

156395

T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI
VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**KLİNİK BAŞVURUSU OLAN ERGENLERDE
SINIR KİŞİLİK BOZUKLUĞU
SEMPTOMLARININ YAYGINLIĞI VE
TANI ETKİLİLİĞİ**

(UZMANLIK TEZİ)

DR. ONUR SALTUK DÖNMEZ



İstanbul, 2004

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	4
GENEL BİLGİLER	8
A. ERGENLİK	8
1. ERGENLİĞİN TANIMI	8
2. ERGENLİK KURAMLARI	9
3. ERGENLİKTE GELİŞİM VE KİŞİLİK GELİŞİMİ	23
4. ERGENLİĞİN KLİNİK GÖRÜNÜMÜ	29
B. SINIR KİŞİLİK BOZUKLUĞU	33
1. TARİHSEL GELİŞİMİ İÇİNDE SINIR KİŞİLİK BOZUKLUĞU	33
2. “SINIR” KAVRAMI VE SINIR KİŞİLİK BOZUKLUĞU	36
3. DSM-IV’DE SINIR KİŞİLİK BOZUKLUĞU	40
4. SINIR KİŞİLİK ÖRGÜTLENMESİ VE YAPISAL PATOLOJİ	43
NEVROTİK	43
5. KLİNİK ÖZELLİKLER	49
6. ETYOLOJİ	52
7. PREVALANS	57
8. SKB AYIRICI TANISI VE DİĞER BAZI TANILARLA İLİŞKİLERİ	59
GEREÇ VE YÖNTEM	65
A. GEREÇLER:	66
1. Sosyo-Demografik Özellikler Formu	66
2. DSM III-R Kişilik Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-II)	66
3. Sınır Hastalar İçin Gözden Geçirilmiş Tanısal Görüşme (DIB-R)	67
B. YÖNTEM	69

BULGULAR	72
A. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLER	72
1. YAŞ, CİNSİYET, KARDEŞ DURUMU VE EĞİTİM DURUMU	72
2. EBEVEYNLERİN ÖZELLİKLERİ	74
3. AİLE DURUMU	76
4. GELİŞİM ÖYKÜSÜ	77
5. YAŞAM OLAYLARI	79
6. BAŞVURU YAKINMALARI	80
B. DIB-R ve SCID-II	82
1. SCID-II	82
2. DIB-R	89
C. SCID-II İLE DIB-R TANILARININ KARŞILAŞTIRILMASI	107
TARTIŞMA	110
SONUÇ	143
ÖZET	146
SUMMARY	148
KAYNAKÇA	150
EKLER	165

TEŞEKKÜR

Sadece tezimin hazırlanmasında değil, aynı zamanda tüm çocuk ve ergen psikiyatrisi deneyimim boyunca bana her açıdan destek sağlayan ve önerilerde bulunan tez danışmanım ve değerli hocam Prof. Dr. D. Ümran Tüzün'e,

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi'ndeki, çocuk psikiyatrisi uzmanlık eğitimim boyunca kendilerinden pek çok şey öğrendiğim başta Prof.Dr. Nahit Motavalli Mukaddes olmak üzere, çocuk psikiyatrisi eğitimimden keyif almamı, psikiyatri bilimini ve psikanalizi daha fazla sevmemi sağlayan tüm hocalarıma,

Eleştiri ve önerileriyle tezi geliştirmeme yardımcı olan hocam Doç. Dr. Doğan Şahin'e,

Hastalara ulaşmam ve veri toplamam konusunda yardımlarını eksik etmeyen Uzman Hemşire Arzu Aydoğan ve Hemşire Nihal Aydın'a,

Özellikle istatistiki değerlendirmede bilgilerinden faydalandığım Psikolog Esin Sabol'a,

Yaptığı çeviriler ile katkılarını esirgemeyen Dr. Evren Tufan'a,

DIB-R'a ulaşmama yardımcı olan meslektaşım Dr. Mete Şaylan'a,

Hem verdikleri geri bildirimler, hem de destekleri nedeniyle tüm asistan arkadaşlarıma,

Çocuk psikiyatrisi sekreterleri ve personeline, psikolog ve pedagog arkadaşlara ve diğer klinik çalışanlarına,

Çalışmaya katılmaya gönüllü olan tüm ergenlere ve yakınlarına,

Son olarak, tezin pek çok aşamasında bilimsel yaklaşımlarından faydalandığım, ilgi ve desteğini esirgemeyen sevgili eşim ve meslektaşım Dr. Didem Aksüt Dönmez'e en içten teşekkürlerimle.

Dr. Onur Saltuk DÖNMEZ

GİRİŞ VE AMAÇ

Kişilik, çevreye uyumu ve ötekiyle ilişkilerin yollarını, düşünceyi, duyguyu ve davranışı kapsayan bir kavram olarak, kendi beninin bilincinde olan bireyin ruhsal bireyselliği biçiminde tanımlanabilir. Duygusal durumlarda ve rollerde değişmezliği içerir. Kişiliğin gelişimi üzerine bilgiler, kişinin yaşamında özel koşullara daha iyi uyum sağlama yollarını anlamak için önem taşır. Diğer yandan kişilik, gelişimin değişik etkileri sonucu oluşur. Bu etkiler toplumsal, biyolojik ya da kültürel olabilir (Paris; 1994). Bu açıdan bakıldığında kişilik bozukluğu, toplumsal, duygusal ya da bilişsel etkileşim alanlarındaki işlev bozuklukları olarak ortaya çıkar. Kişilikteki işlev bozukluğu, sürekli bir durum olmasının yanında, zorlanmalar sonucu da gelişebilir (Kernberg; 1984). Kişilik kavramı, kimlik ile yakından bağlantılı olarak düşünce, duygulanım ve davranış örüntülerinin durağan olduğu bir durumdur. Kişilik, kişinin bireyselliğini başkalarından ayırt etmesini, dolayısıyla kendini kendi olarak bilmesini sağlayan yapıdır. Gelişimsel açıdan bakıldığında, değişimin ve durağanlığın her ikisinin de kişilik gelişimini etkilediği görülür (Paris; 1994). Erişkin için kişilik, kimlik ile belirlenmiş, genellikle değişmeyen bir görüngü olarak kavramsallaştırılmıştır. Ancak gelişim sürecindeki ergen için durum farklılık içerir.

Sınır Kişilik Bozukluğu (SKB), duygudurum bozuklukları ve şizofreni içinde de ortaya çıkabilecek olan gelişimsel ayrılma ve bireyleşme süreçlerinin her ikisinin birden yetmezliğini ya da durmasını içeren bir durumdur (Pearson; 1997). Sınır Kişilik Bozukluğundaki psikopatolojiler üzerine önemli katkıları olan Kernberg, özgül, kararlı bir patolojik kişilik örgütlenmesine sahip olan bu hastaları “Sınır (Borderline) Kişilik Örgütlenmesi” başlığı altında ayrıntılı olarak tanımlamıştır. Kernberg, kişilik bozukluklarının birçoğunu Sınır kişilik örgütlenmesinin altında bir klinik olgu olarak değerlendirir. Sınır terimini psikotik ve nevrotik kişilik yapılarının arasında gelişimsel biçimlenmiş kişilik yapısı olarak kavrar (Kernberg; 1975).

Genel anlamda kişilik bozuklukları ile ilgili çalışmalar, nesne ilişkileri kuramının gelişmeye başladığı 1930’lu yıllardan sonra başlar. Klasik psikanalitik yöntemlerle tedavileri, bir takım güçlükler içeren bu hastalarda, patoloji erken preödüpal döneme uzanır. Nesne ilişkileri kuramı çerçevesinde erken dönem nesne ilişkilerinin bu patolojinin gelişiminde önemli bir yeri vardır. Sınır Kişilik Bozukluğu olan hastaların özellikle ödüpal dönem öncesi primer nesne ilişkileri yani anne ya da bakım veren diğerleriyle kurulan ilk ilişkiler bu patolojinin gelişiminde belirleyicidir.

Ergenlik ise genel olarak kişiliğin birçok görünümünün belirli bir süreç içinde ard arda sergilendiği bir dönemdir. Erken çocuklukta başlayıp yaşam boyunca zaman zaman uyanan, ancak sürekli alta bulunan dayanıklı bir patolojinin, ergenlik boyunca da varolduğu ifade edilmiştir. Bunun saptanmasında, geçici olanla ayrımının yapılmasında ve durağan olan ile ergenin yaşadığı dönem temelinde ortaya çıkan tepkilerin ayrımında zorlukların bulunduğu bir çok yazar tarafından vurgulanmıştır. Kişilik özellikleri, ancak ortadan geç ergenliğe kadar olan süreç içinde kararlı bir duruma gelebilmektedir. Yazarlar, ergende süregelen bir semptom olmaksızın, geçici SKB biçimlerinin de olabileceği konusunda görüş birliğindedir (Garnet; 1994, Links; 1993, Bernstein; 1993, Golombeck; 1992):

Çocukluk ve ergenlikteki kişilik bozukluklarının tanısı tartışmalı ve az anlaşılmış bir alan olmasına karşın, bu konu üzerine çalışmalar fazla sayıda değildir. DSM-III tanı kriterlerinde, çocuklar ve ergenler dışlanmıştır. DSM-III ve DSM-IV çalışmaları ise ergendeki kişilik bozukluklarının tanısı açısından halen yeterli bulunmamaktadır. Ancak DSM III-R ile birlikte, kişilik bozukluğu tanısı için “bir yıllık patolojik kişilik örüntüsü” nün yeterli sayılması, SKB hariç tutulsa da, bu alandaki tanısallık çalışmaların önünü açmıştır (Becker; 2002, Garnet; 1994; Zimmerman; 1999).

Ergenlikteki kişilik bozuklukları, tanı ve tedavi açısından birçok belirsizlik içerir. Ancak yine de kişilik bozukluğunun ergenlikte de bulunduğu ve başarı ile tedavi edilebildiği ifade edilmektedir (Becker; 2002, Pearson; 1991, McManus; 1984). Kişilik bozukluğunun erkenden orta ergenliğe kadar prevalansı erişkinden yüksek bulunmuş ama geç ergenler ve genç erişkinler için bu oranlar, erişkinlerdeki epidemiolojik çalışmalarda elde edilene yakın tespit edilmiştir (Chabrol; 2001; Bernstein; 1993). Ergendeki kişilik işlevlerinin akışkanlığı nedeniyle bu gelişimsel dönemde yapılan yaklaşımların, bu bozuklukların etkili sağaltımı için olanaklı koşulları sağlayacağı öne sürülmüştür (Pearson; 1991 ve 1997). Suç işleme oranlarındaki yükseklik, alkol ve madde kötüye kullanımında sıklık, kontrolsüz cinsel ilişki, yüksek kazaya uğrama oranları ve eş-tanı durumlarının sıklığı gibi nedenlerle kişilik bozukluğu olan ergenlerin tanısı ve sağaltımı önem taşımaktadır (Becker; 2000). Bu konuda klinik deneyim sınırlarını tamamen kapsayacak bir kuramın olmadığından söz edilebilir. Eldeki bulgular aynı zamanda ergeni, nesne ilişkileri, kendilik sistemi tutarlılığı, dürtü - savunma dengesi ve benlik fonksiyonları gibi terimlerle, değişken bir durum içinde tanımlayan psikanalitik kuramcılarının görüşlerini desteklemektedir. Ancak kuramsal bakış açılarındaki değişik kavramların klinik ve alan çalışmalarıyla farklı kültürlerde de desteklenmesinin gerekliliği birçok yazar tarafından da vurgulanmıştır (Becker; 2002, Chabrol; 2001 ve 2003, Pearson; 1997, Garnet; 1994, Links; 1993).

Bu çalışmanın amacı, kliniğe başvuran ergenlerde SKB semptomlarının yaygınlığının ve tanısal özelliklerinin araştırılmasıdır. Bu çalışma kapsamında, klinik popülasyon içinde, SKB ile ergenliğin doğasının gerektirdiği özellikler arasındaki farklılıkların ve bu iki klinik durumun kesiştikleri noktaların tartışılması amaçlanmaktadır. Bu çalışmada değişik nedenlerle kliniğe ilk başvuran ergenlerden elde edilecek veriler, kültürel farklılıkların önem taşıdığı SKB tanısı konusuna, bizim kültürümüzden de katkı sağlayacaktır. Diğer bir yandan da klinik ergen popülasyonda, SKB tanısı için tanısal bir araç olarak kullanılan DIB-R, SCID-II ile karşılaştırılarak sınanmaktadır.

HİPOTEZLER:

- SKB tanısı, kliniğe başvurusu olan ergenlerde hem SCID-II ile hem de yarı yapılandırılmış DIB-R ile güvenilir bir biçimde konabilmektedir.
- SCID-II ve DIB-R tanıları birbirleriyle uyumludur.
- SKB tanısı alanlarda kızların oranı erkeklere göre fazladır.
- SKB tanısı alanlarda daha fazla olumsuz yaşam olayı öyküsü mevcuttur.
- SKB tanısı alanlarda işlevsellik daha düşüktür.
- SKB tanısı alanların ebeveynlerinde ve soygeçmişlerinde daha yüksek oranda psikiyatri hastalık öyküsü mevcuttur.
- SKB tanısı alanların ailelerinde daha fazla alkol ve madde bağımlılığı öyküsü mevcuttur.
- SKB tanısı alanların ailelerinde daha yüksek oranda bölünmüşlük ve bozuk aile yapısı beklenmektedir.
- Kliniğe intihar girişimi ile başvurma SKB tanısı açısından önemlidir.
- İntihar girişimleri ve kendini yaralama davranışı dürtüsellikle ilişkilidir.
- Dürtüsellik SKB tanısının konabilmesinde etkili olan bir bulgudur.

- Alkol ve madde kullanımı SKB tanısı alanlarda daha yüksek oranda bulunmaktadır.
- Depresyon gibi duygulanımla ilgili bozukluklar klinik ergen popülasyonda SKB tanısı açısından önemli değildir.
- Psikotik semptomatolojinin SKB tanısı için tanısal etkililiği yüksektir.
- Kimlik karmaşası klinik ergen popülasyonda SKB tanısı için önemli değildir.
- DIB-R'da sorgulanan SKB belirtileri ile SCID-II'de sorgulanan DSM III-R ölçütlerinin dağılımları ve tanısal etkililikleri uyumludur.
- Davranışsal Düzensizlik, Bozulmuş İlişkiler ve Duygulanımda Düzensizlik gruplarından oluşan üç faktörlü model hem DSM III-R ölçütleri hem de DIB-R için uygun bir çözümdür.

GENEL BİLGİLER

A.ERGENLİK

1. ERGENLİĞİN TANIMI

Modern ergenlik psikolojisinin babası olan G. Stanley Hall, ergenliği "fırtına ve stres" zamanı olarak tanımlamıştır (Hall; 1904). Başka tanımlar bulmak da olasıdır. "Psikoseksüel gelişimin dört evresinin sonuncusu..." (Blos, 1962); "insanda, bireyin yetişkine özgü ayrıcalıklarının kendisine verilmediğini hissettiği zaman başlayan ve yetişkinin tüm gücü ve toplumsal konumu toplum tarafından bireye verildiği zaman sona eren gelişim dönemi..." (Sieg, 1971); "Genç yetişkine, değişik yetişkinlik rollerini, vatandaşlık sorumluluğunun sonuçlarına katlanmak zorunda kalmadan denemesine izin verildiğinde yaşanan normatif bunalım..." (Schulz, 1972).

Ergenlik günümüz sanayileşmiş toplumlarında biyolojik, kültürel, ekonomik ve tarihsel belirleyiciler ile şekillenmiş ve tanımlanmıştır. Ergenliğin bir paradokslar dönemi olduğundan söz etmek mümkündür. Fiziksel ve cinsel olgunlaşmanın hızlanmasına bilişsel ve duygusal olgunlaşma da eşlik eder. Ancak gelişim süreçleri aynı paralellikte ilerlemez. Genel olarak 13 yaş üzeri potansiyel fertil ve tam olmasa bile cinsel olgunluğa ulaşmış kabul edilse de, eğitim sürelerinin ve dolayısıyla sosyal üretkenliğin uzaması hayatın bu gelişimsel dönemiyle ilgili farklı sorunların ortaya çıkmasını getirmiştir (King; 2002).

Gelişen bireyin otonomi ve bireyleşme çabalarını onun içinde bulunduğu özgül biyolojik, ailevi, toplumsal, kültürel ve tarihsel bağlamlar ile ilişkili olarak anlamlandırmak olanaklıdır (Lerner ve Galambos; 1998). Bazı antropolojik çalışmalar, sanayileşmemiş toplumlarda ergenin ailesiyle daha az çatışma yaşadığını ortaya koymuştur (Cote; 2000; Schlegel; 2000). Batının bireyci ve doğunun gelenekselci toplumları arasında önemli farklılıklar olsa bile ergenlik yine de aileden kopmanın gerçekleştiği bir dönem olarak tanımlanabilir (Arnett; 1999).

2. ERGENLİK KURAMLARI

Ergen psikolojisi alanında ilk çalışmaları başlatan G.S.Hall'ın, ergenlik dönemi konusunda yayınladığı iki ciltlik araştırma kitabı "Ergenlik: Psikolojisi ve Onun Fizyoloji, Antropoloji, Sosyoloji, Cinsiyet, Suç, Din ve Eğitimle ilişkileri" (1904) adını taşımaktadır. Darwin'in evrim kuramından etkilenmiş olan Hall, erken bebeklik sırasında çocukların, türlerin tarihinde olduğu gibi "maymunlara benzer" bir evreyi tekrarladıklarını ileri sürmüştür. Ergenliği de, kültürün ilk öğretilerini biçimlendirmeye başlayan, yabancılık ile uygarlık arasında bir yerdeki evrenin tekrarlanması olarak düşünmüştür. Yetişen bireyin yabancılık ve uygar insan arasındaki kesişme noktası olduğuna inandığı için, Hall ergenliği fırtına ve stres dönemi olarak nitelemiştir. Ergenin daha ilkel dürtüleriyle daha insancıl dürtülerinin kaçınılmaz olarak bir çatışma içinde olacağını öne sürmüştür (Hall; 1904).

Hall ergenliği bireyselliğin geliştirildiği dönem olarak görmüştür. İnsanlığın çok alt bir biçimine benzettiği çocukluğun tersine, ona göre ergenler eğitilebilir ve biçimlendirilebilir. Ergenler kültürlerinin bir parçası olabilirler, bu kültürün içinde kendi yerlerini algılamaya başlayabilirler. Hall, "Ergenlikte bireyselleşme birdenbire artar ve 'Kader Tanrıçası'nın ırka çizdiği sınırlarını hissetmeye başlar" diye belirtir (Hall; 1904).

Hall çocukluğun akışının doğa ile kalıtım tarafından belirlendiğine inanmıştır. Bu nedenle de ergenlik üzerinde yoğunlaşmanın önemli olduğunu düşünmüştür. Ancak aynı zamanlarda Birleşik Devletler'de, davranışçılığın mimarlarından biri olan John Watson, kişiliğin gelişiminde *çevrenin* kalıttan daha fazla rolü olduğunu ileri sürmüş, insan yavrularının genlerin tutsağı olmaktan çok, doğumun ilk anlarından itibaren etkilendiğini ve biçimlendiğini belirtmiştir (John Watson; 1920). Diğer yandan Viyana'da da psikanalizin kurucusu Sigmund Freud, dürtü kuramıyla ruhsal yapının kökenlerini bebeklikte aramaya yönelmiş ve yeni bir dönem açılmıştır.

a) PSİKANALİTİK KURAMLAR

Psikanalistlerin ergenlikle görece daha az ilgilenmelerine karşın bu döneme ilişkin çalışmaları Hall'inkilerden çok daha etkili olmuştur. İnsan ruhsal yapısını bir süreklilik içinde kavrayan psikanalitik kuramın çocukluk hakkında ne söylediği bilinmeden ergenliğin psikanalitik kuramı anlaşılamaz. Bu çalışmanın kapsamı içinde normal ergenliğin yanı sıra sınır durumlar da olduğundan özellikle bu hasta grubunun anlaşılmasında katkıları olan kuramlar daha ayrıntılı ele alınacaktır.

Gelişimsel süreçler ergenin içselleştirilmiş duygusal ve bilişsel kontrol mekanizmalarıyla, kendine güveninin oluşturulması, ailesiyle olan ilişkilerinin yerini yaşıtlarıyla ve karşı cinsle ilişkilerin alması için gereklidir. Ayrılma-bireyleşme sürecinin sonucu oluşan, bütünleşmiş bir kimlik ve kendilik duygusu bağımsız işleve izin vermelidir. Bu görüş köklerini psikanalitik kuramdan, özellikle de Blos'un tanımlamalarından alır. Hall'ın ergenlik açıklaması ile psikanalitik açıklama arasında belirli benzerlikler de mevcuttur. Her ikisi de ergenlik yıllarının karışıklığını açıklarken tekrarlama (recapitulation) ilkesinden söz etmektedir. Bununla birlikte, Hall ergenlik fırtına ve stresinin insan evrimindeki kritik bir dönemin tekrarı sonucu oluştuğunu düşünürken, psikanalitik kuram bunun yerine çocukluk cinselliğini ve erken nesne ilişkilerinin yeniden dirilmesini koyar.

(1) *Anna Freud*

Freud erken çocukluk çatışmalarının ergenlikte yeniden ortaya çıktığını varsaymıştır. Ancak kızı Anna Freud, psikanalitik yaklaşımı bu noktada biraz değiştirerek erken çocukluk deneyimlerinin yetişkin kişiliğine ergenlikten fazla etki yaptığını kabul etse de, ergenliğin bazı önemli ayarlamalara yön verdiğine inanır. Gencin baş edeceği sorunlarla küçük çocuğun yüz yüze geldiği ikilemler arasında fark olduğunu söyler. Çocuklar Oedipal düşlemlerini bastırırlarken, ergenlerde çatışma çok daha fazla içselleştirilmiştir. Ergenler, yeni gelişen cinsel dürtülerine izin verdiklerinde cezalandırılacaklarını bilirler, ancak aynı zamanda bundan suçluluk duymayı da öğrenirler.

A.Freud, ergenlerin çocuklukta ketlenmiş cinselliğin bir ölçüde üstesinden gelmek zorunda olduklarına inanır. "Küçük çocukların aksine, ergenler, toplum ahlakını incitmeden, daha önce öğrendiklerinin bazılarını derece derece iptal eder ve cinsel dürtülerini nasıl doyuma ulaştıracaklarının yolunu bulurlar" (A.Freud; 1958).

A.Freud'a göre ergenlik, bir duygusal türbülans zamanı olmakla birlikte, erişkin kişiliğin oluşumu için atılması gerekli bir adımdır. Bu "ergen mutsuzluğu"nın nedeni, dürtü aktivitesindeki niceliksel artış ve dürtü niteliğindeki puberteye ait biyolojik değişikliklerdir. Anna Freud, ergendeki davranışsal olduğu kadar intrapsişik de olan uyumsuzluğu, "normal" olan ve varolmadığında klinisyenin meraklanması gereken durumlar olarak tanımlar. Bununla birlikte bu süreç aşıldığında kararlı, olgun bir uyuma doğru geçilir. Bu bir kimliğin karalı hale gelmesi (stabilizasyonu) sürecidir. (A.Freud; 1958)

A.Freud, nesne bağları ile dürtülere karşı kullanılan savunma düzeneklerini tanımlamıştır. Libido ebeveynlerden çekilir ve çeteler ya da gençliğe çekici gelen idealleri temsil eden lider tipleri gibi, ebeveyn temsilcisi diğer erişkinlere kaydırılır.

Diğer bir mekanizma da duygunun tersine çevrilmesidir. Burada duygular karşıtlarına dönüşür. Davranışsal olarak bu durum, uyumsuzluk yapan, hostile ve ebeveynlerden şefkat kabul etmeyen ergenlerin tavırlarında gözlenebilir. Paranoid ergenlerde olduğu gibi patolojik formlar da ortaya çıkabilir. Libidonun kendiliğe geri çekilmesiyle büyülenmecilik, ya da nesneden çekilip kendi bedenine yatırılmasıyla hipokondriak durumlar görülebilir.

Gizil dönemin uzun yılları boyunca dizginlenen cinsel dürtüler ergenlikte bütün şiddetiyle ortaya çıktığında, gencin kendisini bu dürtülerden koruyabilme yollarından biri de yaşam hazlarını bastırmaktır. A.Freud, haz verici herhangi bir şey cinsel çağrışımları bir şekilde ortaya çıkarttığı için her türlü hoşlanmayı kendilerinden uzak tutan belirgin bir çileci dönemden geçen ergenlerin varlığını belirtmektedir (A.Freud; 1936).

Ergenler çatışmalarından uzak kalmayı onları entellektualize ederek de deneyebilirler. Ergenin birdenbire tartışmaktan zevk alır olduğu konular, kılık değiştiren ve düşünsel alana taşınan içsel çatışmalarını temsil eder. A.Freud, "insan doğası, dürtülerin hayatın geri kalanına nasıl bağlanacağı ve cinsel dürtülerin eyleme koyma ile onlardan vazgeçme, özgürlük ile baskı, otoriteye karşı gelme ile boyun eğme arasında nasıl karar verileceğidir" demektedir (A.Freud; 1936).

Ergenlikte cinsel dürtüler ikinci kez sahneye çıktığında gencin karşı cinsten ebeveyne yeniden istek duymaya başladığı ve aynı cinsten ebeveynine içerlemeye başladığı düşünülür. A.Freud (1936), bir ergen için kendini bu yasaklanmış düşlemlerden yalıtmanın en güvenilir yolunun anasından ve babasından duygusal olarak geri çekilmesi olduğunu ileri sürmektedir. "Bu andan itibaren ergenin ailesinin üyeleri ile yabancıymış gibi yaşayacağını" ileri sürer. Fakat onlarla ilişkisinin kopması çöküntü ve boşluk duygusuna neden olur. Kaybettiklerinin yerine koyabilecek yeni ilişkilere gereksinme duyar ve sonuçta özdeşleşeceği diğer insanları bulmak için ailenin dışına yönelir. Bir arkadaştan diğerine, bir sevgiliden ötekine dolanıp durur. Anna Freud, zaten beklenen bu tür kararsızlığın, içte oluşan çatışma ve karışıklığın sadece diğer bir dışsal belirtisi olduğunda ısrar eder ve bu karışıklığın ergenliğin kaçınılmaz ve gerekli bir bölümü olduğuna inanır (A.Freud; 1936, 1958).

(2) Peter Blos

Blos ergenlikteki gelişimi biraz daha farklı tanımlar. Önergenlik boyunca, artan dürtüsel basıncın etkisiyle her yaşantı cinsel dürtüler açısından uyarıcı olabilir ve kontrolde zorluklar yaşanabilir. Henüz ne yeni sevgi nesnesi, ne de dürtünün yeni amacı oluşmamıştır. Genel olarak dürtüde niteliksel bir artışın önergenlik için karakterize olduğunu söyler. Doğrudan dürtü doyumu, halen baskın olan üstbenlik tarafından kabul görmez. Dolayısıyla benliğin bastırma mekanizmaları devreye girerler. Önergenler için dürtü doyumunu sağlamaya yönelik tipik bir çözüm “suçluluğun sosyalleştirilmesidir”. Üstbenlik ile çatışmaları önlemeye yönelik bu yeni mekanizma gizil dönem boyunca gelişmiş sosyal olgunlaşmadan köken alır. Çocuk bunu suçluluk duygularını grup üzerine özellikle de grup liderlerine yansıtarak rahatlatmaya çalışır. Artmaya devam eden dürtünün kontrolünde zorlanmayla bu süreçler yetersiz kalır ve korkular, fobiler, diğer bazı geçici nevrotik semptomlar ya da mide ve baş ağrıları, tırnak yeme, kekeleme gibi belirtiler ortaya çıkabilir. Bu dönemde karşı cinsdeki yaşlılara karşı hostil tutumlar görülebilir. Aslında bu, ilişki kurmakla ortaya çıkacak kaygıyı önlemeye yönelik bir inkar çabasıdır. H.Deutsch bunu kız çocuklar için gelişen cinsel kimliğin reddi olarak değerlendirmektedir. Bununla birlikte anne kız ilişkisinin bu dönemde anne oğul ilişkisine göre ve anne kız arasındaki bağlanmanın da baba kız bağlanmasına göre daha yoğun ve aynı zamanda tehlikeli olduğunu bildirmektedir (Blos; 1962, H.Deutsch, 1944).

Erken ergenlikte, kız ya da erkek olsun her iki cins için de erken nesnelerden ayrılıp yeni nesnelere yönelme başlamıştır. Bu süreç değişik evrelerden geçerek olgun nesne ilişkilerine doğru ilerler. Bu dönemin karakteristik özelliği, Blos’un tanımladığı şekliyle dürtü enerjisinin, sevgi nesnesinden çekilip yeni bağlanmalarını kurmadan önce, serbest olarak yüzmesidir. Kendilik saygısını belirleyen ajan olarak üstbenliğin etkinliği azalır ve benlik üzerindeki otorite zayıflar. Bunun nedeni oedipal süreçte içselleştirilerek üstbenliğin oluşmasını sağlayan ebeveynlerden, dürtü enerjisinin, nesne tasarımları ve bunlarla içselleştirilen moral değerlerle birlikte çekilmesidir (*decathexis*). Ergen, benlik ile üstbenlik arasında oluşan dengedeki bu değişikliği anlamsızlık ve boşluk duyguları olarak yaşantılar. Bunun şiddeti sadece dürtünün yoğunluğuna değil, aynı zamanda benliğin kaygıyı tolere edebilme gücünde olup olmamasına da bağlıdır. Bu nedenlerle bazı ergenler aileleriyle hiç çatışma yaşamayabilirler. Sonuçta çekilen dürtü enerjisi arkadaş çevresine yönelir (Blos; 1962).

Erken ergenlikteki nesne seçimi daha çok narsisistik modele uygundur. Freud bu dönemde bireyin bir aşk hayatı olmasının, benlik idealine ve böylece de bir nesne ilişkisinin içselleştirilmesine bağlı

olduğunu söylemiştir (S. Freud, 1914). Blos'un " Tam Ergenlik" olarak ifade ettiği orta ergenlikte nesne ilişkisi arayışı yeni bir boyut kazanır. Erken ergenlikte narsisistik nesne seçimleri belirginken, orta ergenlikte narsisistik savunmalar daha baskın hale gelir. Narsisistik ve biseksüel nesne arayışının terk edilip heteroseksüel nesnelerin bulunması, orta ergenliğin psikolojik gelişimini göstermesi açısından tipiktir (Blos; 1962).

Blos (1962, 1967) A.Freud'un ergenlerin sonuçta karakter oluşumuna varacak olan türbülans dönemi hakkındaki görüşlerini paylaşır. Blos'a göre ergenin, infantil ebeveyn içselleştirmelerine olan bağımlılığından vazgeçmesi bireyselleşme ile sonuçlanır. Kendiliğin, aileden ayrı bir kişi olma duygusuyla tamamlanması sonucu ayrılma gerçekleşmiş olur. Ergen artık daha önce ebeveynlerinin benliği ve içselleştirdikleri tarafından yürütülen işlevleri, kendisi üstlenme yeteneğini kazanmış demektir. Blos bu süreci oyun çocukluğu çağına oluşan ve kendiliğin anneden ayrı bir duygu olarak ilk ortaya çıktığı, ayrılma-bireyselleşmeye benzeterek, "ikinci ayrılma-bireyselleşme" olarak tanımlar. Ergenlikte ayrılma-bireyselleşme ihtiyacının tekrar ortaya çıkması, puberte ve aile dışında bir cinsel nesne seçimine yönelik ihtiyaçtan kaynaklanır. Bundan dolayı, ayrılma-bireyselleşme sürecindeki sorunlar cinselliği kabul etme ve özel yaşam geliştirme konusunda zorluk yaşanmasının yanı sıra ciddi karakter patolojilerinin ortaya çıkmasına da neden olabilir. Blos hem bebekliğin hem de ergenliğin kişilik örgütlenmesinin incinebilir olduğu ve ruhsal yapının değiştiği dönemleri içerdiği görüşündedir. Infantil nesne bağlarının zayıflaması sonucu erken çocukluk dönemindekine paralel kararlı bir kendilik ve nesne tasarımı oluşumu gerçekleşir (Blos; 1967).

Blos (1962), ergende benlik bütünleşmesiyle ilgili tehlikeyi iki kat olarak tanımlar: ilki artan dürtüler, ikincisi gerilemenin olmasıdır. Blos'a göre ergenlik, benlik ve id gerilemesinin normal kabul edilebileceği tek yaşam dönemidir. Gelişmenin hizmetindeki bu gerilemenin sonucu, yaşın duygusal uçuculuğudur. Ergendeki gerilemenin örnekleri arasında, çatışmaların somatizasyonu, travmatik deneyimlerin tekrar deneyimlenmesi, önemli insanların (örneğin spor, müzik veya sinemadan) idealizasyonu ya da felsefi ve dini hareketler içine karışmayı getiren sınıra yakın durumlardır. Infantil nesne bağları gevşedikçe, benlik-onarımı en yüksek düzeyine erişir.

Aynı zamanda, Blos'un infantil nesne ilişkilerinin canlandırılması olarak tanımladığı bu düzensiz gidiş durumu, ambivalans ile karakterizedir. Tipik ambivalan nesne bağlarına ait infantil öfke ve sadizm, saldırgan davranışlar, negativizm veya umursamazlık olarak yüzeye çıkabilir. Ergen için diğer bir görev, ambivalans sonrası, bütünleşmiş nesne ilişkileri geliştirmektir (Blos; 1962, 1967).

(3) *Melanie Klein*

M.Klein'a göre çocuklar libidinal dürtülerini kontrol çabasından çok, kişiler arası dünyalarını yapılandırmaya enerji harcamaktadırlar. Çocuğun iç dünyasını, insan ilişkileri oluşturur. Çoğu yoğun yaşanan ve en önemli nesne ilişkisi olan "anne-çocuk" ilişkisi, sonraki kişilerarası ilişkilerin prototipini oluşturur. (Cashdon, 1988)

Klein, en erken çocukluk dönemlerinden itibaren, içselleştirilmiş nesne ilişkilerinin belirlenmesinde saldırgan dürtünün önemini vurgulamıştır. Dürtü değişiklikleri ile erken nesne ilişkilerinin birleşimini, iki gelişim döneminde tanımlamıştır; "paranoid – şizoid" pozisyon ve "depresif" pozisyon. Burada kullanılan pozisyon terimi, yaşam boyunca süre giden nesne ilişkileri, kaygı ve savunmaların özelleşmiş şekillenmesini vurgulamak için seçilmiştir. Depresif çatışmaya karşı savunmalar, paranoid – şizoid pozisyona geriletir ve kişi hayat boyu bu iki pozisyon arasında salınır (H.Segal, 1973).

Paranoid-şizoid pozisyon zihinsel aygıtın ilk ve en ilkel örgütlenmesidir. Bu süreçteki savunma mekanizmaları; bölme (splitting), yansıtma özdeşim (projektif identifikasyon), tümgüçlülük (omnipotens), inkar (denial) ve yüceltmedir (idealizasyon). Bebek anne memesini, iyi (hoşnut eden) ve kötü (engelleyen) nesne olarak ikiye böler (splitting). İyi nesne yüceltilir ve sınırsız hoşnutluk sağlayabilir olarak algılanır. Kötü nesne ise korkutucu bir düşman haline gelir. Bu nedenle bu pozisyon "persekütuar anksiyete" ile karakterizedir: Bebek kötü nesne tarafından yok edilmekten korkar (M.Klein; 1952).

Klein'a göre bilinçdışı fantezi tüm ruhsal süreçleri temellendirir, her türlü ruhsal faaliyete eşlik eder ve dürtülerin doğrudan ifadesidir. Klein'ın erken doğumdan itibaren başladığını ileri sürdüğü bu fanteziler, genital dönem öncesindeki dürtülerden kaynaklanan sadistik fantezilerdir. Bu bilinçdışı fantezi faaliyeti, dış dünyada yer alan olaylara sızar ve bunlara anlamını verir (Klein; 1952).

Bebek geliştikçe yıkıcılık azalır, sevgi ve nefretini dolayısıyla nesnelere bağımlılığını daha iyi tolere edebilir hale gelir. Böylece depresif pozisyon 3-4 üncü aydan başlayıp, 2 inci yılın başına dek sürer (Cashdon; 1988). Sonuçta bölme'nin ortadan kalkmasıyla anne bütün bir nesne olarak tanınır. Anne ile bir kısmi nesne (partial object) ilişkisi değil de, tam nesne ilişkisinin yaşanması, çocuğun iyiliğin ve kötülüğün aynı kişiden geldiğini görmesini sağlar. Anne artık daha gerçekçi yaşanır, "iyi" veya "kötü" değil de, "iyi" ve "kötü" bir varlık olarak kavranabilir. Bu gerçekleştiğinde çocuk annesine karşı olan olumsuz ve nefret dolu duygularını tanımaya zorlanır. Bölme'nin ortadan kalkması, olgunluk yönünde

bir basamak olduğu kadar başka sonuçları da hazırlar. Çocuk anneye zarar verdiği, hatta onu yok ettiği duygusuna kapılabilir. Sadece fantezide gelişse de bu duygular çok yoğundur çünkü çocuk için fantezi ile gerçek arasındaki sınır çok belirgin değildir. Sonuçta depresif kaygı ortaya çıkar. Bu durumda çocuk bir kaygı tipini diğeriyle (persekütuar anksiyeteyi depresif anksiyeteye) değiştirmiş olur. Böylece yıkıcı dürtülerin suçluluğa dönüşmesi sağlanır. Empati kapasitesinin gelişmesi ve yaralanan nesnenin tamir edilmesiyle (reperasyon) daha üst düzeyde insan ilişkilerinin elde edilmesi sağlanır. Bu süreç geliştiğinde iyi içsel nesneler daha sağlamlaşır ve güven duygusu düşmanlıkla ilgili duygularının yerini alır (Cashdon; 1988).

