tüketiminin mevcut olduğu görülmüştür. Bu farkın istatistiksel olarak da yeterince anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,006$). Katılımcılarının babalarının sağlık durumuna ilişkin verilere Tablo 6'da yer verilmiştir.

Tablo 6. BKÖ ve MDB grubu olguların babalarının sağlık durumu özellikleri açısından karşılaştırılması

	BKÖ	MDB	Anlamlılık
	n (%)	n (%)	
Babada tıbbi hastalık			
Var	19 (%24,4)	18 (%21,7)	p=0,687*
Yok	59 (%75,6)	65 (%78,3)	
Babada psikiyatrik hastalık			
Var	16 (%19,8)	8 (%9,6)	p=0,067*
Yok	65 (%80,2)	75 (%90,4)	
Babada intihar girişimi			
Var	3 (%3,4)	0 (%0,0)	p=0,246 ***
Yok	85 (% 96,6)	87 (%100,0)	
Babada sigara kullanımı			
Var	58 (%69,9)	52 (%62,7)	p=0,325*
Yok	25 (%30,1)	31 (%37,3)	
Babada alkol kullanımı			
Var	22 (%25,0)	8 (%9,2)	p=0,006*
Yok	66 (%75,0)	79 (%90,8)	
Babada uyuşturucu madde kullanımı			
Var	3 (%3,6)	4 (%4,8)	p=0,507***
Yok	80 (%96,4)	80 (%95,2)	

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, *Ki kare, ***Fischer %: yüzde, p<0,05

Katılımcıların babalarının ebeveynlerinde psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmadığı ve sigara, alkol, madde kullanımı olup olmadığı sorulmuştur. Katılımcıların babalarının ebeveyn özelliklerine dair bu verilere Tablo7’de yer verilmiştir.

Katılımcıların babalarının beyanlarına göre BKÖ grubundaki olguların babalarının 17 ‘sinin (%20,5) ebeveyninde psikiyatrik hastalık tanısının mevcut

olduğu görülmüştür. MDB grubundaki olguların babalarının ise 5'inin (%6,0) ebeveyninde psikiyatrik hastalık mevcuttur. BKÖ grubunda sayıca fazlalık göze çarpmaktadır. Bu fark istatistiksel olarak da yeterince anlamlı saptanmıştır (p=0,006).

Olguların babalarının ebeveynlerinde alkol, sigara ve madde kullanımından en az birinin olması durumuna göre ise her iki grup arasında istatistiksel olarak yeterince anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,105).

Tablo 7. BKÖ ve MDB grubu olguların babalarının ebeveynlerinin sağlık durumu özellikler açısından karşılaştırılması

	BKÖ	MDB	Anlamlılık
	n (%)	n (%)	
Babanın ebeveyninde psikiyatrik hastalık öyküsü			p=0,006*
Var	17 (%20,5)	5 (%6,0)	
Yok	66 (%79,5)	79 (%94,0)	
Babanın ebeveyninde sigara-alkol-uyuşturucu madde kullanımı			p=0,105*
Var	45 (%54,2)	35 (%41,7)	
Yok	38 (%45,8)	49 (%58,3)	

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, *Ki kare, %: yüzde, **p<0,05**

4.4. BKÖ VE MDB GRUPLARININ AİLE İÇİ GENEL ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Katılımcıların anne ve babaları arasında akrabalık olup olmadığı ve boşanma olup olmadığı sosyodemografik form ve klinik görüşme sırasında öğrenilmiştir. Olguların kendi beyanları doğrultusunda aile içi şiddet varlığı öğrenilmiştir.

Tablo 8’de yer verildiği üzere ebeveynleri akraba olan olgu sayısı (p=0,363) ve ebeveynleri boşanmış olan olgu sayısı (p=0,163) arasında BKÖ ve MDB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Olgu beyanı esas alınmış olarak; BKÖ grubunda 22 (%25), MDB grubunda ise 6 (%6,8) olgunun ailesinde şiddetin mevcut olduğu görülmüştür. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı saptanmıştır (p=0,01) .

Tablo 8. BKÖ ve MDB Gruplarının Aile İçi Özellikler Açısından Karşılaştırılması

	BKÖ	MDB	Anlamlılık
	n (%)	n (%)	
Akraba evliliği			p=0,363*
Var	8 (%9,5)	5 (%5,8)	
Yok	76 (%90,5)	81 (%94,2)	
Boşanma			p=0,163*
Var	29 (%34,1)	21 (%24,4)	
Yok	56 (%65,9)	65 (%75,6)	
Aile içi şiddet			p=0,01*
Var	22(%25)	6(%6,8)	
Yok	66(%75)	82(%93,2)	

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, *Ki kare, n: sayı, %: yüzde, p<0,05

4.5. BKÖ VE MDB GRUPLARININ ALGILANAN İHMAL, İSTİSMAR VARLIĞININ KARŞILAŞTIRILMASI

Katılımcılara sosyodemografik form öncesinde gelişim düzeylerine uygun olarak ihmal ve istismar kavramları anlatılmıştır. Öz değerlendirmelerine göre olguların algıladıkları ihmal ve istismar varlığı açısından karşılaştırılmasına Tablo 9’da yer verilmiştir.

BKÖ grubunda 76 olguda (%87,4), MDB grubunda ise 30 olguda (%34,1) duygusal ihmal varlığı algılandığı görülmüştür (p=0.001). BKÖ grubunda duygusal istismar 34 olguda (%38,6), MDB grubunda 13 olguda (%14,8) mevcut şeklinde algılanmıştır (p=0,001). Gruplar arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak da yeterince anlamlı saptanmıştır. Algılanan fiziksel istismarın olduğu olgu sayısı BKÖ grubunda 14 (%15,9) iken MDB grubunda 4’tür (%4,5). Gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmıştır (p=0,013). Cinsel istismar BKÖ grubunda 39 (%44,3) olguda sosyodemografik formda mevcut olduğu görülmüşken, MDB grubunda bu sayı 8’dir (%9,1). BKÖ ve MDB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,001).

Tablo 9. BKÖ ve MDB gruplarının algılanan ihmal ve istismar açısından karşılaştırılması

	BKÖ	MDB	
	n (%)	n (%)	
Duygusal ihmal			p=0,001*
Var	76 (%87,4)	30 (%34,1)	
Yok	11 (%12,6)	58 (%65,9)	
Duygusal istismar			p=0,001*
Var	34 (%38,6)	13 (%14,8)	
Yok	54 (%61,4)	75 (%85,2)	
Fiziksel istismar			p=0,013*
Var	14 (%15,9)	4 (%4,5)	
Yok	74 (%84,1)	84 (%95,5)	
Cinsel istismar			p=0,001*
Var	39 (%44,3)	8 (%9,1)	
Yok	49 (%55,7)	80 (%90,9)	

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, *Ki kare, n: sayı, %: yüzde, p<0,05

“Kendine zarar verici davranış” gelişimsel dönemlerine uygun olarak olgulara açıklandıktan sonra sosyodemografik form aracılığıyla KZVD olup olmadığı sorulmuştur. KZVD mevcutsa sebebi sorulmuştur.

BKÖ grubunda 87 (%98,59) olguda KZVD mevcutken, MDB grubunda 40 (%45,5) olguda mevcuttur. İki grup arasında belirgin farklılık göz çarpmaktadır. Bu farklılık istatistiksel olarak da yeterince anlamlı olarak saptanmıştır (p=0,001).

Olguların KZVD yapma sebepleri Tablo 10’da yer almaktadır. Huzursuzluk sebebi ile yaptığını söyleyen olgu sayısı BKÖ grubunda 74 (%85,1) iken, MDB grubunda 27 (%67,5) şeklindedir (p=0,023). Zorluklarla baş etmek için olduğunu söyleyen olgu sayısı BKÖ 59 (%67,8) iken MDB için 14’tür (%35) (p=0,001) . Duygu ve düşüncelerden kurtulmak için KZVD yapan olgu sayısı ise BKÖ grubunda 70 (%80,5) iken MDB grubunda 19’dur (%47,5) (p=0,001). Kendini cezalandırmak için bu yöneme başvurduğunu ifade eden olgu sayısı ise BKÖ için 47 (%54,0), MDB grubu için 11’dir (%27,5) (p=0,005). Huzursuzluk, zorluklarla baş etmek, duygu ve

düşüncelerden kurtulmak ve kendini cezalandırmak nedenleri için iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. İstedğini yaptırmak ($p=0,865$) ve dikkat çekmek için ($p=0,717$) için kendine zarar verici davranışta bulunmak açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

4.6. BKÖ VE MDB GRUPLARININ KENDİNE ZARAR VERİCİ DAVRANIŞ NEDENLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 10. BKÖ ve MDB gruplarının KZVD ve sebepleri açısından karşılaştırılması

	BKÖ	MDB	Anlamlılık
	n (%)	n (%)	
KZVD			
Var	87 (%98,59)	40 (%45,5)	p=0,001*
Yok	1 (%1,1)	48 (%54,5)	
KZVD nedenleri			
Huzursuzluk	74 (%85,1)	27 (%67,5)	p=0,023*
Zorluklarla baş etmek	59 (%67,8)	14 (%35)	p=0,001*
İstedğini yaptırmak	23 (%26,4)	10 (%25)	$p=0,865^*$
Duygu ve düşüncelerden kurtulmak	70 (%80,5)	19 (%47,5)	p=0,001*
Dikkat çekmek	13 (14,9)	5 (12,5)	$p=0,717^*$
Kendini cezalandırmak	47 (%54,0)	11 (%27,5)	p=0,005*

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, *Ki kare, n: sayı, %: yüzde, $p<0,05$

4.7. BKÖ VE MDB GRUPLARININ DÖVME VE PİERCİNG AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 11’de de görüldüğü üzere BKÖ grubunda dövmesi bulunan olgu sayısı 31 (%35,2) , MDB grubunda 4’tür (%4,5). Piercingi olan olgu sayısı ise BKÖ grubunda 49 (%55,7) ve MDB grubunda 20’dir (%22,7). Dövme ve piercing sahibi olma iki grup arasında anlamlı olarak farklıdır ($p=0,001$).

Tablo 11. BKÖ ve MDB Gruplarının Dövme ve Piercing açısından Karşılaştırılması

	BKÖ	MDB	Anlamlılık
	n (%)	n (%)	
Dövme			p=0,001*
Var	31 (%35,2)	4 (%4,5)	
Yok	57 (%64,8)	84 (%95,5)	
Piercing			p=0,001*
Var	49 (%55,7)	20 (%22,7)	
Yok	39 (%44,3)	68 (%77,3)	

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, *Ki kare, n: sayı, %: yüzde, p<0,05

4.8. BKÖ VE MDB GRUPLARININ EVDEN VE OKULDAN KAÇMA DAVRANIŞLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

BKÖ grubunda en az bir kez evden kaçtığını belirten olgu sayısı 48 (%54,5) iken, MDB grubunda bu sayı 11 (%12,5) şeklindedir. En az bir kez okuldan kaçtığını belirten olgu sayısı BKÖ grubu için 67 (%76,1) iken MDB grubu için 36'dır (%40,9). İki grup arasında evden ve okuldan kaçma durumu açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001)(Tablo 12).

Tablo 12. BKÖ ve MDB Gruplarının Evden ve Okuldan Kaçma Davranışları Açısından Karşılaştırılması

	BKÖ	MDB	Anlamlılık
	n (%)	n (%)	
Evden kaçma	48 (%54,5)	11 (%12,5)	p=0.001*
Okuldan kaçma	67 (%76,1)	36 (%40,9)	p=0.001*

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, *Ki kare, n: sayı, %: yüzde, p<0,05

4.9. BKÖ VE MDB GRUPLARININ SİGARA, ALKOL VE UYUŞTURUCU MADDE KULLANIMININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 13'te görüldüğü üzere BKÖ grubunda sigara kullanımı olan olgu sayısı 74 (%84,1), MDB grubunda 35'tir (%39,8). Alkol kullanımı olan olgu sayısı ise BKÖ grubunda 59 (%67,0) ve MDB grubunda 14'tür (%15,9). En az bir kez madde kullanımı olan olgu sayısı ise BKÖ grubunda 15 (%17,0) ve MDB grubunda 0'dır (%0,0). Sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı açısından değerlendirildiğinde her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar izlenmiştir ($p=0,001$).

Tablo 13. BKÖ ve MDB Gruplarının Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Madde Kullanımının Karşılaştırılması

	BKÖ	MDB	Anlamlılık
	n (%)	n (%)	
Sigara			p=0,001*
Var	74 (%84,1)	35 (%39,8)	
Yok	14 (%15,9)	53 (%60,2)	
Alkol			p=0,001*
Var	59 (%67,0)	14 (%15,9)	
Yok	29 (%33,0)	74 (%84,1)	
Uyuşturucu Madde			p=0,001*
Var	15 (%17,0)	0 (%0,0)	
Yok	73 (%83,0)	88 (%100,0)	

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, *Ki kare, n: sayı, %: yüzde, $p<0,05$

4.10. BKÖ VE MDB GRUPLARININ İNTİHAR DÜŞÜNCESİ VE GİRİŞİMİ KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmadaki olguların intihar düşüncesi ve girişimi açısından karşılaştırılmalı olarak verileri Tablo 14'te yer almaktadır. BKÖ grubunda 80 olgunun intihar düşüncesinin hayatının bir döneminde mevcut olduğu ve bu olguların 64'ünün (%80) en az bir defa intihar girişiminin olduğu görülmüştür. MDB grubunda ise 36 olgunun intihar düşüncesi olduğu ve bu olguların da 16'sının (%43,2) en az bir defa intihar girişiminin olduğu görülmüştür. İki grup arasında istatistiksel olarak yeterince anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($p=0,001$).

Tablo 14. BKÖ ve MDB olgularının intihar düşüncesi ve girişimi açısından karşılaştırılması

	İntihar Düşüncesi Olan BKÖ	İntihar Düşüncesi Olan MDB	
	n (%)	n (%)	
İntihar girişimi olan	64 (%80)	16 (%43,2)	p=0,001*
İntihar girişimi olmayan	16 (%20)	21 (%56,8)	

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, *Ki kare, n: sayı, %: yüzde, p<0,05

4.11. BKÖ VE MDB GRUPLARININ YATARAK TEDAVİ GÖRME ORANLARI VE MEDİKAL TEDAVİ YANITLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmadaki olguların Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları yataklı servisinde yatarak tedavi görme durumu incelendiğinde BKÖ olan grupta 46 (%52,3) olgunun en az bir kez yatışı olduğu görülmüştür. MDB grubunda ise 5 (%5,7) olgunun yatarak tedavi gördüğü görülmüştür. İki grup arasında sayıca dikkat çeken bu fark, istatistiksel olarak da yeterince anlamlı saptanmıştır (p=0,001).

Hastaların öz değerlendirmelerine göre tedaviden yanıt görme durumları Tablo 15'te yer almaktadır. BKÖ grubundaki olguların 32'si (%36,4) tedaviden fayda gördüğünü belirtmiştir. MDB grubunda 71 (%80,7) olgu tedaviden fayda gördüğünü ifade etmiştir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,001).

Tablo 15. BKÖ ve MDB olgularının yatış ve tedavi yanıtı açısından karşılaştırılması

	BKÖ	MDB	Anlamlılık
	n (%)	n (%)	
Yatış			
Var	46 (%52,3)	5 (%5,7)	p=0,001*
Yok	42 (%47,7)	83 (%94,3)	
Tedaviye yanıt			
Var	32 (%36,4)	71 (%80,7)	p=0,001*
Yok	56 (%63,6)	17 (%19,3)	

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, *Ki kare, n: sayı, %: yüzde, p<0,05

Farmakolojik tedavi, ilaç grupları açısından karşılaştırıldığında MDB grubunun tamamında (n=88) antidepresan grubu ilaç kullanımı mevcutken BKÖ

grubunda antidepresan kullanan olgu sayısı 72 (%81,8) şeklindedir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,001$). BKÖ grubunda 84 (%95,5) olgunun tedavisinde antipsikotik grubundan ilaç bulunmakta iken MDB grubunda 39 (%44,3) olguda mevcut olduğu görülmüştür ($p=0,001$). Tedavisinde duygu durum düzenleyici bulunan olgu sayısı BKÖ grubunda 30 (%34,1), MDB grubunda ise 2 (%2,3) şeklindedir ($p=0,001$). BKÖ grubunda 32 (%36,4) olgunun tedavisinde metilfenidat ve/veya atomoksetin bulunurken, MDB grubunda 18 (%20,5) olgunun tedavisinde bulunduğu görülmüştür ($p=0,019$). Tedavide antidepresan, antipsikotik, duygu durum düzenleyici ve metilfenidat/atomoksetin ilaç grubu kullanımı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar izlenmiştir (Tablo 16).

Tablo 16. BKÖ ve MDB Olgularının Tedavide Kullanılan İlaç Grubu Açısından Karşılaştırılması

	BKÖ	MDB	Anlamlılık
	n (%)	n (%)	
Antidepresan grubu ilaç			
Var	72 (%81,8)	88 (%100)	p=0,001*
Yok	16 (%18,2)	0	
Antipsikotik grubu ilaç			
Var	84 (%95,5)	39 (%44,3)	p=0,001*
Yok	4 (%4,5)	49 (%55,7)	
Duygu durum düzenleyici grubu ilaç			
Var	30 (%34,1)	2 (%2,3)	p=0,001*
Yok	58 (%65,9)	86 (%97,7)	
Metilfenidat/Atomoksetin grubu ilaç			
Var	32 (%36,4)	18 (%20,5)	p=0,019*
Yok	56 (%63,6)	70 (%79,5)	

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, n: sayı, %: yüzde, *Ki kare $p<0,05$

Olguların tedavilerindeki ilaç grubu sayısı incelendiğinde, BKÖ grubunda tek grup ilaç kullanan olgu sayısı 7 (%8) iken MDB grubunda 39 (%44,3) şeklindedir.

Tedavisinde iki farklı ilaç grubu bulunan olgu sayısına bakıldığında ise BKÖ grubunda 42 (%47,7) kişi, MDB grubunda 41 (%46,6) kişi bulunmaktadır. Üç farklı ilaç grubu kullanımına bakıldığında BKÖ grubunda 30 (%34,1) ve MDB grubunda 6 (%6,8) olduğu görülmüştür. Dört farklı ilaç grubu kullanılması BKÖ grubunda 9 (%10,2) olguda mevcutken MDB grubunda 2 (%2,3) olguda mevcut olduğu görülmüştür. İlaç grubu kullanım sayısı açısından bu fark istatistiksel olarak yeterince anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$).

Tablo 17. BKÖ ve MDB gruplarının ilaç grubu sayısı açısından karşılaştırılması

	BKÖ	MDB	
	n (%)	n (%)	
Tek ilaç grubu	7 (%8)	39 (%44,3)	p=0,000*
İki ilaç grubu	42 (%47,7)	41 (%46,6)	
Üç ilaç grubu	30 (%34,1)	6 (%6,8)	
Dört ilaç grubu	9 (%10,2)	2 (%2,3)	

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, n: sayı, %: yüzde, *Ki kare $p<0,05$

4.12. BKÖ VE MDB GRUPLARININ EŞ TANILARININ KARŞILAŞTIRILMASI

BKÖ ve MDB olgularının yarı yapılandırılmış görüşme sonucu eş psikiyatrik hastalık tanıları ve oranları Tablo 18’de yer almaktadır.

BKÖ grubunda DEHB eş tanısı olan olgu sayısı 37 (%42), MDB grubunda 19’dur (%21,6) ($p=0,004$). BKÖ grubunda Bipolar Bozukluk (BB) tanısı alan olgu sayısı 5 (%5,7) iken MDB grubunda tanı alan olgu sayısı bulunmamıştır ($n=0$) ($p=0,023$). BKÖ grubunda 5 (%5,7) olguda, MDB grubunda ise 1 (%1,1) olguda Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanısı eş tanı olarak bulunmuştur ($p=0,007$). Anksiyete bozukluk (AB) eş tanısı BKÖ grubunda 35 olguda (%39,8) mevcutken, MDB grubunda 53 olguda (%60,2) mevcut olduğu görülmüştür ($p=0,001$). Duygudurum bozukluğu (DDB) eş tanısı olan olgu sayısı BKÖ grubunda 48(%54,5), MDB grubunda 4 (%4,5)’tür ($p=0,000$). BKÖ grubunda Davranım Bozukluğu (DB) eş tanısı 19 (%21,6) olguda mevcutken MDB grubunda 4 (%4,5) olguda mevcut olduğu görülmüştür ($p=0,001$). Yeme bozukluğu tanısı alan olgu sayısı BKÖ grubunda 5 (%5,7), MDB grubunda 0(%0) dır ($p=0,023$). Madde kullanım bozukluğu (MKB) eş tanısı alan olgu sayısı BKÖ grubunda 9 (%10,2) iken MDB grubunda 1 (%1,1)

olduğu görülmüştür (p=0,009). Beden algısında bozukluk olan olgu sayısı ise BKÖ grubunda 4(%4,5), MDB grubunda 0'dır (%0) (p=0,043).

DEHB, BB, TSSB, DDB, DB, Yeme bozukluğu, MKB ve beden algısında bozukluk eş tanıları için iki grup arasından istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur. BKÖ grubu daha yüksek oranda eş tanısı göstermiştir. Anksiyete bozukluk eş tanısı istatistiksel olarak anlamlı şekilde MDB grubunda daha yüksek oran görülmüştür. OKB (p=0,312), CKB (p=0,312), karşıt olma ve karşı gelme bozukluğu (KOKGB) (p=0,560), tik bozukluğu (p=0,316), otizm spektrum bozukluğu (OSB) (p=0,316), trikotillomani (p=0,316), dissosiyatif bozukluk (p=0,316) eş tanıları için iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Aynı zamanda klinik görüşmelerde, öykülerinde yahut kesitsel görüşmede belli belirsiz, gelip geçen işitsel ve görsel halüsinasyon tarifleyen olgular olmuştur. Bu durumun Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli -Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) ile yapılan görüşmelerde psikotik bozukluk tanı grubuna yahut başka bir psikotik özellikli bozukluğa bağlı olmadığı görülmüştür. Pseudohalüsinasyon semptomu BKÖ grubunda 20 (%22,7) olguda mevcutken MDB grupta 1 (%1,1) olguda olduğu görülmüştür. Bu fark istatistiksel olarak da yeterince anlamlı olarak bulunmuştur (p=0,000*).

Tablo 18. BKÖ ve MDB gruplarının eş tanıları açısından karşılaştırılması

	BKÖ	MDB	Anlamlılık
	n (%)	n (%)	
DEHB			p=0,004*
Var	37 (%42)	19 (%21,6)	
Yok	51 (%58)	69 (%78,4)	
BB			p=0,023*
Var	5 (%5,7)	0 (%0)	
Yok	83 (%94,3)	88 (%100)	
TSSB			p=0,007*
Var	5 (%5,7)	1 (%1,1)	
Yok	83 (%94,3)	87 (%98,9)	
AB			p=0,001*
Var	35 (%39,8)	53 (%60,2)	
Yok	53 (%60,2)	35 (%39,8)	

Tablo 18. (devam) BKÖ ve MDB gruplarının eş tanıları açısından karşılaştırılması

OKB			
Var	1 (%1,1)	3 (%3,4)	p=0,312*
Yok	87 (%98,9)	85 (%96,6)	
DDB			
Var	48 (%54,5)	4 (%4,5)	p=0,000*
Yok	40 (%45,5)	84 (%95,5)	
DB			
Var	19 (21,6)	4 (%4,5)	P=0,001*
Yok	69 (78,4)	84 (%95,5)	
CKY			
Var	3 (%3,4)	1 (%1,1)	p=0,312*
Yok	85 (%96,6)	87 (%98,9)	
Yeme bozukluğu			
Var	5 (%5,7)	0 (%0)	p=0,023*
Yok	83 (%94,3)	88 (%100)	
KOKGB			
Var	2 (%2,3)	1 (%1,1)	p=0,560*
Yok	86 (%97,7)	87 (%98,9)	
Tik bozukluğu			
Var	0 (%0)	1 (%1,1)	P=0,316*
Yok	88 (%100)	87 (%98,9)	
OSB			
Var	0 (%0)	1 (%1,1)	p=0,316*
Yok	88 (%100)	87 (%98,9)	
MKB			
Var	9 (%10,2)	1 (%1,1)	p=0,009*
Yok	79 (%89,8)	87 (%98,9)	
Beden algısı bozukluğu			
Var	4 (%4,5)	0 (%0)	p=0,043*
Yok	84 (%95,5)	88 (%100)	
Trikotillomani			
Var	1 (%1,1)	0 (%0)	p=0,316*
Yok	87 (%98,9)	88 (%100)	
Dissosiatif bozukluk			
Var	1 (%1,1)	0 (%0)	p=0,316*
Yok	87 (%98,9)	88 (%100)	
Pseudo halüsinasyon			
Var	20 (%22,7)	1 (%1,1)	p=0,000*
Yok	68 (%77,3)	87 (%98,9)	

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluk, BB: Bipolar Bozukluk, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu, AB: Ankiyete Bozukluğu OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, DDB: Duygu Durum bozukluk, DB: Davranım Bozukluğu CKY: Cinsel Kimliğinden Yakınma, KOKGB: karşıt olma ve karşı gelme bozukluğu, OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu, MKB: Madde Kullanım Bozukluğu, n: sayı, %: yüzde, *Ki kare **p<0,05**

Hastaların tanı sayısının gruplandırılmasına tablo 19 da yer verilmiştir. Eş tanıları ile birlikte toplam tanı sayısının 3 ve üzerinde olan olgu sayısı BKÖ grubunda 72'dir (%81,8). MDB grubunda üç ve üstünde tanısı olan olgu sayısı ise 21(%23,9)'dir. İki grup arasında istatistiksel olarak yeterince anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,000).

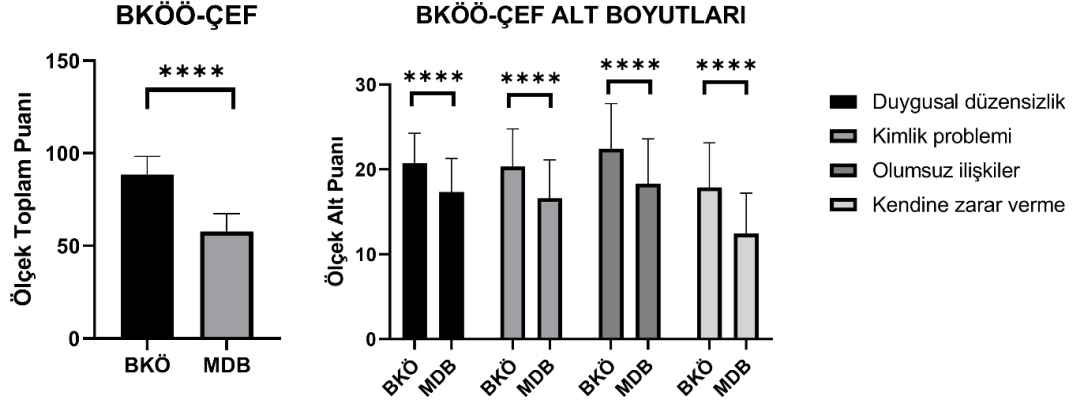
Tablo 19. BKÖ ve MDB gruplarının tanı sayısı açısından karşılaştırılması

	BKÖ	MDB	
	n (%)	n (%)	
3'ün altında tanı sayısı	16 (%18,2)	67 (%76,1)	p=0,000*
3 ve daha fazla tanı sayısı	72 (%81,8)	21(%23,9)	

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, n: sayı, %: yüzde, *Ki kare $p<0,05$

4.13. BKÖ VE MDB GRUPLARININ BKÖÖ-ÇEF TOPLAM PUANLARI VE ALT BOYUTLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

BKÖ (n=88) ve MDB (n=88) gruplarında borderline kişilik özellikleri ölçeği ve alt boyutları Student t testi kullanılarak karşılaştırılmıştır (Şekil 4). BKÖ ve MDB grubunda ortalama±standart sapmaları sırasıyla 88,43±9,85 ve 57,8±9,47 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puanında BKÖ grubunda MDB grubuna göre anlamlı artış bulunmuştur ($p<0.0001$). Alt boyutları için BKÖ ve MDB gruplarında ortalama±standart sapmaları sırasıyla duygusal düzensizlik alt boyutu (20,77±3,5; 17,34±3,95); kimlik problemleri alt boyutu (20,36±4,42; 16,61±4,51); olumsuz ilişkiler alt boyutu (22,45±5,3; 18,33±5,28); kendine zarar verme alt boyutu (17,9±5,23; 12,45±4,76) olarak bulunmuştur. Tüm alt boyutlar için BKÖ grubunda MDB grubuna göre anlamlı artış bulunmuştur ($p<0.0001$).



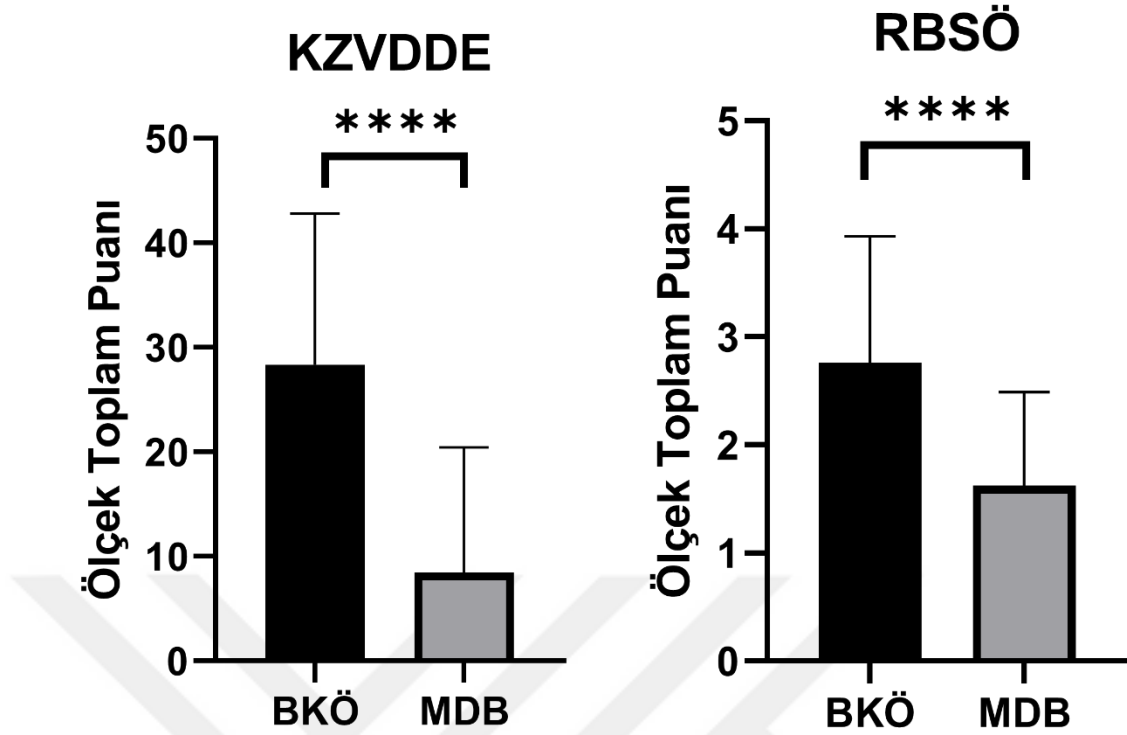
Şekil 4. BKÖÖ-ÇEF ölçeklerinin BKÖ ve MDB grupları için toplam puanları ve alt boyutları

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, BKÖÖ-ÇEF: Sınır Kişilik Özellikleri Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu ****p<0,0001

4.14. BKÖ VE MDB GRUPLARININ KZVDDE VE RBSÖ TOPLAM PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

BKÖ (n=88) ve MDB (n=88) gruplarında KZVDDE ve RBSÖ ölçekleri Student t testi kullanılarak karşılaştırılmıştır (Şekil 5). KZVDDE ölçeği için BKÖ ve MDB grubunda ortalama±standart sapmaları sırasıyla 28,36±14,44 ve 8,47±11,99 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puanında BKÖ grubunda MDB grubuna göre anlamlı artış bulunmuştur (p<0.0001).