Klein, erken nesne ilişkilerinin ileride ortaya çıkabilecek patolojilerde nasıl etkin olduğunu anlatır; “...bazı insanlar eğer derin çatışmalarıyla karşılaştıkları bir dönemden geçmezlerse, akıl hastalıklarıyla karşılaşmadan, hayatlarını nezaketle, özellikle de başarılılarsa pürüzsüzce ve düzgünce geçirirler. Bu çözülmemiş çatışmalar, özellikle ergenlik, orta yaş veya yaşlılık gibi kritik dönemlerde kendini belli eder, oysa ki sağlıklı insanlar hayatın her dönemin de dengeyi koruyabilirler ve dış kaynaklara daha az bağımlıdırlar.” (M.Klein; 1960).

Klein’a göre ebeveynlerden ayrılma bir kin doğurur. Ergenlikte, birçok çocuk ebeveynlerine yüz çevirmeye güçlü bir eğilim gösterir. Bunun nedeni ebeveynlerinden köken almış olan cinsel arzuların ve çatışmaların yeniden güçlenmesidir. Anneye ya da babaya yönelik rekabet ve kin duyguları bilinçdışı cinsel motiflere uygun olarak canlanır ve kuvvetle yaşantılanmaya başlanır. Ancak kinin çok güçlendiği bir noktada aynı zamanda iyiyi ve sevgiyi koruma gereksinimi doğar. Saldırganlık sergileyen genç bunu sağlayabilmek için çevresinde idealize edebilecek birilerini arar. Sonuçta aşk duygularıyla yeniden güvenlik sağlanmış olur. Bilinçdışında bu duygular iyi ebeveynlerle sevgi ilişkisinin sürdürülmesini sağlarlar.” Birilerinin idealize edilmesiyle birilerinden nefret etmenin yolu açılmış olur. Yanındaki ve aynı zamanda da sevdiği kişilerden nefret etmeye göre başka birilerinden nefret etmek daha güvenlidir. Sevgi ve nefret arasındaki bu bölünme sadece sevilen insanların güvende tutulmasını sağlar. Sevgi nesnesini bu kabul edilemez nefretten uzak tutmaya yarayan bölünme diğer yanıyla sevgiyi de kirlenmekten uzak tutar. Bilinçdışında sevebilmekten kaynağını alan güven duygusu, sevilen insanları korumak ve onlara zarar vermemekle yakından ilişkilidir (M.Klien; 1960).

Ergenliklerdeki arkadaşlıklar da ebeveynlerle ilişkiler gibi genellikle içine karışıp onu zedeleyen, bilinçli veya bilinçdışı duygular yüzünden istikrarsız bir yapı sergiler. Klein, “Ergenler halihazırda çocukluğun duygusal bağlarında kurtulamamış ve halen düşündüklerinden çok daha fazla onların hükmündedirler.” demektedir. (M.Klein; 1937)

(4) *D.W Winnicott*

Winnicott'ta çocuğun bağımlı olduğu annesiyle ilişkisi içinde zamanla özerk bir kendilik geliştirmesi, böylece kendini gerçekleştirme konusu önem taşır. Winnicott'a göre psikanaliz nevrozları temel aldığından, bütünleşmiş kişiliği zaten verili kabul edip dürtülerle uğraşmaktadır. Nevrozdan daha ağır durumlar söz konusu olduğunda, kişiliğin bütünleşmesinin hiç de öylesine kendiliğinden var olmadığını söyler (Winnicott; 1988).

Winnicott'a göre zamanda ve mekânda bütünleşmemiş deneyimler, kendiliğin çekirdeklerini oluştururlar. Bu dağınık deneyimler ancak annenin kucaklayıcı, bütünleştirici tutumu sayesinde bir bütünlüğe, yani kendiliğe dönüşebilirler. Gelişmemiş iç dünyasında, annenin ona sunduğu bakımı kendi ihtiyacının yarattığını düşünen çocuk, tümgüçlü bir kendilik duygusu geliştirir. Çocuğun gelişimi açısından büyük önemi olan bu aşama, ancak annenin empatik yanıtı ile gerçekleşebilir (Winnicott; 1988). Çocuk bu sayede dış dünya üzerinde egemenlik kurma, onu kontrol etme duygusunu yaşar, böylece temel kendine güven gelişir. Sağlıklı bir gelişimde bu tümgüçlülük yanılısaması önemli bir rol oynar; çocuğun yanılısaması yıkıldığında gerçeklikle baş edebilme gücünü sağlar. Anne çocuğun henüz bütünleşmemiş deneyimini ona aynalayarak (*mirroring*), bütünleştirici bir işlev üstlenir.

Çocuğun dış gerçeklikteki nesneyi kendi arzusunun yaratmadığını kavraması, yanılısamanın çözülmesini sağlar. Buna bağlı olarak da dereceli bir şekilde gerçeklik duygusunu geliştirir ve gücünün sınırlarını görür. Yanılısamanın yıkılması, annenin aşamalı ve döneme uygun olarak çocuğundan uzaklaşması ile ilgilidir. Bu sayede çocuk dereceli bir şekilde benlik işlevlerini geliştirir.

Erken engellenmeler ile yanılısamanın oluşturulamaması veya hızlı bir şekilde çökmesi, çocuğu gerçekliğe uymaya sevk eder. Winnicott'a göre bu gelişme sahte kendilikle (*false self*) sonlanır. Bu durumda gerçek kendilik (*true self*) giderek kaçınılan ve üstü örtülmeye çalışılan bir karakter kazanır, yarılarak kişiliğin merkezinden uzaklaştırılır. Sonuçta uzlaşmacı sahte kendilik kişiliğe egemen olur.

Anneden ayrılmakta olan çocuğun gösterdiği tipik durum, geçiş olgusu (*transitional phenomenon*) ve geçiş nesnesidir (*transitional object*). Bu durum arzusun, gereksinimin nesneyi yarattığı yanılısamasından gerçekliğe geçişi yansıtır (Winnicott; 1971). Geçiş nesnesi üzerindeki tümgüçlü kontrol, anne üzerindeki tümgüçlü kontrolün yerini almıştır. Bu nedenle bu alan ilkel yaratıcılık ile

gerçekliği değerlendirip kabul etme arasındaki bir deneyim alanına aittir. Winnicott sağlıklı ve yaratıcı kendiliğin gelişimini “yeterince iyi (ya da gerektiği kadar) iyi anne” (*good enough mother*) kavramında özetler. Çocuk bu koşullarda doğuştan getirdiği potansiyellerini gerçekleştirerek gerçek kendiliğini oluşturur. (S.M. Tura, 2000)

(5) *Ronald Fairbairn*

Gelişmekte olan ruhsal aygıtın birincil amacı, başta annelik yapan kişi olmak üzere başkalarıyla ilişkiler kurmaktır. Fairbairn’e göre benlik, birincil olarak nesne arayışındadır, dürtüsel doyum arayışı ikincildir. Başkalarına olan gerçek ilgi ile yer değiştirmek üzere seksüel uyarılmanın ortaya çıktığı olgularda, Fairbairn daha ilkel, tümüyle dürtüsel cinsel doyum arayışından çok, nesne ilişkilerinde belirli bir bozulma ve gerileme görmüştür. Diğer insanların sadece cinsel uyarıcı nesneler haline dönüşmesinin patolojik bir gelişim olduğunu ve bunun bağımlılık gereksinimlerinin şiddetli, erken engellenmelerinden ve benlikteki patolojik şizoid gelişimlerden kaynaklanabileceğini belirtmiştir (Fairbairn; 1952).

(6) *Edith Jacobson*

Edith Jacobson Freud'un birincil narsisizm ve mazoşizm kavramlarını tartışmaya açarak, yaşamın başlangıcında libido ve saldırganlık olarak ayrışmamış tek bir ruhsal enerjinin bulunduğunu ileri sürer. Bu ruhsal enerji iyi ve kötü deneyimlere bağlı olarak sonradan farklılaşır (Jacobson; 1964). Bu varsayım Jacobson'ın çevreyle etkileşime verdiği önemi göstermesi bakımından dikkat çekicidir.

Jacobson'a göre çocuğun tatmin ve tatminsizlik deneyimleri, ödüllendirici iyi nesne ve engelleyen kötü nesne temsilcilerinin gelişmesine yol açar ve içselleştirilmiş nesne ilişkilerinin temelini oluşturur. Jacobson'a göre bu içselleştirilmiş nesne ilişkileri giderek dürtü tatmini ve tatminsizliğine bağlı güdülenme sisteminden ayrışarak, kendine özgü bir güdülenme yapısı oluşturur (Greenberg ve Mitchell; 1983).

Engellenme (*frustration*) ile hüsrân (*disappointment*) yakından ilgili olmakla birlikte aynı şey değildir. Engellenme dürtü talebine ilişkin, hüsrân nesne ilişkisiyle ilgilidir. Hüsrân, saldırganlık dürtüsünün açığa çıkıp ilişkiye yüklenmesine ve nesnenin değersizleştirilmesine neden olur, böylece de nesneden uzaklaşma yönünde bir dinamik başlatır. Diğer yanda tatmin deneyimleri de nesne karşısında özgün bir dinamik tutum başlatır. Böylece giderek dürtü tatmininden bağımsızlaşan, nesneye yönelik

amaçları olan güdülenmeler ortaya çıkar. Nesne ilişkisine yönelik bu dinamikler gelişimsel olarak dürtü tatminine bağlıysa da giderek bundan özerkleşirler. Erken oral deneyimlerin çocuk tarafından örgütlenmesi, nesne ve onunla ilişkide bulunan kendilik temsilcilerinin oluşmasına yol açar. Bu oluşum benliğin işlevidir. Ancak söz konusu temsilcilerin oluşması da benliğin nesne dünyası içinde işlevselliğini ve gelişimini etkiler (Jacobson, 1964).

(7) Margaret Mahler

Margaret Mahler, daha çok çocuk gelişimiyle ilgili ayrıntılı gözlemlere dayanan görüşleriyle öne çıkar. Bu görüşler libidonun gelişimi ve Oedipus kompleksini değil, anneden ayrılma ve bireyleşmeyi temel alır. Mahler söz konusu ayrılma-bireyleşme (*separation-individuation*) sürecinde çevreye önem verir ve bu süreçte şu evreleri ayırt eder (Mahler, Pine ve Bergman, 1975)

- *Normal otistik evre*
- *Normal simbiyotik evre*
- *Ayrılma-Bireyleşme evresi:*

Burada özellikle ergenlikle ilgili olarak, sadece ayrılma bireyleşme evresi ele alınacaktır. Mahler bu süreci 4 alt dönemde ele alır:

1) *Farklılaşma (differentiation)*: Bu dönemde bebek, anne ve başkalarının ayrılığını daha fazla yaşamaya başlar. “Yumurtadan çıkar gibi” (hatching) simbiyotik birliğin dışına doğru çıkar. Artık sadece iyi ve kötüyü değil, ben ile ben olmayı da ayırt etmeye başlar, yani kendi ile nesne farklılaşmıştır.

2) *Alıştırma (practicing)*: Fizyolojik gelişmeyle birlikte bebek, bilişsel ve motor yeteneklerini test eder. Ancak hala, belli aralıklarla annenin varlığına ve güven vermesine, (emotional refueling) gereksinim duyar. Bu dönemin sonunda yürümenin başlamasıyla dünyanın daha aktif araştırılması söz konusu olmasına karşın, anne bir barınak olarak kullanılmaya devam eder. Yürüten çocuk kendi bedeninin işlevselliğinden zevk almaktadır, kendi tümgüçlülüğüne inanır. Bu bir dereceye kadar annenin tümgüçlülüğüne olan inançla birlikte. Anneden fiziksel olarak ayrılma kendi ile nesnenin farklılaşmasını pekiştirir. Öte yandan özerk benlik işlevleri de gelişmektedir.

3) *Yeniden yakınlaşma (rapprochement)*: Çocuğun ayrılığını ve kendi sınırlarını tanıması, kendisine olan sevgisinin, kendilik-değerinin, bütünsel-tümgüçlülüğe sahip olduğu inancının yıkılması tehdidini yaratır. Tümgüçlülükteki bu çöküş, anneye geri dönme arzularını doğurur. Bununla birlikte çocuk

simbiyotik evreden farklı olarak anneden ayrı bir varlık olduğunu algılamakta, annenin sınırlarını da görmektedir. Çocuk anne karşısında ikili duygular içeren, ambivalan bir tutum içindedir. Bir yandan annesinin sevgisini kaybetmekten, ondan ayrılmaktan korkarken, öte yandan bireyleşme itkisiyle onun etkisinden kurtulmaya çalışır. Yeniden yakınlaşma krizi gerek anne gerek çocuk için çok güç bir dönemdir ve gelecekteki kişiliğin gelişimi üzerinde önemli etkileri vardır. Bu çatışmanın başarıyla çözülememesi ağır psikopatolojik tablolara yol açar ve sınır durumdaki hastaların aktarım tepkilerinde tipik bir şekilde kendini gösterir. Anneye bağlılığın gücü, güven derecesi, erken özdeşimlerin başarısı krizinin çözümü için gerekli koşullardır. M.Mahler, bu krizin patolojik çözümünün bir sonucu olarak gelişen aşırı saldırgan ve annenin tasarımlarının “iyi” ve “kötü” olarak bölünmesini, çocuklarda ve erişkinlerde sınır patolojinin ana etyolojik faktörü olarak görmektedir. (Mahler, McDevitt, 1980)

Nesne sürekliliği kökenini önceki dönemlerden almakta, üçüncü yılda elde edilmeye başlamakta, çocukluk ve ergenlik boyunca gelişmeye devam etmekte ve ancak seyrek olarak tümüyle elde edilebilmektedir. Annenin yaşayan, içsel varlığının gelişimi, yani libidinal nesne sabitliğinin elde edilmesi, çocuğun birincil bakıcıdan bağımsız olarak işlev görebilmesini ve kişiler arası ayrılığı yaşayabilmesini sağlar. Bu daha sonraki nesne ilişkilerinin gelişiminde önemlidir. (McDevitt, Mahler, 1980) Çocuk bir yandan kendi bireyselliğiyle ilgili bir kavrayış geliştirirken, diğer yandan libidinal olarak yatırılmış bütünsel bir nesne kavrayışı da geliştirmek durumundadır. Libidinal nesne sürekliliği iyi ve kötü kısmi nesne temsilcilerinin bütünleşmesi anlamına gelir. Libidinal nesne sürekliliğinin gelişmesi bir yandan doğuştan getirilen özelliklere bağlıken, diğer yandan da daha önceki dönemlerin aşılmasına bağlıdır. Mahler, ilişki içinde bireysel olarak işlev gören kişiliğin gelişimini böylece özetler.

(8) Erik Erikson

Erik Erikson, formüle ettiği psikososyal kuramda ergenliğe özel bir önem vermiştir. “İnsanın Sekiz Çağı” görüşü ile insanın yaşam döngüsünü tasarladığı bir dizi çekirdek çatışma içinde ergenlik kimliğe karşı kimlik karmaşasıdır.

Erikson, ergenliğe girişle birlikte ya bütünleşmiş bir kimlikle ya da rol karışıklığıyla sonuçlanacak bir dizi kararın alınması gerektiği varsayımını geliştirmiştir. Doğru kararları alan ergenler deneyimlerini açıkça tanımlanmış bir kimlikle bütünleştirmeye yetenekli olacaklardır. Eğer her şey iyi giderse, bir ergenin çatışmasını çözme çabaları sağlıklı bir kimlik duygusu ile sonuçlanır. Tersine ise kimlik karmaşası'dır (Erikson; 1968).

b) BAĞLANMA KURAMI

Bowlby'nin (1958, 1969, 1973, 1980) etoloji, kontrol sistemleri kuramı, bilişsel kuram, ve psikanalitik kuramların bir kombinasyonu ile oluşturduğu bağlanma kuramı, İngiliz Nesne İlişkileri Okulunu takip ederek, çocuk ve bakım verenler arasındaki ilişkiye odaklanmıştır. Bağlanma kuramına göre, gelişimin her aşamasında bireyin ihtiyaçlarını karşılamak için bağlanma sistemi aktiftir. Nasıl okul öncesi çocuklar giderek daha fazla kendini ayarlama işlevlerini uyguladıkça ebeveynlerinin gerektiğinde yanlarında olacağı bilgisiyle güven kazanıyorlarsa, ergenler de ergenliğin tipik kendi kontrolünü sağlayabilme işlevleri geliştikçe ailesinin yanında olduğu güvenini hissetmek ister. Rice (1990), ailelere olan sürekli gereksinimin ve bağlanma arzularının farkında olmanın, ergenler için bağlanma ve uyumun çeşitliliği arasındaki ilişkinin nedenlerinden biri olduğunu söyler:

“ Bağlanma ile önemli gelişimsel değişimler (örneğin koleje başlama, kolejden mezun olma) öncesi uyum arasında güçlü bir bağlantı olabilir. Bu değişim olduğunda ergen, uyum için örneğin yaşıtlı grupları, danışmanlar gibi diğer kaynaklara güvenebilir hale gelir. Çoklu bağlanma figürleri var oldukça, ergen birçok zaman ve durumda ebeveynleri dışındaki kişilerle olan bağlanma ilişkilerinden de faydalanabilir.” (Rice; 1990).

Ebeveynleri, ergen için hem gereksinim ve sıkıntı anlarında yardım sağlayan yakın kaynaklar olarak, hem de potansiyel yardım sağlayan uzak kaynaklar olarak “güvenilir dayanak” oluştururlar. Onların varlığının güvencesi, ergenin çevresini araştırma kapasitesinden faydalanmasında rahatlık sağlar.

Ergenlere ebeveynleri tarafından sağlanan güvenli temel işlevlerin ötesinde, ebeveynin otonomiye cesaretlendirecek uygun davranışları da ergenin bağlanma güvenliği ile yakından ilgilidir. Ebeveynlerin empatik duyarlılığı nasıl bebeğin bağlanmasını güvenli kılıyorsa, aynı şey ergenlerde gelişimsel ihtiyaçların karşılanması için gereklidir (Ryan ve Lynch; 1989).

Bağlanma örgütlenmesi kopuk olan ergenler, bir savunma stratejisi olarak bağlanma ilişkisini dışlarlar. Bu strateji, davranım bozuklukları, madde bağımlılığı, narsisistik ve antisosyal kişilik bozuklukları olan ergenlerde ortaktır. Madde kötüye kullanımında, bağlanmanın çevresindeki olumsuz duygunun fark edilmediği öne sürülmüştür. Madde kötüye kullanımı veya davranım bozukluğu gösteren ergenlerdeki öfkeli davranışlar, bunun bir yansıması olarak görülebilir. Ergenlerde ebeveyn reddi ile ortaya çıkan öfke, bağlanma ilişkisindeki duygusunun farkında olamamasından kaynaklanır (Rice; 1990).

Bazı ergenler bağlanma ilişkilerindeki zorluklara aşırı duyarlıdırlar ve ebeveynlerinin olumsuz algısı ile aşırı yüklenmişlerdir. Bu ergenler sıkıntıları karşısında gereğinden fazla duyarlıdırlar ve bağlanma figüründen rahatlığı elde edebilmek için karakteristik olarak abartılmış bir duygulanım sergilerler ve bunu otonomiye önleyen bir tarzda yaparlar. Böylece bir duygudurum bozukluğu tablosu veya abartılı duygusallığın ve açık çatışmanın belirgin olduğu histrionik, sınır veya bağımlı özellikleri sergilerler. (Ryan ve Lynch; 1989; Lewis; 2002)

c) DİĞER KURAMLAR

(1) Bilişsel Kuram

Piaget, soyut düşüncenin birdenbire değil derece derece geliştiğine inanır. Zihinsel eylemin bu en üst biçiminin, ergenliğin başlangıcında görüldüğünü ve daha önceki evrelerin mantıksal uzantısını temsil ettiğini belirtir. Dönüşüm noktası oniki yaş dolayında ortaya çıkar, sonra artık dış gerçekliğe doğrudan bağlantılı olmadan özgür düşünme yönünde hızlı bir gelişme gösterir.

Soyut işlemler yaklaşık on dört-on beş yaşlarında kararlılık kazanmaktadır. Soyut işlemlere ulaşan ergenler varsayımlar kurabilir, mantıksal sonuçlar çıkarabilir ve ister somut ister soyut biçimde sunulsun, karmaşık sorunları sistemli biçimde çözebilirler (Inhelder ve Piaget; 1969).

Piaget soyut işlem düşüncesini somut olandan, burada olmayana ve geleceğe yönelik ilgi doğrultusunda kurtulma olarak nitelemiştir. Soyut işlem düşüncesine sahip olan bir ergen, "yalan" çevreyi varsayımsal bir geçmişe ya da geleceğe bağlayan olası sorunlarla uğraşabilir (Piaget; 1968).

Piaget'nin (1968) "özel bir toplumsal çevrenin soyut işlem düşüncesinin gerçekleştirilmesini hızlandırılabilceği ya da geciktirilebileceği" görüşü, yüksek sosyoekonomik gruptaki ergenlerin soyut işlem düşüncesi kapasitesinin, düşük sosyoekonomik gruptaki ergenlerden daha erken geliştiğini gösteren Peel ve Dulit tarafından desteklenmiştir (Piaget; 1968, Dulit; 1972).

(2) Kişilerarası İlişkiler Kuramı

Psikanalizden çok etkilenmiş olan Sullivan ciddi rahatsızlığı olan hastalarla yaptığı çalışmalara dayanarak belirli kişilerarası gereksinimlerin doyurulmasının daha önemli olduğu sonucuna varmıştır. Sullivan ergenlerin aradıkları şeyin her şeyden çok güven olduğunu belirtir ve güven istemini "kaygıdan kurtulma gereksinimi" olarak tanımlar. Ergenlerin kendilerinden, karşı cinsten biri ile yakın ilişki kurmalarının beklendiğini algılamaya başlaması ile daha önce kaygı kaynağı olan cinsel organların bu ilişkide önemli bir figür olduğu düşüncesi ortaya çıkar. Karşı cinsle nasıl ilişki kuracağını bilmeyen birine yol gösteren karşı cinsle ilgili tüm kalıp yargıların kazanılması sorunu biraz daha güçleştirir (Sullivan, 1970).

(3) Ergenlikle İlgili Diğer Görüşler

Mc Candless'in görüşüne göre, deneme ve yanılma süreci aracılığıyla hangi davranışın özel bir dürtüyü doyuracağını (dürtünün seçici işlevi) ve bu davranışların nasıl devam edeceğini (yönlendirici işlevi) keşfedilir. Kültürün bazı dürtüleri ele alış biçiminden dolayı ergenlik sırasında büyük ölçüde gerilim artar ve biyolojik değişikliklerle birlikte cinsel dürtü üst düzeyde yaşanır. Bu nedenle dürtülerin kontrolünde yaşanan zorluklar açısından kültürel farklılıklar mevcuttur (McCandless; 1979).

A.Bandura, ergenlik kargaşası kavramını ele alırken dengeli ve sevecen ailelerden gelen ergenlerin görece sakin bir süreç geçirdiklerini kabul eder (Bandura; 1967). Ergenlik sırasında kargaşa yaşayan gençlerin "eksik biçimde toplumsallaştığını" söyler. Bandura buna kanıt olarak, saldırgan ergenlerin dengesiz ve çatışma dolu evlerden geldiklerini, bu evlerde kavganın ve tartışmanın yaygınlıkta olduğunu belirtir (Bandura; 1967).

Elkind'e göre, ergenler, çevrelerindeki insanların "onların davranışıyla ve görünümüyle, onlar kadar saplantıyla ilgilendiklerini" ve her zaman ilginin odağı olduklarını kabul etmeye başlarlar. Ergenler kendi düşünceleri ve ilgileri ile başkalarınıninkiler arasında ayırım yapmada zorlanırlar ve gittikçe kendi yarattıkları düşsel bir seyirci kitlesiyle çevrilirler. Elkind buna "düşsel seyirciler" adını vermektedir (Elkind; 1967). Bu abartılmış biriciklik duygusu bazen bir ergeni, "ölümlülerin" başına gelen olaylara, yani risk almaya bağışık olduğu inancına götürebilir. Elkind'e göre bazen on beş-on altı yaş dolaylarında, ergenler gerçekte herkesten farklı olmadıklarını ve insanların da kendilerini seyretmek için var olmadığını fark etmeye başlarlar. Bu noktada düşsel seyircilerin önemi azalır ve doğruları ve yanlışları dengeleyen daha gerçekçi bir kendilik-kavramı kişisel söylencenin yerini almaya başlar (Elkind;1978).

Ergenlik üzerine çalışan diğer bir kuramcı olan Eduard Spranger ergenlik sırasında ortaya çıkan üç büyüme örüntüsünü tanımlar. Birinci örüntüyü izleyen ergenler fırtına ve stresi yaşamışlardır. Diğer tarafta ergenliği büyük ölçüde yaralanmadan geçenler vardır. Son olarak diğer ikisi arasında yer alan ergenler bunalımlar yaşayabilirler, ama onlarla bilinçli olarak baş edebilirler ve etkin biçimde onların üstesinden gelmeye çalışırlar. Spranger'i izleyen Offer, ergenlik boyunca üç temel yolun olduğu sonucuna varmıştır: Sürekli büyüme, dalgalı büyüme ve kargaşalı büyüme (Offer; 1977).

3. ERGENLİKTE GELİŞİM VE KİŞİLİK GELİŞİMİ

Ergenlik bedensel, toplumsal ve ruhsal olgunlaşma dönemidir. Robert Havighurst'a göre bir ergenin başarması gereken yaşam görevleri bazı başlıklar altında ifade edilebilir.

- *Bedensel özelliklerini kabul etmek ve bedenini etkili biçimde kullanmak.*
- *Erkek ya da dişi konumunda bir toplumsal rolü gerçekleştirmek.*
- *Her iki cinsten yaşıtlarıyla yeni ve daha olgun ilişkiler kurmak.*
- *Ebeveynlerden ve diğer yetişkinlerden duygusal bağımsızlığı gerçekleştirmek.*
- *Ekonomik bir role yani bir mesleğe hazırlanmak.*
- *Evliliğe ve aile yaşamına hazırlanmak.*
- *Toplumsal bakımdan sorumlu bir davranışı istemek ve gerçekleştirmek.*
- *Davranışın rehberi olarak bir dizi değer ve ahlak sistemi kazanmak, bir ideoloji geliştirmek.*

İlk ergenliğin, büyük ölçüde aynı cinsten arkadaşlarla oluşturulan yaşıtlı grupları, yerini daha olgun erkek-kadın ilişkilerine bırakacaktır. Kültür bu toplumsal ilişkilerin ne olacağını büyük ölçüde belirler; bu ilişkiler bir toplumdan diğerine ve sınıflar arasında değişiklik göstermektedir (Havighurst; 1972).

a) BEDENSEL DEĞİŞİMLER

Çocukluğun sonu ile ergenliğin başlangıcı arasındaki, bireyin cinsel olarak olgunlaşmaya başladığı görece kısa olan süre, puberte olarak bilinir. Puberte terimi Latince pubertas yani "erkeklik yaşı, erinlik" sözcüğünden gelmekte ve çocukluktan erişkinliğe geçişte ortaya çıkan fizyolojik ve morfolojik değişiklikleri ifade etmektedir. İntrauterin hayat ve hayatın ilk yılından sonra en hızlı büyüme ve gelişim dönemidir. Yaklaşan cinsel olgunluğun ilk belirtileri genellikle on bir yaş dolaylarında ortaya çıkar. Ergenlikte ortaya çıkan bütün biyokimyasal değişimlerin en önemli etkilerinden biri cinsel dürtülerdeki ve duygulardaki artıştır. Birçok ergen için bu yeni keşfedilen duygular şaşkınlık ve kaygı kaynağı olabilir.

Ergen beynine yönelik son çalışmalar özellikle önbeyin, mesolimbik ve limbik bölgelerdeki değişimlere dikkat çekmektedir. Şizofreni ve Duygudurum Bozuklukları üzerine yapılan araştırmalar ergenlikte beyin gelişiminin potansiyel patolojik özelliklerini vurgulamaktadır (Spear; 2000). Weinberger ve arkadaşları, hayvan modelleri üzerinde erken dönem lezyonların geç ergenliğe kadar sessiz kaldığını ve bu dönemde özellikle prefrontal korteks, hippocampus ve diğer limbik bölgelerdeki değişikliklerle birlikte ortaya çıkabildiğinin göstermişlerdir (Weinberger ve ark.; 1995).

Ergenlikteki diğer bir dramatik değişiklik ise yoğun sinaps kaybıdır. Rakic ve arkadaşları ergenlik boyunca saniyede yaklaşık 30.000 sinapsın kaybedildiğini öne sürmüşlerdir (Rakic ve ark.; 1994). Puberte boyunca iştah ve uyku da değişikliğe uğrar. Hızlı fiziksel gelişmeye paralel olarak besin almaya ayrılan zaman ergenlikte artar. Bazı araştırmacılar bu dönemde “gelişimsel hiperfaji”den bahsetmenin olanaklı olduğunu söylemektedir (Post ve Kemper 1993). Uyku örüntüsünde de değişiklikler olur. Uyku latansı uzarken, ergenler daha geç uykuya geçip daha geç uyanırlar (National Research Council and Institute of Medicine; 2000).

b) KİŞİLİK GELİŞİMİ

Kişilik, çevreye uyumu ve ötekiyle ilişkilerin yollarını, düşünceyi, duyguyu ve davranışı kapsayan bir kavram olarak, kendi beninin bilincinde olan bireyin ruhsal bireyselliği biçiminde tanımlanabilir. Duygusal durumlarda ve rollerde değişmezliği içerir. Kişiliğin gelişimi üzerine bilgiler, kişinin yaşamında özel koşullara daha iyi uyum sağlama yollarını anlamak için önem taşır. Diğer yandan kişilik, gelişimin değişik etkileri sonucu oluşur. Bu etkiler toplumsal, biyolojik ya da kültürel olabilir (Paris; 1994). Bu açıdan bakıldığında kişilik bozukluğu, toplumsal, duygusal ya da bilişsel etkileşim alanlarındaki işlev bozuklukları olarak ortaya çıkar. Kişilikteki işlev bozukluğu, sürekli bir durum olmasının yanında, zorlanmalar sonucu da gelişebilir (Kernberg; 1984). Kişilik kavramı, kimlik ile yakından bağlantılı olarak düşünce, duygulanım ve davranış örüntülerinin durağan olduğu bir durumdur. Kişilik, kişinin bireyselliğini başkalarından ayırt etmesini, dolayısıyla kendini kendi olarak bilmesini sağlayan yapıdır. Gelişimsel açıdan bakıldığında, değişimin ve durağanlığın her ikisinin de kişilik gelişimini etkilediği görülür (Paris; 1994).

Erişkin için kişilik, kimlik ile belirlenmiş, genellikle değişmeyen bir görüngü olarak kavramsallaştırılmıştır. Ancak gelişim sürecindeki ergen için durum farklılık içerir. Kişilik gelişimindeki süreklilik, yalnızca bireyin gelişimsel tarihince değil, aynı zamanda ergenin çevresinin tutarlılığı ile de desteklenir. Çevrede bir süreklilik olmasına karşın, ergenliğin her zaman bir radikal kişilik yönelimleri dönemi olduğu belirtilmektedir.

Bedensel, cinsel ve bilişsel değişimlerden başka, ergenlik aracılığıyla çocukluktan yetişkinliğe geçiş sürecinde ebeveynlerden, yaşıtlardan ve okuldan etkileme ile kişilikte ve toplumsal davranışta önemli değişimler meydana gelir. Kargaşaların ortasındaki genç insan, ortaya çıkmakta olan kimlik duygusuyla uğraşmalı ve artan bağımsızlık isteğiyle süre giden bağımlılık gereksinmesi arasındaki çatışmayı çözmelidir. Ampirik çalışmalar kişiliğin global özelliklerinden daha çok gelişimin özgül kendilik kavramlarına yönelmiştir (Harter ve ark. 1999).

(1) *Kimlik Gelişimi*

İçsel ve dışsal değişimler oluşurken, ergen, çocukluk dönemindeki yeteneklerini, becerilerini ve özdeşimlerini kimlik olarak adlandırılan yeni, tutarlı bir çerçeve ya da yapı içersinde yeniden değerlendirmeye ve yeniden düzenlemeye zorlanmaktadır. Kimlik gelişimi sürecinde ergen, kuvvetli ve zayıf olduğu yanlar hakkında daha çok farkındalık kazanmaktadır. Diğer insanlarla benzer olduğu yanlarını görmesinin yanı-sıra ergenin, kendi biricikliği ve ayrıcalığı ile ilgili farkındalığında da artış olmaktadır. Ergen için kimlik, *"güçlenen aynılığın ve sürekliliğin öznel bir duyumudur"* (Erikson; 1968).

Çocukluk ve Toplum çalışmasında Erikson, kimlik teriminin çok popüler olduğunu ama kavramın yeterince anlaşıldığından kuşku duyduğunu ifade etmiştir. Erikson, kimliği "yaşantı sürekliliği için bilindiği bir uğraş", "grup idealleri ile dayanışma duygusu" ya da "bireysel biricikliğin bilinçli duygusu" gibi çeşitli yollarla tanımlamaktadır. "Bireyden söz edildiğinde kimlik, çocuğun bağımlı olduğu insanlar gibi olmak istediği ve sıklıkla olmaya zorlandığı ilk yılların ardışık özdeşleşmelerinin toplamını, hatta daha fazlasını içerir. Şimdi yalnızca yaşıtlı arkadaşlarla ve aile dışı lider figürleriyle yeni özdeşleşmeler içinde çözölen bir bunalımla karşılaşan biricik üründür kimlik" diye ifade eder (Erikson, 1968).

Pubertenin biyolojik değişimleriyle birlikte, hayatın ikinci onyıllı boyunca pek çok psikososyal olay ortaya çıkar, ve bunların hepsi kimlik oluşumu şemsiyesi altında toplanır. Freud içsel kimliğin etnik bir duygu olarak yorumlanabileceğini söylerken, Erikson'a göre başka önemli bir yardımcıyı yani kültürü açıklamaktadır. Kimliğin, "somatik, bilişsel, toplumsal ön koşullar henüz ortada olmadığı için ondan önce bunalımın ortaya çıkamayacağı kendi gelişim dönemi" vardır (Erikson; 1963, 1968).

Ardılları Erikson'un görüşlerini genişletmişlerdir. Blos, Erikson'u izleyerek, bir "kişilik duygusu" olarak sabit bir kendilik duygusunun öneminden bahseder. Başka bir açıdan kimlik oluşumu, "karakterin biçimlenmesi ve benliğin dış dünya, id ve üstbenlik ile ilişkisinde geri dönüşümsüz bir tutarlılığa ulaşması" ile kabaca eş anlamlıdır (Blos; 1962).

Böylece, kimlik şemsiyesinin altında; benlik olgunlaşması ve karaktere ait intrapsişik gelişimle ilgili psikanalitik kuramlar, birey ile sosyal çevresi, kültürel değiş tokuş ve etkileşim içinde bir yaşam dönemi olarak ergenliği ve aileyi araştıran psikososyal kuramlar üzerinde odaklanılabilir.

Marcia, Ericson'un çalışmasını genişleterek dört kimlik durumu (identity status) tanımlamıştır. Kimliği tamamlayan (identity achievement) ergenler, belirli bir zamanda etkin bir karar verme dönemi geçirmekte (örneğin, mesleki kararlarıyla ilgili) ve belirli bir seçimi yüklenmede başarı sağlayabilmektedir. İpotekli (foreclosure) ergenler, belirli bir mesleki seçime ya da bir ideolojiye angaje olabilmekte ama bu yüklenmeyi yapmadan önce farklı seçenekleri etkin olarak göz önüne almamaktadırlar. İpotekli ergenler, seçimin kendileri için uygunluğunu sorgulamadan, çoğu zaman, ebeveynleriyle ya da diğer yetişkin rol modelleriyle aynı seçimleri yapmaktadırlar (Marcia, 1976). Etkin karar verme sürecine yakın zamanda dahil olan ama belirsiz ya da genel yüklenmeleri olan ergenler moratorium (moratorium) kimlik durumundadır. Son olarak, kimlik dağınıklığı (identity diffusion) olan ergenler, geçmişte bir dönem etkin karar verme deneyimleri yaşasalar da biryere angaje olmaya ilişkin çok az kanıt göstermektedirler (Marcia; 1980).