RBSÖ ölçeği için BKÖ ve MDB grubunda ortalama±standart sapmaları sırasıyla 2,76±1,17 ve 1,62±0,86 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puanında BKÖ grubunda MDB grubuna göre anlamlı artış bulunmuştur (p<0.0001).

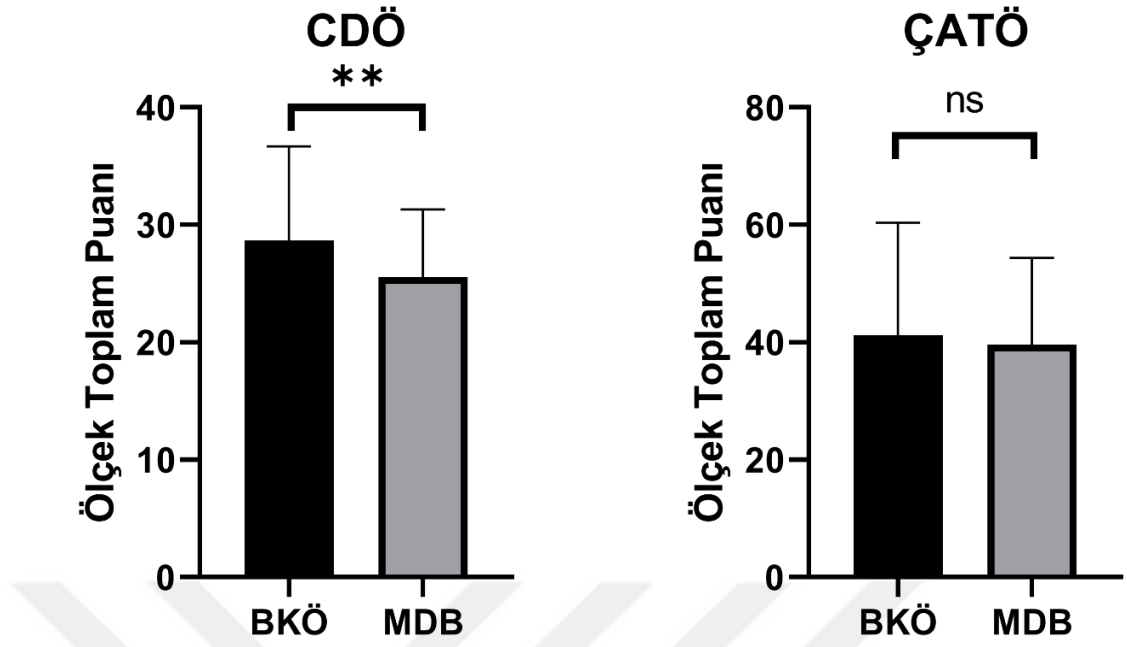


Şekil 5. KZVDDE ve RBSÖ ölçeklerinin BKÖ ve MDB grupları için toplam puanları
BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışını Değerlendirme Envanteri, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği****p<0,0001

4.15. BKÖ VE MDB GRUPLARINDA CDÖ VE ÇATÖ TOPLAM PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

BKÖ (n=88) ve MDB (n=88) gruplarında CDÖ ve ÇATÖ ölçekleri Student t testi kullanılarak karşılaştırılmıştır (Şekil 6). CDÖ ölçeği için BKÖ ve MDB grubunda ortalama±standart sapmaları sırasıyla 28,64±8,05 ve 25,54±5,76 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puanında BKÖ grubunda MDB grubuna göre anlamlı artış bulunmuştur (p<0.005).

ÇATÖ ölçeği için BKÖ ve MDB grubunda ortalama±standart sapmaları sırasıyla 41,27±19,12 ve 39,65±14,71 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puanında BKÖ grubunda MDB grubuna göre anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.53).

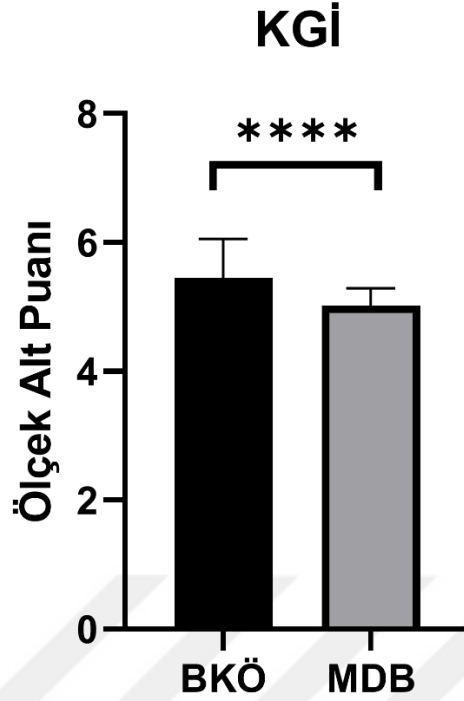


Şekil 6. CDÖ ve ÇATÖ ölçeklerinin BKÖ ve MDB grupları için toplam puanları

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, CDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği ÇATÖ: Çocuklar için Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği**p<0,005 ns: istatistiksel olarak anlamlı değil

4.16. BKÖ VE MDB GRUPLARINDA KGİ ÖLÇEĞİNİN TOPLAM PUAN KARŞILAŞTIRILMASI

BKÖ (n=88) ve MDB (n=88) gruplarında KGİ ölçeği Student t testi kullanılarak karşılaştırılmıştır (Şekil 7). KGİ ölçeği için BKÖ ve MDB grubunda ortalama±standart sapmaları sırasıyla 5,44±0,6 ve 5,02±0,26 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puanında BKÖ grubunda MDB grubuna göre anlamlı artış bulunmuştur (p<0.0001).



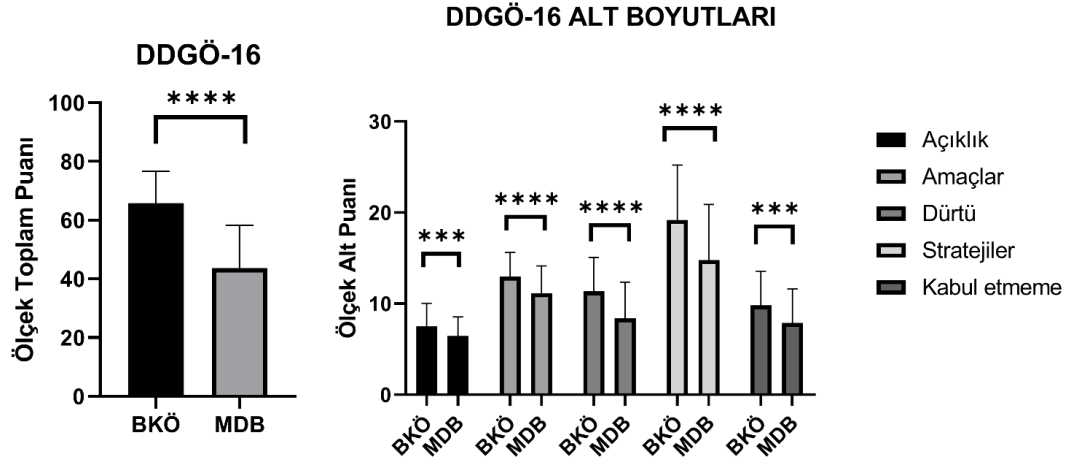
Şekil 7. KGİ ölçeklerinin BKÖ ve MDB grupları için toplam puanları

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, KGİ: Klinik Global İzlenim
****p<0,0001

4.17. BKÖ VE MDB GRUPLARINDA DDGÖ-16 TOPLAM PUANLARI VE ALT BOYUTLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

BKÖ (n=88) ve MDB (n=88) gruplarında DDGÖ-16 ölçeği ve alt boyutları Student t testi kullanılarak karşılaştırılmıştır (Şekil 8). BKÖ ve MDB grubunda ortalama±standart sapmaları sırasıyla 65,76±10,83 ve 43,73±14,59 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puanında BKÖ grubunda MDB grubuna göre anlamlı artış bulunmuştur (p<0.0001).

Alt boyutları için BKÖ ve MDB gruplarında ortalama±standart sapmaları sırasıyla açıklık alt boyutu (7,52±2,5; 6,44±2,08); amaçlar alt boyutu (12,97±2,65; 11,13±3,02); dürtü alt boyutu (11,36±3,7; 8,39±3,98); stratejiler alt boyutu (19,18±6,01; 14,78±6,09); kabul etmeme alt boyutu (9,82±3,72; 7,9±3,72) olarak bulunmuştur. Açıklık ve kabul etmeme alt boyutları (p<0.001), diğer tüm alt boyutlar için (p<0.0001) BKÖ grubunda MDB grubuna göre anlamlı farklılık bulunmuştur.



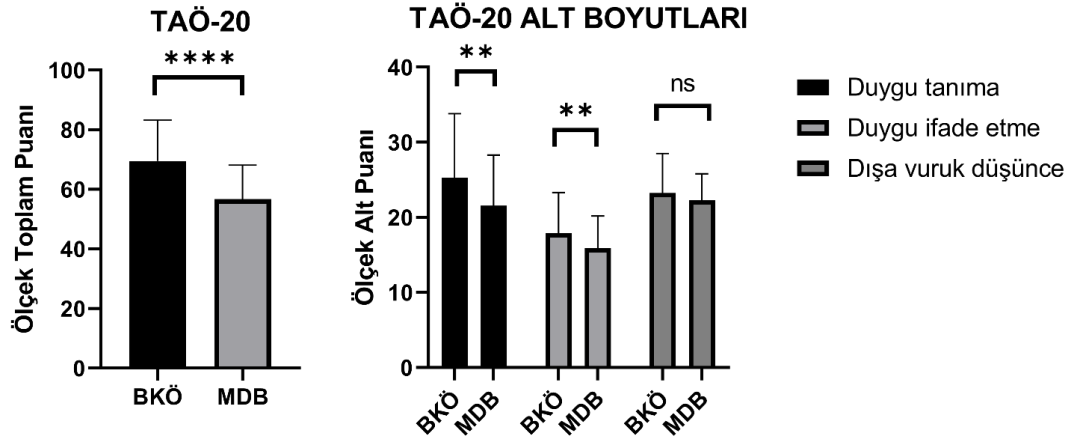
Şekil 8. DDGÖ-16 ölçeğinin BKÖ ve MDB grupları için toplam puanları ve alt boyutları

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, DDGÖ-16: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form, ***<0,001 ****p<0,0001 ns:istatistiksel olarak anlamlı değil

4.18. BKÖ VE MDB GRUPLARINDA TAÖ-20 TOPLAM PUANLARI VE ALT BOYUTLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

BKÖ (n=88) ve MDB (n=88) gruplarında TAÖ-20 ölçeği ve alt boyutları Student t testi kullanılarak karşılaştırılmıştır (Şekil 9). BKÖ ve MDB grubunda ortalama±standart sapmaları sırasıyla 69,57±13,62 ve 43,73±14,59 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puanında BKÖ grubunda MDB grubuna göre anlamlı artış bulunmuştur (p<0.0001). Alt boyutları için BKÖ ve MDB gruplarında ortalama±standart sapmaları sırasıyla duygu tanıma alt boyutu (25,33±8,49; 21,56±6,74); duygu ifade etme alt boyutu (17,9±5,43; 15,93±4,25); dışa vuruk düşünce alt boyutu (23,26±5,26; 22,23±3,53) olarak bulunmuştur.

Duygu tanıma ve duygu ifade etme alt boyutu (p<0.005) için BKÖ grubunda MDB grubuna göre anlamlı farklılık bulunurken, dışa vuruk düşünce alt boyutu için anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.151).

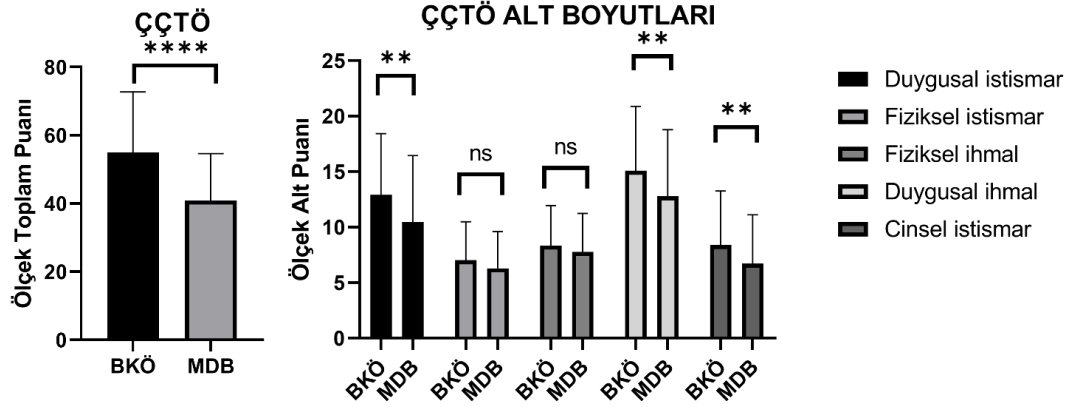


Şekil 9. TAÖ-20 ölçeğinin BKÖ ve MDB grupları için toplam puanları ve alt boyutları
BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 **p<0,005 ****p<0,0001 ns: istatistiksel olarak anlamlı değil

4.19. BKÖ VE MDB GRUPLARINDA ÇÇTÖ'NÜN TOPLAM PUANLARI VE ALT BOYUTLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

BKÖ (n=88) ve MDB (n=88) gruplarında ÇÇTÖ toplam ve alt boyut puanları Student t testi kullanılarak karşılaştırılmıştır (Şekil 10). BKÖ ve MDB grubunda ortalama±standart sapmaları sırasıyla 54,95±17,77 ve 40,88±13,76 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puanında BKÖ grubunda MDB grubuna göre anlamlı artış bulunmuştur (p<0.0001).

Alt boyutları için BKÖ ve MDB gruplarında ortalama±standart sapmaları sırasıyla duygusal istismar alt boyutu (19,92±5,5; 10,48±5,97); fiziksel istismar alt boyutu (7,03±3,46; 6,3±3,32); fiziksel ihmal alt boyutu (8,35±3,58; 7,77±3,46); duygusal ihmal alt boyutu (15,09±5,8; 12,77±5,99); cinsel istismar alt boyutu (8,40±4,87; 6,72±4,38) olarak bulunmuştur. Fiziksel istismar (p=0,151) ve fiziksel ihmal (p=0,277) alt boyutları için BKÖ grubunda MDB grubuna göre anlamlı farklılık saptanmamıştır. Duygusal istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar alt boyutları için BKÖ grubunda MDB grubuna göre anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.005).



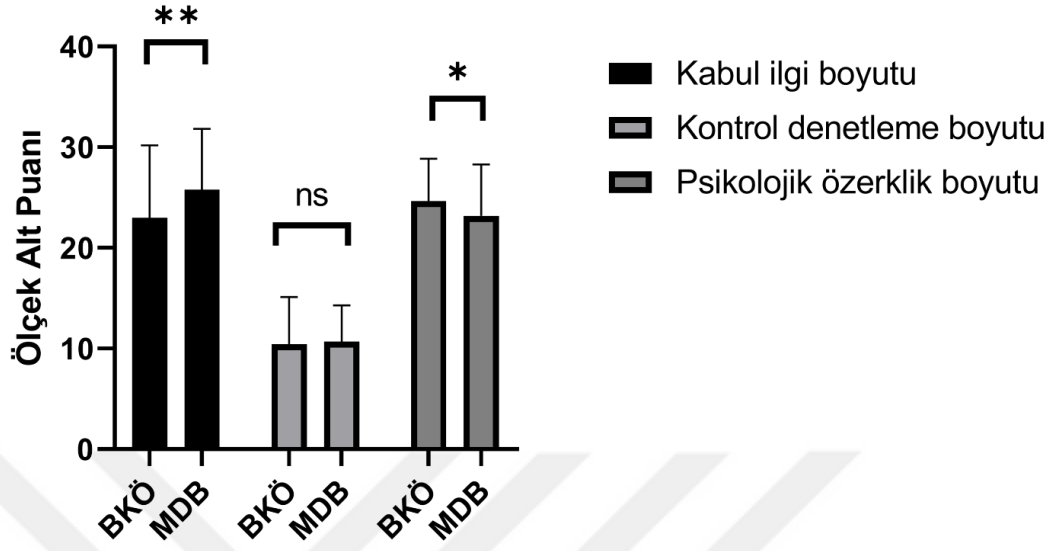
Şekil 10. ÇÇTÖ ölçeğinin BKÖ ve MDB grupları için toplam puanları ve alt boyutları

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği, **p<0,005***p<0,0001 ns: istatistiksel olarak anlamlı değil

4.20. BKÖ VE MDB GRUPLARINDA ABTÖ ALT BOYUTLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

BKÖ (n=88) ve MDB (n=88) gruplarında ABTÖ'nün alt boyutları Student t testi kullanılarak karşılaştırılmıştır (Şekil 11). Kabul ilgi, kontrol denetleme, psikolojik özerklik alt boyutları için BKÖ ve MDB gruplarında ortalama±standart sapmaları sırasıyla 22,99±7,17; 25,80±6,01; 24,64±4,21; 23,13±5,09; 10,42±4,68; 10,69±3,59 olarak bulunmuştur. Kabul ilgi MDB grubunda BKÖ grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı artış bulunmuştur (p<0.005). Kontrol denetleme alt boyutunda p=0.66 olarak anlamlı farklılık bulunmadığı, psikolojik özerklik alt boyutunda (p=0.041) ise anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0.005).

ABTÖ ALT BOYUTLARI



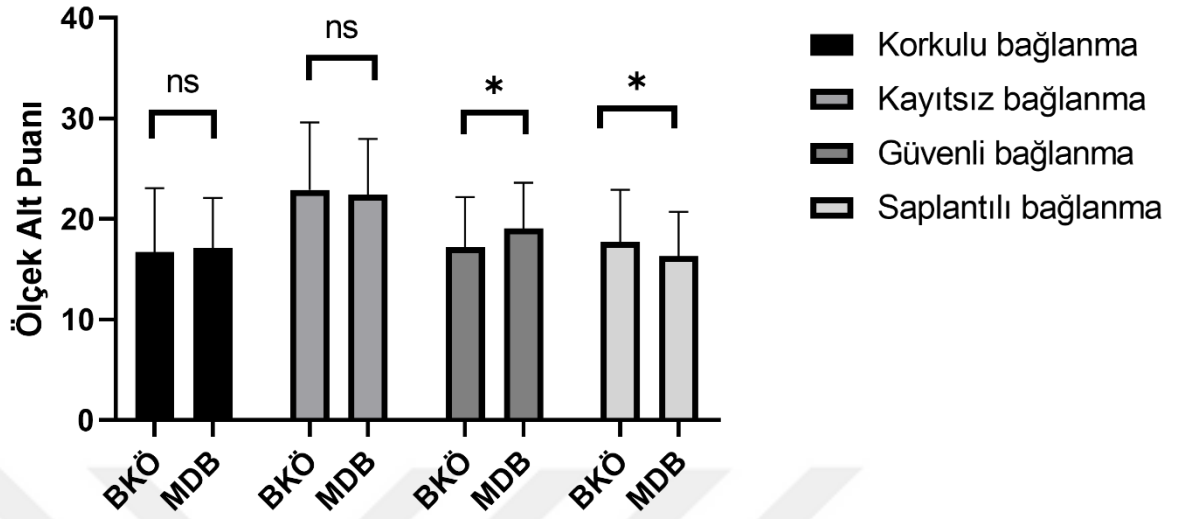
Şekil 11. ABTÖ ölçeğinin BKÖ ve MDB grupları için alt boyut puanları

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, ABTÖ: Anne Baba Tutum Ölçeği, * $p < 0,05$, ** $p < 0,005$, ns: istatistiksel olarak anlamlı değil

4.21. BKÖ VE MDB GRUPLARINDA İÖA-E’NİN ALT BOYUTLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

BKÖ (n=88) ve MDB (n=88) gruplarında İÖA-E’nin alt boyutları Student t testi kullanılarak karşılaştırılmıştır (Şekil 12). Alt boyutları için BKÖ ve MDB gruplarında ortalama±standart sapmaları sırasıyla korkulu bağlanma alt boyutu (16,72±6,35; 17,14±4,98); kayıtsız bağlanma alt boyutu (22,93±6,66; 22,41±5,55); güvenli bağlanma alt boyutu (17,2±4,98; 19,09±4,51); saplantılı bağlanma alt boyutu (17,76±5,13; 16,31±4,41) olarak bulunmuştur. Korkulu bağlanma ($p=0,626$) ve kayıtsız bağlanma alt boyutunda ($p=0,573$) anlamlı farklılık bulunmadığı, güvenli bağlanma ($p=0,009$) ve saplantılı bağlanma ($p=0,046$) alt boyutlarında anlamlı farklılık bulunmuştur.

İÖA-E ALT BOYUTLARI

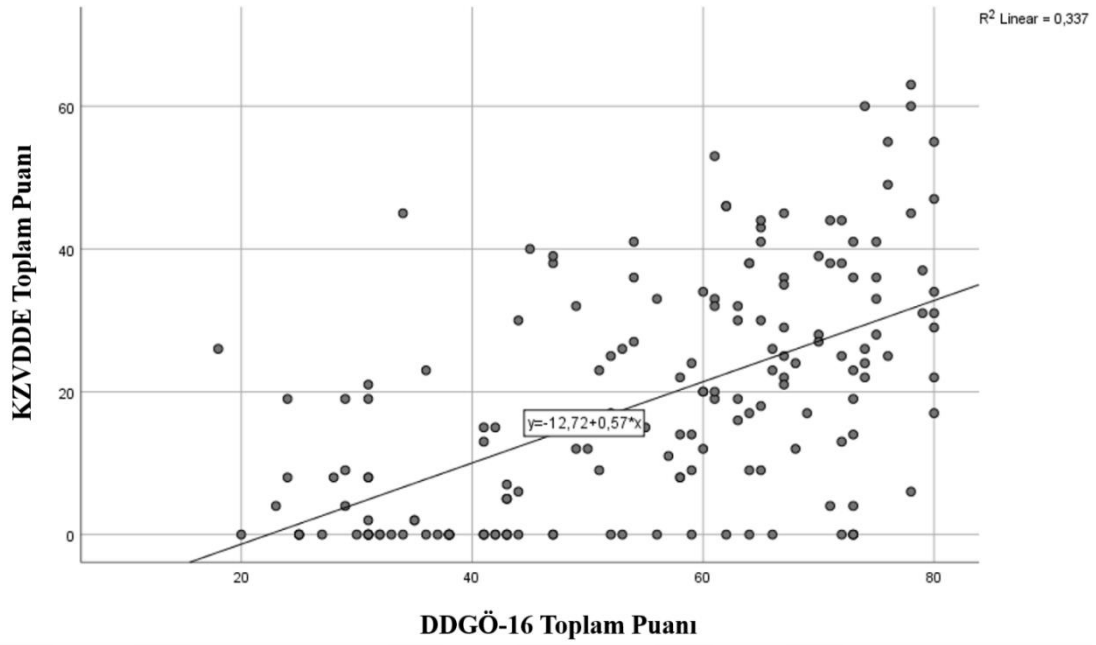


Şekil 12. İÖA-E ölçeğinin BKÖ ve MDB grupları için alt boyut puanları

BKÖ: Borderline Kişilik Özellikleri, MDB: Major Depresif Bozukluk, İÖA-E: İlişki Ölçeği Anketi Ergen Formu, * $p < 0,05$, ns: istatistiksel olarak anlamlı değil

4.22. KZVDDE VE DDGÖ-16 ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİNİN SONUÇLARI

KZVDDE ve DDGÖ-16 arasında yapılan korrelasyon analizinde pozitif yönde orta düzeyde ilişkili istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,588$) ($p=0,000$).

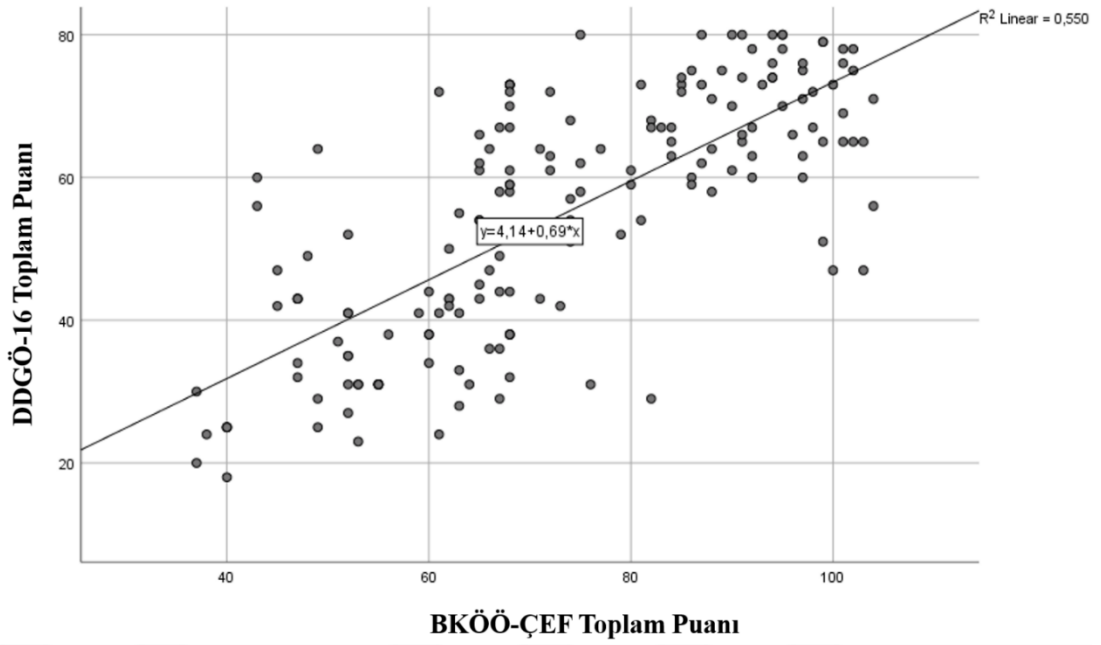


Şekil 13. KZVDDE ve DDGÖ-16 korelasyonu

KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışını Değerlendirme Envanteri, DDGÖ-16: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form

4.23. BKÖÖ-ÇEF VE DDGÖ-16 ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİNİN SONUÇLARI

BKÖÖ-ÇEF ile DDGÖ-16 arasında yapılan korelasyon pozitif yönde yüksek düzeyde ilişkili istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,741$) ($p=0,000$).

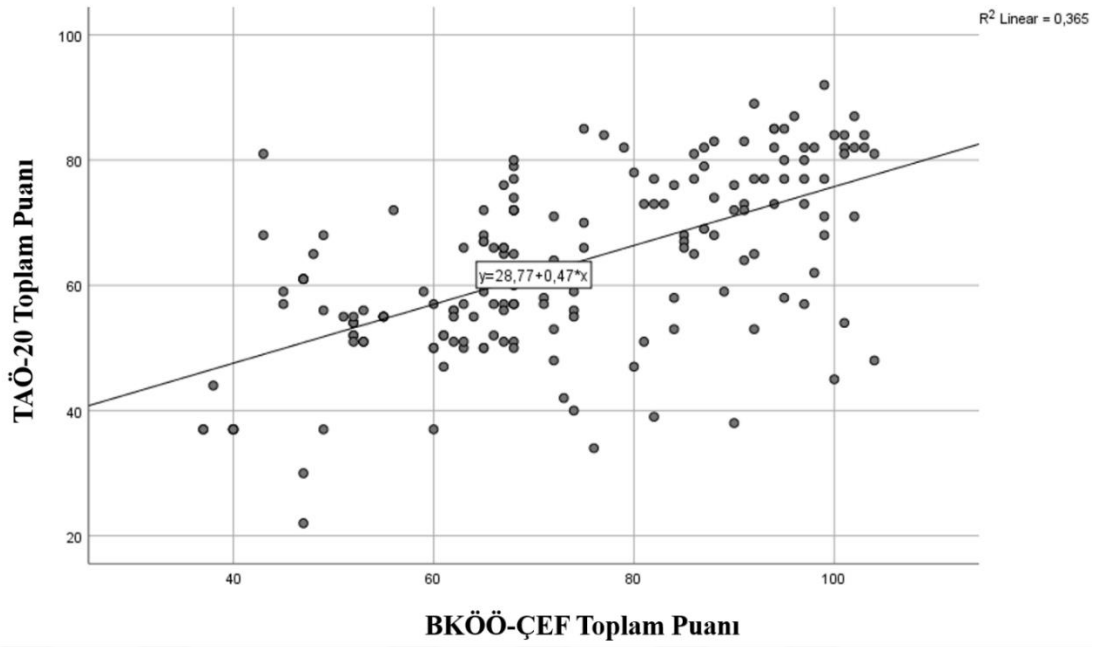


Şekil 14. BKÖÖ-ÇEF ve DDGÖ-16 korelasyonu

BKÖÖ-ÇEF: Sınır Kişilik Özellikleri Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu, DDGÖ-16: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form

4.24. BKÖÖ-ÇEF VE TAÖ-20 ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİNİN SONUÇLARI

BKÖÖ-ÇEF ile TAÖ-20 arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde orta düzeyde ilişkili, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,600$) ($p=0,000$).

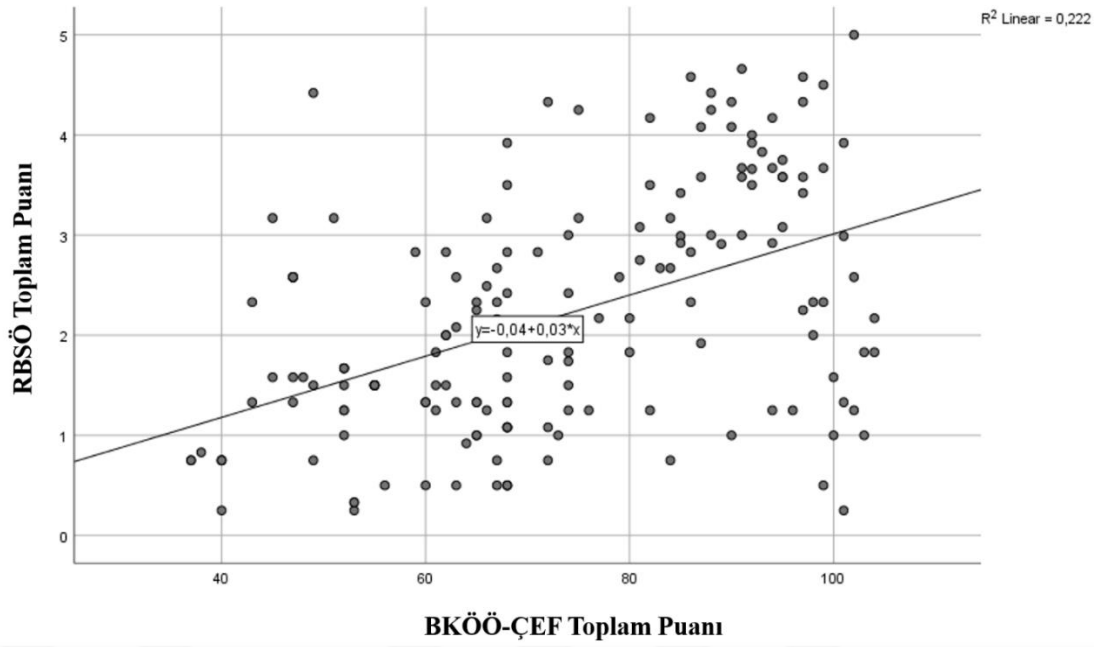


Şekil 15. BKÖÖ-ÇEF ve TAÖ-20 korelasyonu

BKÖÖ-ÇEF: Sınır Kişilik Özellikleri Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu, TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği

4.25. BKÖÖ-ÇEF İLE RBSÖ ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİNİN SONUÇLARI

BKÖÖ-ÇEF ile RBSÖ arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde orta düzeyde ilişkili, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,442$) ($p=0,000$).