Marcia, Inhelder ve Piaget'in (1958) tanımladığı soyut işlemler düşüncesinin, kimlik başarısı için gerekli ama yeterli olmadığını öne sürmüştür. Ancak bütün *kimliği tamamlayanlar* sınıfındaki ergenler, soyut işlem stratejilerini kullanmak zorundadır. Bilişsel beceriler ile kimlik arasındaki bu olası bağlantıyı incelemeye çalışan araştırmalar başarılı olamamıştır. Ergen düşüncesinin kişilik açısından önemli olan bu yanlarının ölçümünde zorlukların olduğu ifade edilmiştir (Marcia; 1980).

Kampter kimliğin üç boyutundan bahseder: benlik-kimliği, kendilik-kimliği ve yaşamda bir amaç veya anlam duygusuna ulaşma. Benlik kimliği, mesleki hedefleri, dini değerleri ve politik inançları olan bir dünya görüşü oluşturmayı kapsar. Kendilik-kimliği bireyin zaman içinde devamlılık gösteren bir kendilik algısıdır. Üçüncü boyuta ulaşıldığında birey, süregelen bir bütünlük ve kararlılık sağlayan kişisel, felsefi amaçlar edinmiş haldedir (Kampter; 1988).

Hauser ve arkadaşları ergenlerdeki kimlik gelişimi ile ilgili, aile ilişkilerine özel bir vurgu yapan, longitudinal çalışmalar yapmışlardır. Hauser dürtü kontrolü ve moral tutum, kişilerarası tutumlar, bilinçli uğraşlar ile bilinç yapısına odaklanan bir benlik gelişimi modeli kapsamında; konformizm öncesi, konformizm ve konformizm sonrası olmak üzere üç dönem tanımlamıştır. Tipik bir konformist dış kuralları izler: yardımcı olur ve yüzeysel olarak hoştur; görünüm ve kabul edilebilirlik ile ilgilidir, kavramsal basitliği vardır ve stereotipiler ve klişeler kullanır. Konformizm sonrası kişi, ahlaki standartlara sahiptir ve içsel çatışmalarını kabul eder; kişilerarası ilişkileri besler ve otonomiye saygı duyar; kendi kendine başarma ile ilgilidir ve kendisini bir sosyal bağlam içinde görür; ambivalansı tolere eder ve yaşam konuları üzerinde geniş bir bakış açısı vardır. Bu dönemler her ne kadar hiyerarşik bir düzen içinde görülürlerse de kronolojik yaş ile yakından ilişkili değildir. Pek çok insan, çocukluk veya ergenlik çağında konformist döneme erişir, fakat çoğu hiç bir zaman konformizm sonrası döneme ulaşamaz (Hauser ve ark; 1991).

c) AİLE VE YAŞIT İLİŞKİLERİ

(1) Aile İlişkileri

Ergenlik boyunca aile ile geçirilen zaman azalır. Yapılan bir araştırmada lise öğrencilerinde erişkinler ile geçirilen zamanın ilkökul öğrencilerine göre %40 daha az olduğu, ergenlerin uyanık oldukları zamanın yalnızca %15'ini kendinden yaşça büyüklerle geçirdikleri bulunmuştur (Csikszentmihalyi ve ark.; 1984) Ergen, ebeveynlerini deidealize eder. Bu süreç aileler için zor ve acı verici olabilir. Bağımlılık duygularının kaybı, kendini aldırma ve karşı gelme davranışlarıyla belli eder (A.Freud; 1958)

Çocuk ile ebeveyn arasında çatışmalar erken ergenlikte ortaya çıkmaya başlar. Evle ilgili kurallar, ev işleri, temizlik, yatma zamanı, diyet, arkadaşlar, kıyafetler ilk çatışma alanları olurken, geç ergenlikte sokağa çıkma yasakları ve karşı cinsle dışarı çıkma ile ilgili sorunlar artış gösterirler. Montemayor ve Hanson bu tür çatışmaların yaklaşık ayda 20 kez yaşandığını söylemektedir (Montemayor ve Hanson; 1985). Metaanalizler bu tür ergen-ebeveyn çatışmalarının orta ergenlikte en üst noktaya ulaştığını göstermektedir (Laursen ve ark.; 1998).

Anne kız çatışmasının özellikle erken ergenlikte, baba oğul anlaşmazlıklarının ise daha çok orta ergenlikte yoğunlaştığı gözlenmiştir. Geç ergenlikle birlikte birçok durumda çatışma azalır ve ebeveyn ile ergen arasındaki ilişkide yeni bir denge kurulur (Graber; 1999, Laursen ve ark.; 1998).

Hoffman, " çocuğun ergenliğı sırasında, annenin çalışması konusunda çok az araştırmanın olumsuz etkiler bulduğunu, buna rağmen birçok çalışmada olumlu etkilerin tespit edildiğini" belirtmiştir. Hoffman, çalışan annelerin kızlarının daha etkin, bağımsız, dışarı çıkan, güdülü olduğunu, çeşitli akademik başarı ölçümlerinde daha iyi başarı gösterdiğini, daha uyumlu görüldüğünü söylemektedir (Hoffman; 1979).

(2) Yaşıt İlişkileri

Ergenlikle birlikte arkadaşlıkların dayanışan, üstü kapalı, iyi zaman geçirmeyi sağlayan yanları öne geçer. Romantik olmayan karşı cins ilişkileri daha çok geç ergenlikte yoğunlaşırken, erken ergenlikte daha çok kendi cinsleriyle olma tercih edilir. Yaşla birlikte uymacılık ve kontrol gereksinimi azalırken, arkadaşlıklarda farklılıklara karşı tolerans artar. Ergenler genellikle davranışları, ilgileri, tavırları ve kimlikleri benzeyen yaşıtlarıyla arkadaşlık kurmak isterler (Steinberg ve ark.; 2001).

Erken ergenlikteki gruplar daha geniş olmakla birlikte daha eş konumda ilişkiler ve roller söz konusudur. Daha çok aynı cinsler bir araya toplanırlar. Bir grubun parçası olmak önem taşır (Brown; 1990). Yaşın ilerlemesiyle ergenler daha küçük gruplar içinde olmayı tercih ederler. Ergenin ailesiyle ilişkisi arkadaşlarıyla ilişkisini de belirleyen önemli bir etmendir. Küçük ergenlerde flört, karşı cinsle ilişkilere girmeye ve neyin işlemediği konusunda davranışla deneyerek geribildirim almaya olanak sağlamaktadır. Ayrıca, bir eşte aranabilecek özellikleri ya da nitelikleri değerlendirme olanağını da vermektedir. Place (1975), ergen kızlar için flörtün bağımsızlığa ve özerkliğe katkıda bulunduğunu bildirmiştir.

Yaşıt gruplarının türleri

Dunphy yaşıt gruplarını üç başlıkta tanımlamıştır. İlki, aynı ilgileri taşıyan bireylerden kurulan küçük ve tekeli *gruptur*. Genellikle aynı cinsten üç-dört kişiden oluşur ve dostluk, güvenlik, becerilerini sınama olanağı sağlar; yaşıtlar tarafından belirlenen ortak davranışlara sahiptir. Ergenlerin yaklaşık yüzde 70-80'inin gruplara mensup olduğu tahmin edilmektedir (Dunphy; 1963). Daha geniş, daha kişisel olmayan yaşıt grubu, toplumsal etkinliklerde ortak ilgileri paylaşan, genellikle on-yirmi üyeden oluşan *yığınlar*dır. Bunlar karşı cinslidir. Üçüncü tür ise *çetedir*. Çete daha çok geniş kent alanlarında ve çoğunlukla etnik azınlıklardan ve alt sosyoekonomik düzeyden gelen bireylerden oluşur. Düzenli liderleri, kuralları ve istenmeyen davranışlara karşı cezaları olmasıyla gruplardan ve yığınlardan farklılaşır.

4. ERGENLİĞİN KLİNİK GÖRÜNÜMÜ

Bir çok epidemiolojik çalışmaya göre, ergenlerin yaklaşık %20'si klinik tanı almaktadır (Lewis; 2002). Bununla birlikte ergenlik boyunca artmış riskli davranışlar, duygudurum zorlukları ve aile ile çatışmaların artmış olması bunun nedeni gibi görülebilir. Hall, 1904'deki çalışmasında bu yarı-suçluluk dönemini, sağlıklı her ergen için normal olarak tanımlamıştır. Anna Freud, "ergenlikte, dengeyi sürdürebilme sürecinin kendisi başlı başına anormaldir" der.

Son yıllarda, ergenliğin böyle gürültülü gittiği görüşü akıl sağlığı çalışanlarınca tepki görmüştür. Offer ve arkadaşları, "ailesiyle süregelen, kontrol dışı bir çatışma içinde olan ve rasyonel düşünme kapasitesinden yoksun" tipik bir ergen miti tanımlamışlardır. Klinik olmayan ergen topluluğu üzerinde bu miti sorguladıklarında %80 oranında tarif edilen ergen çatışmalarının, arkadaş ya da aile ile yaşanmadığını ve içinde yaşadıkları kültürel ve sosyal değerlerle uyumlu olduklarını bulmuşlardır (Offer ve ark.; 1992).

Arnet, Hall'ın görüşünü destekler. Aileleri ile çatışmalarıyla, duygudurumlarındaki bozulmayla ve sergiledikleri riskli davranışlar ile pek çok ergen, hayatın diğer dönemleri ile karşılaştırıldıklarında stres ve fırtınanın değişik biçimlerini gösterirler. Ancak yine de bu stres ve fırtınadaki kültürel ve bireysel farklılıklar ergenlerin değişik görünümler sergilemesine neden olur (Arnet; 1999).

Psikanalitik kuram, klinikçilerin ergen davranışını değerlendirmelerinde temel bir etkiye sahip olmuştur. Ergenlikle ilgili "fırtına ve stres" kuramı, pek çok uzmanı, gençler arasındaki farklı, *yarı-nevrotik* davranış bekler hale getirmiş ve ergenlerin zamanla sorunlu davranışları bırakacaklarına inanmalarını sağlamıştır. "Ergenliğe uyum tepkisi", DSM'de bir tanı kategorisi olarak önerilmiştir (Masterson; 1967). Dolayısıyla "normal" genç bireylerden anormal davranış ya da psikiyatrik belirtiler beklenmesinin yerinde olmadığı söylenmiştir. Ancak bu nedenle patolojik belirtiler, sıklıkla diğer atipik davranışlarla karıştırılabilmektedir (Elkin; 1978). Depresif belirtiler, intihar düşünceleri, toplumsal etkinliklerde ilgisizlik ya da hırsızlık, kavga, evden kaçma gibi davranış bozuklukları bunlara örnek olarak sayılabilir.

a) Duygudurum Zorlukları ve Algılanan Stres

Ergenlik majör depresyon görülme sıklığının arttığı bir dönemdir. Ergenlerin çok az bir kısmı tam oturmuş bir duygudurum bozukluğu tablosu gösterir. Ancak ergenlerde artmış oranda duygusal dalgalanmalar, depresif duygudurum ve kaygı ya da utangaçlık gibi olumsuz duygular görülür. Klinik olmayan ergenlerde yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan ergenlerin 1/3'ünde yüksek düzeyde depresif duygudurum bulunmuştur. 2000 yılında ABD'de yapılan bir araştırmada, geçen bir yıl içinde kızların %36'sı, erkeklerin de %21'i en az iki hafta boyunca her gün umutsuz ve üzgün olduklarını belirtmişlerdir. Kızların %25'i ve erkeklerin %14'ü ise önceden ciddi intihar girişimi bildirmişlerdir. (Youth Risk Behavior Survey Programme, Centers for Disease Control and Prevention; 2000)

Duygulanım sorunları olumsuz yaşam olayları ile yüksek oranda ilişkili bulunmuştur. Ayrıca ergenler yüksek oranda artmış olumsuz yaşam olayları bildirirler. Ergenliğe geçiş, duygusal yoğunlukta, çeşitlilikte ve ifade tarzlarında değişiklikler eşlik eder. S.Freud, yoğun ve değişken duygulanımın ergenliğe girişi karakterize ettiğini söyler (S.Freud; 1929). A.Freud ise ergenlik boyunca görülen duygusal tutarsızlığı, yoğun duyguların ait oldukları orijinal nesnelerden çekilip, aile dışındaki kişilere ve sonuç olarak cinsel partnerlere yatırılmasının kısmi bir sonucu olarak görmüştür (A.Freud; 1958).

Ergenlik boyunca duygusal yoğunluk ve tutarsızlık konusunda yapılan ampirik çalışmalar, karışık sonuçlar vermişlerdir. Offer ve arkadaşları, klinik olmayan geniş bir grup ergende, duygulanımın çeşitli bileşenlerini ölçmeye çalışmışlardır. Yazarlar ergenlerin çoğunun pek çok duyguyu hoşnutlukla deneyimlediklerini, yaşamdan keyif aldıklarını ve kendileriyle mutlu olduklarını bulmuştur (Offer ve arkadaşları; 1992).

Golombeck ve arkadaşları, yaşları 13 ile 16 olan ergen grubunda bazı duyguların ölçümü ile kişilik özelliklerini karşılaştırmıştır. Ergenlerin %47'sinin herhangi bir zamanda yaygın veya ısrarcı kaygı ya da depresyon göstermediğini saptamıştır. Bununla birlikte, orta ergenler erken ergenlerle kıyaslandığında daha şefkatli, daha fazla haz, daha az depresyon ve kaygı yaşayan bir grup olarak gözlenmiştir. Yaşı daha büyük olan grubun ise daha fazla duygusal paylaşımlarının olduğu ve diğer insanların duygu ve düşünceleri konusundaki farkındalıklarının fazla olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar, erken ergenliğin bir disforik duygudurum dönemi olduğu, orta ergenliğin ise görece daha sakin ve artan olgunlukla ilişkili olduğu savını desteklemektedir (Golombeck ve ark.; 1986).

Klinik olmayan 9-15 yaş arası çocuk ve ergenlerde, Larson ve arkadaşları tarafından saatlik duygudurum değişiklikleri ile ilgili veriler incelenmiştir. Bulgular ergenliğin başlangıcında, günlük yaşamın, deneyimlenen duygusal değişkenliklerle anlamlı bir ilişkisi olmadığını ortaya koymuştur. Bununla birlikte yaşı daha büyük olguların daha fazla sayıda disforik durum tarif ettiklerini saptamışlardır (Larson ve ark.; 1989).

Yorke ve arkadaşları utanç duygusunu, güçlü bir teşhir olma hissinin eşlik ettiği, güçlü ve acı veren bir duygu olarak tanımlamışlardır. Utanç içsel bir duyguya olduğu kadar, dışsal bir kaynak olarak bir izleyicini varlığını farkında olmaya da gönderme yapar. Ergenlerin, sürekli eleştirel bir gözle onları seyreden düşsel seyircileri, öfke patlamalarına ya da umutsuzluk dönemlerine neden olabilir. Eğer bu duygu çok yoğunlaşırsa, ergen yoğun ve acı veren bir duyguya neden olacak bir olayın varlığını farkında olmakla birlikte duygunun yaşanmadığı bir redde sığınabilir. Ergenlerin ret (disavowal) ve inkarı (denial) kullanmasının nedeni utanç ve kaygıdan kaçınmaktır. Genç ergenler yine aynı düşsel izleyicileri tarafından mükemmel bulunduklarında büyük bir onur ya da mutluluk yaşayabilirler. (Yorke ve arkadaşları; 1990).

Stein ve arkadaşları orta ergenlikte, erken ergenliğin ambivalan bir kısmının çözümü ile anneye yönelik duygulanımda artış olduğunu öne sürmüşlerdir. Duygusal ifadedeki bu değişiklik yeniden yaklaşma fazıyla karşılaştırılarak değerlendirilir (Stein ve ark.; 1987).

Ergen için ilk kez aşık olmak gibi ilk deneyimlerin yaşanması, biliş ve davranış üzerinde önemli etkilere sahiptir. Birçok duygu ergenlikte yoğun yaşanır ve kontrolsüz tepkiler doğurabilir. Hakarete uğranıldığında duyulan öfke, çete kavgalarının ve hatta ölümlerin ortak nedenlerinden olabilir.

Kızlar özellikle olumsuz duygulanıma yatkın görünürler. Offer ve arkadaşları 1988'de yaptıkları bir araştırmada, ergenlerdeki duygusal incinebilirlikteki ciddi cinsiyet farkını ortaya koymuşlardır. Özellikle erken ergenlikte kızların, erkeklere ve diğer yaşlardaki kızlara oranla daha fazla stres yaşadıkları görülmüştür. Ergenlerde artmış ve ısrarlı olumsuz duyguların önemli bir klinik sonucu, ergen kızlarda depresif semptomlardır. Bu, kızların depresyon düzeylerinin yükselmesiyle bağlantılıdır (Offer ve ark.; 1988). 11-17 yaş arası 5596 ergenle yapılan epidemiolojik bir çalışmada, erkeklerle kıyaslandığında kızlarda majör depresif bozukluğa rastlanma oranı 2,5 kat fazla bulunmuştur (Offer ve ark.; 1990). Peterson ve arkadaşları ise kızlarda depresyon görülme sıklığının artışının olası nedenleri olarak hem biyolojik hem de çevresel faktörleri etkili kabul etmişlerdir. Yaşıtlarından önce puberteye erişen erken gelişmiş kızların, beden imajı ve kendilik-değeri ile ilgili sorunları, zamanında ve geç

gelişmiş olanlara kıyasla daha fazla yaşadıkları da saptanmıştır (Peterson ve ark.; 1991). Fiziksel görünüm ergenler için önemlidir. Fiziksel olarak çekici insanlar iyi tanınan, toplumsal açıdan kabul gören, iyi öğrenci olan kişiler olarak görünmektedirler. Çekici olmayan insanlar, özellikle şişmanlar, toplumsal ilişkilerde ve okul başarısında güçlükler yaşıyor görünmektedir (Hammer; 1965, Henry ve Gillies; 1978).

b) Riskli Davranışlar

Riskli davranışlar, genç insanlarda önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. 25 yaş üzeri insanların 2/3'ünün kanser ya da kardiovasküler hastalıklardan ölmesine karşın, ABD'de 10-24 yaş arası gençlerdeki ölümlerin 3/4'ü motorlu araç kazası ya da diğer kazalar, homisid ve intihar ile olmaktadır. ABD'de 30 günlük izleme süresi içinde lise öğrencilerinin %16.4'ünün emniyet kemeri takmadığı ve 1/3'ünün de alkollü araba kullandığı saptanmıştır. %17.3' ü silah taşımış, %50'si alkol almış, %37.8'i sigara içmiş, %26.7'si marihuana kullandığını bildirmiştir. Son 12 ay içinde bu gençlerin %7.8'inin intihar girişiminde bulundukları kaydedilmiştir. Ayrıca bu süre içinde öğrencilerin yarısı cinsel ilişkiye girmiş ve %42'sinin son ilişkilerinde korunma kullanmamış olduğu saptanmıştır. Diğer bir araştırmada da lise öğrencilerinde madde kullanımı, cinsel ilişki, intihar, antisosyal davranış, okul problemleri, tehlikeli araç kullanımı ve bulimia sorgulanmış, %31; üç ya da daha fazla, %18; iki, %29; bir alanda riskli davranış bildirilmiş, sadece %22'si düşük riskli bulunmuştur. Erkekler ergen suçlarını kızlardan yaklaşık olarak 3 kat daha fazla işlemektedirler.

Yine sigara içme, özellikle de genç kızlar arasında olmak üzere, ergenler arasında artma eğilimindedir. Lerner ve arkadaşlarına göre, sigara içmeye başlamanın en güçlü nedenleri "ergenin en yakın arkadaşının sigara içmesi ve sigara içen bir arkadaş grubunun üyesi olmak"tır (Lerner ve ark.; 1998).

B.SINIR KİŞİLİK BOZUKLUĞU

1. TARİHSEL GELİŞİMİ İÇİNDE SINIR KİŞİLİK BOZUKLUĞU

1880'lere gelene kadar, psikiyatri yazılarında "borderline" kavramına pek rastlanmaz. Bu tarihlerde şizofreni ve manik depresif durumlar da nispeten yeni tanımlanan ve kesin olmayan kavramlardır. 1870'de Lombrosso, "normallik" ile "delilik" arasındaki sınırdaki yerde yer alan ve suç işlemiş olan bazı olguları tanımlamıştır. İlk sınır olgular o dönemki adlandırmayla sosyopatlardır. Bundan kısa bir süre sonra, açıkça bir akıl hastalığı görüntüsü sergilemeyen ama aynı zamanda hiçbir zaman normallik sınırları içinde de kalamayan olgular tanımlanmaya başlanmıştır. 1890'da Falret, bir grup kadın hastasında gözlemlediği duruma "Folie Hysterique" adını verir. Stone bu olguların Kernberg'in tanımına göre sınır kişilik bozukluğuna sahip olduğunu belirtmiştir. (M.H.Stone, 1986)

Daha sonraları "Borderline" kavramının kullanımına 1930'larda psikanalitik literatürde rastlanır. Psikanaliz 20.yy başlarında öncelikle bir tedavi yöntemi olarak daha çok nevrotik hastalarla ilgilenmiştir. 1930'larda özellikle İngiltere'de Melanie Klein ve onu izleyenler arasında psikanalitik tedaviye uygun olmadığı savunulan regresif hastalar ilgi odağı olmuşlardır. Bunlar, psikoseksüel gelişimin erken evrelerinde takılan ve nevrotik hastalarla kıyaslandığında daha ciddi bir bozuklukları olduğu düşünülen hastalardır. Bu yıllardan itibaren psikoz ile nevroz arasında yer alan ve giderek daha analiz edilebilir olduğu düşünülen durumlardan sık bahsedilmeye başlanmıştır (M.H.Stone, 1977).

1938'de Stern, narsisistik özellikler gösteren, kriz durumlarında donakalma (psişik kanama), aşırı duyarlılık, bedensel ve psişik katılık, olumsuz terapötik tepki, yapısal aşağılık duygusu, mazoşizm, belirgin hezeyanlardan farklı projektif mekanizmalar ve özellikle kişilerarası ilişkilerle ilgili, gerçeği değerlendirme zorluğu ile karakterize "klasik psikoanalizle tedavi edilemeyecek düzeyde olan hastalar"ı tanımlamıştır; bazı hastalar melankolik özellikler, bazıları ise çocuksu kişilik göstermekteydi. Stern, "hastanın kişiliğine derinden gömülmüş" bazı kalıtsal ya da doğuştan var olan yapısal faktörler olduğunu ileri sürmüştür. Stern doğuştan var olan yapısal bir özellik olarak, fazla gerginliği tolere etme yetersizliğini ifade eden, "organik güvensizlik" kavramını tanımlamıştır (Stern; 1938).

1941’de Zilboorg, “ambulator şizofreni” tanısıyla bir grup hastadan söz etmiştir. Sosyal görünümünün iyi korunmuş olması ve hastane yatışının gerekli olmaması nedeniyle, Zilboorg bu gruba “ambulator” adını vermiştir. (M.H.Stone, 1977)

1942’de Helen Deutsch, “miş gibi” (“as if”) kişiliği tanımlamıştır. Deutsch, bu kişiliğin çarpıcı özellikleri arasında; benliğe yabancı olmayan depersonalizasyonları, tekrarlayan narsistik özdeşleşmeleri, gerçeği değerlendirme yetisinin korunmuş olmasını, nesne ilişkilerinde fakirliği, saldırgan eğilimin pasiflikle maskelenmesini ve boşluk hissini tanımlamıştır. Deutsch’e göre, bu hastaların başkalarının sevgisini kazanmak amacıyla onların niteliklerine uyum sağlamaları, kişiliklerine gerçek olmayan “miş gibi” niteliğini vermektedir. Deutsch’un katkısının önemi, içselleştirilmiş nesne ilişkilerindeki patolojiyi vurgulamasındadır (M.H.Stone, 1977).

1947’de Melitta Schmideberg, nevroz ve psikoz arasında sınır (borderline) bir grubu tanımlamıştır. Bu hastalar için, rutin ve düzenli yaşamı tolere edememe, sosyal kuralları bozma eğilimi, kaotik bir yaşam sürdürme, önemsiz suçlar işleme, ilişki kurma güçlüğü ve duygudurumun hızlı değişmesi gibi özellikleri tanımlamıştır (Schmideberg; 1947). 1949’da Hoch ve Polatin’in tanımladığı “psödonevrotik şizofreni”nin en belirgin özelliği ise, yaygın belirtilerle klasik nevrozları taklit etmesidir (Hoch ve Polatin; 1949). 1953’te Robert Knight “sınır durumları” tanımlamış ve burada benlik fonksiyonlarının ciddi olarak zayıflaması üzerinde durmuştur (Knight; 1953). 1960’lı yıllarda, Frosch başkalarının “sınır” olarak tanımladıkları hastalar için “psikotik karakter” terimini kullanmıştır. “Psikotik karakter” de dekompanasyon sonucu psikoz gelişebilir (Frosch; 1964). 1965 yılında Easser ve Lesser, klasik psikanalizle tedavi edilemeyecek kadar hasta olarak değerlendirilen bir grup histerik kadın hastayı tanımlamak üzere “histeroid” terimini öne sürmüşlerdir. Düzensiz iş yaşantısı, kaotik ilişkiler, primitif savunma mekanizmaları tekrarlayan özellikler olarak tanımlanmıştır. Yine 1960’lı yıllarda Chicago Psikanaliz Enstitüsünden bir grup çalışmacı, sınır tanısı alan hastalarda ilkel savunma mekanizmaları olan yadsıma ve yansıtmanın fazla kullanılmasının patolojideki önemine işaret edilmiştir (M.H.Stone; 1977).

1968 yılında Kety, iki tip sınır kişilik tanımlamıştır: Akut şizofrenik reaksiyonlar, premorbid uyumu oldukça iyi olan kişilerde, genellikle belirgin olan başlatıcı etkenlerle ortaya çıkmaktadır. Sınır durumlarda ise, garip ya da atipik düşünce tarzı, yanlış mantık yürütme ve bunun sonucunda normal bir IQ’ya sahip olunmasına karşın yaşantıya uyumun zayıf olması söz konusudur. Kısa süreli bilişsel çarpıtma (kognitif distorsiyon) mevcuttur (Kety ve ark.; 1968).

1960'lı yılların sonlarından itibaren Otto Kernberg Sınır kavramı konusunda etkili olmuş ve ruhsal yapılanma (psikostrüktür) açısından daha belirgin bir tanımlama geliştirmiştir. "Sınır Kişilik Örgütlenmesi" terimini kullanan Kernberg, içselleştirilmiş nesne ve kendilik tasarımlarının niteliklerini ve değişikliklerinin önemini vurgulamıştır.

Gunderson ve Singer (1975), sınır olgularla ilgili literatürü gözden geçirdiklerinde bazı özelliklerin hastaların büyük çoğunluğunda ortak görüldüğünü belirtmişlerdir. Bunlar; şiddetli duygulanım, dürtüsel davranış öyküsü, yüzeysel sosyal uyum, geçici ve yüzeysel kişilerarası ilişkiler, genellikle paranoid niteliğe sahip kısa psikotik yaşantılar ve Rorschach gibi yapılandırılmamış psikolojik testlerde garip, mantık dışı, ya da ilkel yanıtlar vermelerine karşın, WAIS gibi daha yapılandırılmış testlerde iyi performans sergilemeleri olarak sayılabilir (Gunderson ve Singer; 1975).

Donald Klein 1970'li yıllarda, spesifik olarak MAO inhibitörlerine iyi yanıt veren bir hasta grubu tanımlamıştır. Bu hastalar, belirgin labilite ve düzensiz yaşamlarının benlik patolojileri olarak değerlendirilmesi nedeniyle önceleri sıklıkla şizofreni tanısı almışlardır. Klein "Histeroid Disfori" terimini öne sürerken aynı zamanda bu sendromun manik-depresif bozukluklarla yakın ilgisi olduğunu öne sürer (D.Klein; 1975).

1960 ve 1970'lerde yayınlanan sınır olgular üzerine literatürün de etkisiyle DSM III (Diagnostic Statistical Manual III)'de (1980) "Sınır Kişilik Bozukluğu" tanısı yer aldı. DSM II 'de (1968) eşdeğer bir kategori yoktu. DSM III'ün yayınlanmasından önce Sınır hastalar genellikle DSM II'deki latent tip şizofreni tanısını almaktaydılar. Sınır kişilik bozukluğu için tanı kriterleri oluşturulurken hem Gunderson'ın tanımladığı özellikler, hem de Kernberg'in yapısal analizi yansıtılmaya çalışıldı. DSM III-R (1987)'deki değişiklikler oldukça minimal düzeyde oldu. DSM III' te yer alan "tek başına olmayı tolere edememe" kriteri bağımlı kişilik bozukluğu kriterleriyle örtüştüğü ve tanısallık önemi az olarak değerlendirildiği için DSM III-R'de yer almadı. Sınır hastalarda çok önemli olan şiddetli ayrılık kaygısını vurgulamak üzere yeni bir madde, "gerçek ya da hayal ürünü terkedilmeyi önlemek üzere çılgınca girişimler" eklendi (Gabbard; 1990). DSM III-R'den, DSM IV'e geçilirken ise, diğerlerine ek olarak yeni bir madde olarak; "stresle ilgili gelip geçici paranoid düşünceler ya da ağır dissosiyatif semptomlar" eklendi.

1980'lerin başında sınır durumlara ait ölçütlerin çocuk ve ergenlere uygulanmasına yönelik semptom tarama listeleri ve soru formları oluşturulmuştur. Theodor Shapiro, Paulina Kernberg ve Ricardo Vela'nın ayrı bölümlerini yazdığı bir tanısal el kitabı, Kenneth Robson tarafından 1983 yılında birçok

yayını bir araya getirerek düzenlenmiştir. Vela ve arkadaşları semptomatolojiyi ; bozulmuş kişilerarası ilişkiler, gerçekliği değerlendirmede bozukluk ve tekrarlayıcı, sınırları aşan dürtüsellik olarak gruplamışlardır (Vela ve ark.; 1983).

Paulina Kernberg, daha çok patolojik nesne ilişkileri üzerine odaklanmıştır. P.Kernberg (1988) etiolojide çevresel ve yapısal faktörlerin genetik faktörlere göre daha önemli olduğunu vurgulamış ve bu faktörlerin hem tanısal hem de terapi çalışması içindeki yerini işaret etmiştir. Annenin aşırı değersizleştirilmesi ve aynı zamanda kısa süreli psikotik dönemlere de vurgu yapmıştır (P.Kernberg; 1988). Shapiro ise ölçütlerin çocuğun gelişimsel dönemine bağlı olarak belirlenmesi gerektiğinin altını çizmiştir. Aynı zamanda erişkinde olduğu gibi çocuk ve ergende tek bir ölçütün tanı koydurucu etkisinin olmayacağı konusuna dikkat çekmiştir (Stone; 1997).

DSM III ve DSM IV çalışmaları ise ergendeki kişilik bozukluklarının tanısı açısından yeterli bulunmamıştır. Ancak DSM III-R ile bir yıllık patolojik kişilik örüntüsünün tanı açısından yeterli sayılması, bu alandaki çalışmaların önünü açmıştır. DSM III-R kapsamında erişkindeki Sınır Kişilik Bozukluğunun karşılığı olarak çocuk ve ergende Kimlik Bozukluğu tanısı önerilmiştir. 1990'lı yıllardan sonra ergenlerde yapılan araştırmaların hızlanması ve elde edilen verilerin artmasıyla, DSM IV'te kişilik bozuklukları arasındaki ayrım, Antisosyal Kişilik Bozukluğu dışında, kaldırılmıştır. Böylece 18 yaş altında, bir yıllık örüntü esas alınarak ve erişkinlikte değişebileceğinin göz önünde bulundurulması vurgulanarak, Sınır Kişilik Bozukluğu tanısı ergenler için de geçerli hale getirilmiştir (DSM III-R; 1987, DSM IV; 1996).

2. “SINIR” KAVRAMI VE SINIR KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Freud, herhangi bir yazısında “borderline” kavramından bahsetmemiş olmakla birlikte aslında bugün sınır kişilik bozukluğunda sıkça kullanıldığı düşünülen bölme mekanizmasını hatırlatan bir kavramdan söz etmiştir. “Ichspaltung”. Almanca olan bu kelime, “benin (benliğin) yarılması” olarak Türkçeleştirilebilir.

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

araca dönmek yerine, ruhsal aygıtın sistemlere, yani bilinç-bilinç öncesi ve bilinçdışına ayrıldığı olgusunu tanımlamak için kullanılmıştır. Aynı terimi Freud, benliğin, biri gözleyen, diğeri gözlenen şeklinde ikileşmesini anlatmak için de kullanmıştır (Kernberg; 1984).

Kernberg'e göre nevrotikler dürtüleri bastırma yoluyla kontrol ederler, dolayısıyla da çatışma dürtü ile üstbenlik ve benlik savunmaları arasındadır. Oysa sınır durumlar denen yelpazede dürtüler ruhun bütününe sızmıştır, benlik ve id çok iyi ayrılmamıştır, dolayısıyla da çatışan güçler, geniş ölçüde dürtüyle yüklü, benlik durumlarıdır. Bu çatışmayı ve bunun uyandırdığı kaygıyı kontrol eden savunma ise bunları bir araya getirmemektir ki zaten bölmenin esası da budur (Kernberg; 1976).

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

"Sınır" teriminin özgül bir kişilik bozukluğu olarak ya da Kernberg'in kullandığı gibi kişiliğin bir boyutunu tanımlamak üzere kullanılması tartışmalıdır. Grinker ve arkadaşları "sınır sendrom" un bir spektrum oluşturan birkaç alt kategorisi olduğuna inanıyorlardı. (Grinker ve ark.; 1968).

Meisner, sınır durumları Grinker ve arkadaşlarından farklı bir şekilde kategorize etmiştir. Ancak "sınır" teriminin, özgül bir kişilik bozukluğu ile sınırlı kullanımının yanlış olduğunu belirtmiştir Meisner sınır durumlar yelpazesi içinde histerik ve şizoid uçların bulunduğunu öne sürmüştür (Meisner; 1988). Adler ve Rinsley de sınır durumları sürekli bir dizi olarak ele almışlardır. Onlara göre DSM III-R'da tanımlanan sınır hasta bu dizinin en üst ucunda yer almaktadır. (Adler; 1987, Rinsley; 1988) Fyer ve arkadaşları DSM III kriterlerine göre Sınır kişilik bozukluğu tanısı alan, 180 yatan hastanın retrospektif gözden geçirilmesinde, % 91'inin başka bir tanı daha aldığını, % 42' sinin ise iki ya da daha fazla tanıya sahip olduğunu bulmuşlardır. Yazarlar elde ettikleri bu sonuçları Sınır kişilik bozukluğu tanısının, sıklıkla semptomları geniş ölçüde başka tanılarla örtüşen, heterojen bir hasta grubu için kullanıldığı şeklinde yorumlamışlardır (Fyer ve ark.; 1988).

Kernberg'e göre tanı konusunda, semptomlar ve gözlenebilen davranış üzerine odaklanan betimleyici yaklaşım ve hastanın biyolojik akrabalarındaki hastalığı vurgulayan genetik yaklaşım, majör duygudurum bozuklukları ve şizofrenide yeterli iken, tek başına ya da beraberce kişilik bozukluklarına uygulandıklarında yeterli olmamaktadır. Sınır hastalarda betimleyici yaklaşım yanlış sonuçlar

verebilmektedir. Aynı problem sadece genetik yaklaşımı kullanarak tanıya varma çabası için de geçerlidir. Kernberg tanısal doğruluk için sınır kişilik örgütlenmesindeki hastaların betimleyici özellikleriyle birlikte, intrapsişik yapısal özelliklerinin de anlaşılması gerektiğine inanır. Sınır kişilik örgütlenmesindeki yapısal özelliklerin prognostik ve terapötik önemini vurgular. Nesne ilişkilerinin niteliği ve üstbenlik bütünleşmesinin derecesi sınır hastaların psikoterapileri için başlıca prognostik kriterlerdir. Bu hastaların psikanalitik psikoterapide geliştirdikleri ilkel aktarımların yapısı, onların içselleştirilmiş nesne ilişkilerinin yapısal özelliklerinden kaynaklanmaktadır (Kernberg; 1975, 1976).

Kernberg'in etkisiyle 1970'li yıllarda "sınır" kavramı sadece psikanalistler arasında değil aynı zamanda hastanelerde çalışan klinik psikiyatrisiler arasında da, daha önce olduğundan çok daha yaygın olarak, kullanılmaya başlanmıştır. Kernberg'in sınır kişilik örgütlenmesini tanımlaması dışında diğer bir önemli katkısı, gösterdikleri ilkel, gerilemeli aktarımlar nedeniyle psikanaliz için uygun olmadığı düşünülen sınırda hastaların psikanalitik terapilere yanıt vereceğini, yoğun aktarımın seanslar sırasında işlenmesinin tedavi edici etkisi olduğunu göstermesidir.

Kernberg, ruhsal yapıda ortaya çıkabilecek patolojik gelişimleri üç tanı kategorisi halinde ele alır. Bunlar nevrotik, sınır ve psikotik örgütlenmelerdir. Bu ayrım için; kimlik bütünleşmesi, gerçeği değerlendirme ve savunma mekanizmaları esastır. Nevrotik örgütlenmede kimlik bütünleşmiş, gerçeği değerlendirme net ve kesindir. Ayrıca bastırma ve ona yardımcı yüksek savunma mekanizmaları kullanılır. Sınır ve psikotik örgütlenmede ise kimlik dağınıklığı vardır. Sınır hasta, kendilik ve nesneyi ayırt edebilirken, psikotik örgütlenme içindeki hasta bunu yapamaz. Hem sınır hem de psikotik örgütlenmelerde bölme ve ilkel yardımcı savunma mekanizmaları kullanır. Nevrotik ve sınır hastada savunma ruh içi çatışmayla ilgilidir oysa psikotik örgütlenmede amaç kişiliğin dağılmasını engellemektir.

Kernberg, Freud'un içgüdü (instinkt) ve dürtü (trieb) arasında aslında net bir ayrım yaptığını fakat çeviriler sırasında bu ayrımın ortadan kalkıp her iki kavram içinde ortak bir kelimenin, "dürtü" kelimesinin kullanıldığı görüşündedir. Kernberg, Freud'un içgüdü, biyolojik, kalıtsal, zaman zaman ortaya çıkan ve fizyolojik ve/veya çevre kaynaklı uyaranların harekete geçirdiği, bir türün bireyleri arasında önemli farklılıklar göstermeyen davranış kalıpları, dürtüleri ise bir üst örgütlenmeye ulaşmış süregelen yapılar olarak tanımladığını söyler. "Biyolojik kalıplar olan duygular (affects) içgüdüsel yapılardır, bu kalıpların üst düzeyde örgütlenmesiyle libidinal ve saldırgan dürtüler oluşur." (Kernberg; 1992).

Kernberg, sınır hastaları psikanalitik bir bakıştan ele alarak tanımlamaya çalışırken; Gunderson, daha çok betimleyici, tanısal ölçütler oluşturmaya çalışmıştır. Gunderson sınır kişilik kavramını, psikanalitik eğitim almamış klinisyenler tarafından da yaygın olarak kullanılır hale getirmeye çalışmıştır. 1970'lerin ortalarında Margaret Singer ile birlikte bir makale yayınlamışlardır. Bu makalenin önemi sınır hastalar için yeni bir tanım getirmesinden kaynaklanır. Grinker'in fenomenolojik tanımına benzemekle birlikte, işleme ve dışlama kriterlerini içermesi ve sınır hastalardan alınan öyküler ve direk gözlemlere dayanması nedeniyle farklıdır. Gunderson, genel uyum aşamalarından çok bir klinik sendrom tanımlar (Gunderson; 1984).

Gunderson, 1970'ler boyunca yürütülen deneysel araştırmalara kendi deneyimlerini de ekleyerek sınır kişilik bozukluğunun özelliklerini tanımlamıştır. Bunlar şöyle özetlenebilir;

Kişilerarası ilişkilerle ilgili problemler: Gunderson bu hastaların diğerleriyle kurdukları ilişkilerde değersizleştirme, kullanma (manipülasyon), bağımlılık ve mazoşizm gibi özellikler sergilediklerini söyler. Kullanma davranışlarının tipik örnekleri olarak somatik yakınmalar, provakatif hareketler, yanlış yönlendirici mesajlar ve kendine zarar verici davranışları sıralar. Mazoşizmin ise kendini daha çok yakın ilişkilerde incinmişlik olarak gösterdiği görüşündedir. Gunderson, idealleştirmenin özellikle sınır kişilik bozukluğunun incelendiği çalışmalarda pek görülmediğini söyler. Kişilerarası ilişkilerdeki problemlerin, sınır sendrom için en önemli özelliklerden birini oluşturduğu kanısındadır.

Tekrarlayan intihar girişimleri: Daha çok ilaç içerek ya da bileğini keserek intihar etme çabalarının aslında diğer kişilerden çıkar sağlama amacı güttüğü görüşündedir. Bu girişimler tekrarlayan ve kullanmaya yönelik intihar tehditlerinin eşlik ettiği bir intihar davranışı örüntüsü içinde değerlendirilmelidir.

Kararsız kimlik duygusu: Gunderson, sınır hastaların kalıcı bir kendilik ve değer duygusu olmaması nedeniyle kompulsif bir sosyalleşme eğiliminde oldukları ve bu durumun onların yalnızlığa tahammülsüzlüğü ve terk edilme korkularını da açıkladığı kanısındadır.

Olumsuz duygular: Bu hastaların en belirgin duygularının öfke olduğunu söyler. Gunderson sınır hastaların diğer sınır hastalarla ilişkilerinde oldukça net gözlemlenebilecek, öfkenin çok yoğun anlatımı, acımasızlık ve alaycılık gibi özelliklerinden bahseder. Depresyonun bu hastalarda sık görüldüğü ama bunun daha çok bir duygu olup, depresyonun diğer belirtilerini içermediği görüşündedir.

Psikotik yaşantılar: Sık görülmemekle birlikte, kısa süren, hafif, ego-distonik psikotik yaşantıların sınır tanısı için belirleyici olduğu fikrindedir. Bu hastaların yapılandırılmamış ortamlarda ya da ilaçlara karşı bir tepki olarak zaman zaman dissosiyatif ya da psikotik belirtiler gösterebileceklerini söyler.

Dürtüsellik: Özellikle cinsellik veya alkol madde kullanımı ile ilgili dönemsel dürtüsel davranışların izlendiği görüşündedir. Bu dürtüsel davranışların temel özelliği kendine yönelik yıkıcı bi yanlarının olmasıdır.

Başarısızlık: Düşük iş ve okul başarısının ayırıcı tanı açısından önemli olduğunu, başarısızlığın, yetenek ya da zekanın kısıtlı olmasından çok patolojiye bağlı olduğunu söyler (Gunderson; 1984).

3. DSM-IV'DE SINIR KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Sınır kişilik bozukluğu, Kernberg'in muhtemelen histrionik kişilikten yola çıkarak tanımladığı, sınır kişilik örgütlenmesinin bir alt grubu olarak ele alınabilir. Kernberg'e göre bu ağır kişilik bozuklukları yelpazesi içinde, histrionik kişilik, narsisist kişilik, depresif kişilik, sadomazoşist karakter gibi sınır örgütlenme gösteren kişilik bozuklukları sayılabilir. Bazı yazarlara göre sınır örgütlenme içindeki her alt grup için ayrı ayrı tanı ölçütleri oluşturmak, psikiyatrideki betimleyici yaklaşımın bir sonucudur ve bazı açılardan bakıldığında anlamlı sayılmayabilir. Fakat Gunderson bu tür ayrımların betimleyici psikiyatri eğilimlerimizi tatmin etmek dışında her alt grup için geliştirilebilecek ayrı psikoterapi teknikleri oluşturmak açısından önemli olduğunu düşünür. (Gabbard; 1994)

DSM IV'de kişilik bozuklukları, kişinin kültürüne göre beklenenden önemli ölçüde sapmalar gösteren, süre giden bir iç yaşantı ve davranış örüntüsü olarak tanımlanmıştır. Bu örüntü yaygındır ve esnekliği yoktur, sıklıkla ergenlik ve geç erişkinlik yaşlarında başlar, zamanla kalıcı olur ve sıkıntıya ya da işlevsellikte bozulmaya yol açar. DSM IV'de kişilik bozukluklarıyla ilgili bölüm, özgül on kişilik bozukluğunun her birine uygulanabilecek, kişilik bozukluğunun genel bir tanımıyla başlar. Bu on kişilik bozukluğu başlıca üç kümede toplanmıştır. A kümesi; paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluklarını, B kümesi; antisosyal, sınır, narsistik ve histriyonik kişilik bozukluklarını, C kümesi; çekingen, bağımlı, obsesif kompulsif kişilik bozukluklarını kapsar.

Betimleyici bir bakış açısıyla değerlendirildiğinde ortak noktalar içermekle birlikte her bir kişilik bozukluğu farklı görünümüne sunar. Bu yüzeysel bir bakış açısı olmakla birlikte klinisyenin tanı koymasında bazı kolaylıklar da sağlamaktadır. Bütün kişilik bozukluklarını Eksen II ile kodlayan DSM IV, önce tüm kişilik bozuklukları için ortak özellikleri içeren kriterleri sıralar. Özgül kültürel, yaşa ve cinsiyete bağlı özellikler başlığı altında, 18 yaşının altındakiler için açıklık getirilmiştir. Çocuklukta görülen kişilik bozukluğu özelliklerinin çoğu zaman erişkinlik yıllarına dek değişmeden kalmayacağını bilmesi vurgulanmıştır. 18 yaşın altındaki bir kişide bir kişilik bozukluğu tansının koyulabilmesi için özelliklerin en az bir yıldır sürüyor olması koşulu öne sürülmüştür. Ancak antisosyal kişilik bozukluğu tek kural dışı durum olarak nitelendirilip, 18 yaşından önce Davranım Bozukluğu olarak tanımlanması gerektiği belirtilmiştir. “Bir Kişilik Bozukluğu için genel tanı ölçütleri” başlığı altında aşağıdaki kriterler sıralanmıştır;

A. Kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, sürekli davranış ve iç yaşantı örüntüsü. Bu örüntü aşağıdaki alanlardan ikisinde (ya da daha fazlasında) kendini belli eder:

- (1) biliş (yani kendini, başka insanları ve olayları algılama ve yorumlama yolları)
- (2) duygulanım (yani duygusal tepkilerin yoğunluğu, değişkenliği ve uygunluğu)
- (3) kişilerarası işlevsellik
- (4) dürtü kontrolü

B. Bu sürekli örüntü esneklik göstermez ve çok çeşitli kişisel ve toplumsal durumları kapsar.

C. Bu sürekli örüntü, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açar.

D. Bu örüntü değişmez, uzun bir süredir vardı ve başlangıcı en azından ergenlik ve genç erişkinlik dönemine uzanır.

E. Bu sürekli örüntü başka bir mental bozukluğun bir görünümü ya da sonucu olarak açıklanamaz.

F. Bu sürekli örüntü bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin kafa travması) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Bu genel tanımdan sonra her bir kişilik bozukluğu için ayrı ayrı tanı kriterleri sıralanır. Aşağıda, DSM IV' teki "Sınır Kişilik Bozukluğu" için tanı ölçütleri verilmiştir:

Aşağıdakilerden beşinin (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, kişilerarası ilişkilerde, kendilik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellik olduğu sürekli bir örüntü:

(1) Gerçek ya da hayali bir terkedilmeden kaçınmak için çılgınca çabalar gösterme. (Not; 5'inci Tanı Ölçütünün kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını buraya sokmayınız.)

(2) Gözünde aşırı büyütme (göklere çıkarma) ve yerin dibine sokma uçları arasında gidip gelen, gergin ve tutarsız kişilerarası ilişkilerin olması

(3) Kimlik karmaşası: Belirgin olarak sürekli bir biçimde tutarsız benlik algısı ya da kendilik duyumu

(4) Kendine zarar verme olasılığı yüksek an az iki alanda dürtüsellik (örn; para harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, pervasızca araba kullanma, tıknırcasına yemek yeme). (Not: 5'inci Tanı Ölçütünün kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını buraya sokmayınız.)

(5) Yineleyen intiharla ilgili davranışlar, girişimler, göz korkutmalar ya da kendine kıyım davranışı

(6) Duygudurumda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı duygusal kararsızlık (örn; yoğun epizodik disfori, irritabilite ya da genellikle birkaç saat süren, nadiren birkaç günden daha uzun süren anksiyete)

(7) Kendini sürekli olarak boşlukta hissetme

(8) Uygunsuz, yoğun öfke ya da öfkesini kontrol altında tutamama (örn; sık sık hiddetlenme, geçmek bilmeyen öfke, sık sık kavgalara karışma)

(9) Stresle ilişkili gelip geçici paranoid düşünce ya da ağır dissosiatif semptomlar

4. SINIR KİŞİLİK ÖRGÜTLENMESİ VE YAPISAL PATOLOJİ

a) SINIR KİŞİLİK ÖRGÜTLENMESİ

Günümüzde dinamik psikiyatri açısından ruhsal yapılanma 6 kategoride ele alınabilir;

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

Burada üzerinde ayrıntıyla durulacak olan sınır kişilik örgütlenmesidir.

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

Kernberg, bu hastaların başvuru semptomlarının, nevrozlar ve karakter bozukluklarının başvuru semptomlarına benzeyebildiğini, dolayısıyla derinlemesine tanısal bir değerlendirme yapılmadığı takdirde, özel kişilik örgütlenmelerinin gözden kaçabileceğini söyler. Nevrotik, sınır ve psikotik kişilik örgütlenmesi arasındaki ayırıcı tanıyı kimlik bütünleşmesi, savunma mekanizmaları ve gerçeği değerlendirme yetisine göre yapar.

Tablo I; nevroitik, sınır ve psikotik örgütlenme için kimlik bütünleşmesi, savunma mekanizmaları ve gerçeği değerlendirme yetisinin özellikleri.

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

Sınır kişilik örgütlenmesinde, kimlik dağınıklığının mevcudiyeti ve ilkel savunma mekanizmalarının kullanımının yanı sıra dikkati çeken diğer bir özellik, gerçeği değerlendirme yetilerinin önemli ölçüde bozulmamış olmasıdır.

Kernberg kimlik dağınıklığını, “kendilik ve nesne tasarımlarının bütünleşmesinin tamamlanmaması” olarak tanımlamıştır. Kendilik tasarımlarının bütünleşmemesi en iyi olarak kişinin kendini algılayışı ve davranışlarındaki dengesizlik ve tutarsızlıklarla kendini gösterir. Bu kişiler, nasıl bir insan olduğuna ilişkin sorulara ya anlamlı yanıtlar veremezler ya da farklı zamanlarda farklı kendilik parçalarının etkinleşmesine bağlı olarak birbiriyle tutarsız tanımlamalar yaparlar. Hayatlarındaki önemli kişilere ilişkin algılayışları ve değerlendirmeleri de anlamlı bir bütünlük oluşturmayacak denli yüzeysel ve dağınıktır. Bu nesne tasarımlarının bütünleşmemiş olmasının bir göstergesi sayılabilir. Ebeveynlerinin ve kardeşlerinin nasıl kimseler olduğuna ilişkin sorulara yanıt verirken ya da onlardan bahsederken ya görüşmecinin zihninde bir kişiyi canlandırmaya el vermeyecek ölçüde bilgiden yoksun veya dağınık veriler aktarırlar ya da tutarlı bir kişilik çizmeler bile, bir süre sonra bununla hiç uyuşmayan ve tam tersi özelliklerinden söz ederler. Kimlik dağınıklığı, kendilik ve nesne tasarımlarının bütünleşmemiş olması yanında, kronik boşluk duygusu ve can sıkıntısı, yalnızlığa ve terk edilmeye tahammülsüzlüğün varlığı ile de gözlemlenebilir (Kernberg; 1975).

Kernberg’e göre kimlik dağınıklığı içselleştirilmiş iyi ve kötü nesne ilişkilerinin yansızlaştırılmamış ve bütünselleştirilememiş olmasına bağlıdır. İlk çocukluk yıllarında şiddetli olumlu ve olumsuz duygu tonlarında yaşanan ilişkilerden kaynaklanan kendilik ve öteki kavramları birbirinden ayrı tutulmuştur. Kimlik dağınıklığı olan kişi, kendini ve dünyayı ve bu ikisi arasındaki ilişkiyi daima yansızlaştırılmamış, bütünleşmemiş kavramlarla algıladığı için duygusal, düşünsel ve davranışsal bakımdan tutarlı bir kişilik sergileyemez; şiddetli duygusal dalgalanmalar, uç noktalara varan yargılar, dramatik davranışlar sergiler. Dolayısıyla da tutarlı ve belli kararlılıkları olan bir ilişki sürdürmezler, ilişkilerinde sıcak ve empatik olamazlar (Kernberg; 1975).

Kendilik tutarlılıkları ve değerleri başkalarının varlığına bağlı olduğu için, yalnızlığa tahammül edemezler ve zorlayıcı bir tarzda sosyal olma ihtiyacı hissederler. Bu durum nesne sürekliliğinin olmamasına bağlıdır. Dolayısıyla ancak tutarlı değerleri olan yapılanmış bir grup içinde, bu grubun bir parçası olarak tutarlı bir kişilik sergileyebilirler. Eksik kendilik duygularını, içinde bulundukları sabit gruba göre düzenleyebilirler ve bu eksikliklerini grupta giderebilirler (Kernberg; 1975).

Gerçeği değerlendirme kişinin kendi ile kendi olmayanı, içsel ile dışsal kökenli uyaranları ayırt etmesi ve kendi duygularını, davranışlarını ve düşüncelerini gerçekçi bir şekilde değerlendirmesidir. Keza kendilik deneyiminin gerçekliğini destekleyen erken içselleştirmelerin yetersizliği nedeniyle depersonalizsyona eğilim gösterirler. Klinik olarak gerçeği değerlendirmede bozukluk sanrı ve varsanılara kapılma, garip, gerçekdışı düşünce ve duyguların bulunması, başkalarının gerçeklikle ilgili düşüncelerine uygun şekilde yaklaşamama gibi özelliklerle kendini belli eder (Kernberg; 1975).

Sınır örgütlenmesi olan olgularda gerçeği değerlendirme kapasitesi korunmuş olmakla birlikte zaman zaman geçici psikotik çözümler, paranoid epizodlar, kendine ve gerçeğe yabancılaşma deneyimleri gibi tablolar görülebilir ve genellikle bunlar psikoteropötik manevralar, hastaneye yatırılma veya düşük dozlu ilaç tedavileri ile düzeltilebilir (Şahin; 2001).

b) YAPISAL PATOLOJİ

Kernberg sınır hastadaki yapısal patolojiyi dört başlık altında inceler. Bunlar benlik zayıflığı, birincil süreç düşüncesine kayış, ilkel savunma mekanizmaları ve patolojik nesne ilişkileridir.

(1) Özgül Olmayan Benlik Zayıflığı:

Kernberg, benlik zayıflığını özgül olan ve olmayan olarak ikiye ayırır. Özgül olan benlik zayıflığı daha çok ilkel savunma mekanizmalarıyla ilgilidir. Benlik zayıflığının “özgül olmayan” yönleriyse kaygı tahammülü eksikliği, dürtü kontrol bozukluğu ve gelişmiş yüceltme kanallarının eksikliğidir.

Kaygı tahammülü eksikliği; hastaların içsel çatışmalar ve “iyi” ve “kötü” arasında yaşamalarındaki güçlükleriyle orantılıdır.

Dürtü kontrol bozukluğu; dürtüyle bağlantılı duygu, düşünce ve davranışlarının yansızlaştırılmadan, çiğ bir biçimde ortaya çıkması sonucu oluşur.

Gelişmiş yüceltme kanalları eksikliği; hastanın doğrudan kendini koruma ya da kendi çıkarına uygun biçimde davranmanın ötesindeki değerlere bağlanamamasına, yaratıcılığın ortaya çıkamamasına neden olur.

(2) Birincil Süreç Düşüncesine Kayış:

Birincil süreç düşüncesine kaymanın olası bileşenleri; patolojik ilkel dürtü türevleriyle bağlantılı patolojik nesne ilişkilerinin canlanması, erken savunma işlemlerinin, çözülme ya da bölme mekanizmalarının canlanması, ilkel nesne ve kendilik imgelerinin kısmen yeniden birleşerek benlik sınırlarının kararlılığını etkilemesi ve yatırım-karşı yatırım dengesindeki kaymalar nedeniyle benliğin ilkel yapılarına doğru gerilemesidir. Kaynağı ne olursa olsun, birincil süreç düşüncesine doğru gerileme halen sınır kişilik örgütlenmesinin en önemli yapısal göstergesidir.

(3) Özgül Savunma Mekanizmaları:

Sınır hastaların kullandığı ilkel savunma mekanizmaları, bölme ve ona yardımcı olan, ilkel idealleştirme, yansıtma özdeşim, inkar, tümgüçlülük ve değersizleştirme.

(a) **BÖLME (Splitting)**

Sınır kişilik örgütlenmesi olan hastalar temel savunma mekanizması olarak bölmeyi ve ona yardımcı mekanizmalar olarak da ilkel idealleştirme, yansıtmanın ilkel türleri, tüm güçlülük ve değersizleştirmeyi kullanırlar. Bölme sınır kişilik organizasyonunun temel savunma mekanizmasıdır. Kendisini takip eden tüm savunma işlemlerinin altında yatar. Benlik zayıflığının temel nedenlerinden biridir ve bastırmadan daha az karşı yatırım gerektirdiğinden, zayıf bir benlik kolaylıkla bölme işlemini kullanabilir ve benlik zayıflığıyla bölmenin birbirlerini karşılıklı olarak pekiştirdiği bir kısır döngü başlamış olur. Bölmenin doğrudan klinik görünümü, bir çatışmanın birbirini bütünleyen yanlarının dönüşümlü olarak ifade edilmesi ve buna eşlik eden, davranıştaki ve iç yaşantıdaki çelişki konusunda tasa eksikliği ve duygunun eşlik etmediği inkar olabilir. Bölmenin diğer bir doğrudan görüntüsü, bazı alanlarda seçici “dürtü kontrol bozukluğu”dur. Sınır kişilik örgütlenmesi olan hastalarda savunma mekanizmaları aynı anda ortaya çıktığı takdirde kaygı yaratacak olan çelişik benlik durumlarını ayrı tutmaya yarar. Çatışmanın bileşenleri birbirinden çok iyi ayrışmamış ortak id-benlik matriksi içinde, yani aynı sistem içindedir. Benlik ve id çok iyi ayrışmamıştır, dürtüler benliğe nüfuz etmiştir. Dolayısıyla da çatışan durumlar, dürtü ile yüklü benlik durumlarıdır. Bunları bölme ile birbirinden ayrı tutmak yoluyla çatışma giderilmeye çalışılır. Bunun bedeli olarak da benlik zayıflığı ve kimlik dağınıklığı ortaya çıkar. Bölmenin kullanımı bütünlüklü kendilik ve nesne temsillerinin gelişimini engellemekte bu da kimlik dağınıklığına neden olmaktadır.

(b) İLKELE İDEALLEŞTİRME (Primitif İdealizasyon)

Dış nesneleri, kişinin kendini “kötü” nesnelere karşı koruyabileceğinden, kendi saldırganlığının ya da başka nesnelere yansıttığı saldırganlığın bu nesneleri kirletmeyeceği, bozamayacağı ya da yıkamayacağından emin olabilmek için tamamıyla iyi görme eğilimidir. Bu mekanizma gerçekçi olmayan tamamıyla iyi ve güçlü nesne imgeleri yaratır ve bu da benlik idealinin ve üstbenliğin gelişimini olumsuz yönde etkiler.

Tamamen iyi ve tamamen kötü şeklindeki bölmeyi uç noktalara vardırıarak iyi ve kötü niteliklere abartılı bir ton verir. Gerçekçi olmayan, tamamen iyi, güçlü ideal nesneler ya da tam tersine gerçekçi olmayan tamamen kötü nesneler yaratır. Hastaların yaşam öyküleri başlangıçta yüceltilmiş, aşırı değer verilmiş, daha sonra da tamamen değersizleştirilip uzaklaştırılmış ilişkilerle doludur. İlkel idealleştirmenin bir işlevi de kimlik dağınıklığına karşı bir dönem kendiliğin belli bir duygu tonunda algılanmasına yardımcı olmasıdır. Yüceltilen kişiyle birlikteyken ya da ilişki içindeyken, hastalar kendilerini de iyi olarak algırlar. Ancak nesnenin her hangi bir nedenle kötü olarak algılanması hemen uç noktalara kayar ve buna paralel olarak kendilik de kötü bir biçimde tasarlandığından duygu tonu da uç noktalara varan bir olumsuzluğa sürüklenir. (Şahin, 2000, Kernberg; 1975)

(c) YANSITMALI ÖZDEŞİM (Projektif İdentifikasyon)

Burada yansıtmanın esas amacı, tamamıyla kötü ve saldırgan kendilik ve nesne imgelerini dışsallaştırmaktır. Bunun başlıca sonucu ise tehlikeli, misillemeci nesnelerin ortaya çıkması ve hastanın bu nesnelere karşı kendisini savunmaya çalışmasıdır.

Sevilmediğini, kötülük yapılmak istendiğini, insanların kendisine karşı olduğunu iddia etmek ya da insanları suçlamakla sonuçlanan yansıtma ile daha çok saldırgan dürtü türevleri yansıtılır. Ancak bazen de kabul edilmek istenmeyen libidinal bir arzu da yansıtılabilir.

Yansıtımlı Özdeşimde, nesneye mal edilen itki hasta tarafından bilinçli olarak deneyimlenmeye devam eder. Yansıtılan malzeme dolayısıyla nesneden korkulur ve bu mekanizmanın etkisiyle yansıtılan kişiyi kontrol etme ihtiyacı ortaya çıkar. Goldstein’a göre ise hasta sadece kendinin bir bölümünü yansıtmakla kalmaz, elindeki bütün imkanları kullanarak dışsal nesneyi de yansıttığı yönde düşünmeye, hissetmeye ve davranmaya sevk eder. Ayrıca yansıtmadan farklı olarak kendilik ve nesne arasındaki sınır belirsizleşmiştir. (Goldstein; 1991, Kernberg; 1975).

(d) İNKAR (denial):

Duygusal olarak bağımsız iki bilinç alanının karşılıklı olarak inkar edilmesidir. Hasta kendi ya da başka insanlar hakkındaki algılarının, düşüncelerinin ve hislerinin başka zamanlarda olanların tamamıyla zıttı olduğunu farkındadır; ancak bunu hatırlaması, onun için duygusal açıdan bir önem taşımaz ve o andaki hissetme biçimini etkilemez.

(e) TÜMGÜÇLÜLÜK VE DEĞERSİZLEŞTİRME

Bu iki mekanizmada bölmeyle yakından ilgilidir. Bu mekanizmaları kullanan hastalar, bazı zamanlarda idealleştirilmiş “sihirli” bir nesneyle talepkar, yapışık bir ilişki kurma ihtiyacı ile başka zamanlarda sihirli bir biçimde tümgüçlü oldukları yönünde derin bir hissi açığa çıkaran fanteziler ve davranışlar arasında gidip gelebilirler. Bu savunmalar sınır yelpaze içinde kalan narsisistik olguların sıklıkla başvurduğu savunmalardır ve bölmeyle yakından bağlantılıdır. Terapi ortamında şiddetle şişirilmiş büyüklenmeci kendilik ve küçümsenen nesne temsilcilerinin yeniden canlanması şeklinde kendilerini gösterirler.

(4) İçselleştirilmiş Nesne İlişkileri Patolojisi:

Sınır hastanın kendilik imgeleri ilkindir ve gerçekçi olmaktan uzaktır ve aşırı derecede çelişkilidir. Bu nedenle bütünleşmiş bir kendilik kavramı gelişemez. Aynı zamanda nesne imgeleri de bütünleştirilemez. Bu dış nesnelerin gerçekçi bir biçimde değerlendirilmesini engeller. “Tamamıyla kötü” kendilik ve nesne imgelerinin devamlı yansıtılması, hastanın dünyasını tehlikeli, tehdit edici nesnelerden oluşan bir yer haline getirir. Bu tehlikeli nesnelere karşı savunmaya yönelik olarak “tamamıyla iyi” kendilik imgeleri kullanılır ve megalomanik ideal kendilik imgeleri oluşturulur (Kernberg; 1975).

5. KLİNİK ÖZELLİKLER

Sınır kişilik örgütlenmesi için patognomik bir semptom yoktur. Bu hastalar daha çok tipik depresif, nevrotik belirtilerle ya da intihar girişimleri sonrası kliniklere başvururlar. Fakat bu başvuru nedenleri hastadan alınan öykü derinleştikçe farklılıklar göstermeye başlar. Örneğin çoklu sayıdaki nevrotik semptomlar, yaygın kaygı, ya da görüntüde majör depresyon gibi duran fakat biraz derinlemesine öykü alındığında bir duygudurum bozukluğu olmadığı anlaşılan durumlar tarif ederler. Kernberg'e ve diğer pek çok yazara göre bu betimleyici özellikler sadece klinisyenin sınır örgütlenmeden şüphe duymasını sağlar, fakat tanı koydurmaz. Kesin tanı bu hastalar için karakteristik olan benlik patolojisiyle yani yapısal analiz sonrası konur.

Sınır kişilik örgütlenmesindeki yapısal özelliklerin prognostik ve terapötik önemi vardır. Nesne ilişkilerinin niteliği ve üstbenlik bütünleşmesinin derecesi sınır hastaların yoğun psikoterapileri için en önemli kriterlerden ikisidir (Kernberg; 1975, 1976).

Bazı yazarlar şiddetli duyguların, özellikle öfke ve/veya depresyonun sınır hastalar için karakteristik olduğunu belirtmektedirler. Dürtüsel davranış sınır hastaların ortak özelliği olarak tanımlanmıştır (Grinker ve ark.; 1968 ; Gunderson ve Kolb; 1978).

Sınır kişilik örgütlenmesi gösteren hastaların klinik özellikleri şöyle sıralanabilir;

**Çoklu nevrotik semptomlar (pannevroz):*

Hastanın birden fazla sayıda fobisi olabilir ve bunlar onun yaşamını ciddi anlamda kısıtlayan fobilerdir. Bunlar genellikle kişinin vücudu ve görünüşüyle ilgili, sosyal fobiyi hatırlatan fobilerdir. Bazen de obsesif nevroza doğru geçiş öğeleri içeren yani kirden korkmak vb, fobiler görülür. Çoğu klinisyen, yoğun kişilerarası ilişkiler yaşayan bu tür hastalarda sosyal fobi belirtilerine rastlamayı ummaz, oysa özellikle narsisistik problemlerin baskın olduğu örgütlenmelerde sosyal fobinin görülebilme olasılığı yüksektir.

“Aşırı değer verilmiş” düşünce niteliğini kazanmış obsesyonlar ve yaşamı kısıtlayan kompulsiyonlar görülebilir. Gerçeği değerlendirme yetisinin muhafaza edilmesine ve hastanın saçma düşünce ve davranışlardan kurtulmaya çalışmasına rağmen, hasta bunları aynı zamanda rasyonalize etmeye çalışır. Bazı sınır olgularda nevrotik düzeydeki gibi ego-distonik yaşanan obsesyon ve kompulsiyonlar söz konusu olabilir. Görülen obsesyon ve kompulsiyonların, bir diğer özelliği alışılmadık içerikleridir.

Çoklu sayıda, garip ya da yıllardır devam eden konversiyon semptomları gösterebilirler.

Dissosiyatif füğler ve bilinçte bozulmanın eşlik ettiğı amnezi görölebilir.

Hipokondri daha çok kronik hastalık korkusu, sağıık ritüelleri, sağııkla aşırı ilğilenme nedeniyle sosyal yaşamdan uzaklaşma şeklinde ortaya çıkar. Kernberg, bu nadir ve tartışmalı kümelenmenin, muhtemelen semptomatik nevrozdan çok kişilik patolojileriyle ilintili olduğunu, diğler herhangi bir semptomatik nevrozla birlikte paranoid ve hipokondriyak eğilimlerin olasılıkla bir sınır kişilik örgütlenmesi tanısına işaret eden tipik bir kombinasyon olduğunu söyler.

**Kaygı (Anksiyete):* Yoğun, yaygın ve nedeni belli olmayan bir kaygıları vardır. Bunu genellikle sürüp giden bir can sıkıntısı, boşluk duygusu, tatminsizlik hissi olarak ifade ederler. Bu semptom özellikle diğlerleriyle birlikte bulunduğunda anlamlıdır. Kernberg, bu yoğun kaygının kendilik bütünlüğünün algılanamamasına, ideallerin yokluğuna ve nesne açlığına bağılı olduğunu düşünür.

**Değişik, sapkın cinsel eğilimler:* Bu hastalardan bazılarının cinsel hayatı tamamen ketlenmiş gibi görünürken mastürbasyon fantezilerinde birden fazla sapkın eğilim görölebilir. Fantezilerin çeşitliliğı artıp karmaşık bir hal aldıkça ve içerdikleri nesne ilişkilerinin kararsızlığı arttıkça sınır kişilik örgütlenmesi olasılığı da artar. Tuhaf sapkınlık biçimleri, özellikle ilkel saldırganlık içeren ya da cinsel amaçların yerine boşaltım amaçlarının (işeme, dışkılama gibi) konduğu sapkınlık biçimleri de altta yatan sınır kişilik organizasyonuna kuvvetle işaret eder.

**Dürtü kontrol bozukluğu:* Daha çok ataklar şeklinde ortaya çıkar. Hastalar ataklar dışında davranışlarını kabul edilemez bulabilirler. Genellikle bunun tipik örneklerinin, alkolizm, madde bağımlılıkları, bazı psikotik kökenli şişmanlık türleri ve kleptomani olduğu söylene de ölkemizde alkol ve madde bağımlılığından çok yeme bozukluklarına, özellikle bulimia nervozaya sık rastlanır. Bunun bir nedeni alkol ve madde bağımlılığının bizim ölkemizde diğler ölkelere kıyasla az görölmesi olabilir.

**Kendine zarar verici davranış:* Genellikle duydukları yoğun sıkıntı hissinden kurtulmak için bileklerini, kollarını ya da vücutlarının diğler bölümlerini keskin bir aletle çizebilir ya da kesebilirler. Bazı hastalar kan görmenin kendilerini rahatlattığını söylerler.

**Manipulatif intihar girişimleri:* Sınır örgütlenme gösteren hastalarda hastane başvurusunun en sık nedenlerinden birisidir. Örgütlenme içinde tekrarlayan kendine zarar verici davranış ve manipulatif intihar girişimi en sık sınır kişilik bozukluğunda görülür (Grunebaum ve Klerman; 1967). İntihar girişimleri daha çok hastaların çevrelerindeki kişileri etkileme amacı gütse de sınır hastaların %3 ila %10'u sonuçlanmış intihar girişimleriyle hayatlarını kaybederler (Gabbard; 1994).

**Kısa psikotik yaşantılar:* Daha çok paranoid düşünceler, dissosiyatif yaşantılar tarzında ortaya çıkabilirler. Psikoterapi sırasında gerilemeli aktarım ilişkisinde psikotik epizotlar izlenebilir ve bunlar küçük terapötik müdahaleler ile düzelebilir.

**Depresif belirtiler:* Depresyona eşlik eden suçluluk duyguları, pişmanlık ya da kişinin kendisine ilişkin kaygılar daha çok üstbenlik bütünleşmesi tamamlanmış kişilerde görülür. Oysa sınır hastaların üstbenlik gelişimi sorunludur ve bu nedenle depresif, disforik durumlarında öfke, idealleştirilmiş kendilik duyumlarıyla ilgili bir çöküşün göstergesi olan çaresizlik, umutsuzluk ve sıkıntı gibi belirtiler görülür.

**Kişilerarası ilişkilerde sorunlar:* Yüceltme ve değersizleştirme arasında gidip gelen, dengesiz, derinliksiz, kolay kurulup bozulan ilişkiler kurarlar. Fazla yakın olmaya tahammül gösteremedikleri gibi ayrılmaya da dayanamazlar. Karşılıklı bağımlılık konusunda açıkça çatışma yaşarlar. İlgiden sıkılır, ilgi üzerlerinden çekildiğinde terk edildikleri hissine kapılır ve intihar girişimleri gibi eyleme koyma davranışları sergilerler. Diğerleriyle yaşadıkları ilişkiler kendilerini nasıl algıladıklarını da belirler. Yücelttikleri bir kişiyle ilişki içindeyken kendilerini de değerli ve önemli hissederler, fakat bu yüceltme en ufak bir hatayla değersizleştirme ucuna kaydığında kendilerini de değersiz, önemsiz ve yetersiz algılarlar.

6. ETYOLOJİ

Sınır kişilik örgütlenmesinin etyolojisi üzerine daha çok gelişimsel süreçler ve çevresel etkiler üzerinde durulmuştur. Kernberg ve Masterson'ın tezleri birbirine bazı açılardan benzerlikler göstermekle birlikte aradaki farkın kuramsal açıdan taşıdığı önem nedeniyle ayrı ayrı ele alınacaktır.

Kernberg, sınır örgütlenmenin etioloji ve patogenezi ile ilgili görüşlerini Margaret Mahler'in gelişim şemasıyla bağlantılandırır. Sınır hastanın simbiyotik evreyi başarıyla tamamlamasına rağmen, ayrılma-bireyleşme fazında takıldığı görüşündedir. Özellikle 16-36. aylar arasında yaşanan yeniden yakınlaşma alt evresinde sorun olduğunu söyler. Kernberg'e göre sınır hastalar bu erken infantil krizi, yani anneden ayrılmanın annenin yok olmasına ya da kendilerinin terk edilmesine neden olacağı korkusunu tekrar tekrar yaşarlar. Bu çocukluk çağı krizinin erişkin formu, yalnız kalmaya tahammülsüzlük ve terk edilme korkuları şeklindedir. Kernberg, bu evredeki takılmayı çocuktaki yoğun yapısal saldırganlıkla ve/veya annenin bu evre boyunca duygusal ilişki kurma ve bakım vermedeki problemleriyle açıklar. Kernberg için bu evreye takılmanın önemli bir bileşeni de nesne devamlılığının olmayışıdır. Bu çocuklar ayrılma-bireyleşme fazı boyunca kendileri ve anneleriyle ilgili iyi ve kötü yönleri entegre edememişlerdir. Bu karşıt imajlar bölme yardımıyla ayrı ayrı tutulur ve böylece hem anne, hem de kendilik tamamıyla iyi ve tamamıyla kötü arasında gidip gelir. 3 yaşlarındaki çocukların çoğunda yeterince gelişmiş bir nesne devamlılığı vardır ve anneye ve kendilerine ait ayrı ayrı bütünsel bir algıları vardır. Annenin yokluğunda içselleştirdikleri bütünsel, rahatlatıcı ve sakinleştirici anne imajı nedeniyle ayrılmayı genellikle tolere edebilirler. Sınır kişilerde bu içsel imaj varolmadığından nesne devamlılıkları ya yoktur ya da çok azdır ve bu da ayrılmaya ve yalnızlığa tahammülsüzlüğe neden olur.