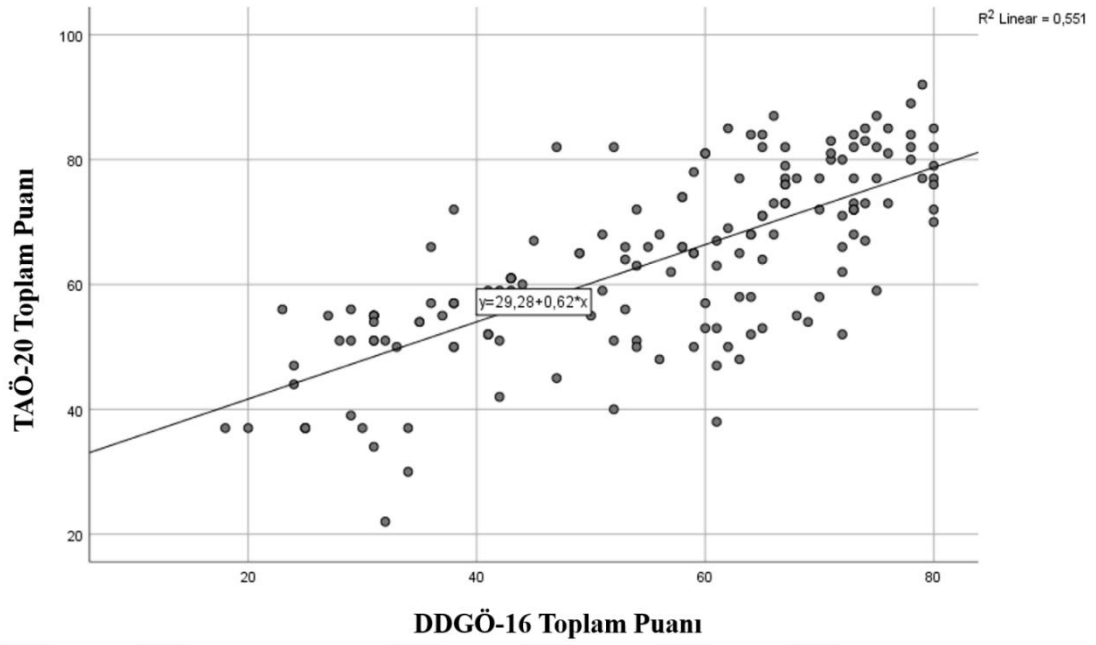


Şekil 16. BKÖÖ-ÇEF ve RBSÖ korelasyonu

BKÖÖ-ÇEF: Sınır Kişilik Özellikleri Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

4.26. DDGÖ-16 VE TAÖ-20 ARASINDAKİ KORELESYON ANALİZİNİN SONUÇLARI

DDGÖ-16 ile TAÖ-20 arasında yapılan korelasyon analizinde, pozitif yönde yüksek düzeyde ilişkili, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,743$) ($p=0,000$).

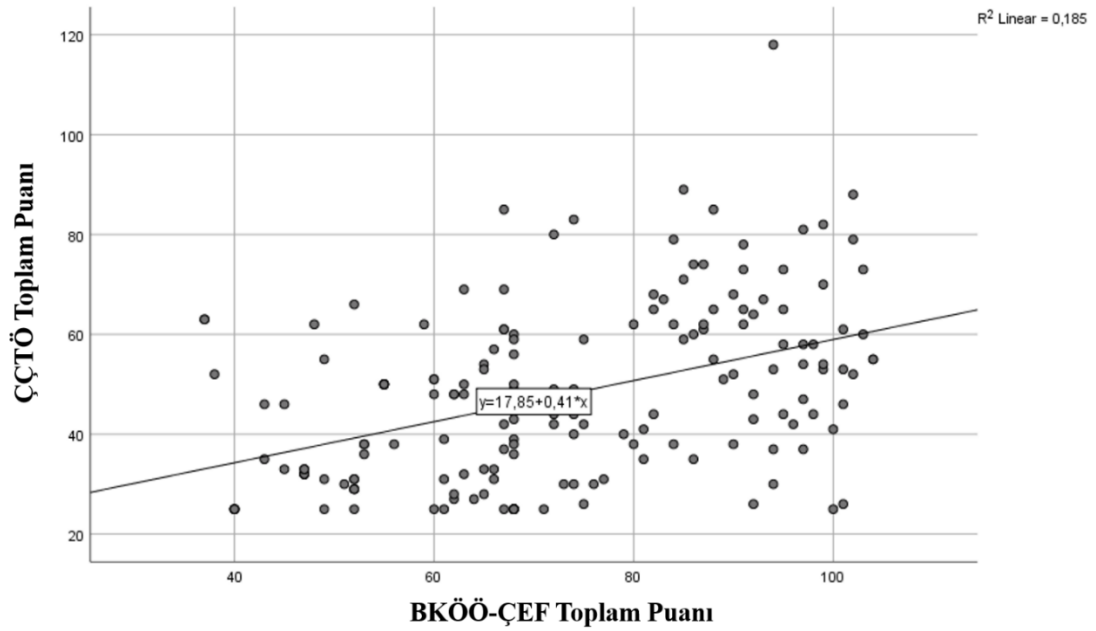


Şekil 17. DDGÖ-16 ve TAÖ-20 korelasyonu

DDGÖ-16: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form, TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği

4.27. BKÖÖ-ÇEF VE ÇÇTÖ ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİNİN SONUÇLARI

BKÖÖ-ÇEF ile ÇÇTÖ arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde orta düzeyde ilişkili, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,418$) ($p=0,000$).



Şekil 18. BKÖÖ-ÇEF ve ÇCTÖ korelasyonu

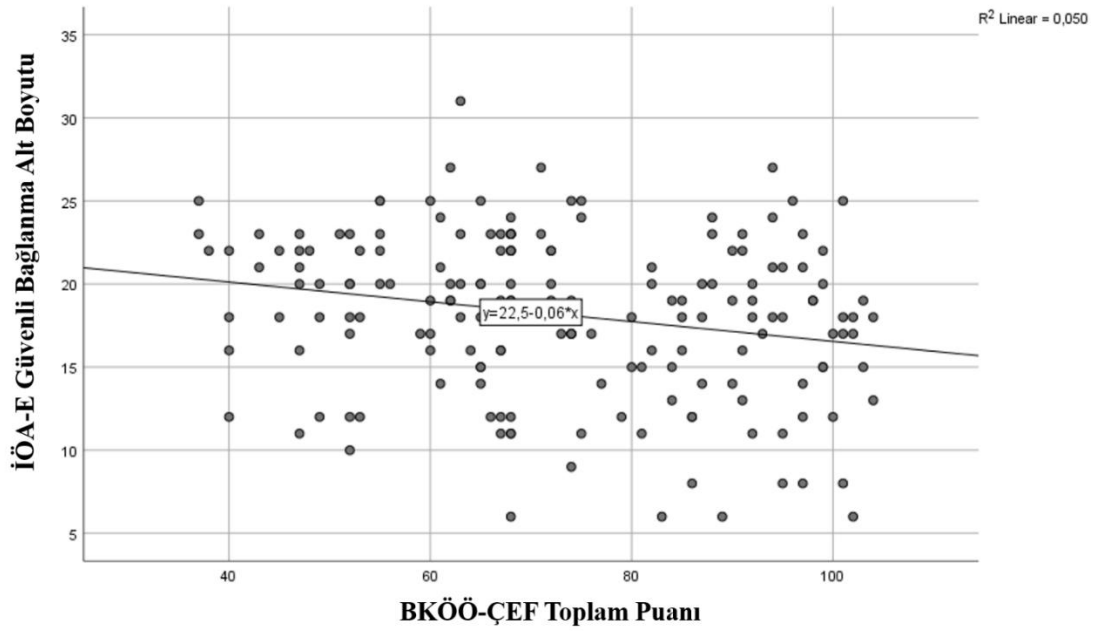
BKÖÖ-ÇEF: Sınır Kişilik Özellikleri Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu, ÇCTÖ: Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği

4.28. BKÖÖ-ÇEF VE İÖA-E ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİNİN SONUÇLARI

İlişki ölçeği anketi ergen formu ve BKÖÖ-ÇEF korelasyon analizi Tablo 20 'de yer almaktadır. BKÖÖ-ÇEF ve güvenli bağlanma alt boyutu arasında negatif yönde ve düşük düzeyde ilişkili, istatistiksel olarak yeterince anlamlı bir korelasyon olduğu görülmüştür ($r=-0,219$) ($p=0,004$). BKÖÖ-ÇEF ve saplantılı bağlanma alt boyutu arasında pozitif yönde düşük düzeyde ilişkili, istatistiksel olarak yeterince anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,196$) ($p=0,009$).

Tablo 20. İÖA-E ve BKÖÖ-ÇEF korelasyonu

		Korkulu Bağlanma	Kayıtsız Bağlanma	Güvenli Bağlanma	Saplantılı Bağlanma
BKÖÖ-ÇEF	r	-0,034	0,015	-,219**	,196**
	p	0,650	0,846	0,004	0,009

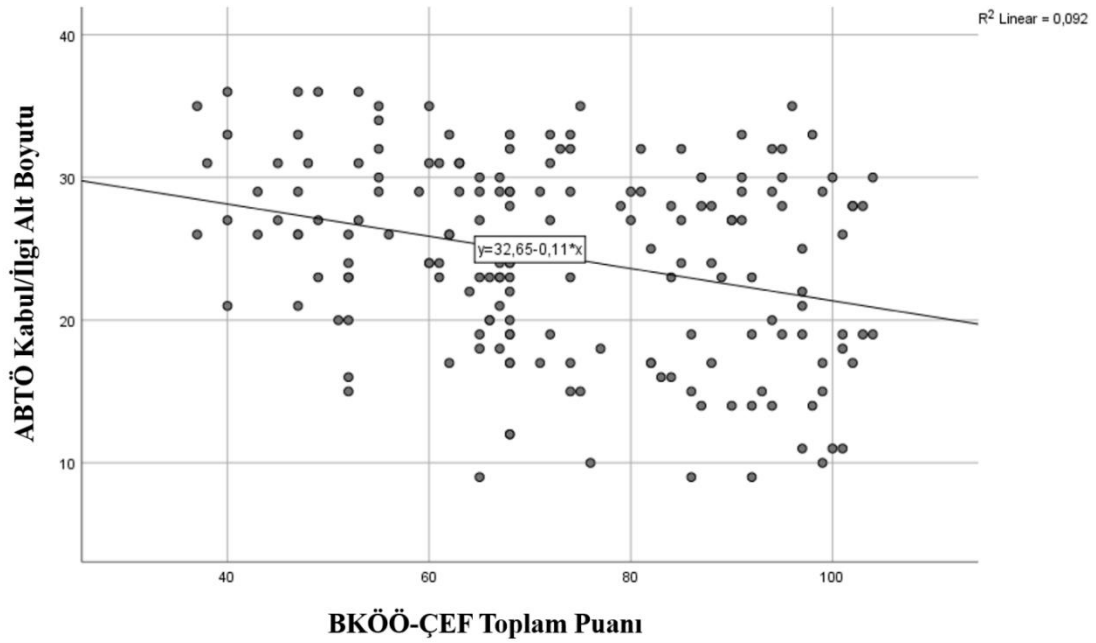


Şekil 19. BKÖÖ-ÇEF ve İÖA-E Güvenli Bağlanma Boyutu korelasyonu

BKÖÖ-ÇEF: Sınır Kişilik Özellikleri Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu, İÖA-E: İlişki Ölçekleri Anketi Ergen Formu

4.29. BKÖÖ-ÇEF VE ABTÖ ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİNİN SONUÇLARI

BKÖÖ-ÇEF ve ABTÖ alt boyutları arasında yapılan korelasyon analizi sonucunda BKÖÖ-ÇEF ve ABTÖ Kabul/İlgi alt boyutu arasında negatif yönde düşük düzeyde ilişkili, istatistiksel olarak yeterince anlamlı bir korelasyon olduğu görülmüştür ($r = -0,282$) ($p = 0,000$).

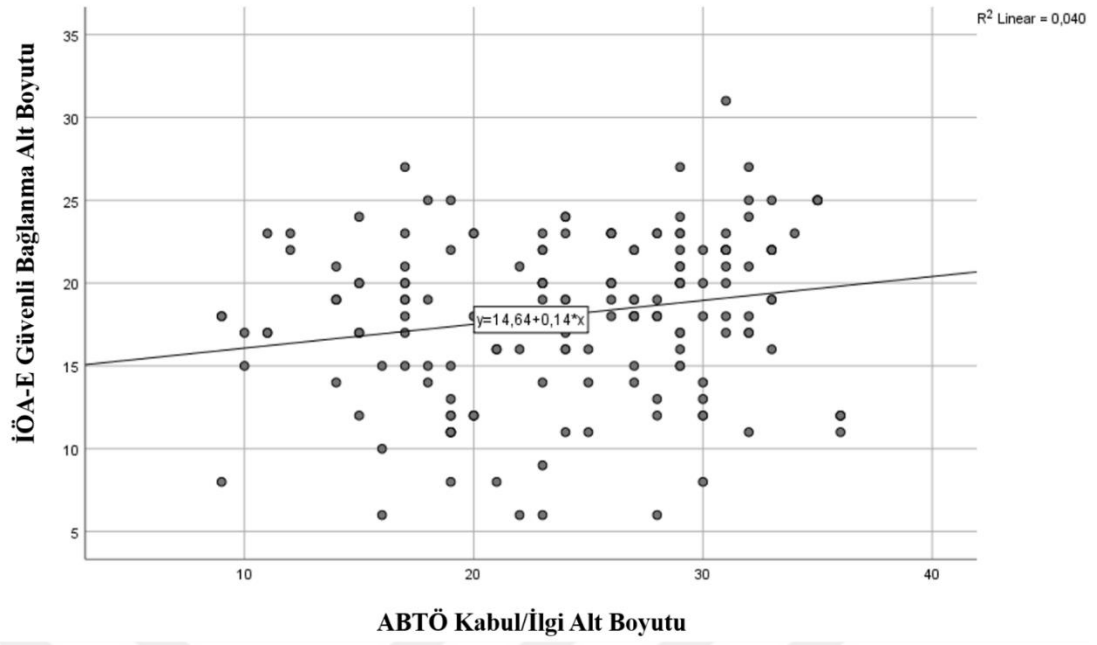


Şekil 20. BKÖÖ-ÇEF ve ABTÖ Kabul/İlgi Alt Boyutu Korelasyonu

BKÖÖ-ÇEF: Sınır Kişilik Özellikleri Ölçeği Çocuk ve Ergen Formu, ABTÖ: Anne Baba Tutum Ölçeği

4.30. ABTÖ VE İÖA-E ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİNİN SONUÇLARI

ABTÖ ve İÖA-E arasındaki korelasyon analizi sonucunda ABTÖ Kabul/ İlgi alt boyutu ile İÖA-E güvenli bağlanma alt boyutu arasında pozitif yönde düşük düzeyde ilişkili, istatistiksel olarak yeterince anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,222$) ($p=0,003$).



Şekil 21. ABTÖ Kabul/ İlgi Alt Boyutu ve İÖA-E Güvenli Bağlanma alt boyutu korelasyonu

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Ana Bilim Dalı'nda poliklinik başvurusu olan BKÖ ve MDB olgu gruplarının klinik özellikleri (eş tanı, farmakolojik tedavi, yatarak izlem oranı, KZVD, intihar girişimleri, duygu tanıma, anlamlandırma ve duygu düzenleme becerileri, benlik algısı, travmatik yaşantı, ebeveyn tutumu ve bağlanma özellikleri) ve sosyodemografik özellikleri kesitsel olarak karşılaştırılmıştır.

5.1. BKÖ VE MDB GRUPLARININ SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİLER

Çalışmaya dâhil edilen BKÖ (n=88) grubunun yaş ortalaması $15,78 \pm 1,2$ şeklindedir. MDB (n=88) grubunun yaş ortalaması ise $15,42 \pm 1,31$ şeklindedir. Her iki grup yaş dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. BKÖ grubunun %5'i erkek %95'i kızdır. MDB grubunun ise %9'u erkek, %91'i kızlardan oluşmaktadır. Gruplar arasında cinsiyet dağılımında da anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Amerika Birleşik Devletlerinde 2005 yılında yapılan bir klinik çalışmada borderline kişilik bozukluğu tanısı konulan 81 ergenin 55 'inin kadın 26 'sının erkek olduğu görülmüştür. Örneklemin yaş ortalamasının ise $16,1 \pm 1,4$ şeklinde olduğu görülmüştür (164). Erişkin yaş grubu ile yapılan 276 kişinin dâhil olduğu bir çalışmada, borderline kişilik bozukluğu olan kadınların örneklemin %77,1'ini oluşturduğu görülmüştür (165). Widiger ve Trull, meta analizlerinde BKB tanısı konulan bireylerin %76'sının kadın olduğunu belirtmişlerdir (166).

Bu çalışmaların aksine bazı çalışmalar bu sonuçların muhtemelen gerçek bir kadın üstünlüğünden ziyade örneklemin yanlılığından kaynaklanmakta olduğunu belirtmektedir. Klinik ortamlarda kadınların genel başvuru oranının yüksek olması, daha fazla kadının BKB'ye sahip olduğunu algısına nedeni olabileceği düşünülmüştür (167).

Yorbik ve ark. ergenler ile yaptıkları çalışmada, MDB tanısı konulan 715 adolesanın yaş ortalamasını $15,7 \pm 1,3$ şeklinde bulmuşlardır (168). Çocuklukta MDB tanı alma oranı kadın ve erkeklerde eşittir. Ancak ergenlikten sonra kadınlara

depresyon tanısı daha sık konulmaktadır. Bu durumu kadınların ergenlik öncesinde ve ergenlik sırasında depresyon için daha fazla dışsal risk faktörü yaşamış olabileceği şeklinde açıklamışlardır (122).

Çalışmamızda literatürdeki cinsiyet oranlarına göre daha yüksek oranda kız cinsiyet görülmüştür. Bu durumun poliklinik popülasyonumuzun özelliklerinden (kurum bakımında olan kız popülasyonun yoğun başvuruları) kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Olguların örgün eğitimi bırakma durumları incelendiğinde BKÖ grubundaki olguların MDB grubundaki olgulara göre anlamlı düzeyde daha fazla örgün eğitimi terk ettikleri görülmüştür.

Literatüre bakıldığında depresif bozukluk ve AB tanılarının, okulu bırakma riskini önemli derecede artırdığı birçok çalışmada gösterilmiştir (169-171).

75 çalışmanın dâhil edildiği bir meta analiz çalışmasında; okula dair olumsuz tutuma sahip olmak, anti-sosyal davranış ve bilişler, sigara, alkol, madde kullanımı, psikiyatrik belirtiler veya bozukluklar, riskli başa çıkma becerileri ve riskli davranışlar sergileme gibi çocukla ilgili risk alanları örgün eğitimden ayrılma durumu ile istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Aynı meta analiz çalışmasında ebeveynlerin okul katılımının düşük olması ve ebeveyn çocuk arasında zayıf ilişki olması gibi aileyle ilgili risk alanlarının da örgün eğitimden ayrılma ile istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde güçlü bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir (172).

Kaygı, depresyon, madde bağımlılığı ve yıkıcı davranış bozuklukları okul başarısının kritik bileşenleri olan bilişsel, duygusal ve sosyal gelişime zarar vermektedir. Daha şiddetli psikiyatrik bozukluğu olan popülasyonlarda okulu bitirme oranlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir (173, 174).

Çalışmamız sonucunda BKÖ grubu katılımcıların istatistiksel olarak daha fazla sigara, alkol, madde kullanımının olduğu ve riskli davranışlar sergilediği, eş tanı sayısının ve hastalık klinik şiddetinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu nedenle BKÖ grubunda literatür ile uyumlu olarak örgün eğitime devam etme oranlarının daha düşük olduğu izlenmiştir.

Çalışmamızda primer bakım veren kişinin “anne” olması her iki grupta çoğunluğu oluşturduğu görülmüştür. Ayrıca BKÖ grubunda anne ve baba dışında bir

bireyin primer bakım veren olduğu olgu sayısı 19 (%21,6) iken MDB grubunda 10'dur (%11,4). Bu fark rakamsal olarak dikkat çekse de istatistiksel olarak yeterince anlamlı bulunmamıştır.

Bir izlem çalışmasında, beş yaşından önce anneden uzun süreli ayrı kalmanın otuz yıl sonrasına kadar BKB semptomlarının seyri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (175). Başka bir çalışmada tutarsız ebeveynlik, bakım verenin aşırı müdahalesi, düşük ebeveyn sevgisinin de özgül olmamakla birlikte BKB'nin gelişimiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Primer bakım vereninin kim olduğundan öte bağlanma biçimine daha çok odaklandığı görülmüştür (68). Bakım veren, bebek ilişkisinde güvenli bağlanma sağlanamadığında psikopatoloji riski artmaktadır. Tam tersi olarak güvenli bağlanmanın erken psikopatoloji gelişimine karşı koruyucu olabildiği gösterilmiştir (176).

İki grup arasında anlamlı farklılık görülmemesi sebebi; kontrol grubunun psikopatolojiye sahip olması olabilir. Diğer olası nedense, bağlanmanın primer bakım verenin kim olduğundan bağımsız, bakım verenle olan ilişkiyle şekillenmesidir. Katılımcılarımızın İÖA-E formu ile bağlanma stilleri incelenmiştir. BKÖ ve MDB grupları arasında olguların bağlanma alt boyutlarında anlamlı farklılıklar görülmüştür. Bu sebeple ikinci olasılık daha ön planda görülmektedir. Bulgularımız çerçevesinde primer bakım verenin kim olduğundan öte bakım veren ile olan ilişki psikopatolojide etkilidir.

Çalışmamızda BKÖ (n=88) grubunda 13 (%14,8) hastada organik hastalık mevcuttur. MDB (n=88) grubundaki organik hastalık bulunan olgu sayısı ise 4 'tür (%4,5). Sayıca dikkat çeken bu fark istatistiksel olarak yeterince anlamlı görülmüştür (p=0,022).

BKB tıbbi hastalıkların risklerini önemli ölçüde arttırmaktadır. Ayrıca BKB birçok hastalığın seyrini de zorlaştırabilmektedir (177). Bu durum yaşam tarzının getirdiği bir sonuç olabilmektedir. BKB hastalarının daha yüksek oranda sigara içtiği, alkol ve uyuşturucu kullandığı, uyku ve ağrı kesici ilaçları sıklıkla kötüye kullandıkları bilinmektedir (178, 179). Ayrıca BKB'de, olumsuz bir sağlık algısının mevcut olduğu görülmüştür (180). BKB olan hastaların psikolojik ve tıbbi tedavi önerilerine uyumu da zayıftır (181, 182). Bu sebepler eşlik eden kronik hastalık oranı ve sürengenliğini de artırmaktadır.

Birçok ülkede toplum temelli klinik çalışmalar, psikiyatrik bozuklukları olan çocuk ve ergenlerde bedensel hastalıkların arttığını göstermiştir (183-186). MDB tanısı konan bireylerde tıbbi hastalık riski daha yüksektir. Bu komorbidite, daha kötü sonuçlarla, tedaviye uyumun azalmasıyla, artan mortaliteyle ve daha fazla sağlık hizmeti kullanımı ve maliyetleriyle de ilişkilidir (187). 2020 yılında 11 makalenin dâhil edildiği bir derleme çalışmasında depresyonun; hastalık yönetimi, morbidite ve yaşam kalitesi ölçümlerini olumsuz etkileyebileceği gösterilmiştir (188).

Borderline Kişilik Özellikleri grubunda daha yüksek tıbbi hastalık oranı literatürle uyumludur. Ayrıca çalışmamızda BKÖ grubunun tıbbi hastalık oranının MDB grubuna göre de istatistiksel olarak daha fazla olduğu görülmüştür.

5.2. BKÖ VE MDB GRUPLARININ ANNELERİNİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİLER

Katılımcıların annelerinin özellikleri incelendiğinde BKÖ grubundaki olguların 23 'ünün (%28,4) annesinde psikiyatrik hastalık tanısı mevcutken, MDB grubundaki olguların 12'sinin (%15,4) annesinde psikiyatrik hastalık bulunmaktadır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur ($p=0,048$). BKÖ olgularının annelerinin 6'sında (%7,1) intihar girişimi mevcut iken MDB grubundaki olgu annelerinin 3'ünde (%3,8) mevcut olduğu görülmüştür. Ancak bu istatistiksel olarak yeterince anlamlı bir farka işaret etmemektedir ($p=0,297$).

Bağlanma teorisine göre bakım verenler, ilişkisel dünyanın içsel modellerinin gelişiminde anahtar rol oynamaktadır (189). Bu nedenle, ebeveyn-bebek ilişkisinin ruh hastalıkları patogenezinde önemli ve etkili bir faktör olduğu öne sürülmektedir (190-192). Ebeveynin itici olması, düşük sevgisi veya zayıf ebeveyn bakımının çocuklarda depresif bozukluk ve borderline kişilik bozukluğu da dâhil olmak üzere kişilik bozuklukları ve diğer psikopatolojilerin gelişim riskini artırmaktadır (68).

Bağlanmanın, BKB ile güçlü bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir (193-195). Güvenli olmayan bağlanma türlerinin BKB 'nin patogenezinde önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir (22, 196). Psikiyatrik bozukluğu olan ebeveynlerin evdeki uyumsuz davranış düzeyleri, psikiyatrik bozukluğu olmayan ebeveynlere göre daha yüksektir. Uyumsuz ebeveyn davranışı ise ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde psikiyatrik bozukluklara yakalanma riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir (197). Depresif annelerin çocuklarında güvensiz bağlanma, erken çocukluk döneminde içselleştirme

sorunları ve depresyon gelişimi açısından risk faktörü olabilmektedir (198). Bir çalışmada, annedeki depresyonun tedavisinin çocukların mevcut semptomları üzerinde de doğrudan etkisi olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular, psikiyatrik bozukluk gelişimi riskinin nesiller arası aktarımında ebeveynliğin önemli bir rol oynayabileceği hipotezini desteklemektedir (199). Annede mevcut olan psikopatolojinin bağlanma aracılığıyla çocuk ve ergenin psikopatoloji geliştirmesine aracılık edebileceği düşünüldüğünde bulgularımız literatür ile uyumludur. Ek olarak BKÖ grubundaki riskin MDB ye oranla daha yüksek olduğu sonucuna da varılmıştır.

Yapılan bir çalışmada annenin intihar eğiliminin çocuk ve ergen psikopatoloji gelişimini etkilediği fakat bu durumun özgül olmadığı sonucuna varılmıştır (200). Bu durum çalışmamızda annedeki intihar girişiminin, her iki psikopatolojide anlamlı farklılık oluşturmamasını açıklayabilmektedir.

Aynı zamanda bulgularımızda annenin ebeveynindeki psikiyatrik hastalık BKÖ grubunda daha yüksek iken sınırdaki bir istatistiksel fark ile anlamlı bulunmamıştır($p=0,058$). Annenin ebeveyninde sigara, alkol, uyuşturucu maddenin en az birinin kullanım oranının ise iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde BKÖ grubunda daha fazla olduğu görülmüştür.

Büyükanne ve büyükbabanın çocuk ile olan etkileşimi üzerine yapılan bir çalışmada büyükannelerin çocuğun hayatındaki birincil öneminin, çocuğun ebeveynlerinin kişiliği üzerindeki etkisi olduğu belirtilmiştir. Büyükannenin kişiliği, çocuk yetiştirme konusundaki tutumları, çocukla ilişkisi ve çocuğun ebeveynleriyle devam eden ilişkisi, çocuğun gelişiminde önemli bir faktör olarak görülmüştür (201).

Başka bir çalışmada, BKB tanısı konulmuş olan ergenlerin ebeveynlerinin kendi anneleriyle bağlanma deneyimlerinin BKB gelişiminde rol oynayabileceği ve ebeveyn bağlanma deneyimlerinin BKB'nin nesiller arası aktarımında bir etkisi olduğu öne sürülmüştür (202).

Literatürdeki bilgiler ile uyumlu olarak bulgularımız sonucunda annenin ebeveynindeki sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanımının anneyi yetiştirme tutumlarını ve bağlanma paternini etkileyebileceği düşünülmüştür. Aynı zamanda büyükanne, büyükbabanın çocuk ile olan ilişkisi üzerinde de doğrudan etkisi olacaktır. Psikiyatrik hastalık bulunma durumunun sınırdaki anlamlı çıkmamasının kontrol grubumuzun da psikopatoloji içermesinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

5.3. BKÖ VE MDB GRUPLARININ BABALARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİLER

Olguların babalarının özelliklerine bakıldığında, BKÖ ve MDB grubundaki babaların psikiyatrik hastalık mevcudiyeti ve intihar girişiminde bulunma öyküsü istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Bir ikiz çalışmasında, babadaki dışa vurum bozuklukları, BKB özelliklerinin belirti sayıları gibi özellikleri yalnızca biyolojik çocuklarda BKB özelliklerini önemli ölçüde öngördüğü görülmüştür. Bu durum babadaki psikopatolojinin daha çok genetik risk etkeni olduğunu göstermiştir (203).

BKÖ grubundaki babaların 22'sinde (%25,0) alkol kullanımı mevcut iken; MDB olgularının babalarında 8'inde (%9,2) alkol kullanımı mevcuttur. Bu farkın istatistiksel olarak da yeterince anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,006$).

Babaların alkol kullanım sorununun; baba-bebek oyun etkileşimleri sırasındaki babanın daha yüksek olumsuz duygulanımı, daha düşük olumlu katılımı ve daha düşük duyarlı tepkisi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu durumun da bebeğin babaya güvensiz bağlanma riskinin artmasına sebep olduğu bulunmuştur (204). Güvenli olmayan bağlanma türlerinin BKB'nin patogenezinde önemli bir rol oynadığı bilinmektedir (22, 196). Ayrıca alkol tüketiminin şiddet içerikli davranışların paterni ile ilişkisi gösterilmiştir (205). Bu durum aile içi şiddet artışına ve travmatizasyona sebep olabilmektedir (206, 207).

Olguların babalarının ebeveyn özelliklerine bakıldığında BKÖ grubundaki olguların babalarının 17'sinin (%20,5) ailesinde psikiyatrik hastalık tanısının mevcut olduğu görülmüştür. MDB grubundaki olguların babalarından ise 5'inin (%6,0) ailesinde psikiyatrik hastalık mevcut olduğu görülmüştür. BKÖ grubunda sayıca fazlalık göze çarpmaktadır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı saptanmıştır ($p=0,006$).

Ergenlerde BKB ve nesiller arası bağlanma özelliklerinin incelendiği bir çalışmada, yapılan önceki çalışmalar ile uyumlu olarak ebeveyn-çocuk ilişkisi özelliklerinin nesiller arası aktarıldığı ve bu özelliklerin ebeveynlerin mental sağlık durumundan da etkilendiği gösterilmiştir. Dolayısıyla ebeveyn tutumunun, BKB'nin nesiller arası aktarımına neden olabileceği gösterilmiştir (202). Aile içi ilişkilerin

önemi göz önünde tutulduğunda, babayla olan zayıf ilişkinin BKB özelliklerinin süreğenliğini artırdığı gösterilmiştir (208).

5.4. BKÖ VE MDB GRUPLARININ AİLE İÇİ GENEL ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİLER

Çalışmamızdaki borderline kişilik örüntüleri olan ve olmayan major depresif bozukluk gruplarımız arasında ebeveynleri boşanan olgu oranları açısından anlamlı fark izlenmemiştir.

Literatürdeki BKB tanılı ergenler ile yapılan bazı çalışmalarda da bu durumun fark oluşturmadığı görülmüştür (209).

Olgularımıza aile içi şiddetin mevcudiyeti sorulmuştur ve kendi beyanları esas alınmıştır. BKÖ grubunda 22 (%25) olguda, MDB grubunda ise 6 (%6,8) olguda aile içi şiddetin mevcut olduğu görülmüştür. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı saptanmıştır ($p=0,01$).

Yapılan çalışmalarda, aile içi şiddete maruz kalmanın ergenlik döneminde içselleştirilmiş ve dışsallaştırılmış psikopatoloji riskini artırdığı gösterilmiştir (210). Yapılan bir meta analizin sonuçları da, çocuklukta aile içi şiddete maruz kalma ile çocuklarda içselleştirme, dışsallaştırma ve travma belirtileri arasında bir ilişki olduğu hipotezini desteklemiştir (211).

Son yirmi yılda, aile içi olumsuzluklar ile BKB gelişimi arasındaki ilişkiyi araştıran birçok çalışma vardır. Bu çalışmalar, ebeveyn psikopatolojisini, aile içi şiddeti, düşük sosyoekonomik durumu, ebeveyn çatışmalarını, aşırı korumacı ve reddedici ebeveynlik stillerini ve bağlanma düzensizliğini BKB semptomlarının güçlü yordayıcıları olarak tanımlamıştır (50, 208, 212-214). Nitekim bulgularımız literatür ile uyumlu sonuçlanmıştır.

5.5. BKÖ VE MDB GRUPLARININ DÖVME VE PIERCİNG AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

BKÖ grubunda en az bir dövmesi bulunan olgu sayısı 31 (%35,2), MDB grubunda 4'tür (%4,5). Piercingi olan olgu sayısı BKÖ grubunda 49 (%55,7) ve MDB grubunda 20'dir (%22,7). Dövme ve piercing sahibi olma iki grup arasında anlamlı olarak farklıdır ($p=0,001$).

Farklı alışmalar vct modifikasyonu ile kendine zarar verme davranışları arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir. Walsh ve Rosen'in, kendini zarar verme olarak tanımladıkları dört kategoriden ilki; kulak delme, tırnak yeme, küçük dövmeler ve estetik cerrahiyi içermektedir (215).

Suris ve arkadaşları, yaşları 16-22 yıl arasında değişen 7548 öğrenciden oluşan bir grup üzerinde çalışmış ve piercing uygulaması ile sapkın davranışlar arasındaki ilişkiyi doğrulamıştır (216).

İtalya'da yapılan bir çalışmada, piercing ve dövmesi olan olgular ile psikiyatrik bozukluk arasında pozitif bir ilişki olduğunu bulunmuştur. Piercing ve/veya dövme yaptıran kişilerde alkol ve uyuşturucu kullanımı, dikkatsiz araç kullanma, yaraların iyileşmesini engelleme, olağandışı cinsel uygulamalar, kendine zarar verme isteği gibi sapkın davranışlar yüksek sıklıkta görülmektedir (217).

Ceylan ve ark. tarafından 76 erkek ergen mahkumun kontrol grubu ile karşılaştırıldığı çalışmada kendilerine zarar verici davranışta bulunma ve dövme sahibi olma durumlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır (218).

Erişkin bir örneklemde kimlik ve kimlik işlev bozukluğuna özel olarak odaklanarak piercing, dövme, yara izi bırakma, kozmetik cerrahi gibi vct modifikasyon uygulamaları ile BKB zellikleri arasındaki ilişkiyi araştırılmıştır. Sonuçlar, BKB zelliklerinin toplam vct modifikasyonu uygulamalarından özellikle piercing, dövme ve yara izi ve sayısı ile pozitif olarak ilişkili olduğunu gösterilmiştir (219). BK grubunda sağlıklı gruba göre daha fazla dövme ve piercing bulunuşu mevcut literatürde gösterilmiş olup alışmamızda MDB tanılı ergenlere göre de istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde dövme ve piercing bulunmasının fazla olduğu da tespit edilmiştir.

5.6. BK VE MDB GRUPLARININ SİĞARA, ALKOL VE UYUşTURUCU MADDE KULLANIMI AÇISINDAN KARşILAşTIRILMASI

Çalışmamızda olguların sigara tüketimi beyanlarına bakıldığında BK grubunda sigara kullanımı olan olgu sayısı 74 (%84,1) , MDB grubunda 35'tir (%39,8). Alkol kullanımı olan olgu sayısı, BK grubunda 59 (%67,0) ve MDB

grubunda 14'tür (%15,9). En az bir kez uyuşturucu madde kullanımı olan olgu sayısı ise BKÖ grubunda 15 (%17,0) , MDB grubunda 0'dır (%0,0). Sigara, alkol ve madde kullanımı açısından değerlendirildiğinde her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar izlenmiştir ($p=0,001$).

Avustralya'da 15-25 yaş bireylerle yapılan bir çalışmada, BKB tanılı gençlerin alkol bağımlılığının, genel popülasyona kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür. BKB olgularında günlük tütün kullanımının, aylık veya daha sık uyuşturucu madde kullanımının, çoklu madde kullanımının genel popülasyona oranla yaklaşık dört ile on yedi kat fazla olduğu gösterilmiştir (220).

BKB ve MKB'nin ortak etiyolojileri sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanımı ve BKB'nin sık birlikteliğini açıklamaktadır. Yüksek düzeyde dürtüsellik ve duygusal dengesizlik, BKB ve MKB gelişimine zemin hazırlayabilmekte veya bu patolojilerdeki problemlili davranışların süreğenliğine sebep olabilmektedir (221, 222). Alternatif bir açıklama ise madde kullanımının, kronik boşluk duygusunu, yoğun epizodik disforiyi veya kaygıyı kendi kendine tedavi etmenin bir biçimi olarak görülmesidir (223).

Diğer çalışmalardan elde edilen bulgular, BKB'nin anksiyete ve depresif semptomatolojiden bağımsız olarak problemlili alkol kullanımı ve uyuşturucu kullanımı ile ilişkili olduğunu göstermiştir (224-226). BKB patolojisi olan ergenlerin aksine, depresif ergenler kendilerini sosyal temaslardan geri çekme eğilimindedirler ve bu nedenle akran bağlamında madde deneme fırsatından yoksundurlar (227).

Çalışmamızda BKÖ grubunda sigara, alkol ve madde kullanımının özellikle MDB grubuna göre de istatistiksel olarak yüksek olduğu gösterilmiştir.

5.7. BKÖ VE MDB GRUPLARININ EVDEN VE OKULDAN KAÇMA AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

En az bir kez okuldan kaçtığını belirten olgu sayısı BKÖ grubu için 67 (%76,1) iken MDB grubu için 36'dır (%40,9). Evden ve okuldan kaçış oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p=0,001$).

Chanen ve ark. BKB tanılı, BKB dışında diğer kişilik bozukluklar tanılı ve kişilik bozukluk tanısı olmayan ergenleri 3 grup şeklinde karşılaştırmışlardır. Bu karşılaştırmada BKB grubunda daha fazla okuldan kaçma saptamışlardır (228).

Blaha ve arkadaşlarının 12-17 yaş grubu olgular ile yaptığı çalışmada, okuldan kaçma eyleminin riskli cinsel davranış ile benzer etki büyüklüğünde bir BKB yordayıcı faktörü olduğu sonucuna varılmıştır (229).

5.8. BKÖ VE MDB GRUPLARININ KENDİNE ZARAR VERİCİ DAVRANIŞ NEDENLERİ VE İNTİHAR DÜŞÜNCELERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Sosyodemografik form aracılığıyla kendi beyanlarının esas alınarak elde ettiğimiz verilerde en az bir kez kendine zarar verici davranış BKÖ grubunda 87 (%98,59) olguda mevcutken, MDB grubunda 40 (%45,5) olguda mevcuttur. İki grup arasında belirgin farklılık göze çarpmaktadır. Olguların KZVD’de bulunma sebepleri arasında huzursuzluk olan olgu sayısı BKÖ grubunda 74 (%85,1) iken, MDB grubunda 27 (%67,5) şeklindedir ($p=0,023$). Zorluklarla baş etmek için olan olgu sayısı BKÖ 59 (%67,8) iken MDB için 14’tür (%35) ($p=0,001$). Duygu ve düşüncelerden kurtulmak için KZVD yapan olgu sayısı ise BKÖ grubunda 70 (%80,5) iken MDB grubunda 19’dur (%47,5) ($p=0,001$). Kendini cezalandırmak için bu yöntemle başvurduğunu ifade eden olgu sayısı ise BKÖ için 47 (%54,0), MDB grubu için 11’dir (%27,5) ($p=0,005$). “Huzursuzluk, zorluklarla baş etmek, duygu ve düşüncelerden kurtulmak ve kendini cezalandırmak” iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. İstediklerini yaptırmak ($p=0,865$) ve dikkat çekmek için ($p=0,717$) için KZVD’de bulunmak iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

16 yıllık prospektif bir çalışmada BKB olan hastaları KZVD derecelerine göre gruplandırmışlardır. Çalışmadaki olgular KZVD nedenlerini; öfkeli olmak, hayal kırıklığına uğramak, dikkat çekmek, endişeyi hafifletmek ve duygusal acıyı azaltmak, bilişsel uyuşmuş veya ölü hissetmek, kendini cezalandırmak ve daha kötü bir şekilde incinmeyi önlemek olarak bildirmişlerdir (230).

Çalışmamızda da dikkat çekmek için kendine zarar verici davranışta bulunmanın BKÖ grubunda yüksek gelmesi beklenmiştir. Bulgunun beklenenden farklı sonuçlanması bu verinin sosyodemografik form aracılığıyla elde edilmiş olması ve olgunun yanlılığını içeriyor olabilmesidir.

BKB tanı kriterleri intihar girişimlerinin ve intihar nedeniyle ölümün erken belirteçlerinin, dürtüsellik, duygulanım düzensizliği, ilişki sorunları gibi, çoğunu

kapsar. Bu nedenle, BKB'de MDB' den bağımsız olarak da intihar davranışları öngörülebilir (94, 228).

Bir yataklı servis kliniğinde yapılan, ortalama yaşı 15 olduğu 156 kişiden oluşan çalışmada BKB olgularında daha fazla intihar düşüncesi ve kendisine zarar verici davranış oranı saptanmıştır (94).

BKB tanılı ergen ve genç erişkinlerden oluşan bir çalışmada, BKB tanısı bulunan gençlerin dörtte üçü'nün (%75,7) KZVD bulunmuş olduğu ve üçte ikisinin (%66,4) önceki 12 ay içinde intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır (231).

Çalışmamızda BKÖ grubunda 80 olgunun intihar düşüncesinin olduğu ve bu olguların 64'ünün (%80) en az bir defa intihar girişiminin olduğu görülmüştür. MDB grubunda ise 36 olgunun intihar düşüncesi olduğu, bu olguların da 16'sının (%43,2) en az bir defa intihar girişiminin olduğu görülmüştür. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,001$).

BKB yalnızca daha yüksek intihar girişimi sıklığıyla ilişkili değildir. Aynı zamanda tamamlanmış intihar riski de %10 civarındadır; bu da şizofreni ve duyu durum bozuklukları gibi diğer klinik gruplarla karşılaştırılabilecek kadar yüksek düzeydedir (232). BKB tanılı hastaların %73'ünde intihar girişimi öyküsü, yaşam boyu ortalama 3,4 intihar girişimi görülmüştür (233).

Yapılan bir çalışmada dürtüsellik ve duygusal dengesizliğin intihar girişimi için ergenlerde risk faktörü olduğu görülmüştür (234). Aynı zamanda çocuklarda da; dürtüsellik, duygusal düzensizlik ve kendine zarar verme, BKB gelişimini öngören temel faktörler olarak nitelendirilmiştir (235).

Aktif intihar düşüncesi olan ergenlerden oluşan bir grupla çalışıldığında, BKB'li olanlar daha sık ve şiddetli intihar düşünceleri belirtmişlerdir ve intihar düşüncelerine göre hareket etme olasılıkları daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (236). Majör depresif bozukluk tanılı hastalarda, BB tanısının ya da sınırda kişilik özelliklerinin eşlik etmesi, intihar girişimi riskini artırmaktadır (237).

Yaş ortalaması 14,8 olan 389 ergen ile yapılan bir çalışmada BKB olan ergenlerde semptom şiddeti ergenlerde depresyondan bağımsız olarak intihar eğilimi ile ilişkili olarak bulunmuştur (238). Benzer şekilde, yapılan diğer çalışmalarda da yatarak tedavi gören ergenlerde BKB tanısının depresyondan bağımsız olarak intihar düşüncesi ve intihar riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (239-241). Borderline kişilik

bozukluğunun majör depresif dönemle birlikte görülmesi ise intihar girişimlerinin sayısını ve ciddiyetini artırmaktadır (242).

Bu durumda çalışmamızda BKÖ olan grupta intihar girişiminde bulunma oranının fazla olması literatürle uyumlu seyretmektedir.

5.9. BKÖ VE MDB GRUPLARININ YATIŞ VE MEDİKAL TEDAVİ YANITI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları yataklı servisinde yatarak tedavi görme durumu incelendiğinde BKÖ olan grupta 46 (%52,3)olgunun en az bir kez yatışı olduğu görülmüştür. MDB grubunda ise 5 (%5,7) olgunun yatarak tedavi gördüğü görülmüştür. İki grup arasında sayıca dikkat çeken bu fark, istatistiksel olarak da yeterince anlamlı saptanmıştır ($p=0,001$). Hastaların öz değerlendirmelerine göre BKÖ grubundaki olguların 32'si (%36,4) mevcut tedavilerinden fayda gördüğünü belirtmiştir. MDB grubunda 71 (%80,7) olgu tedaviden fayda gördüğünü ifade etmiştir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ($p=0,001$).

Fransa, Belçika ve İsviçre'deki beş üniversite merkezinden, ortalama yaşın 16.3 ± 1.4 yıl olduğu BKB tanılı 85 ergen olgu ile yapılan çalışmanın sonucunda 67 (%79) olgunun yatarak tedavi gördüğü tespit edilmiştir (243).

Erişkin yaş grubu ile yapılan bir çalışmada ise, BKB tanılı hastaların, depresyon grubuyla karşılaştırıldığında her türlü psikososyal tedaviyi alma olasılıklarının önemli ölçüde daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Borderline kişilik bozukluğu grubu da dâhil olmak üzere kişilik bozukluğu olan hastaların majör depresif bozukluğu olan hastalara göre daha yüksek psikiyatrik poliklinik takibi, yatarak tedavi ve psikofarmakolojik tedavi öyküleri olduğu sonucuna varılmıştır (244).

Geniş ergen örneklemli bir grup ile yapılan çalışmada ($n= 14,834$) majör depresif bozukluk tanısı olan olguların % 6.5'nin ($n=795$) yatarak tedavi gördüğü sonucuna varılmıştır. Örneklemlerinde yer alan diğer psikiyatrik hastalıklardan istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığını belirtmişlerdir (245).

Çalışmamızda BKÖ olgularında MDB olgularından yüksek yatarak tedavi görme oranı görülmüştür.

5.10. BKÖ VE MDB GRUPLARININ ALGILANAN İHMAL, İSTİSMAR VARLIĞI VE ÇÇTÖ KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda, katılımcılara kavramların tanımlarının yapılmasının ardından sosyodemografik form aracılığıyla algıladıkları ihmal ve istismar sorulmuştur. Cevapları karşılaştırdığımızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. BKÖ grubunda duygusal ihmal 76 (%87,4), MDB grubunda 30 (%34,1) şeklindedir. BKÖ grubunda duygusal istismar 34(%38,6), MDB grubunda 13 (%14,8) şeklindedir. Fiziksel istismar BKÖ grubunda 14 (%15,9) iken MDB grubunda 4 (%4,5) şeklindedir. Cinsel istismar BKÖ grubunda 39 (%44,3) iken MDB grubunda 8 (%9,1) şeklindedir.

Çocukluk dönemi ihmal ve kötüye kullanıma maruz kalmanın, biyolojik ve zihinsel sağlık sonuçlarını etkilediği bilinmektedir. Çocukluk çağı travmalarının psikopatolojiyle ilişkili olduğu ve bu psikopatolojiler arasında BKB ve MDB'nin dikkat çektiği görülmektedir (246)-(165, 247, 248). Bu yanıtın strese bağlı nöroendokrin yanıtlarla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (249, 250).

Majör depresif bozukluk (n = 19) tanılı ergenler, borderline kişilik bozukluğu (n = 20) tanısı konulmuş ve intihar düşüncesi olmayan ergenler ile sağlıklı kontrol grubu (n = 20) çocukluk çağındaki duygusal ve fiziksel istismar, ihmal açısından karşılaştırılmıştır. Sağlıklı kontrol grubunda hem MDB hem de BKB olgularına göre anlamlı derecede daha az istismar ve ihmal vakası görülmüştür. MDB ve BKB olguları arasında ise anlamlı farklılık görülmemiştir. BKB hastalarının çocukluk çağındaki cinsel istismarı öyküsünün ise hem MDB hem de sağlıklı gruba göre önemli ölçüde daha yüksek olduğu görülmüştür (251).

Başka bir çalışmada, duygusal ihmal ağırlıklı olmak üzere ihmalin derecesinin ergenlerde BKB' nin gelişimi için önemli bir risk faktörü olduğu bulunmuştur. Cinsel istismar şiddeti ise iki değişkenli analizlerde anlamlı iken çoklu değişkenli analizlerde anlamlı gelmemiştir (252). Yaşamın erken dönemlerinde strese maruz kalmanın majör depresif bozukluk riskini de arttırdığı gösterilmiştir (253).

Çocukluk çağı ihmal ve istismarın retrospektif olarak incelendiği meta analiz çalışmasında, duygusal ihmal, istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar ile BKB arasında büyük bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur. Özellikle duygusal istismar ve ihmal ile daha yüksek oranda bir ilişkiye sahip olduğu gösterilmiştir (254).

Carvalho Fernando ve ark. (2014) erişkin hastalarla yaptığı bir çalışmada BKB (n = 49) , MDB (n = 48) ve sağlıklı kontrol (n = 63) grubu karşılaştırılmıştır. BKB olgularında, çocukluk çağı travması, duygu düzenleme zorlukları sağlıklı katılımcılara göre anlamlı derecede daha yüksek sonuçlanmıştır. MDB grubu ve sağlıklı kontrol grubu arasındaki değerlendirmede ise MDB hastalarında duygusal istismar ve duygusal ihmal puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu gösterilmiştir. BKB olgularında MDB olgularına göre daha fazla duygusal istismar öyküsü mevcuttur. Ancak fiziksel istismar ve cinsel istismar açısından BKB ve MDB grupları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (255).

Bizim çalışmamızda ÇÇTÖ Ölçek toplam puanında BKÖ grubunda MDB grubuna göre anlamlı artış bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında duygusal istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar BKÖ’de daha yüksek bulunmuştur. Fakat fiziksel istismar açısından iki grup arasında anlamlı farklılık görülmemiştir.

Çocukluk çağı travmalar ölçeği esas alındığında fiziksel istismarın yordayıcı olmayıp duygusal ihmal ve istismarın yordayıcı olduğu görülmesinin duygusal zedelenmenin fiziksel zedelenmeye oranla daha fazla bireyin biliş ve şemaları etkilediği kanısına varılabilir. Hankin, örneğin “Sen aptalsın” gibi duygusal açıdan istismar edici ifadelerin çocuğa kendisi hakkında doğrudan nedensel açıklamalar sağladığını ileri sürmüştür (256).

5.11. BKÖ VE MDB GRUPLARININ EŞ TANI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda BKÖ olgularında; DEHB, BB, TSSB, DDB, DB, Yeme bozukluğu, MKB ve beden algısında bozukluk eş tanıları istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. MDB olgularında ise anksiyete bozukluk eş tanısı istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek oranda görülmüştür. OKB, CKY, KOKGB, Tik bozuklukları, OSB, Trikotillomani, Dissosiatif bozukluk tanıları için iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamızda 72 (%81,8) BKÖ olgusunun, 3 ve üzerinde tanısı mevcuttur. MDB grubunda ise 21 (%23,9) olgusunun 3 ve üzeri sayıda tanısı vardır. BKÖ grubundaki eş tanı sayısının MDB’den anlamlı yüksek olduğu da gösterilmiştir.

Ergen popülasyonlardaki klinik ve epidemiyolojik çalışmalar borderline kişilik bozukluğu olgularında eş tanı oranının yüksek olduğunu göstermişlerdir (27, 35).

BKB tanılı hastaların daha çok eş tanılarının semptom artışları nedeniyle tedaviye başvurduğu göz önünde tutulmalıdır. BKB tanılı bireyde geniş bir yelpazedeki psikopatolojilerin de dikkatli olarak gözden geçirilmesi önerilmiştir (257, 258).

Ergenlerde yapılan bir çalışmada, BKB tanılı olgular (n = 46), borderline kişilik bozukluğu dışında bir kişilik bozukluğu tanılı olgular (n = 88) ve kişilik bozukluğu tanısı konulmamış (n = 43) olgular ile karşılaştırılmıştır. Borderline kişilik bozukluğu grubunun diğer kişilik bozukluğu grubuna ve kişilik bozukluğu olmayan gruba göre anlamlı derecede daha yüksek sayıda eş tanıya (ortalama = 3,30, SD = 1,46) sahip olduğu gösterilmiştir (259). Bu çalışmanın diğer bulgularına bakıldığında, sınırda kişilik bozukluğu olan grupta, kişilik bozukluğu olmayan gruba göre anlamlı derecede daha fazla duygu durum bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, yıkıcı davranış bozuklukları ve anksiyete bozukluğu tanısı alan bireyler olduğu görülmektedir. BKB örnekleminde en sık eşlik eden bozuklukların yıkıcı davranış bozuklukları %69,6, duygu durum bozuklukları %58 ve anksiyete bozuklukları %45,7 olduğu gösterilmiştir. Yeme bozukluklarının yaygınlığı açısından 3 grup arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (259).

Erişkinlerde yapılan başka bir klinik çalışmada BKB olgularında MDB olgularına oranla daha fazla eş tanı bulunmuştur (260).

Ha ve ark. (92) tarafından psikiyatri yataklı servisinde yapılan bir çalışmada 12-17 yaş BKB tanılı olgular, BKB dışında diğer psikopatolojilere sahip olgular ile karşılaştırılmıştır. Ergen ile yapılan klinik görüşme sonucunda 9 olguda (%8,80) BB eş tanısı olduğu görülmüştür. Araştırmacılar bu yataklı servis çalışmasında, gruplar arasında yalnızca depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları ve dışa vurum bozuklukları arasında anlamlı farklılıklar görmüşlerdir (92).

5.12. BKÖ VE MDB GRUPLARININ PSEUDEHALÜSİNAYON AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda pseudohalüsinasyon semptomu BKÖ grubunda 20 (%22,7) olguda mevcutken MDB grupta 1 (%1,1) olguda olduğu görülmüştür. Bu fark istatistiksel olarak da yeterince anlamlı olarak bulunmuştur (p=0,000*).

Borderline kişilik bozukluğunda mikropsikotik semptomlar yahut kısa psikotik ataklar çoğunlukla görülebilmektedir. İşitsel varsanılar başta olmak üzere

mikropsikotik özellikler, BKB ‘da sıklıkla fark edilenden daha yaygındır ve hastaların en az dörtte birinde bulunmaktadır. İşitsel varsanılarının içeriği genelde kendilerine dair olumsuz söylemlerdir. Çoğunlukla “hayal güçlerinin onlara oyun oynadığı” şeklinde ifade ettikleri bu semptomlara pseudohalüsinasyon denebileceği belirtilmiştir (98).

Çalışmamızda olgular “sanki”, “emin değilim” şeklinde kafa karışıklığı yaşadıklarını belirten cümleler ile kesitsel tarifledikleri gelip geçici pseudohalüsinasyon oranı literatür ile uyumludur.

5.13. BKÖ VE MDB OLGULARININ FARMAKOTERAPİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda MDB grubunun tamamında (n=88) antidepresan grubu ilaç kullanımı mevcutken BKÖ grubunda antidepresan kullanan olgu sayısı 72’dir (%81,8). BKÖ grubunda 84 (%95,5) olgunun tedavisinde antipsikotik grubundan ilaç bulunmakta iken MDB grubunda 39 (%44,3) olguda mevcuttur. Tedavisinde duygu durum düzenleyici bulunan olgu sayısı BKÖ grubunda 30 (%34,1), MDB grubunda ise 2’dir (%2,3).

Çalışmamızda tedavisinde tek ilaç grubu olan olgu sayısı BKB grubu için 7 (%8) iken, MDB grubunda 39 (%44,3)’dur. Üç ve daha fazla grup ilaç kullanımı olan olgu sayısı ise 39 (%44,3) iken; MDB grubunda 8(%9,1) şeklindedir.

Genel olarak kanıtlar, BKB tedavisinde farmakoterapilerin etkinliğinin sınırlı olduğunu göstermektedir (117). Ergenlerde de erişkinler ile benzer olarak BKB’nın birinci basamak tedavisinde herhangi bir spesifik farmakoterapinin kullanıldığına dair güncel bir kanıt bulunmamaktadır (3, 261). Psikoterapiye yardımcı olarak ve semptom odaklı tedavide ilaçların kullanımının yararlı olabileceği bazı çalışmalarda gösterilmiştir (44, 262, 263).

DEHB ve DB eş tanıları için metilfenidat ve seçici serotonin geri alım inhibitörleri endike olduğu belirtilmiştir (39). SSRI’lar ise eşlik eden komorbiditelerden bağımsız olarak BKB’de en sık kullanılan maddeler arasında yer almıştır (264). APA’nın Klinik Uygulama Kılavuzu, ergenlerde depresyon tedavisi için iki psikoterapi müdahalesinin yanı sıra bir seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) önermektedir. Düşük doz antipsikotik grubu ilaçların, duygudurum dengeleyicilerin BKB tanısı konulan olgularda kısıtlı kanıtlı çalışmalar olmasına karşın

kullanılabileceğine dair sonuçlar mevcuttur (44, 262). İkinci nesil antipsikotiklerin intihar krizi dönemlerinde psikoterapötik tedaviye yardımcı olduğu kısa süreli anksiyolitik etkili olarak reçete edilebileceği vurgulanmıştır (39, 265).

Erişkin grubu uluslararası çalışmalar, antipsikotiklerin BKB olgularında yaygın olarak reçete edildiğini belirtmişlerdir. Psikiyatri yataklı servislerinde reçeteleme oranı %70 ile %79 arasındadır (266-268). Ayaktan tedavi gören BKB tanılı hastalara ise antipsikotik reçetelenmesinin %35 ile %60 arasında değiştiği saptanmıştır (269-271).

Bir meta analiz çalışmasında depresif bozukluk tanılı hastalarda antidepresanların atipik antipsikotik ilaç grubu ile güçlendirilmesinin hem yanıt hem de remisyon oranları açısından plasebo tedavisine göre anlamlı derecede üstün olduğu gösterilmiştir (272).

Bulgularımız özellikle BKB grubu için anlamlıdır. MDB grubunda beklenenden daha yüksek oranda antipsikotik grup kullanımının olması klinik örneklemin belirti şiddetinin yüksek oluşu, intihar düşünce ve girişimlerinin eşlik etmesi olabileceği düşünülmüştür.

Duygu durum düzenleyicilerden lityumun dirençli depresyon için çocuk ve ergen grubunda da güçlendirici olarak tedaviye eklenebileceği belirtilmiştir (273). Çalışmamızdaki MDB olgularının 2'sinin (%2,3) duyu durum düzenleyici kullanmakta olduğu görülmüştür.

Ortalama yaş 16,3 olduğu 85 BKB tanısı konulan ergenin sağlık sisteminin kullanımını 3 yıl boyunca takip eden prospektif çalışmada; erişkin örneklem çalışmalarına benzer şekilde en az bir psikotrop ilaç kullanımının olduğu görülmüştür. Aynı zamanda çoklu ilaç kullanım oranlarının da belirgin yüksek olduğu gözlenmiştir (243), (274).

Bulgularımız literatür ile örtüşmektedir.

5.14. BKÖ VE MDB GRUPLARININ BKÖÖ-ÇEF TOPLAM PUANLARI VE ALT BOYUTLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Çocuklar için Sınırdaki Kişilik Özellikleri Ölçeği; Crick ve ark tarafından, çocuklukta sınırdaki kişilik özelliklerini değerlendiren, psikometrik bir öz bildirim aracı olarak geliştirilmiştir (145). Birçok dile çevrilmiş ve farklı ülkelerde geçerlilik

ve güvenilirliği gösterilmiştir (275-278). Ülkemizde 2020 yılında Coşgun ve ark tarafından Borderline kişilik özelliklerini boyutsal olarak değerlendiren BKÖÖ-ÇEF Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik gösterilmiştir. Duygusal düzensizlik, kimlik problemleri, olumsuz ilişkiler ve kendine zarar verme olarak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır ve kesme puanı 69 olarak belirlenmiştir (12).

Çalışmamızda BKÖÖ-ÇEF'in BKÖ ve MDB gruplarında ortalama toplam puan $\pm$ standart sapmaları sırasıyla $88,43 \pm 9,85$ ve $57,8 \pm 9,47$ olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puanında ve dört alt boyutun her biri için BKÖ grubunda MDB grubuna göre belirgin anlamlı yükseklik bulunmuştur.

BKB tanısı konulan olgularda zihinleştirme temelli terapinin etkinliğinin incelendiği bir çalışmada 25 olgunun BPFS-C ölçek toplam puanının terapi öncesi $84,5 \pm 11,4$ olduğu belirtilmiştir (279).

Depresif semptomları olan 1192 ergen olgudan oluşan örneklem ile yapılan çalışmada kendine zarar verici davranışı olan grubun, olmayan gruba oranla daha yüksek BPFS-C ölçek toplam puanı olduğu görülmüştür. KZVD olan ve olmayan grupta BPFS-C ölçek toplam puanı ortalama $\pm$ standart sapma sırasıyla $81,27 \pm 16,25$ $69,19 \pm 17,31$ şeklinde olduğu görülmüştür (280).

Birçok klinik çalışmada kullanılmış olduğu görülmüş fakat alt boyutlarına odaklanan yeterince çalışma görülememiştir (281, 282).

Ülkemizde iyi bildiğimiz kadarıyla bu formun kullanıldığı geçerlilik güvenilirlik çalışması dışında bir çalışma literatür taramamızda görülmemiştir. Ülkemizde ergen popülasyonun BKÖÖ-ÇEF ile yapılan ve borderline kişilik özellikleri olan grup ile depresif bozukluk grubu karşılaştıran ilk çalışmadır.

BKÖÖ-ÇEF alt boyutlarında duygusal düzensizlik, kimlik problemleri alt başlıklarından, olumsuz ilişkiler ve kendine zarar verme alt boyutlarına göre daha yüksek puan alındığı görülmüştür. Bu sonucun kimliğin ve duygusal düzensizliğin BKB'nin ve genel olarak kişilik patolojisinin temel bir özelliği olduğuna dair literatürlerle ilişkilendirilebileceği ve uyumlu olduğu görülmüştür (283-285) .

Çalışmamızdaki BKÖÖ-ÇEF ölçek alt boyutlarının; 1192 depresif ergen olgu ile yapılan bir çalışma sonucuna benzer sonuçlanması bulgularımızın literatürle uyumlu olduğunu göstermektedir (280).

5.15. BKÖ VE MDB GRUPLARININ KZVDDE VE RBSÖ TOPLAM PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Ergenlikte istikrarlı bir kimlik veya benlik duygusunun geliştirilmesi önemlidir. Geciktirilirse veya engellenirse kişilik patolojisine yol açabilir. BKB, algılanan kişilerarası ihmale karşı aşırı hassasiyet, dengesiz bir benlik duygusu, yoğun ve değişken duygular ve dürtüsel davranışlarla karakterizedir. Aynı zamanda özsaygıları düşüktür, özeleştiriyeye ve utanç duygularına eğilimlidirler. Kendilerini aşağılama veya kendilerinden nefret etme duyguları besleyebilirler (62). Çalışmamızda olgularımızın benlik saygısını değerlendirebilmek adına Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin benlik saygısı alt boyutu olan ilk 10 maddesi kullanılmıştır. Envanterden elde edilen puan değerlendirmesi; 0-1 puan yüksek benlik saygısı, 2-4 puan orta benlik saygısı, 5-6 puan düşük benlik saygısı şeklindedir.