Kernberg, bu gelişimsel takılmanın sonucunda negatif içselleştirmelerin oluştuğunu söyler. Her ne kadar kendilik ve nesne tasarımlarının negatif içselleştirmesinin çevresel kaynaklarından da bahsetse aslında özellikle üzerinde durduğu yapısal oral saldırganlığın yoğunluğudur. Bu yoğun saldırganlığın, sınır hastada kendilik ve diğerine ait iyi ve kötü imgeleri bütünleştirebilme kapasitesini azalttığı görüşündedir. Bu hastaların, aşırı yüklü "kötülüğün", kendileri ve diğerlerindeki "iyiliği" yok edeceğinden korktuklarını söyler. Bu saldırgan dürtülerin aynı zamanda ödipal fazın patolojik olarak yaşanmasına ve ödipal çatışmaların nevrotik hastayla kıyaslandığında daha çığ ve ilkel olmasına neden olacağı görüşündedir (Gabbard; 1994).

Masterson ve Rinsley de ayrılma-bireyleşme fazının yeniden yakınlaşma alt evresi üzerine odaklanmışlardır. Fakat Kernberg'den farklı olarak çocuktaki doğumsal saldırganlıkta çok annenin davranışları üzerinde dururlar. “Tipik sınır anneleri” olarak tanımladıkları bu anneler, çocuklarının büyümeleriyle ilgili ciddi kaygılar taşırlar. Sonuç olarak çocuk, büyümenin ve bir birey olmanın anne sevgisini ve desteğini kaybetmek anlamına geldiği mesajını alır. Bu da anneyle olan bağın sürdürülmesine ve ayrılma ve otonomi kazanmayla ilgili her davranışın “ayrılık depresyonu” ile sonuçlanmasına neden olur.

Masterson ve Rinsley'e göre, anne ve çocuk arasındaki bu ayrılma krizi, iki farklı, bölünmüş “nesne ilişkileri birimini” kristalize eder. Bu birimler 3 özellik içerir; bir kısmi kendilik tasarımı, bir kısmi nesne tasarımı ve bir de bunları birbirine bağlayan duygu (affekt). Ödüllendirici nesne ilişkileri birimi sevilme ve tatmin edilmeye ilgilidir. Bu pozitif göndermeler içeren anne imajı ile bağlantılı, söz dinleyen ve pasif bir “iyi çocuk” a ait kısmi kendilik tasarımı vardır. Geri çekilen nesne ilişkileri birimi öfke, terk edilme, depresyon ve çaresizlikle bağlantılıdır. Anneye ait kısmi nesne imajı, kötü niyetli ve eleştirel iken, kısmi kendilik tasarımı suçlu ve istenmeyen “kötü çocuk” tur (Masterson ve Rinsley; 1975).

Tablo II; bölünmüş nesne ilişkileri birimleri, geri çekilen yani saldırgan kısmi birim ve ödüllendirici yani libidinal tatmin sağlayıcı kısmi birim ve bunlarla ilişkili maternal kısmi nesne tasarımı, kısmi kendilik tasarımı ve duygu (affekt)

	Maternal kısmi-nesne	Duygu (affekt)	Kısmi kendilik tasarımı
Geri çekilen (saldırgan) kısmi-birim	Saldıran, eleştiren, düşmanca, onaylamayan.	Öfke, engellenme, istenmeme.	Yetersiz, kötü, çaresiz, suçlu, çirkin, ve boş.
Ödüllendirici (libidinal tatmin sağlayan) kısmi-birim	Onaylayan, destekleyen, gerilemeli ve bağımlı davranışları ödüllendiren	İyi, doyurulmuş, tatmin edilmiş.	İyi, pasif ve uyumlu.

Rinsley, daha sonraki çalışmalarında Masterson ile ortak çizgisinden ayrılmış çatışmadan çok eksiklik, yetersizlik üzerinde durmuştur. Adler gibi o da, sınır patolojinin etiolojisinde nesne devamlılığının olmayışını, vurgulamıştır. (Rinsley; 1988, 1989)

Adler'e göre ise, sınır kişiliğin temelinde tutarsız, güvenilmez bir annenin neden olduğu, koruyan, destekleyen, rahatlatan bir içsel nesne imgesinin oluşmaması vardır. Kohut'un kendilik psikolojisi teorilerinden etkilenen Adler, sınır hastanın, dış figürlerden sürekli bir kendilik-nesnesi işlevi üstlenmelerini beklemesinin nedeninin besleyici, bakım veren içselleştirilmiş nesnelere sahip olmamasıyla açıklar. Mahler'inkinin aksine Selma Fraiberg'in (1969) gelişim hipotezine vurgu yapar. Fraiberg, normal bir çocuğun 18. aylarda annesinin yokluğunda, ona dair imajı canlandırabileceğini söyler. Fraiberg bunu "çağırışım hafızası" diye tanımlar. Adler'e göre bu bilişsel gelişme sınır hastada çok zayıftır. Stres durumlarında ya da yoğun aktarımlarda, fiziksel olarak mevcut olmayan nesneyi hatırlatan fotoğraf gibi bir eşya da yoksa, sınır hasta önemli figürleri hatırlamadığı noktaya kadar gerileme eğilimi gösterir. Adler bu gerilemenin, 8-18. aylara yani çağırışım hafızasının henüz oluşmadığı döneme olduğunu söyler (Adler G. ve Bunie D.H., 1979, 1987).

Hastadaki bu içsel nesne eksikliği Adler'e göre boşluk duygularına, depresyona yatkınlığa ve ilişkilerde bağımlılığa neden olur. Adler bu boşluk duygularını "yok olma paniği" olarak tanımlar. Çevrelerinde kendilik nesnesi durumunda biri olmadığında sınır hasta kendisini destekleyecek yeterli içsel kaynaktan yoksun kalır ve bu onu kendiliğin kırılganlığına yatkın kılar. Koruyan, destekleyen, rahatlatan bir içsel nesnenin olmayışı kronik, oral öfkeyle sonuçlanır. Bu sınır hastaların çocuklukları boyunca duygusal olarak yanlarında olan bir anne figürünü algılayamayışlarıyla ilişkilidir.

Yukarıda sıralanan bu üç görüşten her birine çeşitli eleştiriler yöneltilmiştir. Bunların ilki Mahler'den gelir. Mahler ayrılma-bireyleşme fazının alt evrelerinden herhangi birine odaklanmanın indirgemeci bir yaklaşım olduğu, ödipal etkilerin dışlanması sınır patolojiyi anlamayı zorlaştırdığı görüşündedir (Mahler ve Kaplan; 1977).

Gunderson, sınır hastaların aileleriyle ilgili ampirik çalışmaların yetersiz ebeveynlik işlevinin sadece gelişimin belirli aşamaları için değil tüm çocukluk çağı için geçerli olduğunu gösterdiğini söyler (Gunderson; 1984).

Esman, Masterson ve Rinsley'i anneleri haksız yere fazlaca suçladıklarını, bilişsel işlev bozukluğun gibi yapısal etmenleri hesaba katmadıkları için eleştirir (Esman; 1980).

Diğer taraftan Kernberg de, Atwood ve Stolorow, Abend ve arkadaşları, ve Meissner tarafından, yoğun, yapısal saldırganlıkla ve preödipal döneme yaptığı vurgu açısından eleştirilir (Atwood ve Stolorow; 1984, Abend ve ark.; 1983, Meissner, 1988).

Westen, her üç kuramsal formülasyonun, gizil dönem ve ergenliğin sınır patolojinin gelişimindeki yerine önem vermediğinden eksik ve hatalı olduğunu söyler (Westen; 1990).

Kernberg, Adler'in "iyi içselleştirmeler"e vurgu yaparak, "düşmanca içselleştirmeler"in önemini ihmal ettiği görüşündedir (Kernberg; 1992).

Son yıllarda ise tüm psikodinamik modeller, çocukluk çağı travması ve kötüye kullanımına gereken önemi vermediği için eleştirilmiştir. Bazı ampirik araştırmalar sınır hastaların çocuklukları boyunca ebeveynleri ya da diğer bakım verenler tarafından cinsel, fiziksel ya da sözel tacize uğradığını gösteren sonuçlar vermişlerdir. Walsh'un 1977'de yaptığı bir aile çalışmasında sınır hastaların %64'ü ebeveynlerinin kötüye kullanımı, düşmanca tavırları ve küçümsemelerine maruz kaldıklarını söylemiştir (Walsh; 1977). Herman ve arkadaşları, 21 SKB hastası üzerinde yaptıkları çalışmada, bu hastalardan %68'inin çocukluk çağında cinsel, %71'inin fiziksel tacize uğradığını, %62'sinin ise ciddi bir ev içi şiddet olayına tanık olduğunu saptamışlar (Herman ve ark.; 1989). Westen, çalışmasında yatarak tedavi gören sınır ergenlerin %50'sinde fiziksel ve/veya cinsel tacizin kanıtlarını bulmuştur (Westen ve ark., 1990). Ogata ve arkadaşları, istismar ve ihmal deneyimlerini karşılaştırdıkları sınır ve depresif hasta grubunda, sınır hastaların %71'inin çocukluk çağı cinsel istismarının, %10'unun fiziksel tacizinin ve %17'sinin fiziksel ihmalinin bulunduğunu saptanmış ve cinsel taciz dışında diğerleri depresif grupla karşılaştırıldığında anlamlı fark göstermemiştir. Sınır kişilik bozukluğu bulunan birçok çocukta da yüksek oranda kötüye kullanım bildirilmiştir (Ogata ve ark.; 1990).

Goldman ve arkadaşları SKB tanısı almış, ayaktan takipteki çocuk ve ergenler arasında yaptıkları çalışmalarda ebeveynlerin en az birinde % 70 oranında ciddi psikopatoloji saptamışlardır. Bu bulguları çocukların gelişimsel deneyimlerinde ailesel psikopatoloji ve biyolojik yatkınlık temelinde açıklama yoluna gitmişlerdir (Goldman; 1993).

Links ve arkadaşları ve birçok diğer araştırmacı özellikle erken kötüye kullanımı öyküsü ile birlikte olduğunda her iki ebeveynin de yetmezliğinin etiyolojik olarak önemli bir faktör olduğunu öne sürmüşlerdir. Her iki ebeveynin de ebeveynlik işlevlerini yerine getirmedeki yetersizlikleri, primer psikolojik bozuklukları ile ilişkili olabileceği gibi bundan bağımsız da bulunabilir (Links ve ark.; 1990).

Bezirgianian ve arkadaşları, gelişigüzel seçilmiş 776 ergen örneğinde 2.5 yıl arayla erişkindeki kişilik bozukluğu olgularında incelemede anne-çocuk etkileşimi, baba-çocuk etkileşimi ve annenin kişiliği açısından kişilik bozukluklarını ele almışlardır. Diğer Eksen II bozukluklarında da olmakla birlikte özellikle sınır kişilik bozukluğunda annenin tutarsızlığı ve bakım eksikliği kombinasyonun önemli olduğu saptanmıştır (Bezirgianian ve ark.; 1993).

Yine Zanarini ve arkadaşlarının yaptığı benzer bir karşılaştırma çalışmasında sınır hastalarda sözel, fiziksel ve cinsel taciz oranı, distimi ve antisosyal kişilik bozukluğu tanısı almış diğer iki grupta karşılaştırıldığında yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada bakım verenden ayrılma öyküsü araştırılmış ve 18 yaşın öncesinde hem sınır hasta grubunda hem de kontrol gruplarında benzer oranlar elde edilmiş. Fakat ayrılık yaşının sınır hastaların daha erken çocukluk dönemlerine rastladığı saptanmış (Zanarini ve ark.; 1989).

Sınır hastalardaki yaygın travma öyküsü pek çok araştırmacıyı, travma sonrası stres bozukluğu ile sınır kişilik bozukluğu arasındaki ilişkiyi araştırmaya itmiştir. Swartz'ın yaptığı bir çalışmada bu hastaların üçte biri travma sonrası stres bozukluğu tanısı almıştır (Swartz; 1990).

Laporte ve Guttman'ın 2001 yılında yaptıkları bir çalışma SKB olan hastaların aile ilişkilerinde kötüye kullanım olgusunu araştırır. Yaklaşık aynı sayıda, kadın sınır hasta, anoreksia nervoza hastası ve sağlıklı kontrol grubunda aile içinde sözel, fiziksel ve cinsel taciz araştırılmış, sınır grupta hem hastalara hem de hastaların kardeşlerine birden fazla türde taciz uygulandığı görülmüş ve bu bilgi ailelerden alınan öyküyle doğrulanmıştır. SKB olan kadınlar aile içi sözel ve fiziksel tacize ve genç yaşta maruz kaldıkları süregelen cinsel tacize daha fazla uğradıklarını belirtirken, anoreksia nervoza grubu ve sağlıklı kadınlarda daha çok aile dışındaki kişilerce uygulanan ve daha büyük yaşlarda uğradıkları tekil olaylardan ibaret cinsel taciz sıklığı yüksek çıkmıştır (Laporte ve Guttman; 2001). Diğer yandan Paris ve Zweig-Frank, Kuzey Amerika'da yaşayan tüm kadınların üçte birinin çocukluk çağında cinsel tacize maruz kalmış olduklarını, fakat bu toplumda sınır kişilik bozukluğuna rastlama oranının %2 olduğunu söylerler (Paris ve Zweig-Frank; 1992).

Browne ve Finkelhor (1986), tacizin sıklığının, süresinin, türünün ve kimin tarafından yapıldığının önemli olduğunu saptamışlardır. En fazla patoloji üreten cinsel istismarın baba ve kızı arasındaki ensest ilişki olduğunu çünkü bunun cinsel bir eylem olmanın ötesinde güven duygusunu çok ciddi anlamda tahrip ettiğinden bahsederler. Taciz sırasında çocuğun yaşı, cinsel eylemin türü, zor kullanıp kullanılmadığı ve ebeveynlerin bu durum karşısındaki tutumlarının diğer önemli faktörler olduğunu söylerler (Browne ve Finkelhor; 1986).

Cinsel, fiziksel ve sözel taciz sınır hastalarda bir alt-grubun etiolojisini tanımlıyor olabilir. Bunlar diğer SKB hastaları ile karşılaştırıldıklarında dissosiyasyon, kendine zarar verici davranışlar, geriye dönüşler (flashback) gibi belirgin travma sonrası stres bozukluğu belirtileri gösteren ve daha yoğun tedavi yöntemlerine ihtiyaç duyan hastalardır.

Zimmerman ve Coryell (1989) Iowa'da değişik psikiyatrik bozuklukları olan hastaların ve normal kontrollerin 800 kadar birinci derece akrabasında yaptıkları çalışmalarda alınan 6'dan fazla kişilik bozukluğu tanısını her iki grup için de eşit olarak bulmuşlardır (Zimmerman ve Coryell; 1989).

7. PREVALANS

Sınır kişilik örgütlenmesine ya da Gunderson'un deyimiyle ağır kişilik bozukluklarına genel popülasyon içinde rastlanma oranı %9-%12'dir. Psikiyatrik başvurusu olan grubun yaklaşık %40'ını oluşturdukları ileri sürülmektedir. Kernberg'in değerlendirmesine göre genel nüfus içindeki oranı %15 olarak belirlenmiştir (Gunderson; 1984).

Sınır kişilik bozukluğuna ise genel popülasyonda rastlanma oranı yaklaşık %2'dir. Bunların %10 kadarı ayaktan takip edilmekte, %20'si yataklı servislerde izlenmektedir. Bu hastalar, kliniklere başvuran tüm kişilik bozukluğu vakalarının %30-%60'lık bir kısmını oluşturmaktadırlar (DSM IV; 1994). Yukarıda verilen rakamlar Amerika Birleşik Devletleri için geçerli olup ülkeden ülkeye değişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bizim ülkemizde böyle bir sıklık belirleme çalışması yapılmadığından genel popülasyonda erişkinler ya da ergenler arasında rastlanma oranı konusunda net bir bilgi yoktur.

Eksen II bozukluklarının genel görülme sıklığı genel ergen popülasyonunda bilinmemektedir. İki yıldan fazla takibin değerlendirildiği klinik olmayan ergen örnekleminde Bernstein ve arkadaşları, çalışmanın başında dramatik kişilik bozukluğu kümeleri için %14.6'lık prevalans, tüm Eksen II bozuklukları için %31.2'lik bir prevalans saptamışlardır. Genel olarak kişilik bozuklukları tanılarının iki yıldan fazla devam etme oranları %29 ve %24'tür. Altı yıl sonra 17'den 26 yaşına kadar yalnızca %5.6 oranında Sınır Kişilik Bozukluğu tanısı bulunmuştur. Tüm Eksen II bozukluklarının prevalansı yaş ile birlikte azalır. Araştırmacılar, kişilik işlevlerinde bozulma ve stres ölçütünü taşımayan gruba göre Sınır Kişilik Bozukluğu olgularının, anlamlı olarak büyük işlev kaybına sahip olduklarını göstermiştir. Bu ölçülere örnek olarak arkadaşlığın kısa sürmesi, romantik ilişki kaybı, işten atılma, okulu bırakma, depresif semptomlar sayılabilir. (Bernstein ve ark.; 1993)

Golombek ve Marton, orta ve geç ergenlik boyunca, eğitim gören ve klinik olmayan bir ergen grubunda davranış örüntülerini, tavırları ve duygusal durumları incelemişlerdir. Bu çalışmalar “kişilik işlevselliği”ne referans oluşturmaktadır. Kişilik işlevselliğini kimlik, sözel iletişim, benlik saygısı, gerçeklik değerlendirmesi, bağımsızlık, ve rol yeterliliği gibi değişik alanlarda ölçmüşlerdir. Sonuçta ergenleri her alan için işlevsel ve işlevsel olmayan olarak puanlamışlardır. Kaygı derecesi ile davranım problemleri arasında doğrudan bir ilişki bulmuşlardır. Belirgin nefret ve depresyonun her ikisinin de disforik duygudurumun belirleyicisi olarak işlevsellik kaybı ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Başlangıçtaki veriler, 13 yaşındakilerin %16’sında kişilik işlevlerinde bozulmayı ortaya koymuştur. Geri kalan %30’u hafiften ortaya doğru bir dağılım göstermektedir. Kişilikte işlev bozukluğunun ergenlerde sık olmasına karşın bulgular kişilik işlevselliğinin değişebileceğini de göstermektedir. Değişim derecesi kişinin işlevselliği ile farklılık göstermektedir. Şizoid kişilerde daha fazla sebat etmekle birlikte histriyonik kişilerde en fazla değişim gözlenmiştir (Golombek ve ark.; 1992).

Kişilik bozukluğunun erkenden orta ergenliğe kadar prevalansı erişkinden yüksek ama geç ergenler için bu oranlar erişkinlerdeki epidemiyolojik çalışmalardaki oranlar eşittir. Erişkinlerde prevalans oranlarının Eksen II çerçevesinde % 6-9 arasında değiştiği çalışmalar bulunmaktadır. Sınır Kişilik Bozukluğu için bu oran %2-3 olarak ifade edilmektedir.

Klinik popülasyon içerisinde özellikle sınır kişilik bozukluğunun olmak üzere kişilik bozukluğu tanı ölçütlerini dolduran ergenlerin prevalansı oldukça yüksektir. Wisconsin’de öğrenme bozukluğu servisine refere edilen 180 ergen ve çocukta % 16 oranında SKB, % 11 pasif-agresif ve % 4 diğer kişilik bozuklukları bulunmuştur (Westman; 1987).

Sonuç olarak kişilik bozukluğunun değişik dereceleri, ergenlerde oldukça sık karşımıza çıkmaktadır. Ama oranlar yaş ile azalarak erişkin prevalansına yaklaşmaktadır. Psikiyatrik morbidite nedenleri içerisinde kişilik bozukluğu özellikle ergen popülasyonda erişkindekine oranla görece olarak daha sıktır.

8. SKB AYIRICI TANISI VE DİĞER BAZI TANILARLA İLİŞKİLERİ

- *Nevrotik ve Psikotik Kişilik Yapılarının Sınır Kişilik Yapısından Ayrılması:*

Nevrotik karakter yapısı, bastırma ve diğer olgun mekanizmalar çevresinde örgütlenmiş bir savunma hiyerarşisi içinde ortaya çıkar. Tersine psikotik ve sınır yapılar özellikle bölme gibi ilkel yapılar gösterirler. Bölme, ötekiyle ilişkiler nedeniyle ve nesne ilişkilerini karakterize ettiğinden can alıcıdır. Sınır yapıları tanımlamada yardımcı olan diğer faktörler, yüceltme kapasitesinin yokluğu, dürtü kontrol bozukluğu ve kaygı toleransında yetmezlik gibi özgül olmayan benlik zayıflığının görüntülerini içerir. Zayıf, bütünlüşmemiş üstbenlik işlevleri sınır hastaları tanımlamada önemli bir ölçüttür.

Sınır yapılar, klinik durum içinde psikotik örgütlenmeden birincil düşünce sürecinin varlığı temelinde ayrılır. Birincil süreç düşüncesine gerilemenin, sınır kişilik örgütlenmesinin birkaç yönünün ortaklaşa sonucu olarak ortaya çıkması oldukça muhtemeldir:

- Patolojik türden ilkel dürtü türevleriyle bağlantılı içselleştirilmiş erken patolojik nesne ilişkilerinin canlanması
- Erken savunma işlemlerinin, özellikle de bilişsel süreçlerin bütünlleştirilmesini etkileyen genelleşmiş çözülme mekanizmalarının ya da bölme mekanizmalarının canlanması
- İlkel nesne ve kendilik imgelerinin kısmen yeniden birleşerek benlik sınırlarının kararlılığını etkilemesi
- Yatırım-karşı yatırım dengesindeki özgül olmayan kaymalar nedeniyle benliğin ilkel bilişsel yapılarına doğru gerileme.

Kaynağı ne olursa olsun, birincil süreç düşüncesine doğru gerileme halen sınır kişilik örgütlenmesinin en önemli yapısal göstergesidir. Birincil süreç düşüncesinin yansıtımlı testlerle ortaya çıkması, gelişmiş psikolojik testleri sınır kişilik örgütlenmesinin tanısı için vazgeçilmez bir araç haline getirmektedir.

Bütünleşmiş bir kimlik yapısının varlığı psikotik ve sınır olandan, nevrotik karakter yapısını ayırır. Sınır durumlarda kendilik ve nesnenin sunumu, benlik sınırlarının korunup korunmadığını ayırtetmek için yeterlidir. Ama iyi ve kötü kendilik ve nesnenin sunumu bölme'yi ortaya koyar ve kendi içersinde bütünleşmiş bir kimliğin eksikliğini ortaya çıkarır. Yine de böyle bütünleşmiş bir kişiliğin eksikliği, ergenliğe, dikkatli bir biçimde uyarlanmalıdır. Çünkü kimlik karmaşasının bazı dereceleri ergenler için normatif olabilir.

Literatürde ergenlerde kimlik dağınıklığı, kimlik karmaşası ve kimlik krizi iyi aydınlatılamamıştır. Ergenlerin sınır örgütlenmeden ayrılamayacak derecede kimlik dağınıklığı içerip içermediği sorusu hala yanıt bulabilmiş değildir. Ancak bu noktada Kernberg, sınır ve sınır olmayan karakter patolojilerinin ergenlerde de yapısal analiz ile kolayca ayrılabilirliğini öne sürmektedir. Ergenlerde sınır durumların tanımlanabileceğine dair, Geleerd (1958), Masterson (1967, 1972), Paz (1976) ve Paula Kernberg'in (1983) çalışmalarını refere eder. Ergen hastaların yapısal ölçütlerle değerlendirilmesinde klinisyenin karşısına çıkabilecek sorunlara işaret etmektedir. Öncelikle ergenlerdeki semptomatik nevrozun görece ciddi olabilen dezorganize etkileri olarak, tipik şiddetli kaygı ve depresyonun ergenin evde ve arkadaş ilişkilerinde işlevselliğini etkileyebileceğini dolayısıyla da sınır durumlarda tipik bir sosyal bozulmanın oraya çıkabileceğini vurgular. Ergenlikteki kimlik krizinde hızla özdeşleşmelerin değişebileceğini ve bunun da şiddetli sınır patolojilerdeki kimlik dağınıklığı ile karışabileceğini ortaya koyar. Ebeveynler, kardeşler, ya da okuldaki otoriteler ile yaşanan çatışmaların yanlış yorumlanabileceğinden söz eder. Bu çatışmalar nevrotik bağımlı ve isyankar gereksinimlerin veya nesne ilişkilerindeki ciddi patolojilerin ve kimlik dağınıklığını ifadesi olabilir. Buradaki temel fark olarak ebeveynler veya otorite figürleriyle olan çatışmaların, sınır olmayan olgularda da, alttaki tümgüçlü kontrol çabaları, yansıtma özdeşleşme ve değersizleştirme gibi potansiyel ilkel savunma mekanizmalarını harekete geçirebileceğini belirtir.

Antisosyal davranışın, ergen eğer antisosyal bir altkültür içindeyse, "normal" ya da nevrotik bir uyum çabası olabileceğini söyler. Diğer yanıyla da nevrotik veya "normal" gibi görünen infantil narsisistik tepkilerin, antisosyal bir davranış örüntüsü gözlenmese bile altta yatan ciddi narsisistik ya da antisosyal patolojiler için uyarıcı olması gerektiğini söyler. Ayrıca ergenlerde ortaya çıkabilecek tekrarlayan sapkın eylemleri, saldırgan çatışmaların baskınlığı ile yoğunlaşan ve genital ve pregenital görünümle karakterize sınır kişilik örgütlenmesi için önemli bir gösterge olarak kabul eder.

Tümgüçlü kontrol çabaları, büyülenmecilik ve değersizleştirmenin, ebeveynlere karşı şiddet içeren isyankarlık ile birlikte olması, ergenin normal sınırlar içinde kalan kavgacılığından ayrılmalıdır. Normal ya da nevrotik ergen, ailesine karşı şiddetli karşı çıkışlarda bulunabilir ya da onları bir ölçüde değersizleştirebilir ancak yine de diğer bazı olumlu yönlerini de görme kapasitesine sahiptir. Yine nevrotik hasta kendini onaylattığı ya da karşısında değersizleştirdiği ilişkiler dışında da ilişki kurabilir. Sınır örgütlenme içinde olmayan hastalar, birkaç idealize edilmiş kişi ile değersizleştirdiği kişiler arasında belirgin bir bölünmenin mevcut olduğu bir model sunmazlar ve en azından bazı nesne ilişkilerinde daha bütünleşmiş bir yapı sergilerler.

Sınır olguları nevrotik ve normallerden ayıran en önemli özelliklerden biri de suçluluk ve kaygı yaşayabilme kapasitelerindeki azlıktır. Kernberg antisosyal davranış sergileyen tüm ergenlerde bazı noktaların normal ergenlikten ayrılmasının önemini vurgulamıştır. Öncelikle bu “antisosyal” tanımı sosyal veya kanuni bir tanım olmaktan çok psikiyatrik olmalıdır. Ergenin gerçekten antisosyal davranışı neden sergilediği iyi değerlendirilmeli, bir altkültüre uyumdan ayrılmalıdır. Yine antisosyal davranış tipik nevrotik ergenin bağımlılık ve isyankarlık ihtiyaçlarından kaynaklanan çatışmalara mı yoksa ciddi narsisistik karakter patolojilerine mi bağlı olduğu anlaşılmalıdır (Kernberg; 1984).

Aşağıda sınır kişilik bozukluğunun her bir Eksen I ve II tanısı yerine, özellikle literatürde üzerinde durulan tanımlarla ilişkileri incelenmeye çalışılmıştır.

a) Sınır Kişilik Bozukluğu Ve Şizofreni

Sınır kişilik bozukluğunun şizofreni ile klinik açıdan benzerliği sınır hastalarda görülen psikotik yaşantılar ve psikolojik testlerde ve psikanalitik tedavilerde gösterdikleri gerilemelerdir. Evlat edinme çalışmaları şizofreni ile sınır kişilik bozukluğu arasında bir genetik yakınlık saptayamamış olmakla birlikte, sınır kişilik örgütlenmesi içinde ele alınan şizotipal kişilik bozukluğu ile böyle bir bağlantı gösterilmiştir (Baron; 1985 ve Kendler ve ark.; 1981).

Carpenter ve Gunderson'un yaptığı karşılaştırma çalışmalarında, şizofreni ve sınır kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların semptomlar, iş bulma ve hatta sosyal ilişkilerinde şaşırtıcı benzerlikler saptanmış fakat sınır kişilik bozukluğu olan hastaların diğerlerine göre daha sosyal olduğu saptanmış. Sınır hastaların yoğun ve yüklü kişilerarası ilişkilerindeki aşırı bağımlılık ve manipülasyonlar şizofreni tanısı alan hastalarda görülmez. Yaşam performansı açısından sınır hastalar şizofreni tanısı alan hastalara göre daha iyi bir performans göstermek için gereken sosyal ve entelektüel yeteneklere sahiptirler (Carpenter; 1977, Gunderson; 1975).

Gelişmekte olan şizofreni gibi kronik psikotik tabloların, sosyal çekilmenin, ciddi nesne ilişkileri patolojilerinin ve karakter patolojilerinin belirgin olduğu bir sınır durum olarak yorumlanabileceğini belirtir. Şizofren ve sınır hastaların her ikisi de ciddi ilkel savunmaların baskın görüntülerini sergileyebilir. Gerçeklik değerlendirmesini olup olmaması ayırıcı tanıda belirleyicidir. İzole kronik bir sanrının varlığı daha çok kronik psikotik bir duruma dalalet eder (Kernberg; 1984).

b) Sınır Kişilik Bozukluğu Ve Duygudurum Bozukluğu

D.Klein (1975), sınır hastalarda diğer psikiyatrik tanımlar göz önüne alındığında en sık bağlantının duygudurum bozuklukları ve bunlar içinde de atipik depresyon ile olduğunu söylemiştir. Akiskal (1981), Stone (1981) ve Loranger (1982)'a göre, sınır kişilik bozukluğuna en sık eşlik eden I.Eksen tanılarından birisi duygudurum bozukluklarıdır. Charney ve arkadaşlarının 1981'de yaptığı bir çalışmaya göre sınır kişilik bozukluğunda en sık rastlanan duygudurum bozukluğu tipi unipolar melankolik olmayan depresyondur (Charney ve ark. 1981). McManus ve arkadaşları beraberinde majör depresif bozukluğun eşlik ettiği sınır kişilik bozukluğu olan ergenlerin oranını % 25-26 bulmuşlardır (McManus ve ark.; 1984). Garnet ve arkadaşları sınır ve kişilik bozukluğu olan yatan ergen hastalarda yaptıkları çalışmalarda Eksen I komorbiditesini oldukça yüksek bulmuşlardır. % 86 Majör Depresyon, % 43 Distimik bozukluk tanısı saptanmıştır. Hastaların % 52'sinde davranım bozukluğu tanısı konulmuştur (Garnet ve ark. 1993). Erişkin sınır hastalarda yapılan birçok çalışma duygudurum bozuklukları ve sınır kişilik bozukluğu komorbiditesi üzerine odaklanmaktadır. Gunderson ve Eliot, bu çalışmaları gözden geçirdikleri yazılarında, duygudurum bozuklukları ve sınır durumların semptom ve belirtilerinin içice geçtiğini öne sürmüşlerdir. Sonuç, birçok hastada her iki tanı ölçütleri setinin de konduğudur (Gunderson ve ark.; 1985). Bu bulgular bir bozukluğun diğerlerine ikincil olduğu ya da bunların sadece rasgele birlikte bulundukları hipotezine ters düşmektedir. Bu bulgular, ergendeki klinik deneyim ile ele alındığında duygudurum bozuklukları ve sınır kişilik bozukluğu arasında kuvvetli bir ilişkiyi desteklemektedir. Duygulanım ile ilgili semptomlar, duygudurum düzenleyiciler ve antidepresanlar ile yapılan farmakoterapiye sıklıkla yanıt verir.

İntihar ve intihar girişimleri sınır kişilik bozukluğunda önemli bir risktir. Clarkin, sınır kişilik bozukluğu olan ve majör depresif bozukluğu ortaya çıkmış ergen ve genç erişkin yatan hastalarda yaptığı çalışmalarda sadece depresyonu olanlara göre daha ölümcül ve daha yüksek oranda intihar girişimi öyküsü elde etmiştir (Clarkin; 1994). Brent ve diğerleri intihar kurbanlarında psikopatolojiyi elde etmek için kullandıkları retrospektif yöntem ile ergen intiharları için risk faktörleri üzerinde çalışmışlardır. Özellikle B Kümesi olmak üzere kişilik bozuklukları tüm intihar kurbanlarında

kontrollere göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Yine de sınır kişilik bozukluğu için oranlar genç erişkinlerde bildirilenler kadar yüksek değildir (Brent; 1993).

c) *Sınır Kişilik Bozukluğunun Diğer Kişilik Bozuklukları İle İlişkisi:*

(1) *Sınır Kişilik Bozukluğu - Şizotipal ve Şizoid Kişilik Bozuklukları:*

Her iki hasta grubunda da kişilerarası ilişkilerde ve bilişsel alanda sorunlar vardır. Sınır hastalarda kişilerarası ilişki sorunları onların bağımlı, manipulatif ve kararsız ilişki kurma örüntülerinden kaynaklanır. Şizotipal hastalarda ise daha çok sosyal izolasyon ve şüphe ile yaklaştıkları ilişkiler gözlenir. Duygulanımlarında bir kopukluk hissedilir, sıklıkla somatik şikayetlerden yakınır. Şizotipal kişilik bozukluğunun sınır kişilik bozukluğundan çok, şizoid ve çekingen kişilik bozuklukları ile ayırıcı tanısı bazı zorluklar içerir. Şizoid kişilik bozukluğunda da şizotipal kişilik bozukluğunda olduğu gibi, sosyal ilişkilerin oldukça az olduğu görülür. Şizoid hasta tipik olarak yalnız yapılan aktiviteleri yeğlerken sınır hasta yalnızlığa genellikle tahammül edemez. Büyük ölçüde ilişkilerden vazgeçmiş olan şizoid hasta terapistte ümitsizlik duygularına neden olabilirken, sınır hasta ilişkileri konusunda hala ümide sahiptir fakat bu konuda güçlükleri olduğunu da bilir.

(2) *Sınır Kişilik Bozukluğu ve Histrionik Kişilik Bozukluğu*

Kernberg'in çocuksu (infantil) kişilik diye isimlendirdiği ve sınır kişilik örgütlenmesini tanımlarken gözlemlediği kişilik bozukluğu grubudur. Her iki grup da birbirine oldukça benzer özellikler içerirler. Bağımlı, manipulatif ve yoğun duygusal tepkiler veren hastalardır. Gunderson'a göre ikisi arasındaki en belirgin fark histrionik kişilik bozukluğunda kendine güvenin düzenlenmesinde cinselliğin daha yoğun olarak kullanılmasıdır. Aynı cinsiyetten kişilerle ilişkilerde baştan çıkarıcılık, erotizasyon ve rekabetin açığa vurumu histrionik grup için kriter olarak alınmalıdır. (Gunderson, 1984)

(3) *Sınır Kişilik Bozukluğu ve Narsisistik Kişilik Bozukluğu:*

İki grubun klinik olarak kesiştiği nokta; öfke, psikotik atakların izlenebilmesi, sürekli sıkıntı dönemleri ve incinmeye aşırı duyarlılık olarak sıralanabilir. Bu ortak özellikleri nedeniyle bazı yazarlar bu iki tanının birlikte bazı hastalar için uygun olduğunu düşünmüşlerdir (Frances ve ark.; 1984, Kernberg ve ark., 1981 ve Koeningsberg; 1982). İki grup farklılıkları açısından ele alındığında narsisistik hastaların daha başarılı bir yaşam çizgileri olduğu, daha iyi bir rol performansı sergiledikleri, sınır hastalarla karşılaştırıldıklarında daha kibirli ve küstah oldukları ve sürekli bir beğeni ve onay ihtiyacı içinde oldukları söylenebilir. Gunderson'a göre sınır hasta başkalarının kendisi için varolması ve kendisini doyurmasını ister, bu daha çok "kurtarılmı" beklentilerinin karşılanmasıyla ilgilidir, narsisistik hasta

ise “küstahlığı”nın bir parçası olarak insanları sömürür ve bunu hakkı olduğu duygusu ile yapar. Narsisistik hastanın kendisi hakkında büyüklenmeci bir algısı varken sınır hastada tam tersine değersizlik duyguları ön plandadır (Gunderson, 1984).

(4) Sınır Kişilik Bozukluğu ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu:

Perry’e göre bu iki kişilik bozukluğu görüldüğünden çok daha fazla alanda kesişmektedir (Perry; 1984). İlkini kadınlarda ikincisinin erkeklerde daha fazla görülüyor olması Gunderson’a göre aynı gelişimsel bozukluğu taşıdıkları halde kültürel etkenler, erkekleri daha aktif olmaya kadınları ise daha çok kişilerarası bağımlı ilişkilerde doyum aramaya iter. Her iki grupta da dürtüsel davranışlar, üretken olamama, sosyal rolleri yürütmede başarısızlık, hayal kırıklığına, engellenmeye karşı tahammülsüzlük ve sık sık görülen depresif tablolar ortak özelliklerdir. Gunderson, antisosyal kişinin manipülasyonlarının daha ölçülü ve başarılı olduğunu, sınır hastaların antisosyal hareketleriyle yüzleştirdikleri zaman ağır utanç duygusu gösterdiklerini ama antisosyal hastada bu davranışların benlik ile uyumlu algılandığını söyler (Gunderson; 1984). Perry ve Cooper sınır hastalarda antisosyal hastalarla karşılaştırıldığında belirgin bir terk edilme ve ayrılma çatışması, nesne açlığı, ihtiyaç ve kızgınlığı ifade etmede çatışma olduğunu belirtmişlerdir (Perry ve Cooper; 1983).

(5) Sınır Kişilik Bozukluğu ve Siklotimik Kişilik:

Klinik açıdan bakıldığında hem siklotimik hastalar hem de sınır hastalar ilişkilerinde aşırıdır ve belirgin duygudurum değişiklikleri, madde kötüye kullanımları ve diğer dürtüsel bozuklukları vardır. Perry ve Cooper, siklotimik kişiliği olan hastaların idealize edilmiş bireye kesin bağımlılığı kabul etme eğiliminde olduklarını ve sınır hastadan daha az ayrılma ve terkedilme korkuları yaşadıklarını söylemişlerdir. Siklotimik kişiler, daha tutarlı kişilerarası ilişkiler kurarlar, öfkelerini daha uygun biçimde ifade edebilirler ve engellenme karşısında daha az tepki gösterirler (Perry ve Cooper; 1983).

(6) Sınır Kişilik Bozukluğu ve Melankolik Olmayan Depresyon:

Borderline hastada kronik boşluk ve sıkıntı duyguları ve disforik ruh hali dürtüsellik, dışsallaştırma ve yansıtmayla ilintili olan, sık sık ortaya çıkan ve kısa süren durumlardır. Melankolik olmayan depresyonda ise belli bir süreye yayılan, kendine zarar verici davranışların nadiren görüldüğü, kişilerarası ilişkilerde aksamalarla birlikte belirgin bozulmaların olmadığı bir tablo izlenir. Sınır hastaların benlik değerlerinin düşüklüğü kendilerini sürekli suçlu, kötü ve işe yaramaz olarak algılamalarına neden olur. Depresif hastalar idealleştirdikleri bir figürün desteğini ararken, sınır hastalar bunu reddeder.

GEREÇ VE YÖNTEM

ÖRNEKLEM

Bu çalışma İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Anabilimdalı polikliniğine, Ocak 2004-Nisan 2004 tarihleri arasında yapılan 13 ile 18 yaş arası 162 ilk başvurunun, sıra ile alınmasıyla yapıldı. Başvuranlardan, görüşme tarihi itibariyle 14 yaşından gün almış olan ve 18 yaşını tamamlamamış olanlar çalışmaya dahil edildi.

Tüm hastalara ve ailelerine (ya da sorumlu olan kişiye), önce sözel olarak çalışma hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra yazılı bilgilendirme ve sözleşme imzalarına sunuldu.

Çalışmaya alınabilme ölçütü olarak; yapılandırılmış ve yarı-yapılandırılmış klinik görüşmeyi yürütmenin olanaklı olmadığı, mental retarde ve akut psikotik atak geçiren hastalar ile bilgilendirme sonucu görüşmeyi kabul etmeyenler çalışma grubuna alınmadı.

Bunun sonucunda kliniğimize ilk kez başvuruda bulunan 162 ergenden görüşmeyi yürütebilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 144 (%88,9) çalışma grubunu oluşturdu.

Çalışma dışı kalanlardan 5 (%3) tanesi bilgilendirmeden sonra çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Yarı-yapılandırılmış görüşmeye uygun olmamaları nedeniyle de 13 ergen çalışma dışı bırakılmıştır. Bu 13 ergenin ikisi (%1,2) akut psikotik atak tablosuyla hastane yatışına yönlendirilmiş ve daha sonra irtibat kurulamamıştır. Geriye kalan 11'i (%6,8) ise görüştürmeyi yürütmeye yetecek zihinsel kapasitelerinin olmadığını gözlenmesi ve görüşmecinin klinik değerlendirmesiyle hafif derece ve altında mental motor retardasyon tanısı alan olgulardı.

A.GEREÇLER:

1. Sosyo-Demografik Özellikler Formu

İÜİTF Çocuk Psikiyatrisi Kliniğinde ilk başvuruda Uzman Hemşireler tarafından ebeveynler sorgulanarak doldurulan ve gelişim öyküsünü de içeren dosya bilgileri sosyodemografik veriler için kaynak olarak alınmıştır.

Kişilerin; yaş,cinsiyet, kardeş ve çocuk sayısı, eğitim durumu, aile durumu, ebeveyn özellikleri, sosyo-ekonomik durum, anne, baba, kardeş ve akrabalarındaki psikiyatrik durumlar (daha önce konmuş klinik tanılar ve/veya psikiyatri servisine yatış), yaşam olayları (anne ölümü, baba ölümü, eş ölümü, kardeş ölümü, çocuk ölümü, yakın arkadaş ve/veya akraba ölümü, yaralanma ve/veya kaza, geçirilen hastalıklar, fiziksel ve/veya cinsel taciz, ortam değişikliği öğrenimini yarıda bırakma ve diğer yaşam olayları) gelişim öyküsü gibi özellikleri sorgulanmaktadır. Görüşmeci bu verileri aile ve hasta ile tekrar gözden geçirerek sosyo demografik veri formuna aktarmıştır (bkz. EK I).

2. DSM III-R Kişilik Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-II)

SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM III-R Personalilty Disorders), 120 sorudan ve “davranım bozukluğu” ek bölümünden oluşan, DSM III-R’ye göre yapılandırılmış, kişilik bozukluğu tarama testidir. Kişiler önce SCID-II Kişilik Envanterinde kendi duygu ve davranışlarına uyan maddeleri belirtir. Daha sonra görüşmeciyle birlikte ayrıntılı değerlendirme yapılır. Ancak çalışmamız kapsamı SKB tanısı ile kısıtlı olduğu için ve poliklinik koşullarında araştırmanın pratik yürüyebilmesi amacıyla bu görüşmenin yalnızca SKB tanısıyla ilişkili olan 18 soruluk bölümü sorgulanmıştır. Bu testin Türkiye’deki geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını Sorias ve arkadaşları (1990) yapmıştır (bkz. EK II).

Araştırmamızda DSM III-R’ye göre yapılandırılmış görüşme kullanmamızın nedenleri olarak; öncelikle DSM IV’e göre oluşturulmuş DIP-D’nin çevirisinin ülkemizde geçerlilik güvenirlik araştırmasının yapılmamış olması; SKB açısından bir madde eklenmesi dışında SCID-II ile DIP-D arasında bir farkın olmaması ve mevcut ve yakın literatürün çoğunun halihazırda DSM III-R kriterleri ile yapılmış çalışmalarda oluşmuş olması sayılabilir.

3. Sınır Hastalar İçin Gözden Geçirilmiş Tanısal Görüşme (DIB-R)

Tanım: Sınır Hastalar İçin Tanısal Görüşme (DIB: Diagnostic Interview For Borderlines), DSM-III'ün yayınlanmasından önce J.G. Gunderson ve meslektaşları tarafından kavramsallaştırılan SKB'nin, katagorik olarak değerlendirilmesi için geliştirilmiştir (Gunderson ve ark. 1981). DIB'nin farklı bir versiyonu olan Sınır Hastalar İçin Gözden Geçirilmiş Tanısal Görüşme (DIB-R), 1983'de geliştirilmiş ve 1992'de yeniden gözden geçirilmiştir.

Uygulama: DIB-R Sınır Kişilik Bozukluğu için tanısal önemi olduğu düşünülen dört alandan bilgi toplayan bir yarı yapılandırılmış görüşmedir: Duygulanım, Biliş, Dürtü-Eylem Örtüntüsü ve Kişilerarası İlişkiler. Geçen iki yıl boyunca nasıl hissettiği, düşündüğü ve davrandığı hakkındaki 97 başlık değerlendirilmektedir. Bu maddelerin büyük çoğunluğu için hasta tek bilgi kaynağıdır ama yine de küçük bir kısmı ek bilgi kaynağı kullanmaya izin verir. Görüşme ayrıca 24 alt-bölüme bölünmüştür ve bu alt-bölümlerin 22sinden toplanan bilgi 22 özet ifadeleri adı verilen alt bölümlerle değerlendirilir. Bu ifadelerin her biri Sınır Kişilik Bozukluğu için önemli bir tanı kriterini temsil eder ve bozukluğun varlığını ya da yokluğunu tayin eder. Hipomani ve mani epizotlarının sorgulandığı iki alt-bölümdeki bilgiler, sınır [kişilik] tanısına karşı olumsuz olarak etki ederler (24 ve 58 numaralı maddeler) ve sırasıyla duygulanım ve biliş bölümlerinde hastanın sonuç skorunu belirlemede kullanılırlar.

Maddeler ve özet ifadeler, birkaç istisna hariç, 0=hayır, 1=olasılıkla ve 2=evet olarak puanlanır. Bu skorların toplanıp ölçeklendirilmesiyle 0 ile bölüme göre 2 ya da 3 arasında değişen ölçeklendirilmiş bölüm skorları elde edilir. 0 ile 10 arasında değişen toplam skor, beş ölçeklendirilmiş bölüm skorunun toplanmasıyla elde edilir. 8 ve üzerindeki skorların, sınır kişilik bozukluğunu işaret ettiği kabul edilir (bkz. EK III).

Psikometrik Özellikler: Güvenilirlik; DIB'in bağlantı güvenilirliği pek çok çalışmada oldukça iyi bulunmuştur (genellikle kappa katsayısı >0.70 ve sınıflar arası korelasyon katsayısı >0.80). (kappa=0.71; $r=0.71$) DIB'in içsel kararlılığı ile ilgili Zanarini ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, tüm araç için yüksek güvenilirlik bulunmuştur (Kuder-Richardson katsayısı=0,32-0,69; median=0,53) Test-retest güvenilirliği de yine iyidir.

Geçerlilik: DIB-R'in, SKB'yi ölçen diğet metotlarla karşılaştırıldığında geçerlilik katsayıları tutarlıdır. DSM tanıları için kappa katsayıları 0,33 ile 0,69 arasında değışir. SKB için DSM kriterleri ile karşılaştırıldığında DIB-R'in kolay ya da zor tanı koyduğunu ifade eden çelişkili bulgular vardır. Kernberg'in Yapılandırılmış Görüşmesi (1997) ile uygunluğu araştıran iki çalışmadan birinde kappa 0,49 diğesinde ise bu şans 0,62 olarak saptanmıştır. DIB-R'in SKB'yi şizofreni ve unipolar depresyondan ayırmada yeterli olduğı gösterilmiştir. Bununla birlikte sınırda kişilik bozukluğunu diğet kişilik bozukluklarından ayırması o denli kesin değıldir. Çoğunlukla ana standart olarak DSM III-R alınarak, DIB-R'in işleyişine ait özellikler pek çok çalışmada gözden geçirilmiştir. Bu çalışmalarda duyarlılık (sensitivity) ortalama 0,70 ile 1,0 arasında, özgünlük 0,75 ile 1,0 arasında değışir, bu iki tanısal sistem arasındaki üst üste binmeyi gösterir. Ana standart olarak 50'den fazla terapistin koyduğı DSM III-R SKB tanısı ile DIB-R için saptanan Pozitif öngörücü güç değeri 0,74 ve negative öngörücü güç değeri 0,87'dir. Bu sonuçlar DIB-R'in SKB tanısıyla örtüştüğünü göstermektedir. DIB'in ergenler için geçerlilik çalışması güvenilirlik çalışması Yanchyshyn ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Yanchyshyn ve ark.; 1986). Sonuçlar erişkinden elde edilenlere yakındır. DIB-R özellikle ergenler için literatürde en yaygın kullanıldığı görülen yarı-yapılandırılmış görüşmedir.

Klinik Uygunluk: DIB VE DIB-R, Gunderson'un kuramsal modeli ile kavramsallaştırılan sınırda kişilik bozukluğunu tanımak için hazırlanmıştır. DIB ve DIB-R, DSM-IV odaklı yarı-yapılandırılmış görüşmelere göre daha fazla bilgi (örneğin sapkın durumlar ve dissosiyatif deneyimler vs..) sağlar. Bununla birlikte DSM-IV ve DIB'in, sınırda kişilik bozukluğu olan hastayı kavramsallaştırması bazı açılardan farklıdır. Erişkin için DIB-R ölçek skorlarının (örneğin duygulanım ölçeklendirilmiş skoru) güvenilirliği saptanmamıştır. Ayrıca sınır özelliklerin derecesini toplam DIB-R skoru üzerinden yorumlarken dikkatli olunması gerektiğı söylenmektedir. Çünkü araç bu amaçla oluşturulmamış ve bu tür skorların ne anlama gelebileceğı henüz araştırılmamıştır.

DIB-R'in Türkçe çevirisi; İÜ İTF Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi öğretim üyesi Pof.Dr. D.Ümran Tüzün ve Çocuk Psikiyatrisi nde asistanlıklarını sürdüren Dr.Evren Tufan ve Dr.O.Saltuk Dönmez tarafından önce bağımsız olarak yapılmış ve daha sonra üç çeviri karşılaştırılarak son hali verilmiştir (bk. EK III).

B.YÖNTEM

Poliklinik başvurusu ardından rutin prosedür gereği uzman hemşireler tarafından sosyodemografik bilgiler ve gelişim öyküsü dosyasına kaydedilen hastalar, çalışma hakkında bilgi verilip hem kendilerinden hem de ailelerinden onayları alındıktan sonra (bkz. EK IV), karşılıklı görüşmeye alınmıştır. Görüşme öncesi hastaya, görüşme sırasında da ailesine doldurması için SCID-II Kişilik Envanterinin Sınır Kişilik Bozukluğu ile ilgili bölümü verilmiştir. SCID-II Kişilik Envanterinin kişi tarafından tamamlanmasının ardından, tüm cevaplar SCID-II soru formu ile karşılıklı görüşmede gözden geçirilmiş, ardından DIB-R uygulanmıştır. Görüşme sonrasında aile ile görüşülerek şüpheli ölçütler ve DIB-R soruları tekrar değerlendirilip kesin yanıtlar belirlenmiştir.

Görüşmeler İÜİTF Çocuk Psikiyatrisinde 3,5 yılını doldurmuş asistan Dr. Onur Saltuk Dönmez tarafından polikliniklerde uygulanmıştır. Çalışma öncesinde SCID-II için, İÜ İTF Psikiyatri Anabilim Dalında, SKB hastaları için özelleşmiş Sosyal Psikiyatri Biriminde; bu birimde görevli öğretim görevlisi Doç.Dr.Doğan Şahin ile %90 doğruluk sağlanana kadar standardize olunmuştur.

Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Science) for Windows (Release 11.5) programına girilmiş ve istatistiksel işlemlere tabi tutulmuştur. Tüm veriler kaydedildikten sonra gruplar kendi içinde; SCID-II tanısına göre öncelikle SKB tanısı alanlar ve SKB tanısı almayanlar olarak ayrılmıştır.

SKB için SCID-II ölçütlerinin ve DIB-R alt bölümlerinin dağılımı değerlendirilip aralarındaki ilişkiler incelenmiştir.

Elde edilen nitel verilerin istatistiksel değerlendirmesinde ki-kare testi, nicel verilerin değerlendirilmesinde ise t-testi uygulanmıştır. Kolmogorov-Smirnov, uyum iyiliği testi ile $p<0,05$ değeri elde edilerek normal dağılmadığı saptanan veri gruplarının değerlendirilmesinde nonparametrik testler; Mann-Whitney testi ile üç veya daha fazla veri grubunun varlığında ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Ergenlerde SKB ve semptomlarının anlamlılığını ve farklılıklarını anlayabilmek için diğer bir yaklaşım da, tanısal etkililiğin bulunmasıdır. (Widiger ve ark.; 1995, Becker ve ark.; 2002) Tanısal etkililiğin hesaplanması, dört oran üzerinden yapılabilir. Bunlar; özgüllük, duyarlılık, pozitif öngörücü güç (PÖG) ve negatif öngörücü güç (NÖG)'dür. PÖG, semptomu olan hastalarda tanı oranını ifade ederken, NÖG semptomu olmayanlarda tanı almayanların oranını gösterir. Bir hastalığa ait semptomların PÖG değerleri, hangi semptomların o hastalık için daha önemli olduğu hakkında bilgi verir. Benzeri şekilde bir semptomun NÖG değeri, o semptomun yokluğunun, dışlama ölçütü olduğunu gösterir. Özgüllük ve duyarlılık, bir hastalığın gözlenme oranından (temel oran) bağımsızdır. Duyarlılık (sensitivite), tanı alanlarda semptomun görülme oranıdır, özgüllük (spesivite) ise tanı almayanlarda semptomun görülme olasılığıdır. Tersine PÖG, NÖG ve toplam öngörücü güç (TÖG) değerleri, bozukluğun gözlenme oranına göre değişirler. PÖG değeri, temel oranın artması ile artarken, NÖG değeri azalır. (bkz. tablo III)

Tablo III: Çapraz tablolarda Özgüllük, Duyarlılık, NÖG, PÖG ve TÖG değerleri

Ölçüt / Semptom	Hastalık Tanısı			
		YOK	VAR	
	YOK	Gerçek Negatif	Yanlış Negatiflik	NÖG
	VAR	Yanlış Pozitiflik	Gerçek Pozitif	PÖG
		Özgüllük	Duyarlılık	TÖG

Hem SCID-II ölçütleri hem de DIB-R alt bölümleri için ayrı ayrı açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Varimax rotasyon ile ana bileşenler yöntemi uygulanarak yapılan faktör analizlerinde üç faktörlü model en uygun çözüm olarak bulunmuştur. Üç faktörlü model hem tek faktörlü, hem de iki ve dört faktörlü modellerle uyumluluk analizlerine tabi tutulmuştur. Uyumluluk analizleri çok boyutlu ölçekleme analizi ile (Multi-Dimensional Scaling), iyi uyumluluk indeksi (good fit index) ve Tuckey uyumluluk katsayısı hesaplanmıştır. Bu üçlü modele göre, davranışsal düzensizlik, bozulmuş ilişkiler ve duygulanımda düzensizlik olarak üç faktör tanımlanmıştır ve SCID-II ile DIB-R'dan elde edilen bu faktörlerin birbirleri arasındaki korelasyon incelenmiştir. Faktörlerlerdeki değişkenleri tespit etmek için 0,30 üzeri eşik faktör yükü olarak alınmıştır.

Aşamalı ayırıcı fonksiyon analizi (Stepwise Discriminant Fonction Analysis) kullanılarak SCID-II ölçütlerinin ve DIB-R özet ifadelerinin (alt bölümlerinin) tanı üzerindeki ağılıkları değerlendirilmiştir. Aşamalı ayırıcı fonksiyon analizi ile hasta gruplarını birbirlerinden ayırmayı sağlayan fonksiyonlar bulunduktan sonra bu fonksiyonlar aracılığı ile hastaları sınıflama hatası minimum olacak biçimde gruptan herhangi birine atamaktadır. Dolayısıyla ayırıcı fonksiyon analizi ile ölçütlerin ya da semptomların / özet ifadelerin SCID-II veya DIB-R tanısı ile ilişkilerine göre fonksiyonlar tanımlanmış ve tanılar ile en çok uyumluluğu olduğu saptananlar ayrılmıştır. Analize uygun olarak tespit edilip ayrılan bu ölçütler ya da semptomlar / özet ifadeler ile elde edilen fonksiyona göre tanılar için tekrar sınıflama yapılmış ve herbiri için tanıları doğru öngörebilme oranları hesaplanmıştır. Sonuçta ayırıcı fonksiyon analizi bize hangi ölçütlerin ya da semptomların / özet ifadelerin tek başlarına veya birlikte, SKB tanısı ile ne kadar ilişkili olduğunu göstermektedir.

BULGULAR

Hasta grubunun (144 kişi) içinde DSM III-R'ye göre SCID-II kriterlerinden 5 ve üzerinin eşik üstü olarak değerlendirildiği 27 (%18,8) olgu SKB tanısı alan grubu oluşturmaktadır. Geri kalan 117 (%81,2) kişi ise SKB tanısı almayan grup olarak tanımlanmıştır.

A.SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLER

1. YAŞ, CİNSİYET, KARDEŞ DURUMU VE EĞİTİM DURUMU

Yaş ortalaması, 15.07 (sd=1,86) olup, 13 ile 18 yaş arasında değişmekteydi. Sınır Kişilik Bozukluğu (SKB) tanısı alan grupta yaş ortalaması; 15,93 (sd=1,20) olup, SKB tanısı almayanlarda 14,87 (sd=1,09) olarak saptanmıştır.

Başvuran 67 erkek hastaya (%46,5) karşı, başvuran kadınların sayısı 77 (%53,5) idi. Bu sayılar SKB tanısı alanlarda erkekler için 8 (%29,6), kadınlar için 19 (%70,4) ve SKB tanısı almayanlarda erkekler için 59 (%50,4), kadınlar için 58 (%49,6) saptanmıştır. SKB tanısına göre cinslerin dağılımı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. ($P>0.05$) Ancak DIB-R tanısı göz önüne alındığında SKB tanısı alanlarda erkekler için bir kişi (%5,6), kadınlar için 17 (%94,4) ve SKB tanısı almayanlarda erkekler için 66 (%52,4), kadınlar için 60 (%47,6) saptanmıştır. DIB-R'a göre kadınlar erkeklere göre daha fazla SKB tanısı almaktadırlar. ($p<0,001$)

Tüm baş vurular için de ortalama kardeş sayısı, 2,53 (sd=1,23) olup, en az 1 ile en çok 9 arasında değişmekteydi. SKB tanısı alanlarda ortalama kardeş sayısı; 2,56 (sd=1,28) olup, en az 1 ile en çok 7 arasındaydı ve SKB tanısı almayanlarda 2,53 (sd=1,22) olup, en az 1 ile en çok 9 arasındaydı. SKB tanısına göre kardeş sayısı ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. ($P>0.05$)

Tüm baş vurular içinde ortalama kardeş sayısı, 1,83 (sd=1,18) olup, SKB tanısı alanlarda ortalama kardeş sayısı; 1,96 (sd=1,45) bulunmuş ve SKB tanısı almayanlarda 1,79 (sd=1,11) olarak gözlenmiştir. Tek çocuk olanların sayısı 14 (%9,7) iken kardeşi olanlar 130 (%90,3) kişiydi. 56 kişi (%38,9) ilk çocuk, 23 kişi (%16) ortanca çocuklardan olurken 51 kişi de (%35,4) son çocuktur. SKB tanısı alanlarda tek çocuk olanların sayısı 2 (%7,4) iken kardeşi olanlar 25 (%92,6) kişiydi. 11 kişi (%40,7) ilk çocuk, 2 kişi (%7,4) ortanca çocuklardan olurken 12 kişi de (%44,4) son çocuktur. SKB tanısı almayanlarda tek çocuk olanların sayısı 12 (%10,3) iken kardeşi olanlar 105 (%89,7) kişiydi. 45 kişi (%38,5) ilk çocuk, 21 kişi (%17,9) ortanca çocuklardan olurken 39 kişi de (%33,3) son çocuktur. SKB tanısına göre kaçınıcı çocuk oldukları ve ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. ($P>0.05$) (bk. tablo:1)

Tablo 1: Yaş, Kardeş Sayısı Ve Kaçınıcı Çocuk Olduğunun Ortalamaları

		N	Ort.	Std. Sapma	Mini.	Maksi.	Anlamlılık
Yaş	Tüm olgular	144	15.07	1,86	13	18	$P>0.05$
	SKB tanısı alanlar	27	15,93	1,20	13	18	
	SKB tanısı almayanlar	117	14,87	1,09	13	18	
Kardeş Sayısı (Kendisi dahil)	Tüm olgular	144	2,53	1,23	1	9	$P>0.05$
	SKB tanısı alanlar	27	2,56	1,28	1	7	
	SKB tanısı almayanlar	117	2,53	1,22	1	9	
Kaçınıcı Çocuk olduğu	Tüm olgular	144	1,83	1,18	1	8	$P>0.05$
	SKB tanısı alanlar	27	1,96	1,45	1	7	
	SKB tanısı almayanlar	117	1,79	1,11	1	8	

Tüm baş vurular içinde öğretimine devam edenlerin sayısı 134 (%97,1) iken okulu bırakmış olan 10 (%6,9) kişiydi. 5 kişi (%3,5) 7. sınıf öğrencisi, 42 kişi (%29,2) 8. sınıf öğrencisi, 57 kişi (%39,6) 9. sınıf öğrencisi, 20 kişi (%13,9) 10. sınıf öğrencisi, 10 kişi (%6,9) 11. sınıf öğrencisiydi. SKB tanısı alanlarda öğrenimi bırakan 5 kişi (%18,5), SKB tanısı almayanlarda 5 kişi (%4,3) idi. SKB tanısına göre sınıflara dağılım açısından anlamlı bir farklılık saptanmamakla birlikte ($P>0.05$), öğrenimi bırakma oranı SKB tanısı alanlarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. ($P<0.05$) (bk. tablo:2)

Tablo 2: Çalışma Grubunun Eğitim Gördükleri Sınıflara Dağılımı

	Tüm Olgular N=144		SKB Grubu N=27		SKB-Olmayanlar Grubu N=117	
	N	%	n	%	n	%
Eğitimini bırakmış*	10	6,9	5	18,5	5	4,3
7. Sınıf ve altı	5	3,5	-	-	5	4,3
8. Sınıf	42	29,2	4	14,8	38	32,5
9. Sınıf ve Lise Hazırlık Sınıfı	57	39,6	8	29,6	49	41,9
10. Sınıf	20	13,9	6	22,2	14	12
11. Sınıf ve üzeri	10	6,9	4	14,8	6	5,1

* $p<0,005$

2. EBEVEYNLERİN ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya katılanların annelerinin ve babalarının sosyodemografik özellikleri açısından SKB tanısına göre anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Ebeveyn özellikleri her iki grup içinde benzer özellikleri taşımaktadır. Ebeveynler için yaş ortalamaları ve hastanın doğumundaki yaş ortalamaları toplu olarak tablo 3'de gösterilmektedir. Çalışma grubu anne ve babalarının, meslek ve tahsil durumları ile psikiyatrik hastalık öyküsü ve sigara, alkol-madde kullanımı tablo 4'e toplu olarak yer almaktadır.

Tablo 3: Çalışma Grubu Anne Ve Babaları Yaş Ve Doğumdaki Yaşların Ortalamaları (a)

		N	Ort.	Std. Sapma	Mini.	Maksi.
Anne Yaşı	Tüm olgular	144	40,9	5,03	32	55
	SKB tanısı alanlar	27	41,48	5,39	32	55
	SKB tanısı almayanlar	117	40,76	4,96	32	55
Baba Yaşı	Tüm olgular	144	44,77	5,72	32	64
	SKB tanısı alanlar	27	45,11	6,19	37	64
	SKB tanısı almayanlar	117	44,69	5,63	32	64
Doğumda Anne Yaşı	Tüm olgular	144	25,83	4,95	16	41
	SKB tanısı alanlar	27	25,56	5,47	16	39
	SKB tanısı almayanlar	117	25,9	4,85	17	41
Doğumda Baba Yaşı	Tüm olgular	144	29,71	5,76	16	51
	SKB tanısı alanlar	27	29,19	6,07	22	47
	SKB tanısı almayanlar	117	29,83	5,71	16	51

(a) Ortalamalar arasında anlamlı farklılık saptanamamıştır; $p>0,05$

Tablo 4: Çalışma Grubu Anne ve Babalarının, Meslek ve Tahsil Durumları ile Psikiyatrik Hastalık Öyküsü ve Sigara, Alkol-Madde Kullanımı (a)

	Tüm Olgular N=144		SKB Grubu N=27		SKB Olmayanlar Grubu N=117	
	n	%	n	%	n	%
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü						
Annede psikiyatrik hastalık	33	22,9	5	18,5	28	23,9
Anne akrabalarında psikiyatrik hastalık	19	13,2	4	14,8	15	12,8
Babada psikiyatrik hastalık	13	9	3	11,1	10	8,5
Baba akrabalarında psikiyatrik hastalık	12	8,3	3	11,1	9	7,7
Anne Mesleği						
Ev hanımı / işsiz	96	66,7	15	56,6	81	69,2
Emekli	14	9,7	2	7,4	12	10,3
İşçi	8	5,6	5	18,5	3	2,6
Memur	18	12,5	2	7,4	16	13,7
Serbest / Diğer	8	5,6	3	11,1	5	4,3
Baba Mesleği						
İşsiz	7	4,9	3	11,1	4	3,4
Emekli	27	18,8	8	29,6	19	16,2
İşçi	31	21,5	8	29,6	23	19,7
Memur	29	20,1	2	7,4	27	23,1
Serbest / Diğer	50	34,7	6	22,2	44	37,6
Anne Eğitim Düzeyi						
Eğitimsiz ve okur-yazar	10	7	2	7,4	8	6,9
İlkokul	77	53,5	13	48,1	64	54,7
Ortaokul	21	14,6	6	22,2	15	12,8
Lise	24	16,7	6	22,2	18	15,4
Yüksek öğretim	12	8,3	-	-	12	10,3
Baba Eğitim Düzeyi						
Eğitimsiz ve okur-yazar	4	2,8	-	-	4	3,4
İlkokul	69	47,9	16	59,3	53	45,4
Ortaokul	15	10,4	4	14,8	11	9,4
Lise	35	24,3	7	25,9	28	23,9
Yüksek öğretim	21	14,6	-	-	21	17,9
Sigara Kullanımı						
Annede sigara kullanımı	52	36,1	12	44,4	40	34,2
Babada sigara kullanımı	87	60,4	20	74,1	67	57,3
Alkol Madde Kullanımı						
Annede alkol madde kullanımı	-	-	-	-	-	-
Babada alkol madde kullanımı	19	13,2	6	22,2	13	11,1

(a) Ortalamalar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır; $p > 0,05$

3. AİLE DURUMU

Tüm baş vurular için ortalama hane nüfusu 4,37 (sd=1,16) olup, en az 2 ile en çok 9 kişi arasında değişmekteydi. Evde iki kişinin yaşadığı 3 aile (%2,1), üç kişinin yaşadığı 19 aile (%13,2), dört kişinin yaşadığı 75 aile (%52,1), 5 ve üzerinde nüfusu olan 47 aile (%32,6) vardı. Tüm baş vurular için ortalama aylık gelir 905,74 milyon (sd=661,37) olup, en az 100 milyon ile en çok 5 milyar arasında değişmekteydi.

SKB tanısı alanlarda ortalama hane nüfusu 4,08 (sd=0,89) olup, en az 3 ile en çok 6 kişi arasında değişmekteydi. Evde üç kişinin yaşadığı 2 aile (%7,4), dört kişinin yaşadığı 13 aile (%48,1), 5 ve üzerinde nüfusu olan 12 aile (%44,4) vardı. SKB tanısı alan ergenlerin aileleri için ortalama aylık gelir 691,53 milyon (sd=456,96) olup, en az 200 milyon ile en çok 2 milyar arasında değişmekteydi.

SKB tanısı almayanlarda ortalama hane nüfusu 4,44 (sd=1,63) olup, en az 2 ile en çok 9 kişi arasında değişmekteydi. Evde iki kişinin yaşadığı 3 ailenin (%2,6) hepsi bu gruptaydı. Üç kişinin yaşadığı 17 aile (%14,5), dört kişinin yaşadığı 62 aile (%53), beş ve üzerinde nüfusu olan ise 35 aile (%49,9) vardı. SKB tanısı almayan ergenlerin aileleri için ortalama aylık gelir 954,17 milyon (sd=691,77) olup, en az 100 milyon ile en çok 5 milyar arasında değişmekteydi.

SKB tanısına göre ev nüfusu ve aylık gelir ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. ($P>0.05$)

Akraba evliliği tüm baş vurular içinde 20 (%13,9) ebeveyn arasında saptandı. SKB tanısı alanlarda ebeveyn arasında SKB tanısı alanlarda ebeveyn arasında mevcuttu. SKB tanısına göre ebeveynler arasında akraba evliliği açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. ($P>0.05$)

Tüm başvurular içinde 84 (%58,3) ebeveyn ve birlikte sorunsuz yaşadıklarını, 36 (%25) ebeveyn aralarında tartışmalar yaşandığını, 5 (%3,5) ebeveyn ise şiddetli geçimsizlik ve aile içi şiddet bildirmiştir. 7'si (%4,9) resmi boşanma olmak üzere 11 (%7,6) aile bölünmüştü. 8 (%5,6) ailede ölüm nedeniyle tek ebeveyn mevcuttu. 3 (%2,1) ergenin üvey ebeveyni vardı. Çalışmaya alınan ergenlerden bir tanesi Çocuk Esirgeme Kurumu yurdundan gelmişti.

SKB tanısı alanlarda 12 (%44,4) ebeveyn ve birlikte sorunsuz yaşadıklarını, 7 (%24,8) ebeveyn aralarında tartışmalar yaşandığını, 3 (%11,5) ebeveyn ise şiddetli geçimsizlik ve aile içi şiddet bildirmiştir. Biri (%3,7) resmi boşanma ile olmak üzere 3 (%11,1) aile bölünmüştü. 2 (%7,4) ailede ölüm nedeniyle tek ebeveyn mevcuttu. Bir (%3,7) ergenin üvey ebeveyni vardı. Çocuk Esirgeme Kurumu yurdundan gelmiş olan hasta bu gruptaydı.