Çalışmamızda RBSÖ ölçeği için BKÖ ve MDB grubunda ortalama±standart sapmaları sırasıyla $2,76 \pm 1,17$ ve $1,62 \pm 0,86$ olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puanında BKÖ grubunda MDB grubuna göre anlamlı artış bulunmuştur.

Ülkemizde erişkin yaş grubu ile yapılan RBSÖ'nün benlik saygısını alt testi olan ilk 10 maddenin de araç olarak kullanıldığı çalışmada borderline kişilik bozukluk ($n=26$) ve sağlıklı kontrol grubu ($n=26$) karşılaştırılmıştır. RBSÖ ölçeği ortalama±standart sapmaları 3.54 ± 2.02 şeklinde sonuçlanmıştır (286).

13-17 yaş aralığındaki örneklem, BKB tanısı konulan depresif ergenler ve kontrol grubu olarak BKB tanısı bulunmayan depresif ergenler olarak ayrılmıştır. BKB tanısı konulan ergenlerin, BKB olmayan akranlarına göre önemli ölçüde daha zayıf benlik saygısına sahip oldukları görülmüştür. Bu farkın depresyon şiddetinden de bağımsız olduğu gösterilmiştir (287).

Bulgularımızda görüldüğü üzere BKÖ grubumuzun; MDB grubuna göre daha zayıf benlik saygısına sahip olması mevcut literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda KZVDDE ölçeği BKÖ ve MDB grubunda ortalama toplam puan±standart sapmaları sırasıyla $28,36 \pm 14,44$ ve $8,47 \pm 11,99$ olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puanında BKÖ grubunda MDB grubuna göre anlamlı artış bulunmuştur ($p < 0.0001$).

Kendine zarar verme davranışı ve risk alma davranışları ergenlerde borderline kişilik bozukluğu (BKB) ile ilişkilidir (224). Bu sebeple KZVD'nin BKB gelişme riski

taşıyan bireylerin saptanması için yararlı bir belirteç oluşturduğu öne sürülmektedir (288, 289).

Erişkin yaş grubunda kendine zarar verme davranışını inceleyen bir çalışmada KZVD bulunan BKB grubunun, BKB olmayan kendine zarar verenlerle karşılaştırıldığında daha sık, şiddetli, yeni ve çok yönlü KZVD bildirdiğini gösterilmiştir (290).

Retrospektif başka bir çalışmada, BKB tanılı yetişkin hastaların yaklaşık %90'ının KZVD öyküsünün olduğu ve bunların üçte ikisinin 18 yaşından önce KZVD bulunmaya başladığı belirtilmiştir (291).

Çin'de kendine zarar verici davranışta bulunan ergenler ile yapılan çalışmada BPFSC ortalama puanlarının $84,5 \pm 16,4$ şeklinde olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada borderline kişilik özelliklerinin, KZVD ciddiyeti ve duygu düzenleme, dikkat arama ve sosyal kaçınma şeklindeki üç alt işlevi ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (292).

156 ergen ile yapılan çalışmada kesitsel düzeyde ergenlerde intihar düşüncesi ve kasıtlı kendine zarar verme konusunda BKB'nin MDB'ye göre artan bir geçerlilik sağladığı da gösterilmiştir (94).

Çalışma bulgumuz KZVDDE ölçeği değerlendirmesinin BKÖ grubunda MDB grubuna göre anlamlı artış bulunmasının tüm bu literatürdeki veriler ile örtüştüğü görülmüştür.

5.16. BKÖ VE MDB GRUPLARININ DDGÖ-16 TOPLAM PUANLARI VE ALT BOYUTLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda BKÖ grubunda DDGÖ-16 ölçeği toplam puanı $65,76 \pm 10,83$ iken; MDB grubunda $43,73 \pm 14,59$ şeklinde sonuçlanmıştır.

Duygu düzenleme becerilerinin yetersiz olması çocuk, ergen ve yetişkinlerde çeşitli psikopatolojiler ile ilişkili bulunmuştur (293, 294). Bulgularımızda Linehan'ın biyososyal teorisine uygun olarak, BKÖ grubunda daha yüksek düzeyde duygu düzenleme güçlüğü görülmüştür (289, 295).

12-17 yaş grubu 182 BKB tanılı yatan olgu ile 2017 yılında duygu düzensizliğine dair bir çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmada BKB grubunun toplam

duygu düzenleme güçlüğü puanının istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu görülmüştür. Ölçek alt boyutları incelendiğinde duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim ve olumsuz duygular yaşarken dürtü kontrol zorlukları alt boyutlarında anlamlı farklılıklar saptanmışken diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık izlenmemiştir (296).

Erişkin yaş grubunda yapılan bir çalışmanın örneklemini BKB ve MDB tanılı 30 hasta, yalnızca MDB tanılı 25 hasta ve yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 25 sağlıklı kontrolden oluşmaktadır. Duygusal düzensizlik, dürtüsellik, başa çıkma stratejileri ve duygu açıklığı alt boyutlarında, BKB ve MDB tanısı konulan grubun, yalnızca MDB hastalarına kıyasla anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı sonucuna varılmıştır (297).

DDGÖ-16 toplam puanı ve alt boyutlarında anlamlı olarak BKÖ grubundaki artışın literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür.

5.17. BKÖ VE MDB GRUPLARININ TAÖ-20 TOPLAM PUANLARI VE ALT BOYUTLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda BKÖ ve MDB grubunda TAÖ-20 toplam puanı ortalama $\pm$ standart sapmaları sırasıyla $69,57 \pm 13,62$ ve $43,73 \pm 14,59$ olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puanında BKÖ grubunda MDB grubuna göre anlamlı artış bulunmuştur. Alt boyutları için BKÖ ve MDB gruplarında ortalama $\pm$ standart sapmaları sırasıyla duygu tanıma alt boyutu $25,33 \pm 8,49$ ve $21,56 \pm 6,74$; duygu ifade etme alt boyutu $17,9 \pm 5,43$ ve $15,93 \pm 4,25$, dışa vuruk düşünce alt boyutu $23,26 \pm 5,26$ ve $22,23 \pm 3,53$ olarak bulunmuştur. BKB olgularının MDB olgularına göre daha yüksek aleksitimik özellik gösterdiği görülmüştür.

Aleksitimi, Sifneos tarafından 1973 yılında duyguları tanımlama ve tanımlamada eksiklik olarak tanımlanmıştır (298). Kelime anlamı olarak duygulara ilişkin kelimelerin eksikliği, yokluğu anlamına gelmektedir (299).

Derk ve ark. meta analiz çalışmalarında BKB ile duygusal farkındalık arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermişlerdir (300).

56 BKB tanısı konulan olgunun sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığı bir çalışmada toplam TAÖ-20 puanları sırasıyla $59,6 \pm 10,44$ ve $49,1 \pm 9,83$ şeklinde bulunmuştur. Toplam ölçek puanında belirgin istatistiksel anlamlılık göze çarpmıştır. Ölçek alt puanlarına bakıldığında ise duygu tanıma alt boyutu sırasıyla $22,7 \pm 5,89$;

15.5 $\pm$ 5.42, duyguları ifade etme alt boyutunu 17.4 $\pm$ 4.43; 14.1 $\pm$ 4.24 dışa vuruk düşünce alt boyutu 19.5 $\pm$ 4.83; 19.4 $\pm$ 4.27 şeklindedir. Mevcut çalışma bu sonuçlar ile birlikte dışa vuruk düşünce faktörünün zayıf güvenilirlik ifade ettiğine dikkat çekmiştir (301-303).

Ülkemizde erişkin yaş grubu ile yapılan bir çalışmada 35 BKB tanılı olgu ve 35 sağlıklı olgu empati ve aleksitimi özellikleri açısından zihin kuramı ile incelenmiştir. TAÖ-20 ölçek toplam puanları sırasıyla 62.0 $\pm$ 11.5 ve 42.6 $\pm$ 6.2 şeklinde bulunmuştur. Alt boyutlarına bakıldığında ise duygu tanıma ve ifade etme alt boyutlarında anlamlı farklılık bulunmuş fakat dışa vuruk düşünce de anlamlı farklılık bulunmamıştır (304). Aynı çalışmada aleksitimi ve depresyon puanlamalarının hastaların %97'sinde BKB tanısını öngördüğünü saptamışlardır. Aleksitimi, depresyon ve BKB arasında bir ilişki olduğunu göstermişlerdir (304).

Bir meta analiz çalışmasında, TAÖ-20 toplam puanı ve duygu tanıma, ifade etme alt boyutlarının depresyon şiddetiyle orta düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur. Dışa vuruk düşünce alt boyutu ile depresyon arasında ise zayıf bir ilişki olduğu gösterilmiştir (305).

Çalışmamızda Duygu tanıma ve duygu ifade etme alt boyutu için BKÖ grubunda MDB grubuna göre anlamlı farklılık bulunurken, dışa vuruk düşünce alt boyutu için anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bulgularımızın literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür. TAÖ-20 ölçeğinin dışa vuruk düşünce alt boyutunun değerlendirme de yetersiz kalabileceği görülmüştür.

5.18. BKÖ VE MDB GRUPLARININ ABTÖ ALT BOYUTLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda ABTÖ kabul/ ilgi boyutu, MDB grubunda BKÖ grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. Kontrol/ denetleme alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0.66$). Psikolojik özerklik alt boyutunun BKÖ grubunda daha yüksek olduğu görülmüştür.

ABTÖ üç alt boyuttan oluşmaktadır. Kabul/ilgi boyutu; ergen tarafından anne ve babasının ne ölçüde sevecen, ilgili ve katılımcı olduğunu algıladığını göstermektedir. Kontrol/denetleme boyutu ise ebeveyni kontrollü ve denetleyici olarak algıladığı oranı ifade etmektedir. Ergen tarafından algılanan ebeveyninin demokratik

tutumu sergileme oranı ve bireyselliğini ifade edebilmesini ne kadar cesaretlendirildiklerini ölçmeyi amaçlayan alt boyut ise psikolojik özerklik boyutudur (162, 306).

Ortalama yaşın 15.3 yıl olduğu bir çalışmada algılanan ebeveyn tutumu ve borderline kişilik bozukluğu arasındaki ilişki incelenmiştir. Ergenlerin ebeveynlerini kontrol edici, reddedici ve kaotik olarak algılama derecesinin borderline kişilik bozukluğu ile ilişkili olduğu bulunmuştur (307).

Ülkemizde yapılan bir uzmanlık tez çalışmasında MDB ve kontrol grubundaki ergenlerin anne baba tutum ölçeği alt boyutları karşılaştırılmıştır. Kontrol grubundaki ergenlerin ABTÖ kabul /ilgi ve psikolojik özerklik alt boyut puan ortalamaları MDB tanısı olan ergenlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak olgu ve kontrol grubunda ergenlerin denetleme alt boyut puanları arasında anlamlı fark yokken denetleme alt boyutunun MDB grubunda hafif yüksek olduğu görülmüştür (308).

Çalışmamızda, beklenilenin aksine psikolojik özerklik boyutu BKB olgularında yüksek sonuçlanmıştır. BKÖ'nün süregelen dengesizlikle karakterize olduğu düşünüldüğünde, çalışmanın ergenin algıladığı ebeveyn tutumunu anlık, kesitsel değerlendirilmesi yanlılık sebebi olabileceği düşünülmüştür.

5.19. BKÖ VE MDB GRUPLARININ İÖA-E ALT BOYUTLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda korkulu bağlanma ve kayıtsız bağlanma alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmazken, güvenli bağlanma ve saplantılı bağlanma alt boyutlarında anlamlı farklılık bulunmuştur. Güvenli bağlanma MDB grubunda daha yüksek iken; saplantılı bağlanma BKÖ grubunda anlamlı yüksektir.

Yapılan çalışmalarda güvenli bağlanmanın duygu düzenleme becerilerini olumlu etkilediği, BKB gelişim riskine karşın tampon görevi görebildiğini belirtilmiştir (309). Aksi durumlarda, örneğin yetişkin örneklemelerinde kişinin bildirdiği kaygılı veya saplantılı bağlanma stilleri ile BKB özellikleri arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir (310). Yapılan bir derleme çalışmasında da güvensiz bağlanma ile BKB ilişkine dikkat çekilmiştir (311).

2009 yılında erişkin popülasyonda yapılan bir çalışmada BKB tanılı olgular, MDB tanılı olgular ve MDB, BKB tanısı olmayıp başka bir psikiyatrik tanısı olan

olgular üç grup şeklinde incelenmiştir. Kendi beyanlarına göre bağlanma türleri incelenmiştir. Çalışma sonucunda sınırdaki kişilik bozukluğu olan hastaların, BKB ve MDB olmayan grubuna kıyasla güvenli bağlanmada daha düşük puanlar, saplantılı ve korkulu bağlanmada ise daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Saplantılı ve korkulu bağlanma stillerinde BKB olgularının istatistiksel olarak anlamlı bir farkla MDB ve diğer gruptan ayrıldığı gösterilmiştir (312).

5.20. BKÖ VE MDB GRUPLARININ ÇÇTÖ TOPLAM PUANLARI VE ALT BOYUTLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda BKÖ (n=88) ve MDB (n=88) gruplarında travmatik yaşantı değerlendirmek için kullandığımız ÇÇTÖ toplam puanında BKÖ grubunda MDB grubuna göre anlamlı artış bulunmuştur. ÇÇTÖ alt boyutları ise, BKÖ ve MDB gruplarında ortalama±standart sapmaları sırasıyla duygusal istismar alt boyutu 19,92±5,5; 10,48±5,97; fiziksel istismar alt boyutu 7,03±3,46; 6,3±3,32, fiziksel ihmal alt boyutu 8,35±3,58; 7,77±3,46, duygusal ihmal alt boyutu 15,09±5,8; 12,77±5,99, cinsel istismar alt boyutu 8,40±4,87; 6,72±4,38 olarak bulunmuştur. Fiziksel istismar ve fiziksel ihmal (p=0.277) alt boyutları için BKÖ grubunda MDB grubuna göre anlamlı farklılık saptanmamıştır. Duygusal istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar alt boyutları için BKÖ grubunda MDB grubuna göre anlamlı farklılık bulunmuştur.

Duygusal, fiziksel ihmal ve istismar, cinsel istismar başta olmak üzere travmatik olayların, ergenlik ve yetişkinlik döneminde BKB gelişimindeki payı çeşitli çalışmalarda değerlendirilmiştir (313).

Yapılan bir meta analiz çalışmasında BKB’de, sağlıklı kontrol gruplarına kıyasla, 5 kat daha fazla cinsel istismar; 3 kat daha fazla fiziksel istismar ve ihmal görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (314). Çocuğun mizaç özellikleri, çevre, gen ve nörobiyolojik faktörlerin erken travmatik deneyimlerle etkileşiminin erken BKB başlangıcını öngörebileceği sonucuna varılmıştır (313).

İran’da yaş ortalamasının 15,85 yıl olduğu örnekleme BKB tanısı bulunan ve bulunmayan 2 grup, çocukluk çağı travması açısından ÇÇTÖ ile incelenmiştir. Gruplar arasında duygusal ihmal, istismar, fiziksel ihmal, istismar ve cinsel istismar öyküsünün anlamlı farklılık oluşturduğu görülmüştür (315).

Özellikle duygusal nitelikte ön planda olmak üzere çocukluktaki ihmal ve istismar ciddiyetinin ergenlerde BKB'nin gelişimi için önemli bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (252, 316).

BKB, MDB ve sağlıklı grubun ÇÇTÖ aracılığıyla travma öyküsü karşılaştırıldığı 3 gruplu başka bir çalışmada cinsel istismar bildiren olguların BKB grubunda her iki gruba göre anlamlı yüksek olduğu görülmüştür. Duygusal ve fiziksel ihmal ve istismar varlığı her iki grup olgularında, sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. Fakat BKB ve MDB arasında anlamlı farklılık görülmemiştir (251).

MDB tanısı konulmuş intihara meyilli ergenler ile intihara meyilli BKB tanısı konulan ergenler, sağlıklı kontroller ile karşılaştırılmıştır. Fiziksel istismar varlığı BKB ve MDB olgularında sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek iken BKB ve MDB grubu arasında anlamlı farklılık oluşturmamıştır (317).

Çalışmamızda her iki grubumuzun psikiyatrik semptom şiddetinin yüksek oluşu, fiziksel ihmal ve istismar öyküsünün iki grupta anlamlı farklılık oluşmamasına sebebiyet vermiş olabilir. Bu durumun doğruluğunu teyit eder şekilde, çalışmamızda fiziksel istismarın anlamlı fark oluşturmaması olan Horesh ve ark çalışması ile benzerdir (317).

5.21. BKÖ VE MDB GRUPLARININ CDÖ VE ÇATÖ TOPLAM PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Depresif bozukluk borderline kişilik bozukluğuna en sık eşlik eden eş tanılardan biridir. Çalışmamızda her iki grup olguların öz bildirimlerine dayalı olan CDÖ kullanılmıştır. CDÖ ölçeği için BKÖ ve MDB grubunda ortalama±standart sapmaları sırasıyla 28,64±8,05 ve 25,54±5,76 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puanında BKÖ grubunda MDB grubuna göre anlamlı artış bulunmuştur.

Erişkin yaş grubunda BKB tanısı bulunan ve depresif bireylerin; başka bir kişilik bozukluk tanısının eşlik ettiği yahut herhangi bir kişilik bozukluğu eş tanısı olmayan depresif bozukluk tanılı olgulara göre daha şiddetli depresyon da olduğu gösterilmiştir (318).

Wilson ve ark tarafından erişkin yaş grubundaki çalışmada olguların öz-değerlendirmeli depresyon envanterlerinde klinisyen tarafından derecelendirilen

depresyon şiddeti göre daha yüksek düzeyde depresyon şiddeti bildirmiş oldukları görülmüştür(319, 320).

Bir meta analizde BKB eş tanısı bulunan depresif hastalarda depresyon şiddetinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (321).

Depresif bozukluk tanısı bulunan BKÖ grubumuzun, major depresif bozukluk grubumuza göre CDÖ toplam puanındaki anlamlı artış literatür ile uyumludur. Bu bulgunun hem BKÖ grubundaki klinik şiddetin yüksek oluşu, hem de öz bildirime dayalı ölçek kullanmış olmamıza bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Birden fazla anksiyete ölçeği kullanılan borderline kişilik bozukluğu ve distimik olguların karşılaştırıldığı bir çalışmada anksiyete ölçek puanlarının birkaç ölçeğin alt başlığı dışında iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (322).

5.22. BKÖ VE MDB GRUPLARININ KGİ ÖLÇEĞİ TOPLAM PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

KGİ yedi değerlikli bir ölçektir. Psikiyatrik bozukluğu olan kişi, ölçeğin doldurulduğu sıradaki rahatsızlığının şiddetine göre 1 ile 7 puan arasında değerlendirilir; 1=Normal, hasta değil, 2=Ruhsal hastalık sınırda, 3=Hafif derecede hasta, 4=Orta derecede hasta, 5=Belirgin derecede hasta, 6=Şiddetli derecede hasta, 7=En ağır derecede hasta, olarak puanlanır.

Çalışmamızda KGİ ölçeği için BKÖ ve MDB grubunda ortalama±standart sapmaları sırasıyla 5,44±0,6 ve 5,02±0,26 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puanında BKÖ grubunda MDB grubuna göre anlamlı artış bulunmuştur. Her iki grupta belirgin derece de hasta olarak nitelendirilmiştir. Bu durumun, ülkemizde sayılı miktarda olan çocuk ve ergen psikiyatri servislerinden birine sahip olmamız ve klinik popülasyonumuzun bu yönde şekillenmesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Polifarmasi ihtiyacı, yatış oranı; kendine zarar verici davranış ve intihar girişimlerinin ve çalışmamızda detaylı tartışılan özelliklerin hastalığın şiddetini etkilediği düşünüldüğünde BKÖ grubumuzun klinik şiddetinin fazla olması çalışmamızın kendisi içerisinde tutarlı olduğunu göstermektedir.

DSM-5 MDB için hastalık şiddetini semptomların yoğunluğunun oluşturduğu sıkıntı düzeyi ve işlevsellikte bozulma ile ilişkilendirmiştir (1). Kişilik bozuklukları için ise şiddet düzeyindeki artış diğer psikiyatrik tanılarla, özellikle de duygudurum,

kaygı, madde kullanımı ve diğer kişilik bozuklukları ile yüksek oranda komorbidite sergileme oranını yüksek oluşu, hastane yatışı; kendine zarar verme ve intihar düşüncesi ve niyeti ile değerlendirilebileceğine dair çalışmalar mevcuttur (323-325).

5.23. KZVDDE VE DDGÖ-16 ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİNİN SONUÇLARI

Çalışmamızda KZVDDE ve DDGÖ-16 ölçekleri arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde orta düzeyde ilişkili, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir korelasyon saptanmıştır($r=0,588$)($p=0,000$).

Duygusal farkındalık eksikliği, duyguların kabul edilmemesi ve kötü başa çıkma stratejileri gibi duygusal düzensizlik, tekrarlanan KZVD'yi öngörmektedir (159, 326).

Tekrarlayan KZVD, BKB'nin temel bir özelliği olarak görülmektedir (1). KZVD'de bulunan ergenlerin %52'sinde BKB tanısının mevcut olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (327). KZVD ve BKB etiyolojisi aynı şiddette olmamakla birlikte duygusal dengesizliği içermektedir. Dolaylı olarak KZVD ve duygu düzenleme güçlüğü ilişkisi BKB için de dikkat çeken bir durumdur.

Bulgularımız literatür ile uyumlu olarak her iki grup içinde duygu düzenleme becerilerindeki eksiklik ve KZVD durumunun ilişkili olduğunu göstermiştir.

5.24. BKÖÖ-ÇEF VE DDGÖ-16 ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİNİN SONUÇLARI

Çalışmamızda BKÖÖ-ÇEF ile DDGÖ-16 arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde yüksek düzeyde ilişkili istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır.

Depresif belirtileri olan çocuk ve ergenlerin olumlu duygulanımlarını düzenlemek konusunda akranlarına göre daha fazla zorluk yaşamadıkları görülmüştür. Olumsuz geri bildirime depresif bir tepki verdikten sonra duygusal temel seviyelerine daha yavaş dönmüşlerdir (328).

Borderline kişilik bozukluğunun ise “duygusal düzensizlik” temel özelliklerinden biridir. Duygusal duyarlılık, artan ve değişken olumsuz duygulanım,

uygun düzenleme stratejilerindeki eksiklikler ve aşırı uyumsuz düzenleme stratejilerinin duygusal düzensizliği oluşturduğu gösterilmiştir (329).

Biyososyal teoriye göre artan olumsuz duygulanım yaşayan BKB tanılı bireyler, duyguyu düzenlemek için gerekli becerileri öğrenememişlerdir. Sahip oldukları duyguları tanımakta ve tanımlamakta, ne zaman yaşadıklarını ve bu duyguların nasıl deneyimlendiğini kontrol etmekte zorluk çekerler (330).

Hastalığın temel özelliklerinden biri olan duygu düzenleme güçlüğünün BKÖÖ-ÇEF ile pozitif korelasyon ilişkisi literatür ile uyumlu bir bulgudur.

5.25. BKÖÖ-ÇEF VE TAÖ-20 ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİNİN SONUÇLARI

Çalışmamızda BKÖÖ-ÇEF İLE TAÖ -20 arasında yapılan korrelasyon analizinde pozitif yönde orta düzeyde ilişkili, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir korelasyon saptanmıştır.

Aleksitimi, duyguların zayıf farkındalığı ve duygular hakkında düşünme ve konuşma yeteneğinin azalması olarak tanımlanmaktadır (331). Çalışmalar duygusal farkındalık süreçleri ile BKB arasında orta düzeyde bir ilişki olduğunu göstermektedir (300). Ayrıca aleksitimi şiddeti ile davranışsal dürtüsellik, intihar eğilimi ve kişilerarası işlev bozukluğu dâhil olmak üzere BKB semptomları ilişkilendirilmiştir (332-334) .

Bir meta analiz çalışması, BKB'deki duygusal farkındalık ve aleksitimide bozulmuş işlemlenin rolüne dikkat çekmiştir (300).

Aleksitimi, duygusal düzensizliğin altında yatan mekanizmadır (335). Güçlü olumsuz duygularla karşı karşıya kalan aleksitimili ergenlerin, duygusal düzenleme yaşadıkları zorlukları KZVD gibi bastırma stratejilerini benimseme olasılıkları daha yüksektir (336, 337). BKB temel klinik özelliklerinin zincir şeklinde doğrudan ve dolaylı olarak birbirini açıkladığı ve beslediği görülmektedir. TAÖ-20 ve BKÖÖ-ÇEF korelasyonu literatür ile uyumlu sonuçlanmıştır.

5.26. TAÖ-20 VE DDGÖ-16 ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİNİN SONUÇLARI

Çalışmamızda TAÖ-20 ile DDGÖ-16 arasında yapılan korrelasyon analizinde pozitif yönde yüksek düzeyde ilişkili istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,743$) ($p=0,000$).

Aleksitimi ile duygusal düzensizlik arasında bağlantı olduğunu ileri sürülmüştür (338). Duygularının farkında olmayan insanların özellikle ilişkisel çevrelerinde potansiyel bir tehlike algıladıklarında, duygusal dalgalanmaları kontrol etmekte daha fazla zorluk çekmeleri bu bağlantıyı desteklemektedir (339).

Duygu düzenleme güçlüğü ve aleksitiminin değerlendirildiği randomize kontrollü bir çalışmada; aleksitimiklerin daha fazla duygu düzenleme güçlükleri gösterdiği görülmüştür. Çalışmanın sonucunda aleksitiminin duygu düzenleme güçlükleriyle ilişkili olduğunu ve bu güçlüğü büyük ölçüde ruh sağlığıyla ilgili sorunlara katkıda bulunduğunu gösterilmiştir (340).

5.27. BKÖÖ-ÇEF VE RBSÖ ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİNİN SONUÇLARI

Çalışmamızda BKÖÖ-ÇEF ile RBSÖ arasında yapılan korrelasyon analizinde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir korelasyon saptanmıştır.

BKB tanısı bulunan bireylerin öz saygıları düşüktür. Özeleştiriyeye ve utanç duygularına eğilimlidirler ve kendilerini aşağılama veya kendinden nefret etme duyguları besleyebilirler. Kişisel hedefler, arzular, değerler ve kariyer planları tutarsızdır, sıklıkla değişkenlik göstermektedir (62). Sonuç olarak kendilik imajı veya benlik duygusunda istikrar ve bütünlük eksikliğini kapsayan kimlik bozukluğuyla mücadele ederler (341).

Çalışmalar istikrarlı olarak BKB tanısı konulan bireylerin, düşük benlik saygısı ile ifade edilen, olumsuz, açık bir benlik kavramına sahip olduklarını ortaya koymaktadır (342). Bununla birlikte, depresyon düzeyi, şiddeti BKB'daki düşük öz saygıyı tam olarak açıklayamamaktadır (343).

RBSÖ ve BKÖÖ-ÇEF arasındaki pozitif korelasyonun; olguların boyutsal BKÖÖ-ÇEF ölçeğe aldıkları puan ile benlik saygısının azalmasının literatür ile uyumlu bir bulgu olduğu yorumlanabilmektedir.

5.28. BKÖÖ-ÇEF VE İÖA-E ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİNİN SONUÇLARI

Çalışmamızda güvenli bağlanma ile BKÖÖ-ÇEF arasında negatif yönde ve zayıf güçlükte, istatistiksel olarak yeterince anlamlı bir korelasyon olduğu görülmüştür. Saplantılı bağlanma ve BKÖÖ-ÇEF korelasyon analizi incelendiğinde, pozitif yönde zayıf güçte, bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Bağlanma, BKB birbirleriyle güçlü bir şekilde ilişki içerisindedir (194, 295). Güvenli ve destekleyici bir bağlanma tarzı, çocuğun duygusal ve sosyal gelişimini olumlu yönde etkileyebilirken, güvensiz ve ihmal edici bir bağlanma tarzı sınırdaki kişilik bozukluğu gibi rahatsızlıkların riskini artırabilmektedir (344).

Çalışmalar güvensiz bağlanmanın, BKB tanısı için daha büyük bir risk oluşturduğunu ve aralarındaki bu ilişkiyi incelenmiştir. Saplantılı ve korkulu bağlanma stilleri borderline kişilik bozukluğu özelliklerinden özellikle kişilerarası işlev bozukluklarıyla pozitif yönde, güvenli bağlanma stili ise bu özelliklerle negatif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir (312).

5.29. BKÖÖ-ÇEF VE ÇÇTÖ ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİ SONUÇLARI

Çalışmamızda BKÖÖ-ÇEF ile ÇÇTÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişkili, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir korelasyon saptanmıştır.

Çocuklukta yaşanan travmalar, sınırdaki kişilik bozukluğu riskini artırabilir (344). Örneğin; cinsel istismarın şiddetinin ve istismarın devam etmekte olmasının; suicidal girişim, tedavi aşamasında gerileme ve Borderline hastalar için oluşturulan görüşmelerdeki toplam puan dâhil olmak üzere BKB'nin belirli yönlerini öngördüğü gösterilmiştir. İstismar ne kadar şiddetli olursa, borderline olguların görüşme toplam puanı da o kadar yüksek olmakta bu da daha şiddetli BKB potansiyeline işaret etmektedir (325, 345).

BKB tanısı bulunan bireylerin önemli ölçüde daha fazla ve türde çocukluk çağı travması yaşadıklarını bulmuşlardır. Çalışmalar çocukluk çağı travması kötüleştikçe, BKB sonucunun da potansiyel olarak daha şiddetli olduğunu göstermektedir (346).

Bulgularımızın literatür ile örtüştüğü sonucuna varılmıştır.

5.30. BKÖÖ-ÇEF VE ABTÖ ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİNİN SONUÇLARI

Çalışmamızda ABTÖ Kabul/ İlgi alt boyutu ile BKÖÖ-ÇEF arasında negatif yönde korelasyon izlenmiştir.

Bowlby'nin bağlanma teorisine göre bakım verenlerle olan erken etkileşimler sonucu bağlanma stilleri şekillenir ve yetişkinlik döneminde kişilerarası ilişkiler tarafından sürdürülür (347).

Olumsuz, itici ebeveyn davranışının, aile içi uyumun zayıf olması, düşük ebeveyn sevgisinin veya bakımının ve çocuklukta yüksek düzeyde anne-çocuk çatışmasının, kişilik bozuklukları açısından yüksek risk ile ilişkili olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (348).

Ergenler ile yapılan bir çalışmada; ergenlerin bildirimine dayalı olarak ebeveyn tutumu incelenmiştir. Yüksek düzeyde BKB özellikleri taşıyan olgular, annelerinden daha fazla reddedilme, aşırı koruma ve daha az duygusal sıcaklık bildirmişlerdir (349).

Başka bir çalışmada ise katı ebeveynliğin ergen kız örnekleminde BKB semptomlarının gelişimi ile pozitif bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir (350).

5.31. İÖA-E VE ABTÖ ARASINDAKİ KORELASYON ANALİZİNİN SONUÇLARI

Çalışmamızda ABTÖ Kabul İlgi alt boyutu ile İÖA-E güvenli bağlanma alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişkili , istatistiksel olarak yeterince anlamlı bir korrelasyon saptanmıştır ($r=0,222$) ($p=0,003$).