SKB tanısı almayanlarda 72 (% 61,5) ebeveyn ve birlikte sorunsuz yaşadıklarını, 29 (%24,8) ebeveyn aralarında tartışmalar yaşandığını, 2 (%1,7) ebeveyn ise şiddetli geçimsizlik ve aile içi şiddet bildirmiştir. 6'sı (%5,1) resmi boşanma ile olmak üzere 8 (%6,8) aile bölünmüştü. 6 (%5,1) ailede ölüm nedeniyle tek ebeveyn mevcuttu. Bir (%0,9) ergenin üvey ebeveyni vardı. SKB tanısı alanlarda Şiddetli geçimsizlik ve aile içi şiddet bildirimi bu tanıyı almayanlara göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. ($P<0,05$, $\chi^2= 5,78$) Bunun dışında SKB tanısına göre ebeveynler özellikleri ve aile durumu hakkında anlamlı bir farklılıklar saptanmamıştır. ($P>0,05$)

4. GELİŞİM ÖYKÜSÜ

Tüm baş vurular için doğum ağırlıklarının ortalaması 3398,87 gr (sd=547,25) saptanmış olup 1800 ile 5000 gr arasında değişmekteydi. SKB tanısı alanların doğum ağırlıklarının ortalaması 3380,43 gr (sd=797,25) saptanmış olup 1800 ile 5000 gr arasında değişmekteydi. SKB tanısı almayanların doğum ağırlıklarının ortalaması 3402,87 gr (sd=481,48) saptanmış olup 2200 ile 4900 gr arasında değişmekteydi. SKB tanısına göre olguların doğum ağırlığı ortalamaları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. ($P>0,05$)

Tüm baş vurular için anne sütü alma sürelerinin ortalaması 9,09 ay (sd=8,05) saptanmış olup hiç almama ile 36 ay arasında değişmekteydi. SKB tanısı alanların anne sütü alma sürelerinin ortalaması 8,15 (sd=6,25) saptanmış olup hiç almama ile 36 ay arasında değişmekteydi. SKB tanısı almayanların anne sütü alma sürelerinin ortalaması 9,31 (sd=7,77) saptanmış olup hiç almama ile 36 ay arasında değişmekteydi. SKB tanısına göre olguların anne sütü alma süreleri açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. ($P>0,05$) (bkz. tablo 5)

Tüm baş vurular için yürümeye başlama yaşlarının ortalaması 12,17 ay (sd=2,02) saptanmış olup 9ay ile 24 ay arasında değişmekteydi. SKB tanısı alanların yürümeye başlama yaşlarının ortalaması 11,89 (sd=1,78) saptanmış olup 9 ay ile 18 ay arasında değişmekteydi. SKB tanısı

almayanların yürümeye başlama yaşlarının ortalaması 12,24 (sd=2,07) saptanmış olup 9 ile 24 ay arasında değişmekteydi. SKB tanısına göre olguların yürümeye başlama yaşları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. ($P>0.05$) (bkz. tablo 5)

Tüm baş vurular için konuşmaya (cümle kurmaya) başlama yaşlarının ortalaması 19,06 ay (sd=4,62) saptanmış olup 12 ay ile 24 ay arasında değişmekteydi. SKB tanısı alanların konuşmaya başlama yaşlarının ortalaması 19,37 (sd=4,14) saptanmış olup 12 ay ile 30 ay arasında değişmekteydi. SKB tanısı almayanların konuşmaya başlama yaşlarının ortalaması 19 (sd=4,73) saptanmış olup 12 ile 24 ay arasında değişmekteydi. SKB tanısına göre olguların konuşmaya başlama yaşları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. ($P>0.05$) (bkz. tablo 5)

Tüm baş vurular için tuvalet eğitimin tamamlama yaşlarının ortalaması 21,18 ay (sd=7,35) saptanmış olup 12 ay ile 48 ay arasında değişmekteydi. SKB tanısı alanların konuşmaya başlama yaşlarının ortalaması 21,22 (sd=6,81) saptanmış olup 12 ay ile 36 ay arasında değişmekteydi. SKB tanısı almayanların konuşmaya başlama yaşlarının ortalaması 21,18 (sd=7,45) saptanmış olup 12 ile 48 ay arasında değişmekteydi. SKB tanısına göre olguların tuvalet eğitimin tamamlama yaşları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. ($P>0.05$) (bkz. tablo 5)

Tüm baş vurular içinde 49 (%34) olgu okul öncesi eğitim almıştı. SKB tanısı alanlardan 7'si (%25,9) ve SKB tanısı almayanlarında 42'si (%35,9) okul öncesi eğitim almıştı. SKB tanısına göre olguların okul öncesi eğitim alma oranları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. ($P>0.05$) (bkz. tablo 5)

Tüm başvurular içerisinde 31 (%21,5) olguda gebelik planlı değildi. SKB tanısı alan olgulardan 8 (%29,6)' inde, SKB tanısı almayan olgulardan 23 (%19,7) 'ünde gebeliğin planlı olmadığı bildirilmiştir. SKB tanısı açısından karşılaştırıldığında gebeliğin planlı olup olmaması açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tüm başvurular içerisinde 10 (%6,9) olguda perinatal sorunlar tarif edilmiştir. SKB tanısı alan olgulardan 2 (%7,4)'inde, SKB tanısı almayan olgulardan 8 (%6,8)' ünde perinatal sorunlar bildirilmiştir. Tüm başvurular içerisinde 18 (%12,5) olguda, SKB tanısı alan olgulardan 2 (%7,4)'sinde ve SKB tanısı almayan olgulardan 16 (%13,7)' sinda kronik hastalık bildirilmiştir. Tüm başvurular içerisinde 13 (%9) olguda, SKB tanısı alan olgulardan 1

(%3,7)'inde ve SKB tanısı almayan olgulardan 12 (%10,3)' inde havale öyküsü mevcuttur. SKB tanısı açısından karşılaştırıldığında perinatal sorunlar, kronik hastalık mevcudiyeti ve havale öyküsünün varlığı açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 5: Çalışma Grubunun Anne Sütü Aldığı Süre ile Yürüme, Konuşma, Tuvalet Eğitimi Tamamlama Yaşları ve Okul Öncesi Eğitim Alma Ortalamaları

		N	Ort.	Std. Sapma	Mini.	Maksi.	Anlamlılık
Anne sütü aldığı süre (ay)	Tüm olgular	144	9,09	8,05	0	36	P>0.05
	SKB grubu	27	8,15	9,26	0	36	
	SKB olmayanlar grubu	117	9,31	7,78	0	6	
Yürüme yaşı (ay)	Tüm olgular	144	12,17	2,03	9	24	P>0.05
	SKB grubu	27	11,89	1,78	9	18	
	SKB olmayanlar grubu	117	12,24	2,08	9	24	
Konuşma yaşı (ay)	Tüm olgular	144	19,07	4,62	12	42	P>0.05
	SKB grubu	27	19,37	4,14	12	30	
	SKB olmayanlar grubu	117	19,00	4,74	12	42	
Tuvalet eğitimi yaşı (ay)	Tüm olgular	144	21,04	7,56	9	48	P>0.05
	SKB grubu	27	21,22	6,81	12	36	
	SKB olmayanlar grubu	117	21,00	7,75	9	48	
Okul öncesi eğitim süresi (ay)	Tüm olgular	49	17,9	11,7	0	48	P>0.05
	SKB grubu	7	18	11,42	6	48	
	SKB olmayanlar grubu	47	17,88	14,28	0	48	

5. YAŞAM OLAYLARI

Tüm başvurular içerisinde ebeveyn, kardeş, arkadaş ya da akraba kaybı öyküsü 9 (%6,3) olguda mevcuttur. SKB tanısı alanlardan biri (%3,7), SKB tanısı almayanlardan da 8 (%6,8)'i böyle bir kayıp öyküsü bildirmiştir.

Tüm başvurular içerisinde geçirilen kaza öyküsü 10 (%6,9) olguda mevcuttur. SKB tanısı alanlardan 3 (%11,1)'ü, SKB tanısı almayanlardan 7 (%6)'si kaza öyküsü bildirmiştir.

Tüm başvurular içerisinde cinsel veya fiziksel taciz öyküsü 10 (%6,9) olgu tarafından bildirilmiştir. SKB tanısı alanlardan biri (%3,7), SKB tanısı almayanlardan 9 (%7,7)'i cinsel veya fiziksel taciz öyküsü bildirmiştir.

Tüm başvurular içerisinde öğrenimini yarıda bırakan 6 (%4,2) kişi mevcuttur. SKB tanısı alanlardan biri (%3,7), SKB tanısı almayanlardan 5 (%4,3)'si öğrenimini yarıda bıraktığını bildirmiştir.

Tüm başvurular içerisinde ortam değişikliği öyküsü 13 (%9) olguda mevcuttur. SKB tanısı alanlardan 2 (%7,4)'si, SKB tanısı almayanlardan 11 (%9,4)'i ortam değişikliği öyküsü bildirmiştir.

Tüm başvurular içerisinde geçirilen ciddi fiziksel hastalık ya da ameliyat öyküsü 38 (%26,4) olguda mevcuttur. SKB tanısı alanlardan 8 (%29,6)'i, SKB tanısı almayanlardan 30 (%25,6)'u kaza öyküsü bildirmiştir.

SKB tanısı açısından karşılaştırıldığında yaşam olayları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. (bkz. tablo 6)

Tablo 6: Çalışma Grubunda Yaşam olayları ile Havale, Perinatal Sorun ve Kronik Hastalık Öyküsü (a)

	Tüm Olgular N=144		SKB Grubu N=27		SKB Olmayanlar Grubu N=117	
	n	%	n	%	n	%
Ebeveyn ya da yakın kaybı öyküsü	9	6,3	1	3,7	8	6,8
Geçirilmiş ciddi kaza öyküsü	10	6,9	3	11,1	7	6
Öğrenimi yarıda bırakma öyküsü	6	4,2	1	3,7	5	4,3
Cinsel / fiziksel taciz öyküsü	10	6,9	1	3,7	9	7,7
Ortam değişikliği öyküsü	13	9	2	7,4	11	9,4
Geçirilmiş ciddi hastalık/ameliyat öyküsü	38	26,4	8	29,6	30	25,6
Havale öyküsü	13	9	1	3,4	12	10,3
Perinatal sorun öyküsü	10	6,9	2	7,4	8	6,8
Kronik hastalık öyküsü	18	12,5	2	7,4	16	13,7

(a) Oranlar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır; $p>0,05$

6. BAŞVURU YAKINMALARI

Tüm başvurular arasında ilk başvuruda bildirilen yakınmalar ve oranları tablo 87'de görülmektedir.

Tüm başvurular için de ortalama başvuru yakınması sayısı 3,06 (sd=1,3) olup, en az 1 ile en çok 9 arasında değişmekteydi. SKB tanısı alanlarda ortalama 3,74 (sd=1,58) olup, en az 1 ile en çok 7 arasında ve SKB tanısı almayanlarda 2,9 (sd=1,17) olup, en az 1 ile en çok 7 arasındaydı. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre ortalama başvuru yakınması sayısı anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,01$, $t = -3,13$)

Tablo 7: Kliniğe İlk Başvuruda Bildirilen Yakınmalar ve Oranları

Yakınma	N	Yüzde	Yakınma	N	Yüzde
Sinirlilik	54	37,5%	İsteksizlik	8	5,6%
Derslerde başarısızlık	45	31,4%	Bayılma	7	4,9%
Geçimsizlik	34	23,6%	Kendini yaralama	7	4,9%
Dikkat dağınıklığı	25	17,4%	Tikler	7	4,9%
Sıkıntı	23	16%	Takıntılar	7	4,9%
Korkular	21	14,6%	Enürezis ve Enkoprezis	7	4,9%
İçine kapanıklık	17	11,8%	Görsel ve işitsel varsanılar	7	4,9%
Uyku bozukluğu	16	11,1%	Hareketlilik	6	4,6%
Heyecanlılık	16	11,1%	İştah sorunları	6	4,2%
İntihar girişimi	15	10,4%	Okuldan kaçma	6	4,2%
Ağlamalar	14	9,7%	Kavgacılık	5	3,5%
Mutsuzluk	11	7,6%	Ölüm / intihar düşünceleri	5	3,5%
Kaygı ve endişe	10	6,9%	Kekemelik	5	3,5%
Somatik yakınmalar	10	6,9%	Sigara kullanımı	5	3,5%
Çekingenlik	10	6,9%	Evden kaçma	5	3,5%
Diğer	10	6,9%	Evden para çalma	3	2,1%
Yalan söyleme	9	6,3%	Alkol madde kullanımı	2	1,4%

Bu 34 yakınmaya SCID-II SKB Tanısı için uygulanan aşamalı ayırma analizinde ($\kappa=0,701$, $\chi^2(3)=49,94$, $p<0,001$) intihar girişimi, kendini yaralama ve uyku bozuklukları olmak üzere 3 yakınmanın analize uygunluğu belirlenmiş ve bu yakınmalarla SCID-II SKB Tanısı %84,7 doğrulukla öngörülebilmiştir. (bkz. tablo 8)

Tablo 8: SCID-II SKB Tanısına Göre Tespit Edilen Başvuru Yakınmaları (a,b,c)

Adım	Başvuru Yakınması	Wilks' Lambda			Öngörücü etkisi
		Lambda değeri	Kesin F değeri	Anlamlılık	
1	İntihar Girişimi	0,77	41,79	$p<0,001$	%86,1
2	Kendini Yaralama	0,73	25,39	$p<0,001$	%84,7
3	Uyku Bozukluğu	0,70	19,91	$p<0,001$	%79,9

Her adımda, tüm Wilks' Lambda değerlerini minimize eden başvuru yakınması tespit edilmiştir. Üç başvuru yakınmasının birlikteliğinde *SCID-II SKB tanısı %84,7 oranında doğru öngörülmüştür* ($\kappa=0,701$, $\chi^2(3)=49,94$, $p<0,001$).

a Maksimum adım sayısı 6

b Dahil etmek için minimum kısmi F değeri 3.84.

c Çıkarmak için maksimum kısmi F değeri 2.71.

Başvuru yakınmalarına DIB-R SKB tanısı için uygulanan aşamalı ayırma analizinde ($\kappa=0,681$, $\chi^2(3)=59,89$, $p<0,001$) intihar girişimi, kavgacılık ve uyku bozuklukları olmak üzere 3 yakınmanın analize uygunluğu belirlenmiş ve bu yakınmalarla DIB-R SKB tanısı %89,6 doğrulukla öngörülebilmiştir. (bkz. tablo 9)

Tablo 9: DIB-R SKB Tanısına Göre Tespit Edilen Başvuru Yakınmaları (a,b,c)

Adım	Başvuru Yakınması	Wilks' Lambda			Öngörücü etkisi
		Lambda değeri	Kesin F değeri		
			F	Anlamlılık	
1	İntihar Girişimi	0,76	44,81	p<0,001	%88,6
2	Kavgacılık	0,70	30,11	p<0,001	%88,2
3	Uyku Bozukluğu	0,68	21,82	p<0,001	%83,3

Her adımda, tüm Wilks' Lambda değerlerini minimize eden başvuru yakınması tespit edilmiştir. Üç başvuru yakınmasının birlikteliğinde *SCID-II SKB tanısı %89,6*

oranında doğru öngörülmüştür ($\kappa=0,681$, $\chi^2(3)=59,89$, $p<0,001$).

a Maksimum adım sayısı 6

b Dahil etmek için minimum kısmi F değeri 3.84.

c Çıkarmak için maksimum kısmi F değeri 2.71.

B.DIB-R ve SCID-II

Tüm başvurular içinde DIB-R'a göre 8 ve üzeri skor elde etmiş 17 (%11,8) olgu DIB-R'a göre SKB tanısı alan grubu oluşturdu. 16 (%11,1) olgu hem SCID-II kriterlerine göre hem de DIB-R skoruna göre SKB tanısı almıştır. 11 (%7,6) olgu yalnızca SCID-II kriterlerine göre SKB tanısı alırken bir olgu yalnızca DIB-R skoruna göre SKB tanısı almıştır. SCID-II ölçütlerine göre SKB alanlarda DIB-R'a göre de bu tanıyı alma oranı SCID-II tanısı almamışlarla karşılaştırıldığında anlamlı orak fazla bulunmuştur ($P<0,001$, $\chi^2=71,87$).

Testlerin içgüvenilirlikleri yönünden değerlendirildiğinde Cronbach alpha katsayısı DIB-R'da sorgulanan 87 semptom için 0,96 olarak bulunmuştur. DIB-R'daki 20 Özet ifade için Cronbach alpha 0,92 saptanmıştır. SCID-II'de sorgulanan tanı ölçütleri için Cronbach alpha 0,86 bulunmuştur. Cronbach alpha değeri 0,80'nin üzerinde saptandığından yüksek derecede iç-güvenilirlik elde edilmiştir.

1. SCID-II

Tüm başvurular içerisinde değişken kişilerarası ilişkiler 41 (%28,5) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 26 (%96,3) kişide, almayanlarda da 15 (%12,8) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre değişken kişilerarası ilişkiler anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=75,06$) Cinsiyet farkı bir farklılık saptamamıştır. ($P>0,05$, $\chi^2=3,06$)

Tüm başvurular içerisinde dürtüsel davranış 16 (%11,1) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 14 (%51,9) kişide, almayanlarda da 2 (%1,7) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre dürtüsel davranış anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=55,89$) Cinsiyet farkı bir farklılık saptamamıştır. ($P>0,05$, $\chi^2=0,08$)

Tüm başvurular içerisinde duygulanımda kararsızlık 61 (%42,4) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 23 (%85,2) kişide, almayanlarda da 38 (%32,5) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre duygulanımda kararsızlık anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=24,96$) Tüm başvurular içinde değişken kişilerarası ilişkiler kadınlarda anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,05$, $\chi^2=4,66$)

Tüm başvurular içerisinde kontrol edilemeyen öfkeliilik 42 (%29,2) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 23 (%85,2) kişide, almayanlarda da 19 (%16,2) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre kontrol edilemeyen öfkeliilik anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=50,48$) Cinsiyet farkı bir farklılık saptamamıştır. ($P>0,05$, $\chi^2=0,03$)

Tüm başvurular içerisinde intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışı 22 (%15,3) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 14 (%51,9) kişide, almayanlarda da 8 (%6,8) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışı anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=34,34$) Tüm başvurular içinde değişken kişilerarası ilişkiler kadınlarda anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,05$, $\chi^2=5,91$)

Tüm başvurular içerisinde kimlik karmaşası 54 (%37,5) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 22 (%81,5) kişide, almayanlarda da 32 (%27,4) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre kimlik karmaşası anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=27,43$) Cinsiyet farkı bir farklılık saptamamıştır. ($P>0,05$, $\chi^2=0,15$)

Tüm başvurular içerisinde kronik boşluk hissi ve can sıkıntısı 42 (%29,2) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 21 (%77,8) kişide, almayanlarda da 21 (%17,9) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre kronik boşluk hissi ve can sıkıntısı anlamlı olarak daha fazla

gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=38,01$) Tüm başvurular içinde değişken kişilerarası ilişkiler kadınlarda anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,01$, $\chi^2=9,86$)

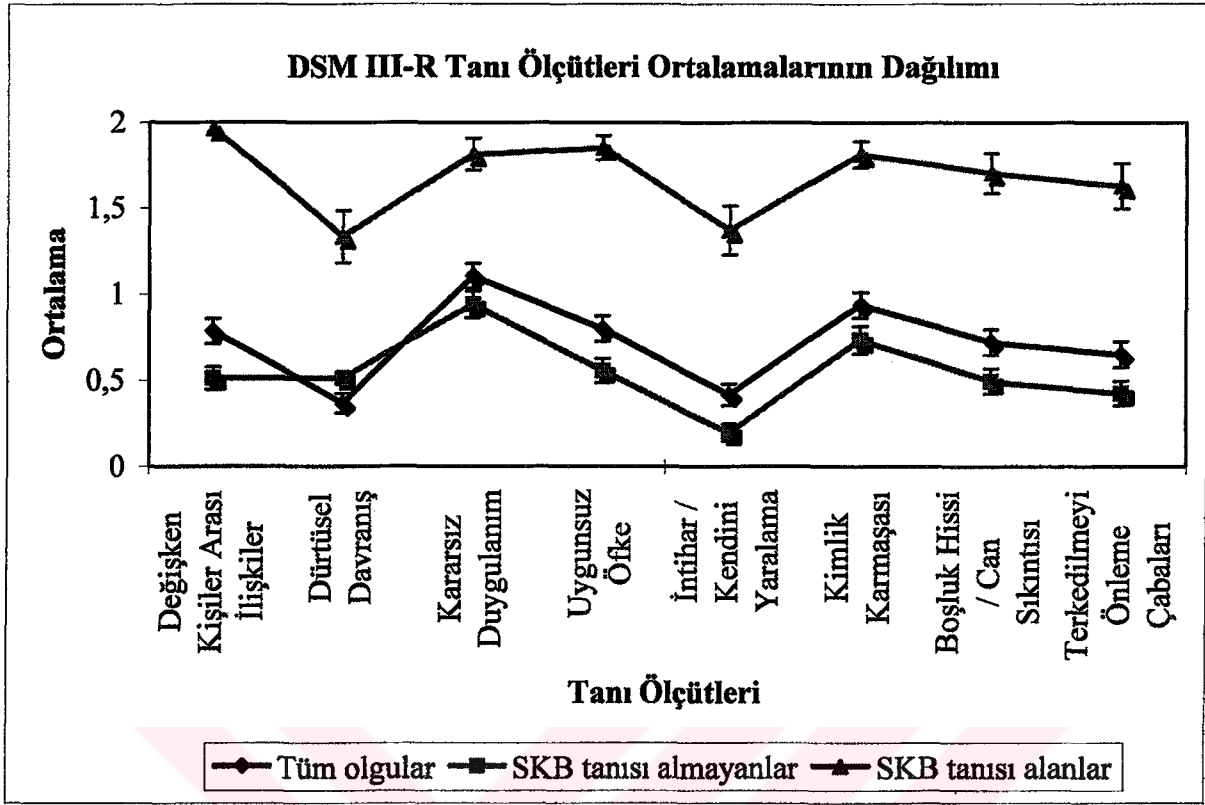
Tüm başvurular içerisinde terk edilmeyi önleme çabaları 40 (%27,8) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 20 (%74,1) kişide, almayanlarda da 20 (%17,1) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre terk edilmeyi önleme çabaları anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=35,5$) Tüm başvurular içinde değişken kişilerarası ilişkiler kadınlarda anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,01$, $\chi^2=8,06$)

Tüm olgularla birlikte SKB ve SKB olmayan gruplar için DSM III-R SCID-II SKB Tanı Ölçütleri Skorlarının 0=yok, 1=olası ve 2=var olarak ortalamaları tablo 10'da ve Grafik 1'de gösterilmiştir. Grafik 2'de SCID-II tanı kriterlerinin dağılımı görülmektedir.

Tablo 10: DSM III-R SKB Tanı Ölçütleri Skorlarının 144 ilk başvuru hastasındaki dağılımı (a)

SKB Tanı Ölçütleri	Tüm Olgular (N=144)		SCID-II Tanısı			
			yok (N = 117)		var (N = 27)	
	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma
Değişken Kişilerarası ilişkiler	0,78	0,86	0,50	0,71	1,96	0,19
Dürtüsel Davranış	0,35	0,67	0,14	0,39	1,30	0,82
Kararsız Duygulanım	1,09	0,87	0,92	0,85	1,81	0,48
Uygunsuz Öfke	0,79	0,86	0,55	0,75	1,85	0,36
İntihar / Kendini Yaralama Davranışı	0,40	0,73	0,18	0,52	1,37	0,74
Kimlik Karmaşası	0,94	0,89	0,74	0,85	1,78	0,42
Kronik Boşluk Hissi	0,74	0,89	0,51	0,79	1,70	0,61
Terk Edilmeyi Önleme Çabaları	0,64	0,88	0,43	0,77	1,56	0,75

(a) 0=yok, 1=olası ve 2=var olarak skorlanmıştır.

Grafik 1: DSM III-R SKB Tanı Ölçütleri Ortalamalarının Dağılımını Gösteren Grafik

Kimlik karmaşası %38 ile en çok, %11 ile dürtüsel davranış ise en az karşılanan tanı ölçütüydü. Özgüllük değerleri 0,68 ile 0,98 arasında duyarlılık ise 0,52 ile 0,96 arasında değişmekteydi. Negatif Öngörücü Güç değerleri taban oranın düşüklüğü ile ilişkili olarak yüksek değerlerde, 0,89 ile 0,99 arasında değişmekteydi. Pozitif Öngörücü Güç değerleri ise 0,38 ile 0,88 arasındaydı. Sonuç olarak Toplam Öngörücü Güç değerleri 0,71 ile 0,90 arasında saptandı. Dürtüsel davranış en yüksek özgüllüğe, pozitif ve toplam öngörücü güce sahip ölçüttü. Değişken kişilerarası ilişkiler ise en yüksek duyarlılığa ve negatif öngörücü güce sahipti. Duygusal kararsızlık en düşük özgüllük, pozitif ve toplam öngörücü güce sahip ölçüttü. (bkz. tablo 11)

Tablo 11: DSM III-R Ölçütlerinin Taban oranları, Özgüllük, Duyarlılık, Negatif Öngörücü Güç, Pozitif Öngörücü Güç, ve Toplam Öngörücü Güç Değerleri (N=144)

SKB Tanı Ölçütleri	Temel Oran	Özgüllük	Duyarlılık	NÖG	PÖG	TÖG	Anlamlılık
Değişken kişilerarası ilişkiler	0,28	0,87	0,96	0,99	0,63	0,89	P<0,001
Duygusal Karasızlık	0,42	0,68	0,85	0,95	0,38	0,71	P<0,001
Dürtüsel davranış	0,11	0,98	0,52	0,90	0,88	0,90	P<0,001
Uygunsuz Öfke	0,29	0,84	0,85	0,96	0,55	0,84	P<0,001
İntihar girişimleri ve kendini yaralama	0,15	0,93	0,52	0,89	0,64	0,85	P<0,001
Kimlik karmaşası	0,38	0,73	0,82	0,94	0,41	0,74	P<0,001
Boşluk hissi ve can sıkıntısı	0,29	0,82	0,78	0,94	0,50	0,81	P<0,001
Terk edilmeyi önleme çabaları	0,28	0,83	0,74	0,93	0,50	0,81	P<0,001

DSM III-R tanı ölçütlerine SCID-II'den alınan SKB tanısı için uygulanan aşamalı ayırma analizinde ($\kappa=0,299$, $\chi^2(4)=168,99$, $p<0,001$) dürtüsel davranış, değişken kişilerarası ilişkiler, intihar girişimleri / kendini yaralama ve terk edilmeyi önleme çabaları olmak üzere 4 ölçütün analize uygunluğu belirlenmiş ve bu ölçütlerle SCID-II SKB tanısı %94,8 doğrulukla öngörülebilmektedir. (bk. Tablo12)

Tablo 12: SCID-II SKB Tanısına Göre Tespit Edilen DSM III-R Tanı Ölçütleri (a,b,c)

Adım	DSM III-R Tanı Ölçütleri	Wilks' Lambda			Öngörücü etkisi
		Lambda değeri	Kesin F değeri		
			F	Anlamlılık	
1	Dürtüsel Davranış	0,53	127,33	p<0,001	%88,9
2	Değişken Kişilerarası ilişkiler	0,38	115,69	p<0,001	%86,8
3	İntihar Girişimleri ve Kendini Yaralama	0,32	98,06	p<0,001	%86,1
4	Terk Edilmeyi Önleme Çabaları	0,30	81,45	p<0,001	%81,3

Her adımda, tüm Wilks' Lambda değerlerini minimize eden başvuru yakınması tespit edilmiştir. Dört ölçütün birlikteliğinde SCID-II SKB tanısı %95,8 oranında doğru öngörülmüştür ($\kappa=0,299$, $\chi^2(4)=168,99$, $p<0,001$).

a Maksimum adım sayısı 16.

b Dahil etmek için minimum kısmi F değeri 3.84.

c Çıkarmak için maksimum kısmi F değeri 2.71.

144 kişilik tüm çalışma grubu içinde DSM IIR tanı ölçütleri arasındaki korelasyon incelenmiş, orta derecede korelasyon mevcuttu (0,32 ile 0,59). En yüksek korelasyon uygunsuz öfke ve kendini yaralama davranışı (0,59) ile kararsız duygulanım ve değişken kişilerarası ilişkiler (0,56) arasındaydı. 144 ilk başvuru hastasında SCID-II SKB tanı ölçütlerinin aralarındaki korelasyonlar tablo 13’de görülmektedir.

Tablo 13: 144 İlk Başvuru Hastasında DSM III-R SKB Tanı Ölçütlerinin Aralarındaki Korelasyonlar

Birinci Kişilik Bozukluğu Tanı Ölçütleri	Korelasyon (r)							
	Değişken Kişiler arası İlişkiler	Dürtüsel Davranış	Kararsız Duygulanım	Uygunsuz Öfke	İntihar / Kendini Yaralama Davranışı	Kimlik Karmaşası	Kronik Boşluk Hissi	Terk Edilmeyi Önleme Çabaları
Değişken kişilerarası ilişkiler								
Dürtüsel Davranış	0,46*							
Kararsız duygulanım	0,56*	0,37*						
Uygunsuz Öfke	0,49*	0,47*	0,48*					
İntihar / Kendini yaralama davranışı	0,40*	0,50*	0,35*	0,58*				
Kimlik Karmaşası	0,47*	0,39*	0,38*	0,51*	0,33*			
Kronik Boşluk Hissi	0,41*	0,32*	0,33*	0,41*	0,43*	0,35*		
Terk Edilmeyi Önleme Çabaları	0,44*	0,38*	0,33*	0,44*	0,43*	0,50*	0,59*	
p<0,001								

Tüm DSM III-R tanı ölçütlerine ana bileşenler yöntemi ile açıklayıcı faktör analizi uygulandı (Principal Components Exploratory Factor Analysis). Bu analiz sonucu açıklanan varyansın 2/3’ünden daha fazlasını açıklayan üç faktörlü model en uygun çözüm olarak belirlendi. Faktörler toplam varyansın %70,62’sini açıklamaktaydı. Analizler üç faktörlü modeli için tekrar anaeksen faktörizasyonu (principal-axis factoring) yöntemiyle tekrarlanmış ve sonuçlar benzeri bulunmuştur. (Tucker uygunluk katsayısı 0,98 olarak saptanmıştır.) Bileşenlerin Varimax rotasyonu ile ortaya çıkan faktör yapısı Tablo 17’de gösterilmektedir.

Birinci faktör toplam varyansın %50,17’sini açıklamakla birlikte üç tanı ölçütünden oluşmaktadır; bunlar kararsız duygulanım, değişken kişilerarası ilişkiler ve kimlik karmaşasıdır. Buna “Bozulmuş İlişkiler” faktörü denmiştir.

İkinci faktör toplam varyansın %10,77'sini açıklamakla birlikte üç tanı ölçütünden oluşmaktadır; bunlar intihar ve kendini yaralama davranışı, dürtüsel davranış ve uygunsuz öfkedir. Bu faktöre "Davranışsal Düzensizlik" adı verilmiştir.

Üçüncü faktör toplam varyansın %9,68'ini açıklamakla birlikte iki tanı ölçütünden oluşmaktadır; bunlar kronik boşluk hissi ve terk edilmeyi önleme çabalarıdır. Bu faktöre de "Duygulanımda Düzensizlik" adı verilmiştir.

Her faktörün SCID-II SKB tanısı üzerindeki rölatif etkisini saptamak amacıyla faktörlerin tanısallık boyutları değerlendirilmiştir. SCID-II SKB tanısı için uygulanan aşamalı ayırma analizinde üç faktör birlikte ($\kappa=0,348$, $\chi^2(3)=148,43$, $p<0,001$) SCID-II SKB tanısını %93,8 doğrulukla öngörülebilmiştir. SKB tanısının öngörülebilirlik oranları sırasıyla; Faktör 1 (Bozulmuş İlişkiler) için %70,2, Faktör 2 (Davranışsal Düzensizlik) için %85,4, Faktör 3 (Duygulanımda Düzensizlik) için %75,7'dir.

Tablo 14: 144 İlk Başvuru Hastasında DSM III-R SKB Tanı Ölçütleri için Üç Faktörlü Varimax Çözümü (a)

SKB Tanı Ölçütleri	Faktör Yükleri		
	Faktör 1: Bozulmuş İlişkiler (b)	Faktör 2: Davranışsal Bozukluk (c)	Faktör 3: Duygusal Düzensizlik (d)
Kararsız Duygulanım	0,828	0,215	0,066
Değişken Kişilerarası ilişkiler	0,739	0,265	0,257
Kimlik Karmaşası	0,598	0,132	0,455
İntihar / Kendini Yaralama Davranışı	0,122	0,827	0,304
Dürtüsel Davranış	0,281	0,769	0,108
Uygunsuz Öfke	0,485	0,575	0,284
Kronik Boşluk Hissi	0,156	0,219	0,822
Terk Edilmeyi Önleme Çabaları	0,236	0,226	0,821

(a) Toplam varyansın %70,62'si

(b) Özdeğer = 4,01; toplam varyansın %50,17'si

(c) Özdeğer = 0,86; toplam varyansın %10,77'si

(d) Özdeğer = 0,78; toplam varyansın %9,68'i

2. DIB-R

Tüm başvurular içinde DIB-R'a göre 8 ve üzeri skor elde etmiş 17 (%11,8) olgu mevcuttu. Bu olguların 16'sı kadın biri erkekti. DIB-R SKB tanısı alanlar içinde kadınlar erkeklere göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur. ($P<0,001$, $\chi^2=12,7$)

a) DUYGULANIM BÖLÜMÜ

(1) DEPRESYON

Tüm başvurular içerisinde kronik, hafif ya da bir veya daha fazla major depresif epizod varlığı 41 (%28,5) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 16 (%59,3) kişide, almayanlarda da 25 (%21,4) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre depresif duygudurum örüntüsü anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=15,46$)

Tüm başvurular içerisinde süregiden çaresizlik, umutsuzluk, değersizlik veya suçluluk duyguları örüntüsü 27 (%18,8) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 12 (%44,4) kişide, almayanlarda da 15 (%12,8) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre süregiden çaresizlik, umutsuzluk, değersizlik veya suçluluk duyguları örüntüsü anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,01$, $\chi^2=14,4$)

(2) ÖFKE

Tüm başvurular içerisinde süregelen kolay öfkelenme ve öfkeli davranışlar sergileme örüntüsü 48 (%33,3) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 23 (%85,2) kişide, almayanlarda da 25 (%21,4) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre süregelen öfkeli davranış örüntüsü anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=40,2$)

(3) KAYGI

Tüm başvurular içerisinde kronik, yoğun kaygı örüntüsü ve kaygıya bağlı fiziksel semptomlar 43 (%29,9) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 20 (%74,1) kişide, almayanlarda da 23 (%19,7) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre kronik, yoğun kaygı ya da kaygıya bağlı fiziksel semptomlar anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=31$)

(4) DİĞER DİSFORİK DUYGULANIMLAR

Tüm başvurular içerisinde kronik sıkıntı, yalnızlık ve boşluk hissi örüntüsü 43 (%29,9) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 20 (%74,1) kişide, almayanlarda da 23 (%19,7) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre kronik sıkıntı, yalnızlık ve boşluk hissi örüntüsü anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=31$)

Tüm başvurular içerisinde tekrarlayan hipomanik ataklar 7 (%4,9) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 2 (%7,4) kişide, almayanlarda da 5 (%4,3) kişide saptanmıştır. SKB tanısı açısından tekrarlayan hipomanik ataklarda anlamlı bir fark gözlenmemiştir. ($P>0,05$, $\chi^2=0,4$)

Tablo 15-1: DIB-R Semptomlarının Taban oranları, Özgüllük, Duyarlılık, Negatif Öngörücü Güç, Pozitif Öngörücü Güç, ve Toplam Öngörücü Güç Değerleri

Semptomlar	Duygulanım Bölümü						
	Taban Oran	Özgüllük	Duyarlılık	NÖG	PÖG	TÖG	Anlamlılık
Depresif duygudurum	0,39	0,70	0,78	0,93	0,38	0,72	$P<0,001$
Depresif epizotlar	0,34	0,72	0,59	0,88	0,33	0,69	$P<0,01$
Çaresizlik duyguları	0,24	0,83	0,52	0,88	0,41	0,77	$P<0,001$
Karamsarlık duyguları	0,33	0,75	0,67	0,91	0,38	0,74	$P<0,01$
Değersizlik duyguları	0,22	0,84	0,44	0,87	0,39	0,76	$P<0,01$
Suçluluk duyguları	0,19	0,85	0,37	0,85	0,36	0,76	$P<0,05$
Öfkeliilik	0,59	0,49	0,93	0,97	0,29	0,57	$P<0,001$
Öfke Atakları	0,46	0,63	0,85	0,95	0,35	0,67	$P<0,001$
Alaycılık	0,31	0,77	0,67	0,91	0,40	0,75	$P<0,001$
Münakaşacılık	0,31	0,77	0,67	0,91	0,40	0,75	$P<0,001$
Kolay öfkelenme	0,60	0,47	0,89	0,95	0,28	0,55	$P<0,001$
Kaygınlılık	0,38	0,65	0,52	0,85	0,26	0,63	
Kaygı Semptomları	0,32	0,74	0,59	0,89	0,35	0,72	$P<0,001$
Korkular	0,35	0,69	0,52	0,86	0,28	0,66	$P<0,05$
Panik ataklar	0,20	0,85	0,41	0,86	0,38	0,76	$P<0,01$
Yalnızlık hissi	0,37	0,74	0,82	0,95	0,42	0,75	$P<0,001$
Can sıkıntısı	0,61	0,47	0,96	0,98	0,30	0,56	$P<0,001$
Boşluk hissi	0,26	0,85	0,70	0,93	0,51	0,82	$P<0,001$
Hipomani atakları	0,05	0,96	0,07	0,82	0,29	0,79	

Can sıkıntısı %61 ile en çok, dürtüsel davranış ise %19 en az karşılanan semptomdu. Özgüllük değerleri 0,47 ile 0,85 arasında duyarlılık ise 0,37 ile 0,96 arasında değişmekteydi. Negatif Öngörücü Güç değerleri taban oranın düşüklüğü ile ilişkili olarak yüksek değerlerde, 0,85 ile 0,98 arasında değişmekteydi. Pozitif Öngörücü Güç değerleri ise 0,26 ile 0,51 arasındaydı. Sonuç olarak Toplam Öngörücü Güç değerleri 0,55 ile 0,82 arasında saptandı. Suçluluk duyguları, panik ataklar ve boşluk hissi en yüksek özgüllüğe sahip semptomdu. Can sıkıntısı ise en yüksek duyarlılığa ve negatif öngörücü güce sahipti.

Boşluk hissi en yüksek pozitif ve toplam öngörücü güce sahip semptom olarak belirlenmiştir. Kaygınlık açısından SKB olanlarla olmayanlar arasında bir farklılık saptanamamıştır. Diğer tüm semptomlar SKB olgularında anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. Taban oranları, özgüllük, duyarlılık, negatif öngörücü güç, pozitif öngörücü güç, ve toplam öngörücü güç değerleri toplu olarak tablo 15-1'de gösterilmiştir.

b) BİLİŞ

(1) TUHAF DÜŞÜNCE VE ALIŞILMADIK ALGISAL YAŞANTILAR

Tüm başvurular içerisinde tuhaf düşünceye ya da alışılmadık algısal yaşantılara belirgin eğilimlilik 18 (%12,5) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 10 (%37) kişide, almayanlarda da 8 (%6,8) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre tuhaf düşünceye ya da alışılmadık algısal yaşantılara belirgin eğilimlilik anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=18,3$)

(2) SANRISAL OLMAYAN PARANOİD YAŞANTILAR

Tüm başvurular içerisinde geçici, sanrısız olmayan paranoid yaşantı örüntüsü 36 (%25) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 16 (%59,3) kişide, almayanlarda da 20 (%17,1) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre geçici, sanrısız olmayan paranoid yaşantı örüntüsü anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=20,8$)

(3) PSİKOTİK YAŞANTILAR

Bu bölümdeki bulgular gerçek sanrılar ve varsanılar yan sıra sanrı ve varsanı benzerlerini de içermektedir. Buna göre tüm başvurular içerisinde tekrarlayan sanrı ve varsanı benzerleri 43 (%29,9) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 21 (%78,8) kişide, almayanlarda da 22 (%18,8) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre tekrarlayan sanrı ve varsanı benzerleri anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=36,4$)

Şüphencilik %32 ile en çok, belirgin batıl inançlılık ise %4 en az karşılanan semptomdu. Özgüllük değerleri 0,80 ile 0,85 arasında duyarlılık ise 0,07 ile 0,67 arasında değişmekteydi. Negatif Öngörücü Güç değerleri taban oranın düşüklüğü ile ilişkili olarak yüksek değerlerde, 0,82 ile 0,92 arasında değişmekteydi. Pozitif Öngörücü Güç değerleri ise 0,27 ile 0,78 arasındaydı. Sonuç olarak Toplam Öngörücü Güç değerleri 0,76 ile 0,87 arasında saptandı.