BKB temel özelliklerinden birisi olan bağlanma patolojileri de düşünülecek olursa anne baba tutumunun BKB ve ilişki patenindeki bağlanma durumunu da etkilediği görülebilir.

Ayrıca Bowlby, çocukluk döneminde ebeveynlik stilineki duyarlılığın önemini vurgulamış ve bakım verenlerin ebeveynlik davranışlarının çocuğun bağlanma stilleri ile ilişkili olduğunu ileri sürmüştür (347).

Ebeveynin ya da bakım veren bireyin destekleyici olması biyopsikososyal risk ve dayanıklılık modeline göre koruyucu faktör olarak yer almaktadır. Olumsuzluklara

maruz kalma ile olumsuz sonuçların ve psikopatoloji gelişimini tamponlanabileceği öne sürülmektedir (351).

Çalışmamızdaki bulgular, anne baba tutumunun, güvenli bağlanmayı yordayabildiği ve belki patolojiden koruyucu bir faktör olabileceğini savunan literatür bilgileri ile uyumludur.

5.32. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

- Çalışmamız kesitsel olduğu için grupların anlık öz bildirimleri çalışmayı etkileyebileceği düşünülmüştür.
- Kliniğimiz çeşitli Çocuk Koruma Evleri'nde kalan ağırlıklı olarak kız hastaların tedavi, takip süreçlerinin gerçekleştirildiği bir merkezdir. Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların cinsiyet oranları bu nedenle etkilenebilir.
- Kliniğimizin yataklı servis bulundurması, kliniğimize başvuran ve takip edilen hastaların hastalık şiddetini etkilemektedir. Bu durumun, çalışmaya dâhil olan olguların klinik özelliklerini (klinik hastalık şiddetleri gibi) de etkileyebileceği düşünülmüştür.
- Katılımcılarımız BKÖÖ-ÇEF ile değerlendirilmiş ve DSM-5'e uygun olarak detaylı klinik görüşme yapılmıştır. Ancak kişilik bozuklukları yarı yapılandırılmış görüşmenin yapılmamış olması çalışmamızın kısıtlı bir yönüdür.

5.33. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ

- Çalışmamızda ülkemizde kısıtlı veri bulunan, ergenlerde borderline kişilik özelliklerini hem klinik hem sosyodemografik olarak etkileyen birçok faktöre bakılmıştır.
- BKÖ grubu katılımcılarının BKÖ'yü boyutsal yaklaşım ile tarama olanağı sağlayan BKÖÖ-ÇEF ile değerlendirilmesi ve DSM -5'e göre detaylı klinik görüşme yapılmış olması çalışmamızın güçlü yanlarındanır.
- Çalışmamızda BKÖ grubu; sık tanı birlikteliği olan ve ayırıcı tanısında zorlanılan MDB grubu ile “eş tanı, farmakolojik tedavi, yatarak izlem oranı, KZVD, intihar girişimleri, duygu tanıma, anlamlandırma ve duygu düzenleme becerileri, benlik algısı, travmatik yaşantı, ebeveyn tutumu ve

bağlanma özellikleri” ve sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırılmıştır. Bu kapsamlı çalışma ülkemizde ergenlerde BKÖ’nün MDB ile karşılaştırıldığı ilk çalışmadır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Çalışmamız, ergenlerde BKÖ tanılı olguların klinik özellikleri (eş tanı, farmakolojik tedavi, yatarak izlem oranı, KZVD, intihar girişimleri, duygu tanıma, anlamlandırma ve duygu düzenleme becerileri, benlik algısı, travmatik yaşantı, ebeveyn tutumu ve bağlanma özellikleri) ve sosyodemografik özelliklerini MDB grubu ile karşılaştıran ülkemizde yapılan ilk çalışmadır.
2. BKÖ grubunda DEHB, BB, TSSB, DDB, DB, Yeme bozukluğu, MKB ve beden algısında bozukluk tanıları daha yüksek oranda görülmüştür. MDB grubunda ise anksiyete bozukluğu eş tanısı daha fazla görülmüştür.
3. BKÖ grubunda hayatının bir döneminde kısa süreli pseudohalüsinasyon görülme oranı MDB grubuna göre anlamlı yüksektir.
4. BKÖ grubunun tedavisinde çoklu ilaç kullanımına ihtiyaç duyulmuştur.
5. BKÖ grubunda genel tıbbi hastalık görülme oranı MDB grubuna göre yüksektir.
6. BKÖ grubun daha fazla sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanım oranına sahiptir.
7. BKÖ grubunda dövme ve piercing yaptırma oranı MDB grubuna göre daha yüksektir.
8. BKÖ grubunda daha fazla KZVD ve intihar girişimi mevcuttur. BKÖ olguları KZVD sebeplerini MDB olgularına göre daha çok huzursuzluk, zorlukla baş etmek, duygu ve düşüncelerden kurtulmak ve kendisini cezalandırmak olarak tanımlamışlardır.
9. BKÖ grubundaki olguların örgün eğitimi terk etme oranı MDB grubuna göre daha yüksektir.
10. BKÖ grubu olguların annelerinde istatistiksel olarak anlamlı oranda MDB grubuna göre daha yüksek psikiyatrik hastalık tanısı mevcuttur. Annedeki intihar girişimi sayısı ise her iki grupta anlamlı farklılık göstermemiştir.
11. BKÖ olguları annelerinin ebeveynlerinde alkol, sigara ve uyuşturucu madde kullanımından en az birinin olması MDB olgularına göre daha yüksektir.
12. BKÖ olgularının babalarının alkol kullanım oranlarının MDB grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

13. BKÖ olguların babalarının ebeveynlerinin MDB grubuna göre daha fazla psikiyatrik hastalık tanısı mevcut olduğu görülmüştür.
14. BKÖ ve MDB olgularının ebeveynlerinde boşanma oranları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir.
15. BKÖ grubunda aile içi şiddet oranları MDB grubuna göre daha yüksektir.
16. BKÖ grubunun benlik saygısının MDB grubuna göre daha düşük olduğu görülmüştür. Borderline kişilik özellikleri toplam puanı arttıkça benlik saygısı azalmıştır.
17. BKÖ olguları MDB olgularına göre daha fazla duygu düzenlemede güçlük yaşamaktadır. Borderline kişilik özellikleri arttıkça duygu düzenleme güçlük puanlarının da arttığı gözlenmiştir.
18. BKÖ olgularında MDB grubuna göre daha çok KZVD görülmüştür. Aynı zamanda duygu düzenlemede yaşanan güçlük arttıkça KZVD artmıştır.
19. BKÖ grubunda aleksitimi (duygu tanıma ve duygu ifade etme zorluğu) MDB grubuna göre daha yüksek görülmüştür. Çalışmamızda duygu düzenlemede yaşanan güçlük arttıkça aleksitiminin arttığı görülmüştür.
20. MDB olguları BKÖ grubuna göre ebeveynlerini daha ilgili ve sevecen tanımlamışlardır.
21. BKÖ grubunda saplantılı bağlanma, MDB grubunda ise güvenli bağlanma daha çok görülmüştür.
22. Tüm olgular içerisinde ebeveynlerin kabul edici, ilgili tutumu oldukça, olguların güvenli bağlanabildiği görülmüştür.

Bu çalışma ülkemizde BKÖ ergen olgularının klinik ve sosyodemografik özelliklerinin MDB tanılı kontrol grubu ile karşılaştırıldığı ilk çalışmadır. Kontrol grubu olarak MDB seçilmesinin sebebi BKB ile MDB arasında önemli bir örtüşme ve sık tanı birlikteliklerinin olmasıdır. BKÖ’de psikiyatrik eş tanı ve genel tıbbi hastalık yüksek oranda görülmüştür. BKÖ olgularında çocukluk çağında travmatik bir yaşantı olduğu görülmüştür. BKÖ grubunda duygu tanıma, ifade etme ve duygu düzenleme becerilerinin daha düşük olduğu, hastalık şiddetinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Ergenlikte BKB tanısını yok saymanın ve bu hastalara erişkinlik döneminde geç tanı konulmasının tedavi sürecini olumsuz etkileyeceği düşünülmüştür. Klinisyenler, etiketleme kaygısı ve korkusu ile BKB hastalarına tanı koymaktan kaçınarak hastaların yetersiz terapi ve eksik tedavi almalarına sebep olabilirler. Bu alanda geniş örneklemde ve takip çalışmalarına ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.): American Psychiatric Association; 2013.
2. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry*. 2002;51(12):936-50.
3. Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*. 2014;134(4):782-93.
4. Eaton NR, Greene AL. Personality disorders: community prevalence and socio-demographic correlates. *Curr Opin Psychol*. 2018;21:28-32.
5. Ellison WD, Rosenstein LK, Morgan TA, Zimmerman M. Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2018;41(4):561-73.
6. John G. Gunderson MD. Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *American Journal of Psychiatry*. 2009;166(5):530-9.
7. Torgersen S. Epidemiology. The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2005. p. 129-41.
8. Stern A. Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*. 1938;7(4):467-89.
9. Jovev M, McKenzie T, Whittle S, Simmons JG, Allen NB, Chanen AM. Temperament and maltreatment in the emergence of borderline and antisocial personality pathology during early adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2013;22(3):220.
10. Soeteman DI, Hakkaart-van Roijen L, Verheul R, Busschbach JJ. The economic burden of personality disorders in mental health care. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(2):259-65.

11. Coşgun S. Çocukluk çağında ruhsal travmaya maruz kalan ergenlerde borderline kişilik bozukluğu gelişimini yordayan faktörlerin incelenmesi. 2018.
12. Cosgun S, Cakiroglu S. Sınır Kişilik Özellikleri Ölçeği Çocuk ve Ergen Formunun Türkçeye uyarlanması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. 2020.
13. Coşkun F, Akça ÖF, Bilgiç A, Sharp C. Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği--Kısa Formunun Türk Ergenlerinde Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Turk Psikiyatri Dergisi. 2022;33(1).
14. Dönmez OS. Klinik başvurusu olan ergenlerde sınır kişilik bozukluğu semptomlarının yaygınlığı ve tanı etkinliliği. [Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi]. In press 2004.
15. Organization WH. Depressive disorder 2023
16. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry. 2015;56(3):345-65.
17. Bhatia SK, Bhatia SC. Childhood and adolescent depression. Am Fam Physician. 2007;75(1):73-80.
18. Bozzatello P, Bellino S, Bosia M, Rocca P. Early Detection and Outcome in Borderline Personality Disorder. Front Psychiatry. 2019;10:710.
19. Chanen A, Sharp C, Hoffman P. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority. World Psychiatry. 2017;16(2):215-6.
20. Beatson JA, Rao S. Depression and borderline personality disorder. Medical Journal of Australia. 2013;199(S6):S24-S7.
21. Health NCCfM. Borderline personality disorder: treatment and management. 2009.
22. Kernberg O. Borderline Personality Organization. Journal of the American Psychoanalytic Association. 1967;15(3):641-85.
23. Grinker Sr R, Webble B, Drye R. The Borderline Syndrome. A Behavioral Study of Ego-Functions. New York (Basic Books) 1968. 1968.

24. Gunderson JG, Kolb JE. Discriminating features of borderline patients. *The American journal of psychiatry*. 1978;135(7):792-6.
25. Spitzer RL, Endicott J, Gibbon M. Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia: The development of criteria. *Archives of general psychiatry*. 1979;36(1):17-24.
26. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd edition) (DSM-III)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
27. Sharp C, Fonagy P. Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence—recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015;56(12):1266-88.
28. Chanen AM, McCutcheon L. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *The British Journal of Psychiatry*. 2013;202(s54):s24-s9.
29. Laurensen EM, Hutsebaut J, Feenstra DJ, Van Busschbach JJ, Luyten P. Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013;7(1):3.
30. Clemmensen LMØ, Jensen SOW, Zanarini MC, Skadhede S, Munk-Jørgensen P. Changes in treated incidence of borderline personality disorder in Denmark: 1970–2009. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2013;58(9):522-8.
31. Olajide K, Tyrer P, Singh SP, Burns T, Rugkåsa J, Thana L, et al. Likelihood and predictors of detention in patients with personality disorder compared with other mental disorders: a retrospective, quantitative study of Mental Health Act assessments. *Personality and Mental Health*. 2016;10(3):191-204.
32. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*. 2007;62(6):553-64.
33. Gross R, Olfson M, Gameroff M, Shea S, Feder A, Fuentes M, et al. Borderline personality disorder in primary care. *Archives of internal medicine*. 2002;162(1):53-60.

34. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Oldham JM. Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2008;118(5):410-3.
35. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Klein DN. Axis II psychopathology as a function of Axis I disorders in childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(12):1752-9.
36. Chanen AM, Jackson HJ, McGorry PD, Allot KA, Clarkson V, Yuen HP. Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of personality disorders*. 2004;18(6):526-41.
37. Burket RC, Myers WC. Axis I and personality comorbidity in adolescents with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*. 1995;23(1):73-82.
38. Grilo CM, Becker DF, Fehon DC, Walker ML, Edell WS, McGlashan TH. Gender differences in personality disorders in psychiatrically hospitalized adolescents. *The American journal of psychiatry*. 1996;153(8):1089-91.
39. Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S, de La Rivière SG. Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther*. 2018;9:199-210.
40. Kongerslev MT, Chanen A, Simonsen E. Personality Disorder in Childhood and Adolescence comes of Age: a Review of the Current Evidence and Prospects for Future Research. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*. 2015;3:31-48.
41. Organization WH. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines: World Health Organization; 1992.
42. Silk KR. Personality disorder in adolescence: The diagnosis that dare not speak its name. 2008.
43. Freeman A, Rigby A. Personality disorders among children and adolescents. *Cognitive therapy with children and adolescents*. 2003:434.

44. Larrivée MP. Borderline personality disorder in adolescents: the He-who-must-not-be-named of psychiatry. *Dialogues Clin Neurosci*. 2013;15(2):171-9.
45. De Clercq B, De Fruyt F, Van Leeuwen K, Mervielde I. The structure of maladaptive personality traits in childhood: a step toward an integrative developmental perspective for DSM-V. *Journal of abnormal psychology*. 2006;115(4):639.
46. Wright AGC, Pincus AL, Lenzenweger MF. Modeling Stability and Change in Borderline Personality Disorder Symptoms Using the Revised Interpersonal Adjective Scales–Big Five (IASR–B5). *Journal of Personality Assessment*. 2010;92(6):501-13.
47. Cohen P, Crawford TN, Johnson JG, Kasen S. The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of personality disorders*. 2005;19(5):466-86.
48. Balsis S, Krueger RF, Oltmanns TF, Tackett JL. A unifying perspective on personality pathology across the life span: Developmental considerations for the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Development and Psychopathology*. 2009;21(3):687-713.
49. Patricia Cohen, Thomas N. Crawford, Jeffrey G. Johnson, Stephanie Kasen. The Children in the Community Study of Developmental Course of Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*. 2005;19(5):466-86.
50. Winsper C, Hall J, Strauss VY, Wolke D. Aetiological pathways to Borderline Personality Disorder symptoms in early adolescence: childhood dysregulated behaviour, maladaptive parenting and bully victimisation. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2017;4(1):10.
51. Garnet KE, Levy KN, Mattanah JJ, Edell WS, McGlashan TH. Borderline personality disorder in adolescents: ubiquitous or specific? *Am J Psychiatry*. 1994;151(9):1380-2.
52. Biskin RS, Paris J, Renaud J, Raz A, Zelkowitz P. Outcomes in women diagnosed with borderline personality disorder in adolescence. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20(3):168-74.
53. Kaess M, Fischer-Waldschmidt G, Resch F, Koenig J. Health related quality of life and psychopathological distress in risk taking and self-harming adolescents with

full-syndrome, subthreshold and without borderline personality disorder: rethinking the clinical cut-off? *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2017;4:7.

54. Winograd G, Cohen P, Chen H. Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008;49(9):933-41.

55. Chanen AM, Nicol K, Betts JK, Thompson KN. Diagnosis and Treatment of Borderline Personality Disorder in Young People. *Current Psychiatry Reports.* 2020;22(5):25.

56. Speranza M, Pham-Scottez A, Revah-Levy A, Barbe RP, Perez-Diaz F, Birmaher B, et al. Factor structure of borderline personality disorder symptomatology in adolescents. *Can J Psychiatry.* 2012;57(4):230-7.

57. Theodore M, Seth G, Carrie M, Sarah M, Rowena R. *Personality Disorders in Modern Life* 2021. 620 p.

58. Chanen AM, Kaess M. Developmental pathways to borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14(1):45-53.

59. Beauchaine T, Hong J, Marsh P. Sex Differences in Autonomic Correlates of Conduct Problems and Aggression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2008;47:788-96.

60. Winsper C, Marwaha S, Lereya ST, Thompson A, Eyden J, Singh SP. Clinical and psychosocial outcomes of borderline personality disorder in childhood and adolescence: a systematic review. *Psychol Med.* 2015;45(11):2237-51.

61. Distel MA, Middeldorp CM, Trull TJ, Derom CA, Willemsen G, Boomsma DI. Life events and borderline personality features: the influence of gene-environment interaction and gene-environment correlation. *Psychol Med.* 2011;41(4):849-60.

62. Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nat Rev Dis Primers.* 2018;4:18029.

63. Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, Kernberg OF, Leweke F, Luyten P, et al. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry.* 2024;23(1):4-25.

64. Cattane N, Rossi R, Lanfredi M, Cattaneo A. Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):221.
65. Fonagy P, Bateman A. The development of borderline personality disorder--a mentalizing model. *J Pers Disord*. 2008;22(1):4-21.
66. Hengartner MP, Ajdacic-Gross V, Rodgers S, Müller M, Rössler W. Childhood adversity in association with personality disorder dimensions: new findings in an old debate. *Eur Psychiatry*. 2013;28(8):476-82.
67. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(7):600-6.
68. Johnson JG, Cohen P, Chen H, Kasen S, Brook JS. Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(5):579-87.
69. Stepp SD, Lazarus SA. Identifying a borderline personality disorder prodrome: Implications for community screening. *Personal Ment Health*. 2017;11(3):195-205.
70. Rogosch FA, Cicchetti D. Child maltreatment and emergent personality organization: perspectives from the five-factor model. *J Abnorm Child Psychol*. 2004;32(2):123-45.
71. Stepp SD, Burke JD, Hipwell AE, Loeber R. 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*. 2012;40(1):7-20.
72. Helgeland MI, Kjelsberg E, Torgersen S. Continuities between emotional and disruptive behavior disorders in adolescence and personality disorders in adulthood. *Am J Psychiatry*. 2005;162(10):1941-7.
73. Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA. The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biol Psychiatry*. 2002;51(12):951-63.

74. Distel MA, Trull TJ, Derom CA, Thiery EW, Grimmer MA, Martin NG, et al. Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychol Med*. 2008;38(9):1219-29.
75. Carpenter RW, Tomko RL, Trull TJ, Boomsma DI. Gene-environment studies and borderline personality disorder: a review. *Curr Psychiatry Rep*. 2013;15(1):336.
76. Friedel RO. Dopamine dysfunction in borderline personality disorder: a hypothesis. *Neuropsychopharmacology*. 2004;29(6):1029-39.
77. Chanen AM, Velakoulis D, Carison K, Gaunson K, Wood SJ, Yuen HP, et al. Orbitofrontal, amygdala and hippocampal volumes in teenagers with first-presentation borderline personality disorder. *Psychiatry Res*. 2008;163(2):116-25.
78. Maier-Hein KH, Brunner R, Lutz K, Henze R, Parzer P, Feigl N, et al. Disorder-specific white matter alterations in adolescent borderline personality disorder. *Biol Psychiatry*. 2014;75(1):81-8.
79. Stiglmayr CE, Grathwol T, Linehan MM, Ihorst G, Fahrenberg J, Bohus M. Aversive tension in patients with borderline personality disorder: a computer-based controlled field study. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;111(5):372-9.
80. Stiglmayr CE, Ebner-Priemer UW, Bretz J, Behm R, Mohse M, Lammers CH, et al. Dissociative symptoms are positively related to stress in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;117(2):139-47.
81. Zimmerman DJ, Choi-Kain LW. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in borderline personality disorder: a review. *Harv Rev Psychiatry*. 2009;17(3):167-83.
82. Nater UM, Bohus M, Abbruzzese E, Ditzen B, Gaab J, Kleindienst N, et al. Increased psychological and attenuated cortisol and alpha-amylase responses to acute psychosocial stress in female patients with borderline personality disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 2010;35(10):1565-72.
83. Kaess M, Hille M, Parzer P, Maser-Gluth C, Resch F, Brunner R. Alterations in the neuroendocrinological stress response to acute psychosocial stress in adolescents engaging in nonsuicidal self-injury. *Psychoneuroendocrinology*. 2012;37(1):157-61.

84. Jovev M, Garner B, Phillips L, Velakoulis D, Wood SJ, Jackson HJ, et al. An MRI study of pituitary volume and parasuicidal behavior in teenagers with first-presentation borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 2008;162(3):273-7.
85. Stone MH. Long-term follow-up of narcissistic/borderline patients. *Psychiatric Clinics of North America.* 1989;12(3):621-41.
86. McGlashan TH, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, Morey LC, et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;102(4):256-64.
87. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1998;155(12):1733-9.
88. Zimmerman M, Mattia JI. Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry.* 1999;40(4):245-52.
89. Asherson P, Young AH, Eich-Höchli D, Moran P, Porsdal V, Deberdt W. Differential diagnosis, comorbidity, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in relation to bipolar disorder or borderline personality disorder in adults. *Curr Med Res Opin.* 2014;30(8):1657-72.
90. Shea MT, Stout RL, Yen S, Pagano ME, Skodol AE, Morey LC, et al. Associations in the Course of Personality Disorders and Axis I Disorders Over Time. *Journal of Abnormal Psychology.* 2004;113(4):499-508.
91. Shah R, Zanarini MC. Comorbidity of Borderline Personality Disorder: Current Status and Future Directions. *Psychiatr Clin North Am.* 2018;41(4):583-93.
92. Ha C, Balderas JC, Zanarini MC, Oldham J, Sharp C. Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescents with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry.* 2014;75(5):e457-64.
93. Guilé JM, Zavaglia E, Berthiaume C, Bergeron L. Prevalence and comorbidity of borderline personality traits in the Quebec general population aged 12-14 years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2021;56(11):2053-62.
94. Sharp C, Green KL, Yaroslavsky I, Venta A, Zanarini MC, Pettit J. The incremental validity of borderline personality disorder relative to major depressive

disorder for suicidal ideation and deliberate self-harm in adolescents. *J Pers Disord.* 2012;26(6):927-38.

95. Jaunay E, Consoli A, Greenfield B, Guilé JM, Mazet P, Cohen D. Treatment refusal in adolescents with severe chronic illness and borderline personality disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;15(3):135-42.

96. Feenstra DJ, Hutsebaut J, Laurensen EM, Verheul R, Busschbach JJ, Soeteman DI. The burden of disease among adolescents with personality pathology: quality of life and costs. *J Pers Disord.* 2012;26(4):593-604.

97. Kaess M, von Ceumern-Lindenstjerna I-A, Parzer P, Chanen A, Mundt C, Resch F, et al. Axis I and II comorbidity and psychosocial functioning in female adolescents with borderline personality disorder. *Psychopathology.* 2012;46(1):55-62.

98. Paris J. Differential Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2018;41(4):575-82.

99. Gunderson JG, Phillips KA. A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry.* 1991;148(8):967-75.

100. Russell JJ, Moskowitz DS, Zuroff DC, Sookman D, Paris J. Stability and variability of affective experience and interpersonal behavior in borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol.* 2007;116(3):578-88.

101. Koenigsberg HW. Affective instability: toward an integration of neuroscience and psychological perspectives. *J Pers Disord.* 2010;24(1):60-82.

102. Bayes A, Parker G, Paris J. Differential Diagnosis of Bipolar II Disorder and Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports.* 2019;21(12):125.

103. Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Theory and method. *Bull Menninger Clin.* 1987;51(3):261-76.

104. May JM, Richardi TM, Barth KS. Dialectical behavior therapy as treatment for borderline personality disorder. *Ment Health Clin.* 2016;6(2):62-7.

105. Shearin EN, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1994;379:61-8.

106. Klein DA, Miller AL. Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents with borderline personality disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2011;20(2):205-16.
107. Bateman A, Fonagy P, Campbell C, Luyten P, Debbané M. *Cambridge Guide to Mentalization-Based Treatment (MBT)*: Cambridge University Press; 2023.
108. Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF, Yeomans FE. *Psychodynamic therapy for personality pathology: Treating self and interpersonal functioning*: American Psychiatric Pub; 2018.
109. Clarkin JF, Kernberg OF. *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*: American Psychiatric Pub; 2015.
110. Kellogg SH, Young JE. Schema therapy for borderline personality disorder. *J Clin Psychol*. 2006;62(4):445-58.
111. Young JE. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange; 1999.
112. Pascual JC, Arias L, Soler J. Pharmacological Management of Borderline Personality Disorder and Common Comorbidities. *CNS Drugs*. 2023;37(6):489-97.
113. Pascual JC, Martín-Blanco A, Soler J, Ferrer A, Tiana T, Alvarez E, et al. A naturalistic study of changes in pharmacological prescription for borderline personality disorder in clinical practice: from APA to NICE guidelines. *Int Clin Psychopharmacol*. 2010;25(6):349-55.
114. Pascual JC, Martín-Blanco A, Soler J. Twenty-Year Trends in the Psychopharmacological Treatment of Outpatients with Borderline Personality Disorder: A Cross-Sectional Naturalistic Study in Spain. *CNS Drugs*. 2021;35(9):1023-32.
115. Choi-Kain LW, Finch EF, Masland SR, Jenkins JA, Unruh BT. What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Curr Behav Neurosci Rep*. 2017;4(1):21-30.
116. Bohus M, Stoffers-Winterling J, Sharp C, Krause-Utz A, Schmahl C, Lieb K. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2021;398(10310):1528-40.

117. Gartlehner G, Crotty K, Kennedy S, Edlund MJ, Ali R, Siddiqui M, et al. Pharmacological Treatments for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *CNS Drugs*. 2021;35(10):1053-67.
118. Crawford MJ, Sanatnia R, Barrett B, Cunningham G, Dale O, Ganguli P, et al. The Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Lamotrigine in Borderline Personality Disorder: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *Am J Psychiatry*. 2018;175(8):756-64.
119. Leichsenring F, Heim N, Leweke F, Spitzer C, Steinert C, Kernberg OF. Borderline Personality Disorder: A Review. *Jama*. 2023;329(8):670-9.
120. Lieslehto J, Tiihonen J, Lähteenvuo M, Mittendorfer-Rutz E, Tanskanen A, Taipale H. Comparative Effectiveness of Pharmacotherapies for the Risk of Attempted or Completed Suicide Among Persons With Borderline Personality Disorder. *JAMA Netw Open*. 2023;6(6):e2317130.
121. Perou R, Bitsko RH, Blumberg SJ, Pastor P, Ghandour RM, Gfroerer JC, et al. Mental health surveillance among children—United States, 2005–2011. *MMWR suppl*. 2013;62(2):1-35.
122. Nolen-Hoeksema S, Girgus JS. The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological bulletin*. 1994;115(3):424.
123. Bradley RG, Binder EB, Epstein MP, Tang Y, Nair HP, Liu W, et al. Influence of child abuse on adult depression: moderation by the corticotropin-releasing hormone receptor gene. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(2):190-200.
124. Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(2):113-23.
125. Bains N, Abdijadid S. Major Depressive Disorder. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
126. Essau CA. Comorbidity of depressive disorders among adolescents in community and clinical settings. *Psychiatry research*. 2008;158(1):35-42.

127. Kovacs M, Obrosky DS, Sherrill J. Developmental changes in the phenomenology of depression in girls compared to boys from childhood onward. *Journal of affective disorders*. 2003;74(1):33-48.
128. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 1999;40(1):57-87.
129. Copeland WE, Shanahan L, Erkanli A, Costello EJ, Angold A. Indirect comorbidity in childhood and adolescence. *Front Psychiatry*. 2013;4:144.
130. Cohen P, Cohen J, Kasen S, Velez CN, Hartmark C, Johnson J, et al. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence—I. Age- and gender-specific prevalence. *Journal of child psychology and psychiatry*. 1993;34(6):851-67.
131. Fleming JE, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1990;29(4):571-80.
132. Richardson LP, Katzenellenbogen R. Childhood and adolescent depression: the role of primary care providers in diagnosis and treatment. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2005;35(1):6-24.
133. Hangül Z, Tufan AE. Çocuk ve Ergenlerde Distimik Bozukluk ve Rekürren (Yineleyici) Depresif Bozukluk Kliniği, Tanısı ve Tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*. 2016;2:79-84.
134. Park RJ, Goodyer IM. Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2000;9(3):147-61.
135. Cheung AH, Emslie GJ, Mayes TL. Review of the efficacy and safety of antidepressants in youth depression. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005;46(7):735-54.
136. Wagner KD, Ambrosini P, Rynn M, Wohlberg C, Yang R, Greenbaum MS, et al. Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder: two randomized controlled trials. *Jama*. 2003;290(8):1033-41.
137. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry*. 2004;161(11):2108-14.

138. Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ. Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord.* 2010;24(4):412-26.
139. Gunderson JG, Morey LC, Stout RL, Skodol AE, Shea MT, McGlashan TH, et al. Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(8):1049-56.
140. Corruble E, Ginestet D, Guelfi JD. Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: a review. *J Affect Disord.* 1996;37(2-3):157-70.
141. Rao S, Broadbear J. Borderline personality disorder and depressive disorder. *Australas Psychiatry.* 2019;27(6):573-7.
142. Skodol AE, Grilo CM, Keyes KM, Geier T, Grant BF, Hasin DS. Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample. *Am J Psychiatry.* 2011;168(3):257-64.
143. Boylan K, Dyce L, Semovski V. Borderline personality disorder in children and adolescents: Discriminant validity in relation to major depressive disorder. *Journal of Psychology and Psychiatry.* 2017.
144. Ünal F, Öktem F, Çetin Çuhadaroglu F, Çengel Kültür SE, AKDEMİ D, Foto Özdemir D, et al. Reliability and validity of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version, DSM-5 November 2016-Turkish adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T). *Turkish Journal of Psychiatry.* 2019;30(1).
145. Crick N, Murray-Close D, Woods K. Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and psychopathology.* 2005;17:1051-70.
146. Oy B. Çocuklar için depresyon ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg.* 1991;2:132-7.
147. Birmaher B, Khetarpal S, Brent D, Cully M, Balach L, Kaufman J, et al. The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 1997;36(4):545-53.

148. Karaceylan Çakmakçı F. Çocuklarda anksiyete bozukluklarını tarama ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Kocaeli. 2004.
149. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*. 1991;61(2):226.
150. Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1999;14(43):71-106.
151. Rosenberg M. Rosenberg self-esteem scale. *Journal of Religion and Health*. 1965.
152. Çuhadaroglu F. Adolesanlarda benlik saygısı. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara. 1986.
153. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *J Psychopathol Behav Assess*. 2009;31(3):215-9.
154. Bildik T, Somer O, Kabukçu Başay B, Başay Ö, Özbaran B. Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanterinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2013;24(1):49-57.
155. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*. 1994;38(1):23-32.
156. Güleç H, Yenel A. 20 maddelik Toronto aleksitimi ölçeği Türkçe uyarlamasının kesme noktalarına göre psikometrik özellikleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2010;13(3):108-12.
157. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*. 2003;27(2):169-90.

158. Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2012;32(4):1054-63.
159. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of psychopathology and behavioral assessment. 2004;26:41-54.
160. Bjureberg J, Ljótsson B, Tull MT, Hedman E, Sahlin H, Lundh L-G, et al. Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: the DERS-16. Journal of psychopathology and behavioral assessment. 2016;38:284-96.
161. Lamborn SD, Mounts NS, Steinberg L, Dornbusch SM. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. Child development. 1991;62(5):1049-65.
162. Yılmaz A. Anne-baba tutum ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2000;7(3):160-72.
163. Guy W. EC-DEU Assessment Manual for Psychopharmacology, Revised CGI Clinical Global Impressions. US Department of Health. 1976:76-339.
164. Bradley R, Zittel Conklin C, Westen D. The borderline personality diagnosis in adolescents: gender differences and subtypes. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2005;46(9):1006-19.
165. Reich RB, Vera SC, Marino MF, Levin A, Yong L, Frankenburg FR. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry. 1997;154(8):1101-1106.
166. Widiger TA, Trull TJ. Borderline and narcissistic personality disorders. Comprehensive handbook of psychopathology, 2nd ed. New York, NY, US: Plenum Press; 1993. p. 371-94.
167. Skodol AE, Bender DS. Why are women diagnosed borderline more than men? Psychiatr Q. 2003;74(4):349-60.

168. Yorbik O, Birmaher B, Axelson D, Williamson DE, Ryan ND. Clinical characteristics of depressive symptoms in children and adolescents with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2004;65(12):1654-9.
169. Sagatun A, Heyerdahl S, Wentzel-Larsen T, Lien L. Mental health problems in the 10th grade and non-completion of upper secondary school: the mediating role of grades in a population-based longitudinal study. *BMC Public Health*. 2014;14:16.
170. Fletcher JM. Adolescent depression: diagnosis, treatment, and educational attainment. *Health Econ*. 2008;17(11):1215-35.
171. King NJ, Bernstein GA. School refusal in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(2):197-205.
172. Gubbels J, van der Put CE, Assink M. Risk Factors for School Absenteeism and Dropout: A Meta-Analytic Review. *J Youth Adolesc*. 2019;48(9):1637-67.
173. Talbott E, Fleming J. The Role of Social Contexts and Special Education in the Mental Health Problems of Urban Adolescents. *The Journal of Special Education*. 2003;37(2):111-23.
174. Clark H, Davis M. *Transition to Adulthood: A Resource for Assisting Young People with Emotional or Behavioral Difficulties*. 2000.
175. Crawford TN, Cohen PR, Chen H, Anglin DM, Ehrensaft M. Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Dev Psychopathol*. 2009;21(3):1013-30.
176. Julian MM, Lawler JM, Rosenblum KL. Caregiver-Child Relationships in Early Childhood: Interventions to Promote Well-Being and Reduce Risk for Psychopathology. *Current Behavioral Neuroscience Reports*. 2017;4(2):87-98.
177. Frankenburg FR, Zanarini MC. Personality disorders and medical comorbidity. *Curr Opin Psychiatry*. 2006;19(4):428-31.
178. Frankenburg FR, Zanarini MC. The association between borderline personality disorder and chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and costly forms of health care utilization. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(12):1660-5.

179. Keuroghlian AS, Gunderson JG, Pagano ME, Markowitz JC, Ansell EB, Shea MT, et al. Interactions of borderline personality disorder and anxiety disorders over 10 years. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(11):1529-34.
180. Powers AD, Oltmanns TF. Personality pathology as a risk factor for negative health perception. *J Pers Disord*. 2013;27(3):359-70.
181. Sansone RA, Bohinc RJ, Wiederman MW. Borderline personality symptomatology and compliance with general health care among internal medicine outpatients. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2015;19(2):132-6.
182. Bender DS, Skodol AE, Pagano ME, Dyck IR, Grilo CM, Shea MT, et al. Prospective assessment of treatment use by patients with personality disorders. *Psychiatr Serv*. 2006;57(2):254-7.
183. Spady DW, Schopflocher DP, Svenson LW, Thompson AH. Medical and psychiatric comorbidity and health care use among children 6 to 17 years old. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159(3):231-7.
184. Merikangas KR, Calkins ME, Burstein M, He J-P, Chiavacci R, Lateef T, et al. Comorbidity of physical and mental disorders in the neurodevelopmental genomics cohort study. *Pediatrics*. 2015;135(4):e927-e38.
185. Sztein DM, Lane WG. Examination of the comorbidity of mental illness and somatic conditions in hospitalized children in the United States using the kids' inpatient database, 2009. *Hospital pediatrics*. 2016;6(3):126-34.
186. Muskens J, Vermeulen K, Van Deurzen P, Tomesen E, Van der Gaag R, Buitelaar J, et al. Somatische screening in kinder-en jeugdpsychiatrie: een descriptieve pilotstudie. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 2015(2015/10):710-8.
187. Berk M, Köhler-Forsberg O, Turner M, Penninx B, Wrobel A, Firth J, et al. Comorbidity between major depressive disorder and physical diseases: a comprehensive review of epidemiology, mechanisms and management. *World Psychiatry*. 2023;22(3):366-87.
188. Zheng K, Abraham C, Bruzzese J-M, Smaldone A. Longitudinal Relationships Between Depression and Chronic Illness in Adolescents: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Health Care*. 2020;34(4):333-45.

189. Bowlby J. Attachment: Basic books; 2008.
190. Long E, Aggen S, Gardner C, Kendler K. Differential parenting and risk for psychopathology: a monozygotic twin difference approach. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2015;50:1569-76.
191. Otowa T, Gardner CO, Kendler KS, Hettema JM. Parenting and risk for mood, anxiety and substance use disorders: a study in population-based male twins. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2013;48:1841-9.
192. Wiggins JL, Mitchell C, Hyde LW, Monk CS. Identifying early pathways of risk and resilience: The codevelopment of internalizing and externalizing symptoms and the role of harsh parenting. *Development and psychopathology*. 2015;27(4pt1):1295-312.
193. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder: Guilford Publications; 2018.
194. Fonagy P, Luyten P. A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and psychopathology*. 2009;21(4):1355-81.
195. Selby EA, Anestis MD, Bender TW, Joiner Jr TE. An exploration of the emotional cascade model in borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology*. 2009;118(2):375.
196. Fonagy P, Target M, Gergely G, Allen JG, Bateman AW. The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic inquiry*. 2003;23(3):412-59.
197. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Smailes E, Brook JS. Association of maladaptive parental behavior with psychiatric disorder among parents and their offspring. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(5):453-60.
198. Wan MW, Green J. The impact of maternal psychopathology on child–mother attachment. *Archives of Women's Mental Health*. 2009;12(3):123-34.
199. Andrews B, Brown GW, Creasey L. Intergenerational links between psychiatric disorder in mothers and daughters: the role of parenting experiences. *J Child Psychol Psychiatry*. 1990;31(7):1115-29.

200. McLaughlin KA, Gadermann AM, Hwang I, Sampson NA, Al-Hamzawi A, Andrade LH, et al. Parent psychopathology and offspring mental disorders: Results from the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*. 2012;200(4):290-9.
201. LaBarre MB, Jessner L, Ussery L. The significance of grandmothers in the psychopathology of children. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1960;30(1):175-85.
202. Infurna MR, Fuchs A, Fischer-Waldschmidt G, Reichl C, Holz B, Resch F, et al. Parents' childhood experiences of bonding and parental psychopathology predict borderline personality disorder during adolescence in offspring. *Psychiatry Research*. 2016;246:373-8.
203. Fatimah H, Wiernik BM, Gorey C, McGue M, Iacono WG, Bornovalova MA. Familial factors and the risk of borderline personality pathology: genetic and environmental transmission. *Psychol Med*. 2020;50(8):1327-37.
204. Eiden RD, Edwards EP, Leonard KE. Mother-infant and father-infant attachment among alcoholic families. *Dev Psychopathol*. 2002;14(2):253-78.
205. Norström T, Pape H. Alcohol, suppressed anger and violence. *Addiction*. 2010;105(9):1580-6.
206. Choenni V, Hammink A, van de Mheen D. Association Between Substance Use and the Perpetration of Family Violence in Industrialized Countries:A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2017;18(1):37-50.
207. Cho M. An Analytical Study on the Correlation Between Alcohol Abuse and Domestic Violence: Focusing on Straus' Conflict Management Behavior. *Asia-Pacific Journal of Convergent Research Interchange*, ISSN. 2022:2508-9080.
208. Sharp C, Vanwoerden S, Jouriles EN, Godfrey DA, Babcock J, McLaren V, et al. Exposure to interparental intimate partner violence and the development of borderline features in adolescents. *Child Abuse & Neglect*. 2020;103:104448.
209. Ludolph PS, Westen D, Mistle B, Jackson A, Wixom J, Wiss FC. The borderline diagnosis in adolescents: Symptoms and developmental history. *American Journal of Psychiatry*. 1990;147(4):470-6.

210. Moylan CA, Herrenkohl TI, Sousa C, Tajima EA, Herrenkohl RC, Russo MJ. The Effects of Child Abuse and Exposure to Domestic Violence on Adolescent Internalizing and Externalizing Behavior Problems. *Journal of Family Violence*. 2010;25(1):53-63.
211. Evans SE, Davies C, DiLillo D. Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior*. 2008;13(2):131-40.
212. Reinelt E, Stopsack M, Aldinger M, Ulrich I, Grabe HJ, Barnow S. Longitudinal Transmission Pathways of Borderline Personality Disorder Symptoms: From Mother to Child? *Psychopathology*. 2013;47(1):10-6.
213. Seeger FR, Neukel C, Williams K, Wenigmann M, Fleck L, Georg AK, et al. Parental Mental Illness, Borderline Personality Disorder, and Parenting Behavior: The Moderating Role of Social Support. *Current Psychiatry Reports*. 2022;24(11):591-601.
214. Moscoso A, Speranza M, Delvenne V, Corcos M, Pham-Scottez A. Parental Risk for Suicide and Attachment Patterns Among Adolescents With Borderline Personality Disorder. A Clinical-Based Study. *Frontiers in Psychiatry*. 2019;9.
215. Walsh BW, Rosen PM. *Self-mutilation: Theory, research, and treatment*: The Guilford Press; 1988.
216. Suris JC, Jeannin A, Chossis I, Michaud PA. Piercing among adolescents: body art as risk marker. *J Fam Pract*. 2007;56(2):126-30.
217. D'Ambrosio A, Casillo N, Martini V. Piercings and tattoos: psychopathological aspects. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*. 2013;55(4):143-8.
218. Ceylan MF, Tural Hesapcioglu S, Kasak M, Yavas CP. High prevalence of nonsuicidal self-injury, tattoos, and psychiatric comorbidity among male adolescent prisoners and their sociodemographic characteristics. *Asian Journal of Psychiatry*. 2019;43:45-9.
219. Vizgaitis AL, Lenzenweger MF. Pierced identities: Body modification, borderline personality features, identity, and self-concept disturbances. *Personal Disord*. 2019;10(2):154-62.

220. Scalzo F, Hulbert CA, Betts JK, Cotton SM, Chanen AM. Substance Use in Youth With Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord.* 2018;32(5):603-17.
221. Bornovalova MA, Lejuez CW, Daughters SB, Zachary Rosenthal M, Lynch TR. Impulsivity as a common process across borderline personality and substance use disorders. *Clin Psychol Rev.* 2005;25(6):790-812.
222. Tragesser SL, Jones RE, Robinson RJ, Stutler A, Stewart A. Borderline personality disorder features and risk for prescription opioid use disorders. *J Pers Disord.* 2013;27(4):427-41.
223. Trull TJ, Sher KJ, Minks-Brown C, Durbin J, Burr R. Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clin Psychol Rev.* 2000;20(2):235-53.
224. Ghinea D, Koenig J, Parzer P, Brunner R, Carli V, Hoven CW, et al. Longitudinal development of risk-taking and self-injurious behavior in association with late adolescent borderline personality disorder symptoms. *Psychiatry research.* 2019;273:127-33.
225. Penner F, Wall K, Jardin C, Brown JL, Sales JM, Sharp C. A study of risky sexual behavior, beliefs about sexual behavior, and sexual self-efficacy in adolescent inpatients with and without borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment.* 2019;10(6):524.
226. Scalzo F, Hulbert CA, Betts JK, Cotton SM, Chanen AM. Predictors of substance use in youth with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment.* 2018;9(4):390.
227. Klein RJ, Gyorda JA, Jacobson NC. Anxiety, depression, and substance experimentation in childhood. *Plos one.* 2022;17(5):e0265239.
228. Chanen AM, Jovev M, Jackson HJ. Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry.* 2007;68(2):297.
229. Blaha Y, Cavelti M, Lerch S, Steinhoff A, Koenig J, Kaess M. Risk-taking and self-harm behaviors as markers of adolescent borderline personality disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry.* 2024.

230. Zanarini MC, Laudate CS, Frankenburg FR, Wedig MM, Fitzmaurice G. Reasons for self-mutilation reported by borderline patients over 16 years of prospective follow-up. *J Pers Disord*. 2013;27(6):783-94.
231. Andrewes HE, Hulbert C, Cotton SM, Betts J, Chanen AM. Relationships between the frequency and severity of non-suicidal self-injury and suicide attempts in youth with borderline personality disorder. *Early Intervention in Psychiatry*. 2019;13(2):194-201.
232. Paris J. Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric services*. 2002;53(6):738-42.
233. Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*. 1994;151(9):1316-23.
234. Yen S, Peters JR, Nishar S, Grilo CM, Sanislow CA, Shea MT, et al. Association of Borderline Personality Disorder Criteria With Suicide Attempts: Findings From the Collaborative Longitudinal Study of Personality Disorders Over 10 Years of Follow-up. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(2):187-94.
235. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(5):827-32.
236. Yen S, Gagnon K, Spirito A. Borderline personality disorder in suicidal adolescents. *Personality and Mental Health*. 2013;7(2):89-101.
237. Söderholm JJ, Socada JL, Rosenström T, Ekelund J, Isometsä ET. Borderline Personality Disorder With Depression Confers Significant Risk of Suicidal Behavior in Mood Disorder Patients—A Comparative Study. *Frontiers in Psychiatry*. 2020;11.
238. Sekowski M, Gambin M, Sumlin E, Sharp C. Associations between symptoms of borderline personality disorder and suicidality in inpatient adolescents: The significance of identity disturbance. *Psychiatry Research*. 2022;312:114558.
239. Sekowski M, Gambin M, Sharp C. The relations between identity disturbances, borderline features, internalizing disorders, and suicidality in inpatient adolescents. *Journal of Personality Disorders*. 2021;35(Supplement B):29-47.

240. Venta A, Ross E, Schatte D, Sharp C. Suicide ideation and attempts among inpatient adolescents with borderline personality disorder: Frequency, intensity and age of onset. *Personality and Mental Health*. 2012;6(4):340-51.
241. Yalch MM, Hopwood CJ, Fehon DC, Grilo CM. The influence of borderline personality features on inpatient adolescent suicide risk. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2014;5(1):26.
242. Paul H. Soloff, M.D. ,, Kevin G. Lynch, Ph.D. ,, Thomas M. Kelly, Ph.D. ,, Kevin M. Malone, M.D. , and, J. John Mann, M.D. Characteristics of Suicide Attempts of Patients With Major Depressive Episode and Borderline Personality Disorder: A Comparative Study. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(4):601-8.
243. Cailhol L, Jeannot M, Rodgers R, Guelfi JD, Perez-Diaz F, Pham-Scottez A, et al. Borderline Personality Disorder and Mental Healthcare Service Use Among Adolescents. *Journal of Personality Disorders*. 2013;27(2):252-9.
244. Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, et al. Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2001;158(2):295-302.
245. Lalayants M, Kim M, Prince JD. Psychiatric Hospitalization Among Adolescents. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 2018;45(2):292-9.
246. Kaufman J, Plotsky PM, Nemeroff CB, Charney DS. Effects of early adverse experiences on brain structure and function: clinical implications. *Biological psychiatry*. 2000;48(8):778-90.
247. Heim C, Douglas Bremner J, Nemeroff CB. Trauma spectrum disorders. *Principles of molecular medicine*. 2006:1203-10.
248. Maercker A, Michael T, Fehm L, Becker ES, Margraf J. Age of traumatisation as a predictor of post-traumatic stress disorder or major depression in young women. *The British Journal of Psychiatry*. 2004;184(6):482-7.
249. Fernando SC, Beblo T, Schlosser N, Terfehr K, Otte C, Löwe B, et al. Associations of childhood trauma with hypothalamic-pituitary-adrenal function in

borderline personality disorder and major depression. *Psychoneuroendocrinology*. 2012;37(10):1659-68.

250. Wingenfeld K, Kuffel A, Uhlmann C, Terfehr K, Schreiner J, Kuehl LK, et al. Effects of noradrenergic stimulation on memory in patients with major depressive disorder. *Stress*. 2013;16(2):191-201.

251. Horesh N, Ratner S, Laor N, Toren P. A Comparison of Life Events in Adolescents with Major Depression, Borderline Personality Disorder and Matched Controls: A Pilot Study. *Psychopathology*. 2008;41(5):300-6.

252. Zanarini MC, Temes CM, Magni LR, Aguirre BA, Hein KE, Goodman M. Risk Factors for Borderline Personality Disorder in Adolescents. *Journal of Personality Disorders*. 2020;34(Supplement B):17-24.

253. Molnar BE, Buka SL, Kessler RC. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *American journal of public health*. 2001;91(5):753.

254. Porter C, Palmier-Claus J, Branitsky A, Mansell W, Warwick H, Varese F. Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2020;141(1):6-20.

255. Carvalho Fernando S, Beblo T, Schlosser N, Terfehr K, Otte C, Löwe B, et al. The Impact of Self-Reported Childhood Trauma on Emotion Regulation in Borderline Personality Disorder and Major Depression. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2014;15(4):384-401.

256. Hankin BL. Childhood Maltreatment and Psychopathology: Prospective Tests of Attachment, Cognitive Vulnerability, and Stress as Mediating Processes. *Cognitive Therapy and Research*. 2005;29(6):645-71.

257. Eaton NR, Krueger RF, Keyes KM, Skodol AE, Markon KE, Grant BF, et al. Borderline personality disorder co-morbidity: relationship to the internalizing-externalizing structure of common mental disorders. *Psychol Med*. 2011;41(5):1041-50.

258. Kotov R, Krueger RF, Watson D, Achenbach TM, Althoff RR, Bagby RM, et al. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *J Abnorm Psychol.* 2017;126(4):454-77.
259. Chanen A, Jovev M, Jackson H. Adaptive Functioning and Psychiatric Symptoms in Adolescents With Borderline Personality Disorder. *The Journal of clinical psychiatry.* 2007;68:297-306.
260. Kaess M, Ceumern-Lindenstjerna I-A, Parzer P, Chanen A, Mundt C, Resch F, et al. Axis I and II Comorbidity and Psychosocial Functioning in Female Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Psychopathology.* 2012;46.
261. Biskin RS. Treatment of borderline personality disorder in youth. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013;22(3):230-4.
262. Lietor MDC, Cuevas I, Prieto M. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: A review. *European Psychiatry.* 2021;64:S439-S.
263. Lieb K, Völlm B, Rücker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry.* 2010;196(1):4-12.
264. Stoffers-Winterling J, Storebø OJ, Lieb K. Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder: an Update of Published, Unpublished and Ongoing Studies. *Current Psychiatry Reports.* 2020;22(8):37.
265. Chanen AM, Thompson KN. Prescribing and borderline personality disorder. *Australian Prescriber.* 2016;39(2):49.
266. Bridler R, Häberle A, Müller ST, Cattapan K, Grohmann R, Toto S, et al. Psychopharmacological treatment of 2195 in-patients with borderline personality disorder: a comparison with other psychiatric disorders. *European Neuropsychopharmacology.* 2015;25(6):763-72.
267. Riffer F, Farkas M, Streibl L, Kaiser E, Sprung M. Psychopharmacological treatment of patients with borderline personality disorder: comparing data from routine clinical care with recommended guidelines. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2019;23(3):178-88.

268. Paolini E, Mezzetti FAF, Pierri F, Moretti P. Pharmacological treatment of borderline personality disorder: a retrospective observational study at inpatient unit in Italy. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2017;21(1):75-9.
269. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Harned AL, Fitzmaurice GM. Rates of psychotropic medication use reported by borderline patients and axis II comparison subjects over 16 years of prospective follow-up. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2015;35(1):63-7.
270. Paton C, Crawford MJ, Bhatti SF, Patel MX, Barnes TR. The use of psychotropic medication in patients with emotionally unstable personality disorder under the care of UK mental health services. *The Journal of clinical psychiatry*. 2015;76(4):16358.
271. Martín-Blanco A, Ancochea A, Soler J, Elices M, Carmona C, Pascual J. Changes over the last 15 years in the psychopharmacological management of persons with borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2017;136(3):323-31.
272. Wen XJ, Wang LM, Liu ZL, Huang A, Liu YY, Hu JY. Meta-analysis on the efficacy and tolerability of the augmentation of antidepressants with atypical antipsychotics in patients with major depressive disorder. *Braz J Med Biol Res*. 2014;47(7):605-16.
273. Hughes CW, Emslie GJ, Crismon ML, Posner K, Birmaher B, Ryan N, et al. Texas Children's Medication Algorithm Project: Update From Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Major Depressive Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007;46(6):667-86.
274. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(1):28-36.
275. Carreiras D, Loureiro M, Cunha M, Sharp C, Castilho P. Validation of the Borderline Personality Features Scale for Children (BPFS-C) and for Parents (BPFS-P) for the Portuguese Population. *Journal of Child and Family Studies*. 2020;29(11):3265-75.

276. Zargar Y, Sajadi SF, Mehrabizade Honarman M, Arshadi N. VALIDATION OF THE BORDERLINE PERSONALITY FEATURES SCALE FOR CHILDREN ON STUDENTS IN SHIRAZ. *Studies in Medical Sciences*. 2014;25(4):338-52.
277. Loureiro AMdV. O impacto dos traços borderline na adolescência 2018.
278. Ensink K, Bégin M, Kotiuga J, Sharp C, Normandin L. Psychometric Properties of the French Version of the Borderline Personality Features Scale for Children and Adolescents. *Adolescent Psychiatry*. 2019;09.
279. Bo S, Sharp C, Beck E, Pedersen J, Gondan M, Simonsen E. First empirical evaluation of outcomes for mentalization-based group therapy for adolescents with BPD. *Personal Disord*. 2017;8(4):396-401.
280. Chen Y, Fu W, Ji S, Zhang W, Sun L, Yang T, et al. Relationship between borderline personality features, emotion regulation, and non-suicidal self-injury in depressed adolescents: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):293.
281. Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2012;51(12):1304-13.e3.
282. Lee KS, Vaillancourt T. Trajectories, comorbidity, and risk factors for adolescent disordered eating and borderline personality disorder features. *Development and Psychopathology*. 2023:1-12.
283. Sharp C. Adolescent personality pathology and the Alternative Model for Personality Disorders: Self development as nexus. *Psychopathology*. 2020;53(3-4):198-204.
284. Bogaerts A, Luyckx K, Bastiaens T, Kaufman EA, Claes L. Identity impairment as a central dimension in personality pathology. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2021;43:33-42.
285. Fulford D, Eisner LR, Johnson SL. Differentiating risk for mania and borderline personality disorder: The nature of goal regulation and impulsivity. *Psychiatry Research*. 2015;227(2-3):347-52.

286. Altun İK, Atagün Mİ. Sınır kişilik bozukluğunda benlik saygısı, duygu düzenleme güçlüğü ve duygulanım ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2019;20(5):506-14.
287. Pinto A, Grapentine WL, Francis G, Picariello CM. Borderline Personality Disorder in Adolescents: Affective and Cognitive Features. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996;35(10):1338-43.
288. Reichl C, Kaess M. Self-harm in the context of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*. 2021;37:139-44.
289. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological bulletin*. 2009;135(3):495.
290. Turner BJ, Dixon-Gordon KL, Austin SB, Rodriguez MA, Zachary Rosenthal M, Chapman AL. Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: Differences in self-injury and diagnostic comorbidity. *Psychiatry Research*. 2015;230(1):28-35.
291. Zanarini MC, Frankenburg FR, Ridolfi ME, Jager-Hyman S, Hennen J, Gunderson JG. Reported childhood onset of self-mutilation among borderline patients. *Journal of personality disorders*. 2006;20(1):9-15.
292. Liu J, Zhao K, Kang W, Tong S, Xu Y, Jin W, et al. The Association of Borderline Personality Features and Self-Injury Among Adolescents with Non-Suicidal Self-Injury: The Mediating Role of Alexithymia. *Psychol Res Behav Manag*. 2023;16:1741-54.
293. Bohnert AM, Crnic KA, Lim KG. Emotional competence and aggressive behavior in school-age children. *J Abnorm Child Psychol*. 2003;31(1):79-91.
294. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2010;30(2):217-37.
295. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder: Guilford press; 1993.

296. İbraheim M, Kalpakci A, Sharp C. The specificity of emotion dysregulation in adolescents with borderline personality disorder: comparison with psychiatric and healthy controls. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2017;4(1):1.
297. Kim MK, Kim JS, Park HI, Choi SW, Oh WJ, Seok JH. Early life stress, resilience and emotional dysregulation in major depressive disorder with comorbid borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2018;236:113-9.
298. Nemiah J, Freyberger H, Sifneos P. Alexithymia: a view of the psychosomatic process. In, OW Hill (1976) *Modern Trends in Psychosomatic Medicine* 3: 430–439. London: Butterworths; 1976.
299. Hemming L, Haddock G, Shaw J, Pratt D. Alexithymia and Its Associations With Depression, Suicidality, and Aggression: An Overview of the Literature. *Front Psychiatry*. 2019;10:203.
300. Derks YPMJ, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET. A Meta-analysis on the Association Between Emotional Awareness and Borderline Personality Pathology. *Journal of Personality Disorders*. 2017;31(3):362-84.
301. Loas G, Speranza M, Pham-Scottez A, Perez-Diaz F, Corcos M. Alexithymia in adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*. 2012;72(2):147-52.
302. Rieffe C, Oosterveld P, Terwogt MM. An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results. *Personality and Individual Differences*. 2006;40(1):123-33.
303. Säkkinen P, Kaltiala-Heino R, Ranta K, Haataja R, Joukamaa M. Psychometric properties of the 20-item toronto alexithymia scale and prevalence of alexithymia in a finnish adolescent population. *Psychosomatics*. 2007;48(2):154-61.
304. Kılıç F, Demirdağ A, Işık Ü, Akkuş M, Atay İM, Kuzugüdenlioğlu D. Empathy, Alexithymia, and Theory of Mind in Borderline Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2020;208(9):736-41.

305. Li S, Zhang B, Guo Y, Zhang J. The association between alexithymia as assessed by the 20-item Toronto Alexithymia Scale and depression: A meta-analysis. *Psychiatry Research*. 2015;227(1):1-9.
306. Özyürek A, Özkan İ. Ergenlerin algıladıkları anne baba tutumları ile sosyal beceri düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *International Journal of Science Culture and Sport (IntJSCS)*. 2015.
307. Armour J-A, Joussemet M, Mageau GA, Varin R. Perceived Parenting and Borderline Personality Features during Adolescence. *Child Psychiatry & Human Development*. 2023;54(4):927-38.
308. Gürkan MD. Majör depresif bozukluk tanılı ergenlerde ebeveyn tutumunun ve ebeveyne bağlanmanın intihar olasılığı ile ilişkisinin incelenmesi. [Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi]. In press 2023.
309. Kim S, Sharp C, Carbone C. The protective role of attachment security for adolescent borderline personality disorder features via enhanced positive emotion regulation strategies. *Personal Disord*. 2014;5(2):125-36.
310. Scott LN, Levy KN, Pincus AL. Adult attachment, personality traits, and borderline personality disorder features in young adults. *J Pers Disord*. 2009;23(3):258-80.
311. Agrawal HR, Gunderson J, Holmes BM, Lyons-Ruth K. Attachment studies with borderline patients: a review. *Harv Rev Psychiatry*. 2004;12(2):94-104.
312. Choi-Kain LW, Fitzmaurice GM, Zanarini MC, Laverdière O, Gunderson JG. The relationship between self-reported attachment styles, interpersonal dysfunction, and borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2009;197(11):816-21.
313. Bellino S, Bozzatello P. Editorial: Borderline Personality Disorders in Adolescents: Clinical Challenges and Recent Advances. *Front Psychiatry*. 2022;13:854833.
314. Winsper C, Leraya ST, Marwaha S, Thompson A, Eyden J, Singh SP. The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2016;44:13-24.

315. Zashchirinskaia O, Isagulova E. Childhood Trauma as a Risk Factor for High Risk Behaviors in Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Iran J Psychiatry*. 2023;18(1):65-71.
316. Goldbach RE, Neukel C, Panizza A, Reinken A, Krause-Utz A. Differentiating between intrapsychic symptoms and behavioral expressions of borderline personality disorder in relation to childhood emotional maltreatment and emotion dysregulation: an exploratory investigation. *Eur J Psychotraumatol*. 2023;14(2):2263317.
317. Horesh N, Sever J, Apter A. A comparison of life events between suicidal adolescents with major depression and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 2003;44(4):277-83.
318. Comtois KA, Cowley DS, Dunner DL, Roy-Byrne PP. Relationship between borderline personality disorder and Axis I diagnosis in severity of depression and anxiety. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(11):752-8.
319. Wilson ST, Stanley B, Oquendo MA, Goldberg P, Zalsman G, Mann JJ. Comparing impulsiveness, hostility, and depression in borderline personality disorder and bipolar II disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(10):1533-9.
320. Stanley B, Wilson ST. Heightened subjective experience of depression in borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2006;20(4):307-18.
321. Köhling J, Ehrental JC, Levy KN, Schauenburg H, Dinger U. Quality and severity of depression in borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2015;37:13-25.
322. Snyder S, Pitts WM. Characterizing Anxiety in the DSM-III Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*. 1988;2(2):93-101.
323. Links PS, Eynan R. The relationship between personality disorders and Axis I psychopathology: deconstructing comorbidity. *Annual review of clinical psychology*. 2013;9:529-54.
324. Giesen-Bloo JH, Wachters LM, Schouten E, Arntz A. The borderline personality disorder severity index-IV: psychometric evaluation and dimensional structure. *Personality and Individual Differences*. 2010;49(2):136-41.

325. Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Marino MF, et al. Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *The Journal of nervous and mental disease*. 2002;190(6):381-7.
326. Rajappa K, Gallagher M, Miranda R. Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognitive Therapy and Research*. 2012;36:833-9.
327. Glenn CR, Klonsky ED. Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *Journal of clinical child & adolescent Psychology*. 2013;42(4):496-507.
328. Mirsu-Paun A. Grief cognitions and cognitive-emotional regulation associated with romantic breakup distress among college students. *European Psychiatry*. 2016;33:S284.
329. Carpenter RW, Trull TJ. Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current psychiatry reports*. 2013;15:1-8.
330. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*. 1998;2(3):271-99.
331. Taylor GJ, Bagby RM. New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2004;73(2):68-77.
332. Edwards ER, Wupperman P. Emotion regulation mediates effects of alexithymia and emotion differentiation on impulsive aggressive behavior. *Deviant Behavior*. 2017;38(10):1160-71.
333. Kealy D, Ogrodniczuk JS, Rice SM, Oliffe JL. Alexithymia, suicidal ideation and health-risk behaviours: a survey of Canadian men. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2018;22(1):77-9.
334. Spitzer C, Siebel-Jurges U, Barnow S, Grabe HJ, Freyberger HJ. Alexithymia and interpersonal problems. *Psychother Psychosom*. 2005;74(4):240-6.
335. Ridings LE, Lutz-Zois CJ. Emotional dysregulation and borderline personality disorder: Explaining the link between secondary psychopathy and alexithymia. *Personality and Individual Differences*. 2014;57:14-9.

336. Chen J, Xu T, Jing J, Chan RC. Alexithymia and emotional regulation: A cluster analytical approach. *BMC psychiatry*. 2011;11:1-6.
337. Richmond S, Hasking P, Meaney R. Psychological distress and non-suicidal self-injury: The mediating roles of rumination, cognitive reappraisal, and expressive suppression. *Archives of Suicide Research*. 2017;21(1):62-72.
338. Garofalo C, Holden CJ, Zeigler-Hill V, Velotti P. Understanding the connection between self-esteem and aggression: The mediating role of emotion dysregulation. *Aggressive behavior*. 2016;42(1):3-15.
339. Mirkovic B, Delvenne V, Robin M, Pham-Scottez A, Corcos M, Speranza M. Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: the mediating role of emotional dysregulation. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):393.
340. Pandey R, Saxena P, Dubey A. Emotion regulation difficulties in alexithymia and mental health. *Europe's Journal of Psychology*. 2011;7(4):604-23.
341. Wayda-Zalewska M, Kostecka B, Kucharska K. Body Image in Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of the Emerging Empirical Literature. *Journal of Clinical Medicine*. 2021;10(18):4264.
342. Winter D, Bohus M, Lis S. Understanding Negative Self-Evaluations in Borderline Personality Disorder—a Review of Self-Related Cognitions, Emotions, and Motives. *Current Psychiatry Reports*. 2017;19(3):17.
343. Lynum L, Wilberg T, Karterud S. Self-esteem in patients with borderline and avoidant personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2008;49(5):469-77.
344. Florange JG, Herpertz SC. Parenting in Patients with Borderline Personality Disorder, Sequelae for the Offspring and Approaches to Treatment and Prevention. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(2):9.
345. Silk KR, Lee S, Hill EM. Borderline personality disorder symptoms. *Am J Psychiatry*. 1995;152:1059-64.
346. Ball JS, Links PS. Borderline personality disorder and childhood trauma: Evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports*. 2009;11(1):63-8.

347. Bowlby J. Attachment and loss: Random House; 1969.
348. Kaur M, Sanches M. Parenting Role in the Development of Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*. 2023;56(1-2):109-16.
349. Schuppert HM, Albers CJ, Minderaa RB, Emmelkamp PMG, Nauta MH. Parental rearing and psychopathology in mothers of adolescents with and without borderline personality symptoms. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2012;6(1):29.
350. Hallquist MN, Hipwell AE, Stepp SD. Poor self-control and harsh punishment in childhood prospectively predict borderline personality symptoms in adolescent girls. *Journal of abnormal psychology*. 2015;124(3):549.
351. McLaughlin KA, Lambert HK. Child Trauma Exposure and Psychopathology: Mechanisms of Risk and Resilience. *Curr Opin Psychol*. 2017;14:29-34.

8. EKLER

EK-1: ETİK KURUL ONAY FORMU

	YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ YENİMAHALLE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI	
---	--	---

KONU : Uygunluk

SAYI : Etik Kurul-2023-35 No'lu çalışma

E-2023-35 kayıt numarası ile Yenimahalle E.A.H. Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde yapılması planlanan ve sorumlu araştırmacı Prof.Dr.Mehmet Fatih CEYLAN tarafından hazırlanan “**“Ergenlik döneminde görülen “borderline kişilik özelliklerinin” yordayıcı faktörleri”** konulu çalışma incelenmiş olup; Etik açıdan oy birliği ile uygun görülmüştür.

16.08.2023

Prof. Dr. Tuba DAL
Etik Kurul Başkanı

EK-2: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Adı Soyadı:

Cinsiyet:

Doğum tarihi:

Yaş:

Eğitim durumu:

Doğum yeri:

Telefon:

Kardeş sayısı:

Kaçıncı çocuğunuz:

Evde yaşayan kişi sayısı?

Aile içinde şiddet var mı? Evet ☐ Hayır ☐

Bilinen takip edilen bir hastalığınız var mı? Var ☐ Yok ☐

Var ise belirtiniz:

İlk 3 yaşına kadar en çok bakımınızla ilgilenen kişi?

Anne ☐ Baba ☐ başka belirtiniz...

Duygusal ihmal Var ☐ Yok ☐

Duygusal istismar Var ☐ Yok ☐

Fiziksel istismar Var ☐ Yok ☐

Cinsel istismar Var ☐ Yok ☐

Hiç kendinize zarar verici davranışınız oldu mu? Evet ☐ Hayır ☐

Evet, ise sebebi:

Huzursuzluk ☐ zorlukla baş etme yöntemi ☐ istediğimi yaptırmak için ☐ duygu ve düşüncelerden kurtulmak için ☐ dikkat çekmek için ☐ kendimi cezalandırmak için ☐

Vücudunuzda dövme /Piercing mevcut mu?

Dövme ☐ Piercing ☐

Sınıf ortalama puanınız?

.....

Şu ana kadar hiç sigara kullandınız mı? Evet ☐ Hayır ☐

Evet, ise hangi sıklıkta?

Şu ana kadar hiç alkol kullandınız mı? Evet ☐ Hayır ☐

Evet, ise hangi sıklıkta?

Şu ana kadar hiç uyuşturucu madde kullandınız mı? Evet ☐ Hayır ☐

Evet, ise hangi sıklıkta?

Şu ana kadar hiç evden kaçtınız mı? Evet ☐ Hayır ☐

Evet, ise kaç kez?

Şu ana kadar hiç okuldan kaçtınız mı? Evet ☐ Hayır ☐

Evet, ise kaç kez?

Hayatınız boyunca hiç polisle başınız derde girdi mi? Evet ☐ Hayır ☐

Hayatınız boyunca hiç intihar etmeyi düşündüğünü ya da planladığınız oldu mu? Evet ☐ Hayır ☐

Hayatınız boyunca hiç intihar girişiminiz oldu mu? Evet ☐ Hayır ☐

Evet, ise ne zaman?

İlk psikiyatri başvurunuz kaç yaşında oldu?

Tedavi başladı mı? Evet ☐ Hayır ☐

Tedavi başladı ise fayda gördüğünüzü düşünüyor musunuz ? Evet ☐ Hayır ☐



EBEVEYN FORMU

Anne Adı Soyadı:

Yaş:

Eğitim durumu:

Okula gitmemiş ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Yüksek lisans /doktora ☐

Meslek:

Çalışmıyor ☐ İşçi ☐ Memur ☐

Tıbbi hastalık Var ☐ Yok ☐ Var ise tanınız nedir:

Psikiyatrik hastalık Var ☐ Yok ☐ Var ise tanınız nedir:

Hiç intihar girişiminiz oldu mu? Evet ☐ (ise yaşını belirtiniz) Hayır ☐

Annede madde kullanımı:

Sigara ☐ Alkol ☐ Uyuşturucu madde ☐ Yok ☐

Annenin ebeveynlerinde bilinen psikiyatrik hastalık : Var ☐ Yok ☐ Var ise tanıları belirtiniz:

Annenin ebeveynlerinde madde (alkol/ uyuşturucu madde /sigara) kullanımı

Var ☐ Yok ☐ Varsa belirtiniz....

Baba Adı Soyadı

Yaş:

Eğitim durumu:

Okula gitmemiş ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Yüksek lisans /doktora ☐

Meslek:

Çalışmıyor ☐ İşçi ☐ Memur ☐

Tıbbi hastalık Var ☐ Yok ☐ Var ise tanınız nedir:

Psikiyatrik hastalık Var ☐ Yok ☐ Var ise tanınız nedir:

Hiç intihar girişiminiz oldu mu? Evet ☐ (ise yaşını belirtiniz) Hayır ☐

Babada madde kullanımı:

Sigara ☐ Alkol ☐ Uyuşturucu madde ☐ Yok ☐

Babanın ebeveynlerinde bilinen psikiyatrik hastalık: Var ☐ Yok ☐ Var ise tanıları belirtiniz:

Babanın ebeveynlerinde madde (alkol/ uyuşturucu madde /sigara) kullanımı

Var ☐ Yok ☐ Varsa belirtiniz....

Akraba evliliği Var ☐ Yok ☐

Boşanma Var ☐ Yok ☐

Var ise çocuğunuz kaç yaşında iken, çocuk kiminle kalıyor?

Kardeşlerden tıbbi hastalık olan varsa tanısı ile belirtiniz:

Kardeşlerden psikiyatrik hastalık olan varsa tanısı ile belirtiniz:

Ortalama gelir düzeyi:

Asgari ücret ve altı ☐ Asgari ücret üzeri ☐

Ailede suç işleyen birisi var mı? Var ☐ Yok ☐

GELİŞİMSEL ÖZELLİKLER

Hamilelik süreci: Normal ☐ Problemlili ☐

Gebelikte alkol/sigara/ uyuşturucu madde kullanımınız oldu mu? Evet ☐ Hayır ☐

Evet ise hangisi belirtiniz:

Doğum yolu: Normal ☐ Sezaryen ☐

Küvez bakımı:Evet ☐ Hayır ☐

Anne sütü ne kadar aldı:

Hiç emmeme ☐ 2-3 aydan az ☐ 3-6 ay arası ☐ 6- 12 ay arası ☐ 12 aydan fazla ☐

EK-3: ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ (CDÖ)

ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ (CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY - CDI)

Adı Soyadı :

Tarih:

Cinsiyeti :

Okul :

Doğum Tarihi :

Sınıf :

Sevgili Öğrenciler,

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dahil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlenin yanındaki sayıyı yuvarlak içine alınız.

- A) 1- Kendimi arada sırada üzgün hissedirim.
2- Kendimi sık sık üzgün hissedirim.
3- Kendimi her zaman üzgün hissedirim.
- B) 1- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
2- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
3- İşlerim yolunda gidecek.
- C) 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2- İşlerimin bir çoğunu yanlış yaparım.
3- Herşeyi yanlış yaparım.
- D) 1- Birçok şeyden hoşlanırım.
2- Bazı şeylerden hoşlanırım.
3- Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E) 1- Her zaman kötü bir çocuğum.
2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
3- Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F) 1- Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
2- Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenirim.
3- Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.
- G) 1- Kendimden nefret ederim.
2- Kendimi beğenmem.
3- Kendimi beğenirim.

- H) 1- Bütün kötü şeyler benim hatam.
2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I) 1- Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ) 1- Her gün içimden ağlamak gelir.
2- Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3- Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J) 1- Herşey her zaman beni sıkar.
2- Herşey sık sık beni sıkar.
3- Herşey arada sırada beni sıkar.
- K) 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2- Çoğu zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.
3- Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.
- L) 1- Herhangi birşey hakkında karar veremem.
2- Herhangi birşey hakkında karar vermek zor gelir.
3- Herhangi birşey hakkında kolayca karar veririm.
- M) 1- Güzel / Yakışıklı sayılırım.
2- Güzel / Yakışıklı olmayan yanlarım var.
3- Çirkinim.
- N) 1- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O) 1- Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3- Oldukça iyi uyurum.
- Ö) 1- Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
2- Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
3- Her zaman kendimi yorgun hissederim.

- P) 1- Hemen hergün canım yemek yemek istemez.
2- Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
3- Oldukça iyi yemek yerim.
- R) 1- Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S) 1- Kendimi yalnız hissetmem.
2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3- Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş) 1- Okuldan hiç hoşlanmam.
2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.
3- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- T) 1- Birçok arkadaşım var.
2- Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterim.
3- Hiç arkadaşım yok.
- U) 1- Okul başarıım iyi.
2- Okul başarıım eskisi kadar iyi değil.
3- Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.
- Ü) 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3- Diğer çocuklar kadar iyiyim.
- V) 1- Kimse beni sevmez.
2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3- Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y) 1- Bana söyleneni genellikle yaparım.
2- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z) 1- İnsanlarla iyi geçinirim.
2- İnsanlarla sık sık kavga ederim.
3- İnsanlarla her zaman kavga ederim.

EK-4: ÇOCUKLARDA ANKSİYETE BOZUKLUKLARINI TARAMA ÖLÇEĞİ (ÇATÖ)

Aşağıda, insanların kendilerini nasıl hissettiklerini tanımlayan 20 maddeye yerleştirilen bir liste bulunmaktadır. Her madde için; eğer madde sizin için doğru ya da çoğu zaman doğru ise 2'yi, biraz ya da bazen doğru ise 1'i, doğru değil ya da nadiren doğru ise 0'ı işaretleyin. Bazı maddelerin size uymadığını düşünüyorsanız da, lütfen boş bırakmayınız.

0: Doğru değil ya da nadiren doğru
1: Biraz ya da bazen doğru
2: Doğru ya da çoğu zaman doğru

1	Korktuğum zaman nefes alınam zorlaşır.	0	1	2	PB
2	Okuldayken başım ağrır.	0	1	2	OR
3	İyi tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.	0	1	2	SF
4	Evden uzak bir yerde uyursam korkarım.	0	1	2	AA
5	Başka insanların beni sevip sevmediğinden endişelenirim.	0	1	2	YAB
6	Korktuğum zaman bayılacak gibi hissederim.	0	1	2	PB
7	Huzursuzum.	0	1	2	YAB
8	Nereye giderse gitsinler annemin ve babamın peşinden giderim.	0	1	2	AA
9	Birçok insan bana huzursuz görüldüğümü söyler.	0	1	2	PB
10	İyi tanımadığım insanların yanında kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2	SF
11	Okuldayken karnım ağrır.	0	1	2	OR
12	Korktuğum zaman aklıma kaçırarak gibi hissederim.	0	1	2	PB
13	Yalnız yatmaktan endişe duyarım.	0	1	2	AA
14	Diğer çocuklar kadar iyi olmadığımından endişelenirim.	0	1	2	YAB
15	Korktuğum zaman olayları gerçek değilmiş gibi hissederim.	0	1	2	PB
16	Annemin ve babamın başına kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	0	1	2	AA
17	Okula gitmekten endişe duyarım.	0	1	2	OR
18	Korktuğum zaman kalbim hızlı çarpar.	0	1	2	PB
19	Titrerim.	0	1	2	PB
20	Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	0	1	2	AA

21	İşlerim yolunda gitmeyecek diye endişelenirim.	0	1	2	YAB
22	Korktuğum zaman çok terlerim.	0	1	2	PB
23	Her şeyi kendime dert ederim.	0	1	2	YAB
24	Hiçbir neden olmadığı halde çok korktuğum olur.	0	1	2	PB
25	Evde yalnız kalmaktan korkarım.	0	1	2	AA
26	İyi tanımadığım insanlarla konuşmak bana zor gelir.	0	1	2	SF
27	Korktuğum zaman boğuluyormuş gibi hissederim.	0	1	2	PB
28	Birçok insan bana çok endişelendiğimi söyler.	0	1	2	YAB
29	Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.	0	1	2	AA
30	Heyecan nöbetleri geçirmekten korkarım.	0	1	2	PB
31	Annemin ve babamın başına kötü şeyler gelecek diye endişelenirim.	0	1	2	AA
32	İyi tanımadığım insanların yanında utanırım.	0	1	2	SF
33	Gelecekte olacaklar konusunda endişelenirim.	0	1	2	YAB
34	Korktuğum zaman kusacakmış gibi olurum.	0	1	2	PB
35	İşlerimi ne kadar iyi yaptığımdan endişelenirim.	0	1	2	YAB
36	Okula gitmekten korkarım.	0	1	2	OR
37	Olup bitmiş şeyler hakkında endişe duyarım.	0	1	2	YAB
38	Korktuğum zaman başım döner.	0	1	2	PB
39	Başka çocuk ve yetişkinlerle birlikteyken ve onlar benim yaptığım şeyi seyrederken kendimi huzursuz hissederim. (ör.Yüksek sesle okurken, konuşurken, oyun oynarken,spor yaparken)	0	1	2 2	SF
40	İyi tanımadığım insanların bulunacağı partiye, dansa ya da herhangi bir yere giderken huzursuz hissederim.	0	1	2	SF
41	Utangacım	0	1	2	SF

TOPLAM:

Panik Bozukluğu(7):

Yaygın Anksiyete Bozukluğu (9):

Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu (5):

Sosyal Fobi (8):

Okul Reddi(3):

EK-5: İLİŞKİ ÖLÇEKLERİ ANKETİ ERGEN FORMU (İÖA-E)

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

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

Beni hiç
tanımlamıyor

Beni kısmen
tanımlıyor

Tamamıyla beni
tanımlıyor

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

EK-6: ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ(RBSÖ)

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Sizin için uygun olanı seçiniz.

- 1) Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 2) Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 3) Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 4) Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 5) Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 6) Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 7) Genel olarak kendimden memnunuz.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 8) Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 9) Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış
- 10) Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

EK-7: KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞINI DEĞERLENDİRME ENVANTERİ (KZVDDE)

Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri

KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI DEĞERLENDİRME ENVANTERİ

BÖLÜM I: DAVRANIŞLAR

Aşağıdaki anket çeşitli kendini yaralama davranışlarını sorgulamaktadır. Lütfen yalnızca belirtilen davranışı kasıtlı olarak (isteyerek, amacı) ve intihar amacı olmaksızın gerçekleştirmiş iseniz işaretleyiniz.

1.Lütfen aşağıdaki maddeleri kasıtlı olarak yaşamınız boyunca kaç kez yaptığınızı belirtiniz (0, 3, 7, 25, 100 vb.):

Kesme		Turnaklama (deriyi kanatacak kadar)	
Isırma		Kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma	
Yakma		Yaranın iyileşmesine engel olma	
Cilde bir harf/yazı şekil kazıma		Cildi sert bir yüzeye sürme	
Çimdikleme		Kendine iğne batırma	
Saç kopartma (köktünden)		Tehlikeli/zararlı madde içme/ yutma	
Diğer(Tanımlayınız).....			

Önemli: Eğer yukarıda belirtilen davranışlardan bir ya da daha fazlasını gerçekleştirmiş iseniz anketin kalan kısmını doldurunuz. Eğer belirtilen davranışlardan hiç birisini gerçekleştirmemiş iseniz anketin kalan kısmını doldurmayınız ve bir sonraki ankete geçiniz.

Lütfen arka sayfaya geçiniz

2.Eğer temel bir kendine zarar verme davranışınız varsa birinci sayfadaki bu tür davranış(lar)ı daire içine alınız.

3.Hangi yaşta?

İlk kez kendinize hangi yaşta zarar verdiniz?

En son ne zaman kendinize zarar verdiniz? (yaklaşık gün/ay/yıl)

4.Kendinize zarar verme davranışı sırasında fiziksel acı hisseder misiniz? (Lütfen daire içine alınız.)

EVET

BAZEN

HAYIR

5.Kendinize zarar verme davranışı sırasında yalnız mı olursunuz? (Lütfen daire içine alınız.)

EVET

BAZEN

HAYIR

6. Tipik olarak kendinize zarar verme dürtüsü oluştuktan ne kadar süre sonra eylemi gerçekleştirirsiniz? (Lütfen daire içine alınız.)

<1 saat

1-3 saat

3-6 saat

6-12 saat

12-24 saat

>1gün

7.Kendinize zarar verme davranışınızı sona erdirmek ister misiniz / istediniz mi? (Lütfen daire içine alınız.)

EVET

HAYIR

Lütfen arka sayfaya geçiniz.

BÖLÜM II: İŞLEVLER

Yönerge:

Bu anket intihar amaçlı olamayan kendine zarar verme davranışı deneyimini daha iyi anlamamızı sağlamaya yönelik oluşturulmuştur. Aşağıda sizin kendinize zarar verme deneyiminizle ilişkili olabilecek ya da olmayabilecek durumlar bir liste olarak verilmiştir. Lütfen sizin için en uygun olan durumları belirleyiniz.

- Belirtilen durum size **hiç uygun değilse** “0” işaretleyiniz
- Belirtilen durum size **kısmen uygunsa** “1” işaretleyiniz
- Belirtilen durum size **çok uygunsa** “2” işaretleyiniz

“Kendime zarar verdiğimde, ...	Hiç uygun değil	Kısmen Uygun	Çok Uygun
1...kendimi sakinleşmiş hissedirim.	0	1	2
2...kendim ve başkaları arasında sınır çizmiş olurum.	0	1	2
3...kendimi cezalandırmış olurum	0	1	2
4...(yaramla ilgilenerek)kendime özen göstermek için bir yol bulmuş olurum.	0	1	2
5... uyuşukluk hissinden kurtulmak için acı oluşturmuş olurum.	0	1	2
6...intihar girişimi dürtümden kaçınmış olurum.	0	1	2
7...heyecan ve coşku yaşatan bir şey yapmış olurum.	0	1	2
8...akranlarımla aramda bir bağ kurulmuş olur.	0	1	2
9...başkalarının hissettiğim duygusal acının boyutunu anlamalarımı sağlamış olurum.	0	1	2
10...acıya dayanıklılığımı görmüş olurum.	0	1	2
11...kendimi berbat hissettiğime dair bir işaret bırakmış olurum.	0	1	2
12...birisinden hincımı çıkartmış olurum.	0	1	2
13...kendi kendime yeterliliğimi kanıtlamış olurum.	0	1	2
14...içimde biriken duygusal baskıdan kurtulmuş olurum.	0	1	2
15...başkalarından ayrı olduğumu göstermiş olurum.	0	1	2
16...değersiz veya akılsızlığımdan dolayı kendime duyduğum öfkeyi göstermiş olurum.	0	1	2

Lütfen arka sayfaya geçiniz.

“Kendime zarar verdiğimde, ...	Hiç uygun değil	Kısmen Uygun	Çok Uygun
17...duygusal stresime kıyasla baş etmesi daha kolay olan bir fiziksel yara yaratmış olurum.	0	1	2
18...(hiçbir şey hissetmemektense) fiziksel acı bile olsa bir şeyler hissetmiş olurum.	0	1	2
19...İntihar düşüncelerime gerçekten intihar girişiminde bulunmak yerine başka şekilde yanıt vermiş olurum.	0	1	2
20...uç bir şey yaparak kendimi veya başkalarını eğlendirmiş olurum	0	1	2
21...başkalarına uyum sağlamış olurum.	0	1	2
22...başkalarından ilgi ya da yardım istemiş olurum.	0	1	2
23...güçlü veya dayanıklı olduğumu göstermiş olurum.	0	1	2
24...duygusal acımın gerçekliğini kendime göstermiş olurum.	0	1	2
25...başkalarından intikam almış olurum.	0	1	2
26...başkalarının yardımına bel bağlamadığımı göstermiş olurum.	0	1	2
27...kaygı, hüsrana, öfke ve diğer bunaltıcı hislerim hafiflemiş olur.	0	1	2
28...kendim ve başkaları arasında bariyer inşa etmiş olurum.	0	1	2
29...kendimden hoşnut olmamam ya da kendimden iğrenmeme bir yanıt vermiş olurum.	0	1	2
30...kendimi yarım iyileşmesine odaklarım. Bu benim için sevindirici ya da tatmin edici olabilir.	0	1	2
31...kendimi gerçek hissetmediğimde hala hayatta olduğumdan emin olmuş olurum.	0	1	2
32...intihar düşüncelerimi sonlandırmış olurum.	0	1	2
33...sınırlarımı zorlamış olurum (paraşütle atlamak ya da uçta bir şey yapmak gibi).	0	1	2
34...arkadaşlarım ve sevdiklerimle aramda bir dostluk ya da akrabalık bağı simgesi oluşturmuş olurum.	0	1	2
35...sevdiğim birinin benden ayrılmasına ya da beni terk etmesine engel olmuş olurum.	0	1	2
36...fiziksel acıya katlanabileceğimi kanıtlamış olurum.	0	1	2
37...yaşadığım duygusal stresi anlamlandırmış olurum.	0	1	2
38...bana yakın birini incitmeye çalışmış olurum.	0	1	2
39... özerkliğimi / bağımsızlığımı ortaya koymuş olurum.	0	1	2

EK-8: TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ (TAÖ-20)

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1. Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.					
2. Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.					
3. Bedenimde doktorların bile anlamadığı hisler oluyor.					
4. Duygularımı kolayca tarif edebilirim.					
5. Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlemeyi yeğlerim.					
6. Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.					
7. Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır.					
8. Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurluna bırakmayı yeğlerim.					
9. Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.					
10. İnsanların duygularını tanıması gerekir.					
11. İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tanımlamak bana zor geliyor.					
12. İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.					
13. İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.					
14. Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem.					
15. İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.					
16. Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programları izlemeyi yeğlerim.					
17. İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.					
18. Sessizlik anlarında bile kendimi birisine yakın hissedebilirim.					
19. Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.					
20. Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.					

EK-9: ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMALAR ÖLÇEĞİ (ÇÇTÖ)

Bu sorular **çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce)** başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir, lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.
3. Ailedekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.
6. Yırtık, sökük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.
7. Sevdiğimi hissediyordum.
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.
14. Ailedekiler bana kınacı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.
15. Vücutta kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.
16. Çocukluğum mükemmeldi.
17. Bana o kadar kötü vuruluyordum ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketmediği oluyordu.
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissedilerdi.
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecekti birisi vardı.
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.

EK-10: DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ ÖLÇEĞİ-KISA FORM
(DDGÖ-16)

Aşağıdaki ifadelerin size ne sıklıkla uyduğunu, her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir ifadenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

	Hemen hemen hiç (% 0-% 10	Bazen (% 11- % 35)	Yaklaşık Yarı yarıya (% 36- % 65)	Çoğu zaman (% 66- % 90)	Hemen hemen her zaman (% 91- % 100)
1. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
2. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.					
3. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.					
4. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.					
5. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağına inanırım.					
6. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.					
7. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.					
8. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığımı korkusu yaşarım.					
9. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					
10. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.					
11. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.					
12. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım.					
13. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.					
14. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.					
15. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.					
16. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.					

EK-11: ANNE-BABA TUTUM ÖLÇEĞİ (ABTÖ)

ANNE-BABA TUTUM ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki soruları kendi **anne** ve **babanızı** düşünerek dikkatle okuyunuz. Aşağıdaki durumun anne ve babanızın davranışına ne kadar benzediğini düşününüz.

Aşağıdaki cümlelerin başındaki kutunun içine eğer;

TAMAMEN BENZİYORSA 4;
BİRAZ BENZİYORSA 3;
BENZEMİYORSA 2;
HİÇ BENZEMİYORSA 1 yazınız.

- | | | |
|--------------------------|-----|--|
| ☐ | 1. | Herhangi bir sorunum olduğunda, eminim annem ve babam bana yardım ederler. |
| ☐ | 2. | Annem ve babam büyüklerle tartışmamam gerektiğini söylerler. |
| ☐ | 3. | Annem ve babam yaptığımı her şeyin en iyisini yapmam için beni zorlarlar. |
| ☐ | 4. | Annem ve babam herhangi bir tartışma sırasında başkalarını kızdırmamak için, susmam gerektiğini söylerler. |
| ☐ | 5. | Annem ve babam bazı konularda “sen kendin karar ver” derler. |
| ☐ | 6. | Derslerimden ne zaman düşük not alsam, annem ve babam kızar. |
| ☐ | 7. | Ders çalışırken anlayamadığım bir şey olduğunda, annem ve babam bana yardım ederler. |
| ☐ | 8. | Annem ve babam kendi görüşlerinin doğru olduğunu, bu görüşleri onlarla tartışmamam gerektiğini söylerler. |
| ☐ | 9. | Annem ve babam benden bir şey yapmamı istediklerinde, niçin bunu yapmam gerektiğini de açıklarlar. |
| ☐ | 10. | Annem ve babamla her tartıştığım zaman bana “büyüdüğün zaman anlarsın” derler. |
| ☐ | 11. | Derslerimden düşük not aldığım zaman, annem ve babam beni daha çok çalışmam için desteklerler. |
| ☐ | 12. | Annem ve babam yapmak istediklerim konusunda kendi kendime karar vermeme izin verirler. |
| ☐ | 13. | Annem ve babam arkadaşlarımı tanırlar. |
| ☐ | 14. | Annem ve babam istemedikleri bir şey yaptığım zaman, bana karşı soğuk davranırlar ve küserler. |
| ☐ | 15. | Annem ve babam sadece benimle konuşmak için zaman ayırırlar. |
| ☐ | 16. | Derslerimden düşük notlar aldığım zaman, annem ve babam öyle davranırlar ki suçluluk duyar ve utanırım. |
| ☐ | 17. | Ailemle birlikte hoşça vakit geçiririz. |
| ☐ | 18. | Annemi ve babamı kızdıracak bir şey yaptığım zaman, onlarla birlikte yapmak istediğim şeyleri yapmamam izin vermezler. |

Aşağıda her ifadenin yanında bulunan kutulardan sadece size uygun olanın içine çarpı (X) işareti koyunuz.

19. Genel olarak annen ve baban okul zamanı hafta içinde gece arkadaşlarıyla bir yere gitmene izin verirler mi?

Evet

☐

Hayır

☐

Eğer cevabınız Evet ise, aşağıdaki soruyu cevaplayınız.

Hafta içinde en geç saat kaç kadar gece dışarıda kalmanıza izin verilir
(Pazartesi-Cuma arası)?

8:00'den önce
8:00 – 8:59 arası
9:00 – 9:59 arası

10:00 – 10:59 arası
11:00 ya da daha geç
İstediğim saate kadar

20. Genel olarak annen ve baban hafta sonları gece arkadaşlarıyla bir yere gitmene izin verirler mi?

Evet

--

Hayır

--

Eğer cevabınız **Evet** ise, aşağıdaki soruyu cevaplayınız.

Haftanın Cuma ya da Cumartesi akşamları en geç saat kaç kadar gece dışarıda kalmanıza izin verilir?

8:00'den önce
8:00 – 8:59 arası
9:00 – 9:59 arası

10:00 – 10:59 arası
11:00 ya da daha geç
İstediğim saate kadar

Annen ve baban aşağıdakileri öğrenmek için ne kadar çaba gösterirler?

	Hiç çaba göstermez	Çok az çaba gösterir	Çok çaba gösterir
21. Eğer gece bir yere gittiysen nereye gittiğini,			
22. Boş zamanlarında ne yaptığını,			
23. Okuldan çıktıktan sonra ne yaptığını,			

Annen ve babanın aşağıdakiler hakkında ne kadar bilgileri vardır?

	Bilgileri yoktur	Çok az bilgileri vardır	Çok bilgileri vardır
24. Eğer gece bir yere gittiysen nereye gittiğin,			
25. Boş zamanlarında ne yaptığın,			
26. Okuldan çıktıktan sonra nereye gittiğin,			

EK-12: KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (KGI)

C.G.I (Clinical Global Impressions)	Kontrol Tarihi											
2. ve 3. maddeler ilk değerlendirme sırasında her ikisi içinde 'değerlendirilemedi' notu düşülerek göz ardı edilebilir.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 Hastalığın Şiddeti: Bu popülasyondaki tüm deneyimimizi göz önüne alacak olursanız bu hasta şu anda mental olarak ne derecede rahatsızdır? (0)Değerlendirilemedi (1)Normal rahatsız değil (2)Sınırdan bir mental rahatsızlık (3)Hafif derecede rahatsız (4)Orta derecede rahatsız (5)Belirgin derecede rahatsız (6)Ciddi derecede rahatsız (7)En ekstrem derecede rahatsız hastalar arasında												
2 Genel düzelme: Sizin kanaatinize göre tamamen ilaç tedavisine bağlı olsun olmasın toplam düzelmeyi değerlendirin Projeye dahil edildiğindeki tablosu ile karşılaştırıldığında ne ölçüde değişiklik göstermektedir? (0) Değerlendirilemedi (1) Çok çok düzelmiş (2) Çok düzelmiş (3) Minimal ölçüde düzelmiş (4) Değişiklik yok (5) Minimal derecede kötüleşmiş (6) Çok kötüleşmiş (7) Çok çok kötüleşmiş												
3 Etkinlik endeksi Bu maddeyi yalnız ilaç etkisi temelinde değerlendirin. Terapötik ve yan etki düzeylerini en iyi şekilde tanımlayan terimler seçin												
3.1 Terapötik etki: (0)Değerlendirilemedi (1)Belirgin çok büyük ölçüde düzelme tüm semptomlarda tam veya hemen hemen tam remisyon (2)İlamlı derecede olumlu düzelme semptomlarda kısmi remisyon (3)Minimal hafif düzelme hastanın tedavi ve bakımına gereksinimini değiştirmemiş (4)Değişiklik yok veya kötüleşmiş												
3.2 Yan etkiler: (0)Değerlendirilemedi (1)yok (2)Hastanın işlevselliği üzerinde anlamlı olumsuz bir etkiye bulunmuyor. (3)Hastanın işlevselliği üzerinde anlamlı derecede olumsuz etkilerde bulunuyor. (4)Terapötik etkilerden daha ağır basıyor.												