Suçluluk sanrıları en yüksek özgüllüğe ve en yüksek pozitif öngörücü güce sahip semptomdu. Görsel varsanılar ise en yüksek duyarlılığa ve negatif öngörücü güce sahipti. Edilgenlik sanrıları toplam öngörücü güce sahip semptomdu. Belirgin batıl inançlılık, büyüsel düşünce, telepati yaşantısı, aşırı değerlendirilmiş düşünceler, şüphencilik, düşünce çekilmesi ve somatik sanrılar açısından SKB olanlarla olmayanlar arasında bir farklılık saptanamamıştır. Diğer tüm semptomlar SKB olgularında anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir.

Taban oranları, özgüllük, duyarlılık, negatif öngörücü güç, pozitif öngörücü güç, ve toplam öngörücü güç değerleri toplu olarak tablo 15-2'de gösterilmiştir.

Tablo 15-2: DIB-R Semptomlarının Taban oranları, Özgüllük, Duyarlılık, Negatif Öngörücü Güç, Pozitif Öngörücü Güç, ve Toplam Öngörücü Güç Değerleri

<i>Biliş Bölümü</i>							
Semptomlar	Taban Oran	Özgüllük	Duyarlılık	NÖG	PÖG	TÖG	Anlamlılık
Batıl inançlılık	0,04	0,97	0,07	0,82	0,33	0,80	
Büyüsel düşünce	0,09	0,92	0,15	0,82	0,31	0,78	
Altıncı his yaşantısı	0,10	0,93	0,26	0,85	0,47	0,81	P<0,05
Telepati yaşantısı	0,03	0,98	0,07	0,82	0,50	0,81	
Kahinlik yaşantısı	0,11	0,95	0,37	0,87	0,63	0,84	P<0,001
Aşırı değerlendirilmiş düşünceler	0,10	0,91	0,15	0,82	0,27	0,76	
Yanılsamalar	0,15	0,89	0,33	0,85	0,41	0,78	P<0,001
Depersonalizasyon	0,10	0,96	0,37	0,87	0,67	0,84	P<0,01
Derealizasyon	0,08	0,96	0,22	0,84	0,55	0,82	P<0,001
Şüphencilik	0,32	0,74	0,59	0,89	0,35	0,72	
Referans fikirleri	0,28	0,80	0,63	0,90	0,42	0,76	P<0,01
Paranoid düşünceler	0,23	0,85	0,56	0,89	0,46	0,79	P<0,001
Düşünce sokulması	0,09	0,95	0,26	0,85	0,54	0,82	P<0,001
Düşünce çekilmesi	0,06	0,96	0,15	0,83	0,44	0,81	
Düşünce yayınlanması	0,07	0,97	0,26	0,85	0,70	0,84	P<0,001
Edilgenlik sanrıları	0,11	0,97	0,44	0,88	0,75	0,87	P<0,01
Akıl okunması sanrıları	0,12	0,93	0,33	0,86	0,53	0,82	P<0,01
Düşmanlık sanrıları	0,20	0,88	0,56	0,90	0,52	0,82	P<0,001
Referans sanrıları	0,19	0,88	0,48	0,88	0,48	0,81	P<0,001
Suçluluk sanrıları	0,06	0,98	0,26	0,85	0,78	0,85	P<0,001
Büyüklik sanrıları	0,10	0,94	0,30	0,85	0,53	0,82	P<0,01
Nihilistik sanrılar	0,08	0,95	0,19	0,84	0,46	0,81	P<0,05
Somatik sanrılar	0,11	0,91	0,19	0,83	0,31	0,77	
Diğer sanrılar	0,13	0,92	0,30	0,85	0,44	0,80	P<0,05
İşitsel varsanılar	0,26	0,83	0,63	0,91	0,46	0,79	P<0,001
Görsel varsanılar	0,22	0,88	0,67	0,92	0,56	0,84	P<0,001
Diğer varsanılar	0,18	0,90	0,52	0,89	0,54	0,83	P<0,001
Maddeye bağlı psikotik yaşantılar	0,04	0,99	0,15	0,84	0,80	0,83	P<0,01
Mani	0,20	0,98	0,40	0,82	0,82	0,81	

c) DÜRTÜ EYLEM

(1) MADDE KÖTÜYE KULLANIMI

Tüm başvurular içerisinde kronik veya epizodik alkol kötüye kullanımı 13 (%9) olguda mevcuttur ve SKB tanısı alanlarda 9 (%33,3) kişide, almayanlarda da 4 (%3,4) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre kronik veya epizodik alkol kötüye kullanımı anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=23,9$)

Tüm başvurular içerisinde kronik veya epizodik madde kötüye kullanımı 6 (%4,2) olguda mevcuttur ve SKB tanısı alanlarda 5 (%18,5) kişide, almayanlarda da bir (%0,9) kişide saptanmıştır. Kronik madde kullanımı saptanmamıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre epizodik madde kötüye kullanımı anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,01$, $\chi^2=17,14$)

Tüm başvurular içerisinde ciddi madde kötüye kullanımı örüntüsü 4 (%2,8) olguda mevcuttur ve hepsi SKB tanısı almıştır (%14,8). SKB tanısı alanlarda almayanlara göre ciddi madde kötüye kullanımı örüntüsü anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,01$, $\chi^2=17,8$)

(2) CİNSEL SAPMA

Tüm başvurular içerisinde kısa süreli gönül ilişkileri 18 (%12,5) olguda mevcutken, SKB tanısı alan 10 (%37) kişide, almayanlarda da 8 (%6,8) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre kısa süreli gönül ilişkileri anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=18,3$)

Tüm başvurular içerisinde dürtüsel cinsel ilişki 3 (%2,1) olguda mevcutken, SKB tanısı alan 2 (%7,4) kişide, almayanlarda da bir (%0,9) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre dürtüsel cinsel ilişki örüntüsünde anlamlı fark saptanmamıştır. ($P>0,05$, $\chi^2=4,6$)

Tüm başvurular içerisinde parafililer 5 (%3,5) olguda mevcutken, SKB tanısı alan 3 (%11,1) kişide, almayanlarda da 2 (%1,7) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre parafililer anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,05$, $\chi^2=5,7$)

Tüm başvurular içerisinde cinsel sapma örüntüsü 3 (%2,1) olguda mevcutken, SKB tanısı alan 2 (%7,4) kişide, almayanlarda da bir (%0,9) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre cinsel sapma örüntüsünde anlamlı fark saptanmamıştır. ($P>0,05$, $\chi^2=4,6$)

(3) KENDİNİ YARALAMA

Tüm başvurular içerisinde kendini yaralama öyküsü 37 (%25,7) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 22 (%81,5) kişide, almayanlarda da 15 (%12,8) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre intihar girişimi olması anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=54,2$)

Tüm başvurular içerisinde bir yıl içinde ikiden az kendini yaralama öyküsü 14 (%9,7) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 5 (%18,5) kişide, almayanlarda da 6 (%7,7) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda bu tanıyı almayanlara göre ikiden az kendini yaralama öyküsü açısından anlamlı fark saptanmamıştır. ($P>0,05$, $\chi^2=2,9$)

Tüm başvurular içerisinde ikiden fazla kendini yaralama öyküsü olan ve bu davranış örüntüsünü gösteren 23 (%16) olgu mevcutken, SKB tanısı alanlardan 17 (%63) kişi, almayanlardan da 6 (%5,1) kişi saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre kendini yaralama örüntüsü anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=54,6$)

(4) İNTİHAR DAVRANIŞI

Tüm başvurular içerisinde intihar tehditleri 13 (%9) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 9 (%33,3) kişide, almayanlarda da 4 (%3,4) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre intihar tehditleri anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=23,9$)

Tüm başvurular içerisinde intihar girişimi öyküsü 38 (%26,4) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 21 (%77,8) kişide, almayanlarda da 17 (%14,5) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre intihar girişimi olması anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=45,2$)

Tüm başvurular içerisinde yalnız bir kez intihar girişimi öyküsü 19 (%13,2) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 7 (%25,9) kişide, almayanlarda da 12 (%10,3) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda bu tanıyı almayanlara göre yalnız bir kez intihar girişimi olması açısından anlamlı fark saptanmamıştır. ($P>0,05$, $\chi^2=4,7$)

Tüm başvurular içerisinde birden fazla intihar girişimi 19 (%13,2) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 14 (%51,9) kişide, almayanlarda da 5 (%4,3) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre birden fazla intihar girişimi anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=43,3$)

Tüm başvurular içerisinde intihar davranışı örüntüsü 15 (%10,4) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 11 (%40,7) kişide, almayanlarda da 4 (%3,4) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre intihar davranışı örüntüsü anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=32,7$)

(5) DİĞER DÜRTÜSEL ÖRÜNTÜLER

Bu alt bölümde; tıkinma nöbetleri, aşırı para harcama, kumar oynama, sözel patlamalar, fiziksel kavga etme, zarar vermekle tehdit etme, fiziksel saldırıya karışma, mala zarar verme, pervasızca motorlu araç kullanma ve antisosyal davranışlar sorgulanmıştır. İki yıldan beri varolan ve yılda beşten fazla olan semptomlar “var” kabul edilmiş, iki yıldan daha az süre içinde ortaya çıkmış ve/veya yılda iki ile beş arasında saptananlar “olası”, yılda ikiden az sıklıkla olanlar “yok” olarak değerlendirilmiştir.

Buna göre tüm başvurular içerisinde diğer dürtü kontrol bozuklukları örüntüsü 23 (%16) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 18 (%66,7) kişide, almayanlarda da 5 (%4,3) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre diğer dürtü kontrol bozuklukları örüntüsü anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=63,6$)

Sözel patlamalar %39 ile en çok, aşırı kumar oynama ise %1 en az karşılanan tanı semptomdu. Özgüllük değerleri 0,72 ile 0,99 arasında duyarlılık ise 0,04 ile 0,85 arasında değişmekteydi. Negatif Öngörücü Güç değerleri taban oranın düşüklüğü ile ilişkili olarak yüksek değerlerde, 0,82 ile 0,96 arasında değişmekteydi. Pozitif Öngörücü Güç değerleri ise 0,41 ile 0,92 arasındaydı. Toplam Öngörücü Güç değerleri 0,74 ile 0,90 arasında saptandı.

Madde kullanımı, aşırı para harcama, kumar oynama ve pervasızca motorlu araç kullanma en yüksek özgüllüğe sahip semptomlardı. Aşırı para harcama ayrıca en yüksek pozitif öngörücü güce ve sözel patlamalar ise en yüksek duyarlılığa ve negatif öngörücü güce sahipti. Mala zarar verme en yüksek toplam öngörücü güce sahip semptom olarak belirlendi. Tüm

semptomlar SKB olgularında anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. Taban oranları, özgülük, duyarlılık, negatif öngörücü güç, pozitif öngörücü güç, ve toplam öngörücü güç değerleri toplu olarak tablo 15-3'de gösterilmiştir.

Tablo 15-3: DIB-R Semptomlarının Taban oranları, Özgülük, Duyarlılık, Negatif Öngörücü Güç, Pozitif Öngörücü Güç, ve Toplam Öngörücü Güç Değerleri

<i>Dürtü Eylem Örüntüsü Bölümü</i>							
Semptomlar	Taban Oran	Özgüllük	Duyarlılık	NÖG	PÖG	TÖG	Anlamlılık
Alkolizm	0,09	0,97	0,33	0,86	0,69	0,85	P<0,001
Madde kullanımı	0,04	0,99	0,19	0,84	0,83	0,84	P<0,01
Kısa süreli gönül ilişkileri	0,13	0,93	0,37	0,87	0,56	0,83	P<0,001
Parafililer	0,04	0,98	0,11	0,83	0,60	0,82	P<0,05
Kendini yaralama (3 ve üzeri)	0,16	0,95	0,63	0,92	0,74	0,89	P<0,001
İntihar tehditleri	0,09	0,97	0,33	0,86	0,69	0,85	P<0,001
İntihar girişimi (2 üzeri)	0,13	0,96	0,52	0,90	0,74	0,88	P<0,001
Tıkınma nöbetleri	0,07	0,97	0,26	0,85	0,70	0,84	P<0,001
Para harcama	0,08	0,99	0,41	0,88	0,92	0,88	P<0,001
Kumar	0,01	0,99	0,04	0,82	0,50	0,81	P<0,001
Sözel patlamalar	0,39	0,72	0,85	0,96	0,41	0,74	P<0,001
Fiziksel kavga	0,28	0,83	0,74	0,93	0,50	0,82	P<0,001
Tehdit etme	0,15	0,94	0,52	0,89	0,67	0,86	P<0,001
Fiziksel saldırı	0,05	0,98	0,19	0,84	0,71	0,83	P<0,01
Mala zarar verme	0,20	0,93	0,78	0,95	0,72	0,90	P<0,001
Pervasızca araba kullanma	0,03	0,99	0,11	0,83	0,75	0,83	P<0,05
Diğer antisosyal davranışlar	0,09	0,98	0,41	0,88	0,85	0,88	P<0,001

d) KİŞİLERARASI İLİŞKİLER

(1) YALNIZLIĞA TAHAMMÜLSÜZLÜK

Tüm başvurular içerisinde yalnızlığa tahammülsüzlük örüntüsü 47 (%25,7) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 16 (%59,3) kişide, almayanlarda da 21 (%17,9) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre yalnızlığa tahammülsüzlük örüntüsü anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=19,6$)

(2) *TERKEDİLME, SARMALANMA VE YOKOLMA
ENDİŞELERİ*

Tüm başvurular içerisinde yakın ilişkilerde yoğun terk edilme, sarmalanma ve yokolma endişeleri ve korkuları duyma örüntüsü 21 (%14,6) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 14 (%51,9) kişide, almayanlarda da 7 (%6,0) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre yakın ilişkilerde yoğun korku duyma örüntüsü anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=37,05$)

(3) *ÇATIŞMALI KARŞILIKLI BAĞIMLILIK*

Tüm başvurular içerisinde karşılıklı bağımlılık örüntüsü 13 (%9) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 10 (%37) kişide, almayanlarda da 3 (%2,6) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre karşılıklı bağımlılık örüntüsü anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=31,7$)

(4) *İSTİKRARSIZ YAKIN İLİŞKİLER*

Tüm başvurular içinde 30 (%20,8) olgu dört ya da daha fazla yakın ilişki bildirmiştir. Bunların 15 (%55,6) tanesi SKB tanısı alanlardı. 15 (%12,8) tanesi ise SKB tanısı almamıştı. SKB tanısı alanlarda, almayanlara oranla dört ya da daha fazla yakın ilişki tarif edenlerin oranı anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. ($P<0,001$, $\chi^2=29,3$)

Tüm başvurular içerisinde istikrarsız yakın ilişkiler örüntüsü 25 (%17,4) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 19 (%70,4) kişide, almayanlarda da 6 (%5,1) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre istikrarsız yakın ilişkiler anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=65,1$)

(5) *MAZOŞİZM*

Tüm başvurular içerisinde mazoşistik davranış örüntüsü 18 (%12,5) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 6 (%22,2) kişide, almayanlarda da 12 (%10,3) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarla almayanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. ($P>0,05$, $\chi^2=2,8$)

(6) SADİZM

Tüm başvurular içerisinde sadistik davranış örüntüsü 10 (%6,9) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 8 (%29,6) kişide, almayanlarda da 2 (%1,7) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre sadistik davranış örüntüsü anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,001$, $\chi^2=26,4$)

(7) TALEPKARLIK VE HAK İDDİA ETME

Tüm başvurular içerisinde ilişkilerde talepkarlık ve hak iddia etme örüntüsü 11 (%7,6) olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda 6 (%22,2) kişide, almayanlarda da 5 (%4,3) kişide saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre ilişkilerde talepkarlık ve hak iddia etme örüntüsü anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. ($P<0,01$, $\chi^2=10,1$)

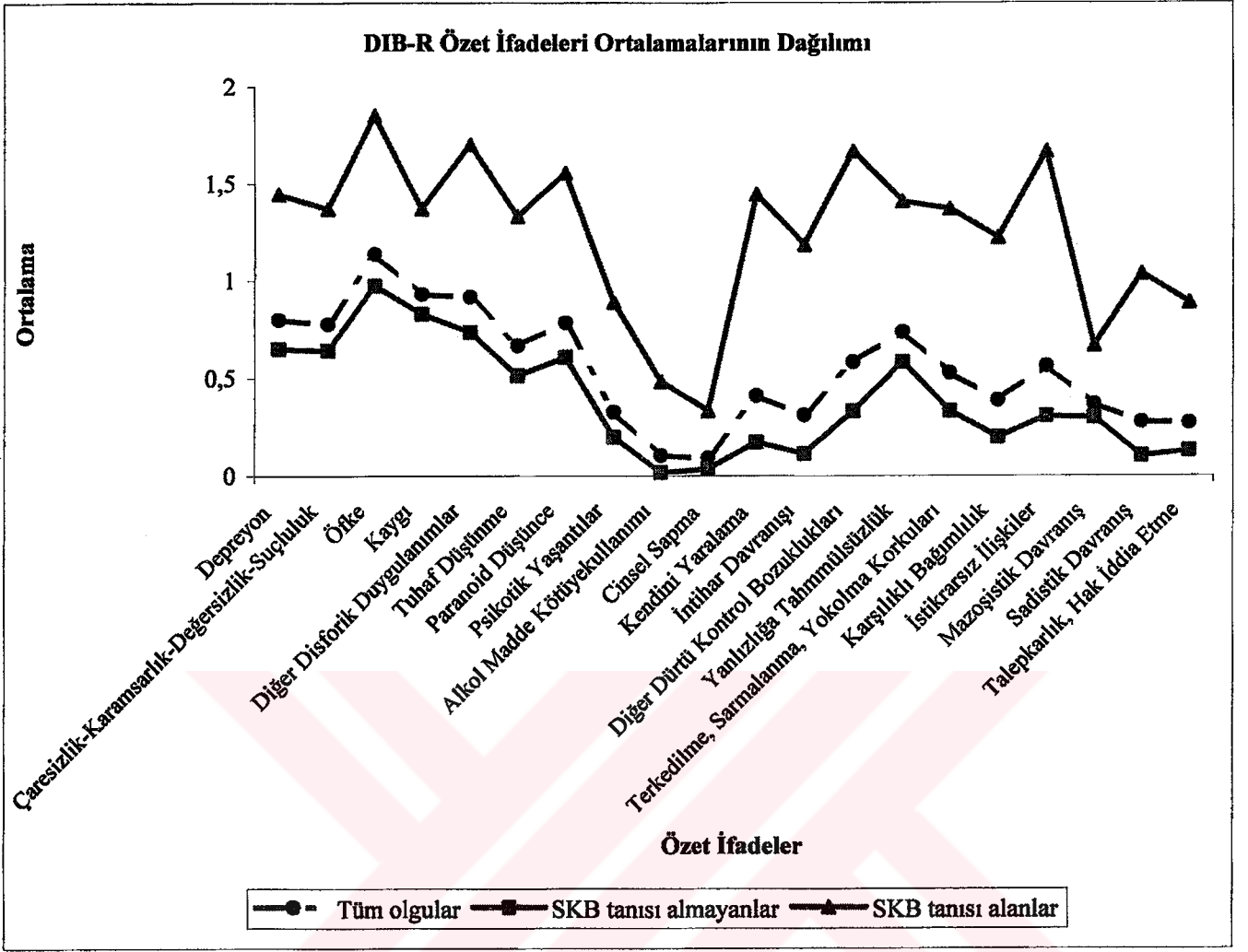
Yalnızlığa tahammülsüzlük %33 ile en çok, kendini adama davranışı ise %3 ile en az karşılanan tanı semptomdu. Özgüllük değerleri 0,74 ile 0,99 arasında duyarlılık ise 0,07 ile 0,74 arasında değişmekteydi. Negatif Öngörücü Güç değerleri taban oranın düşüklüğü ile ilişkili olarak yüksek değerlerde, 0,82 ile 0,94 arasında değişmekteydi. Pozitif Öngörücü Güç değerleri ise 0,26 ile 0,90 arasındaydı. Sonuç olarak Toplam Öngörücü Güç değerleri 0,72 ile 0,90 arasında saptandı.

Manipülasyon en yüksek özgüllüğe ve pozitif öngörücü güce sahip semptomdu. Tekrarlayan ayrılıklar ise en yüksek duyarlılığa, negatif ve toplam öngörücü güce sahipti. Yoğun destek gereksinimi ve kendini kullandırma açısından SKB olanlarla olmayanlar arasında bir farklılık saptanamamıştır. Diğer tüm semptomlar SKB olgularında anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. Taban oranları, özgüllük, duyarlılık, negatif öngörücü güç, pozitif öngörücü güç, ve toplam öngörücü güç değerleri toplu olarak tablo 15-4'de gösterilmiştir.

Tablo 15-4: DIB-R Semptomlarının Taban oranları, Özgüllük, Duyarlılık, Negatif Öngörücü Güç, Pozitif Öngörücü Güç, ve Toplam Öngörücü Güç Değerleri

<i>Kişilerarası ilişkiler Bölümü</i>							
Semptomlar	Temel Oran	Özgüllük	Duyarlılık	NÖG	PÖG	TÖG	Anlamlılık
Yalnızlığa tahammülsüzlük	0,33	0,74	0,63	0,90	0,36	0,72	P<0,001
Yalnızlıktan kaçınma çabaları	0,26	0,83	0,63	0,91	0,46	0,79	P<0,001
Yalnızken depresif hissetme	0,26	0,81	0,59	0,90	0,42	0,77	P<0,001
Yalnızken yoğun kaygı	0,26	0,83	0,67	0,92	0,47	0,80	P<0,001
Terk edilme korkuları	0,28	0,81	0,70	0,92	0,46	0,79	P<0,001
Sarmalanma korkuları	0,10	0,97	0,44	0,88	0,48	0,88	P<0,001
Yok olma korkuları	0,17	0,89	0,44	0,87	0,48	0,81	P<0,001
Kendini adama	0,03	0,98	0,07	0,82	0,50	0,81	
Kendini sevdirmeye	0,19	0,88	0,52	0,89	0,50	0,81	P<0,001
Yardım almaktan sıkıntı duyma	0,12	0,94	0,37	0,87	0,59	0,83	P<0,001
Yardım istememe	0,10	0,96	0,33	0,86	0,64	0,84	P<0,001
Birine aşırı bağlanma	0,10	0,98	0,48	0,89	0,87	0,89	P<0,001
Yakın ilişki sayısı (4 ve üzeri)	0,21	0,87	0,56	0,90	0,50	0,81	P<0,001
İlişkilerde yoğun tartışmalar	0,17	0,94	0,67	0,92	0,72	0,89	P<0,001
Tekrarlayan ayrılıklar	0,19	0,93	0,74	0,94	0,71	0,90	P<0,001
Yoğun destek gereksinimi	0,19	0,83	0,26	0,83	0,26	0,72	
Kendini kullandırma	0,11	0,91	0,19	0,83	0,31	0,77	
Değersizleştirme	0,13	0,96	0,48	0,89	0,72	0,87	P<0,001
Manipülasyon	0,07	0,99	0,33	0,87	0,90	0,87	P<0,001
Sadizim	0,04	0,98	0,19	0,84	0,83	0,84	P<0,01
Talepkârlık	0,13	0,94	0,41	0,87	0,61	0,84	P<0,001
Hak iddia etme	0,10	0,96	0,33	0,86	0,64	0,84	P<0,001

Grafik 3: DIB-R Toplam Skorlarının Dağılımı



DIB-R alt bölümlerini oluşturan özet ifadeler ele alındığında gözlenme oranları %2 ile %33 arasında değişmekteydi. Öfke örüntüsü en fazla gözlenirken, cinsel sapma örüntüsü en az oranda gözlenmiştir. Özgüllük değerleri 0,79 ile 1 arasında değişmekteydi. Duyarlılık değerleri 0,07 ile 0,85 arasındaydı. Negatif Öngörücü Güç 0,83 ile 0,96 arasında, pozitif öngörücü güç 0,33 ile 1 arasında ve toplam öngörücü güç 0,75 ile 0,90 arasında değişmekteydi. Madde kullanımı örüntüsü gösterenleri tümünün SKB olması nedeniyle özgüllük ve pozitif öngörücü güç değerleri 1 olarak saptanmıştır. Öfke örüntüsü en yüksek duyarlılık ve negatif öngörücü güç değerine sahipti. Diğer dürtü kontrol bozuklukları ve istikrarsız ilişkiler örüntüsü en yüksek toplam öngörücü güç değerini göstermişlerdir. Cinsel sapma ve mazoşistik davranış örüntüsü dışındakilerin hepsi SKB tanısı alan grupta almayanlara göre anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir.

Taban oranları, özgüllük, duyarlılık, negatif öngörücü güç, pozitif öngörücü güç, ve toplam öngörücü güç değerleri toplu olarak tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16: DIB-R Özet İfadelerinin Taban oranları, Özgüllük, Duyarlılık, Negatif Öngörücü Güç, Pozitif Öngörücü Güç, ve Toplam Öngörücü Güç Değerleri

Örüntü	Taban Oran	Özgüllük	Duyarlılık	NÖG	PÖG	TÖG	Anlamlılık
Duygulanım Bölümü							
Depresyon	0,28	0,79	0,59	0,89	0,39	0,75	P<0,001
Çaresizlik-karamsarlık-değersizlik	0,19	0,87	0,44	0,87	0,44	0,79	P<0,001
Öfke	0,33	0,79	0,85	0,96	0,48	0,80	P<0,001
Kaygı	0,24	0,81	0,48	0,87	0,37	0,75	P<0,01
Disforik duygulanım	0,30	0,80	0,74	0,93	0,47	0,79	P<0,001
Biliş Bölümü							
Tuhaf düşünce	0,13	0,93	0,37	0,87	0,56	0,83	P<0,001
Paranoid düşünce	0,25	0,83	0,59	0,90	0,44	0,78	P<0,001
Psikotik yaşantılar	0,30	0,81	0,78	0,94	0,49	0,81	P<0,001
Dürtü Eylem Bölümü							
Madde kullanımı	0,03	1	0,15	0,84	1	0,84	P<0,001
Cinsel sapma	0,02	0,99	0,07	0,93	0,38	0,82	
Kendini yaralama	0,16	0,95	0,63	0,92	0,74	0,89	P<0,001
İntihar davranışı	0,10	0,97	0,41	0,88	0,73	0,86	P<0,001
Diğer dürtü kontrol bozuklukları	0,16	0,96	0,67	0,93	0,78	0,90	P<0,001
Kişilerarası ilişkiler Bölümü							
Yalnızlığa tahammülsüzlük	0,26	0,82	0,59	0,90	0,43	0,78	P<0,001
Terk edime-sarmalanma-yokolma korkusu	0,15	0,94	0,52	0,89	0,67	0,86	P<0,001
Karşılıklı bağımlılık	0,09	0,97	0,37	0,87	0,77	0,86	P<0,001
İstikrarsız ilişkiler	0,17	0,95	0,70	0,93	0,76	0,90	P<0,001
Mazoşistik davranış	0,13	0,90	0,22	0,83	0,33	0,77	
Sadistik davranış	0,07	0,98	0,30	0,86	0,80	0,85	P<0,001
Talepkarlık -hak iddia etme	0,08	0,96	0,22	0,84	0,55	0,82	P<0,01

DIB-R’da sorgulanan 87 semptomun DIB-R’a göre SKB tanısı üzerindeki etkisini açıklamak için uygulanan aşamalı ayırma analizinde ($\kappa=0,348$, $\chi^2(4)=147,77$, $p<0,001$) intihar tehditleri, antisosyal davranışlar, mala zarar verme ve yakın ilişkilerde tartışmalar olmak üzere 4 semptomun analize uygunluğu belirlenmiş ve bu semptomlarla DIB-R SKB tanısı %93,8 doğrulukla öngörülebilmektedir. (bk. Tablo17)

Tablo 17: DIB-R SKB Tanısına Göre Tespit Edilen DIB-R Semptomları (a,b,c)

Adım	DIB-R Semptomu	Wilks' Lambda			Öngörücü etkisi
		Lambda değeri	Kesin F değeri		
			F	Anlamlılık	
1	İntihar Tehditleri	0,51	141,57	p<0,001	%91,7
2	Antisosyal Davranışlar	0,41	100,15	p<0,001	%93,1
3	Mala zarar verme	0,36	82,18	p<0,001	%88,9
4	İlişkilerde Tartışmalar	0,35	65,11	p<0,001	%91,0

Her adımda, tüm Wilks' Lambda değerlerini minimize eden başvuru yakınması tespit edilmiştir. Dört semptomun birlikteliğinde *DIB-R tanısı %93,8 oranında doğru*

öngörülmüştür ($\kappa=0,348$, $\chi^2(4)=147,77$, $p<0,001$).

a Maksimum adım sayısı 174.

b Dahil etmek için minimum F anlamlılığı 0,01.

c Çıkarmak için maksimum F anlamlılığı 0,05.

DIB-R'da özet ifadelerinin DIB-R'a göre SKB tanısı üzerindeki etkisini açıklamak için uygulanan aşamalı ayırma analizinde ($\kappa=0,274$, $\chi^2(3)=181,75$, $p<0,001$) intihar davranışı, sadistik davranış ve çatışmalı karşılıklı bağımlılık örüntüleri olmak üzere 3 özet ifadenin analize uygunluğu belirlenmiş ve bunlarla DIB-R SKB tanısı %97,2 doğrulukla öngörülebilmektedir. (bk. Tablo18)

Tablo 18: DIB-R SKB Tanısına Göre Tespit Edilen DIB-R Özet İfadeleri (a,b,c)

Adım	DIB-R Özet İfadeleri	Wilks' Lambda			Öngörücü etkisi
		Lambda değeri	Kesin F değeri		
			F	Anlamlılık	
1	İntihar Davranışı Örüntüsü	0,34	271,22	p<0,001	%91,7
2	Sadistik Davranış Örüntüsü	0,29	170,40	p<0,001	%86,8
3	Karşılıklı Bağımlılık Örüntüsü	0,27	123,47	p<0,001	%81,9

Her adımda, tüm Wilks' Lambda değerlerini minimize eden başvuru yakınması tespit edilmiştir. Üç özet ifadenin birlikteliğinde *DIB-R tanısı %97,2 oranında doğru*

öngörülmüştür ($\kappa=0,274$, $\chi^2(3)=181,75$, $p<0,001$).

a Maksimum adım sayısı 40.

b Dahil etmek için minimum kısmi F değeri 3.84.

c Çıkarmak için maksimum kısmi F değeri 2.71.

Tüm olgular için değerlendirildiğinde öfke örüntüsünün en yüksek ortalamaya (1,15) sahip olduğu görülmektedir. Aynı durum SKB tanısı alan ve almayan grup için de söz konusuydu. Tüm özet ifadelerin ortalamaları SCID-II'e göre SKB tanısı alanlarda anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. ($p<0,01$) (bkz. tablo 19)

Tablo 19: DIB-R Özet İfadeleri Skorlarının 144 ilk başvuru hastasındaki dağılımı (a)

SKB Tanı Ölçütleri	Tüm Olgular (N =144)		SCID-II Tanısı			
	Ortalama	Std. Sapma	yok (N = 117)		var (N = 27)	
			Ortalama	Std. Sapma	Ortalama	Std. Sapma
Depresif Duygudurum örüntüsü	0,81	0,86	0,66	0,81	1,44	0,75
Çaresizlik-karamsarlık- değersizlik-suçluluk	0,78	0,74	0,65	0,70	1,37	0,63
Öfke örüntüsü	1,15	0,71	0,98	0,67	1,85	0,36
Kaygı örüntüsü	0,92	0,75	0,82	0,73	1,37	0,69
Kronik Boşluk hissi ve Cansıkıntısı	0,92	0,82	0,74	0,77	1,70	0,54
Tuhaf Düşünme Örüntüsü	0,66	0,69	0,50	0,62	1,33	0,55
Paranoid Düşünce Örüntüsü	0,79	0,83	0,62	0,78	1,56	0,58
Psikotik Yaşantılar Örüntüsü	0,32	0,52	0,19	0,41	0,89	0,58
Madde Kullanım Örüntüsü	0,10	0,39	0,02	0,13	0,48	0,75
Cinsel Sapma Örüntüsü	0,09	0,31	0,03	0,22	0,33	0,48
Kendini Yaralama Örüntüsü	0,40	0,74	0,15	0,47	1,44	0,80
İntihar Davranışı Örüntüsü	0,30	0,64	0,09	0,37	1,19	0,79
Diğer Dürtü Kontrol Bozuklukları	0,57	0,74	0,32	0,54	1,67	0,48
Yalnızlığa Tahammülsüzlük Örüntüsü	0,74	0,84	0,58	0,78	1,41	0,80
Terkedilme, Sarmalanma, Yokolma Korkları	0,53	0,74	0,33	0,59	1,37	0,74
Karşılıklı Bağımlılık Örüntüsü	0,39	0,65	0,20	0,46	1,22	0,70
İstikrarsız İlişkiler Örüntüsü	0,54	0,77	0,28	0,54	1,67	0,55
Mazoşistik Davranış Örüntüsü	0,35	0,68	0,28	0,63	0,67	0,83
Sadistik Davranış Örüntüsü	0,28	0,58	0,11	0,37	1,00	0,78
Talepkarlık, Hak İddia Etme Örüntüsü	0,26	0,59	0,13	0,45	0,85	0,77

(a) 0=yok, 1=olası ve 2=var olarak skorlanmıştır.

DIB-R'daki 20 özet ifadeye ana bileşenler yöntemi ile açıklayıcı faktör analizi uygulandı (Principal Components Exploratory Factor Analysis). Bu analiz sonucu üç faktörlü model çözüm olarak belirlendi. Faktörler toplam varyansın %55,86'sını açıklamaktaydı. Analizler üç faktörlü modeli için tekrar anaeksen faktörizasyonu (principal-axis factoring) yöntemiyle tekrarlanmış ve sonuçlar benzeri bulunmuştur. (Tucker uygunluk katsayısı 0,99 olarak

saptanmıştır.) Benzeri şekilde üç faktörlü model iki, üç dört, ve beş faktörlü modellerle karşılaştırılmış, tama yakın uygunluk saptanmıştır. (Tucker uygunluk katsayısı 0,97 ile 0,99 arasındaydı) Bileşenlerin Varimax rotasyonu ile ortaya çıkan faktör yapısı tablo 20’de gösterilmektedir.

Tablo 20: 144 İlk başvuru Hastasında DIB-R Özet İfadeleri için Üç Faktörlü Varimax Çözümü (a)

DIB-R Özet İfadeleri	Faktör Yükleri		
	Faktör 1: Bozulmuş İlişkiler (b)	Faktör 2: Duygulanımda Düzensizlik (c)	Faktör 3: Davranışsal Düzensizlik (d)
Tuhaf Düşünme Örüntüsü	0,767	0,296	0,050
Psikotik Yaşantılar Örüntüsü	0,737	0,236	0,093
Paranoid Düşünce Örüntüsü	0,720	0,181	0,145
Sadistik Davranış Örüntüsü	0,650	0,008	0,471
Diğer Dürtü Kontrol Bozuklukları	0,645	0,198	0,520
Talepkarlık, Hak İddia Etme Örüntüsü	0,515	0,088	0,417
İstikrarsız İlişkiler Örüntüsü	0,445	0,369	0,444
Depresyon örüntüsü	0,159	0,788	0,182
Çaresizlik-karamsarlık-değersizlik-suçluluk	0,249	0,783	0,146
Kronik Boşluk hissi ve Can sıkıntısı	0,266	0,766	0,104
Kaygı örüntüsü	0,293	0,597	-0,010
Terkedilme, Sarmalanma, Yokolma Korkuları	0,423	0,493	0,297
Mazoşistik Davranış Örüntüsü	-0,092	0,445	0,247
Öfke örüntüsü	0,418	0,428	0,313
Cinsel Sapma Örüntüsü	0,031	-0,007	0,764
Madde Kullanım Örüntüsü	0,224	0,046	0,685
İntihar Davranışı Örüntüsü	0,255	0,440	0,647
Kendini yaralama Örüntüsü	0,297	0,394	0,643
Karşılıklı Bağımlılık Örüntüsü	0,429	0,294	0,520
Yalnızlığa Tahammülsüzlük Örüntüsü	0,081	0,266	0,429
(a) Toplam varyansın %55,86’sı	(c) Özdeğer = 1,71; topl. varyansın %8,55’i		
(b) Özdeğer = 8,13; topl. varyansın %40,65’i	(d) Özdeğer = 1,33; topl. varyansın %6,66’sı		

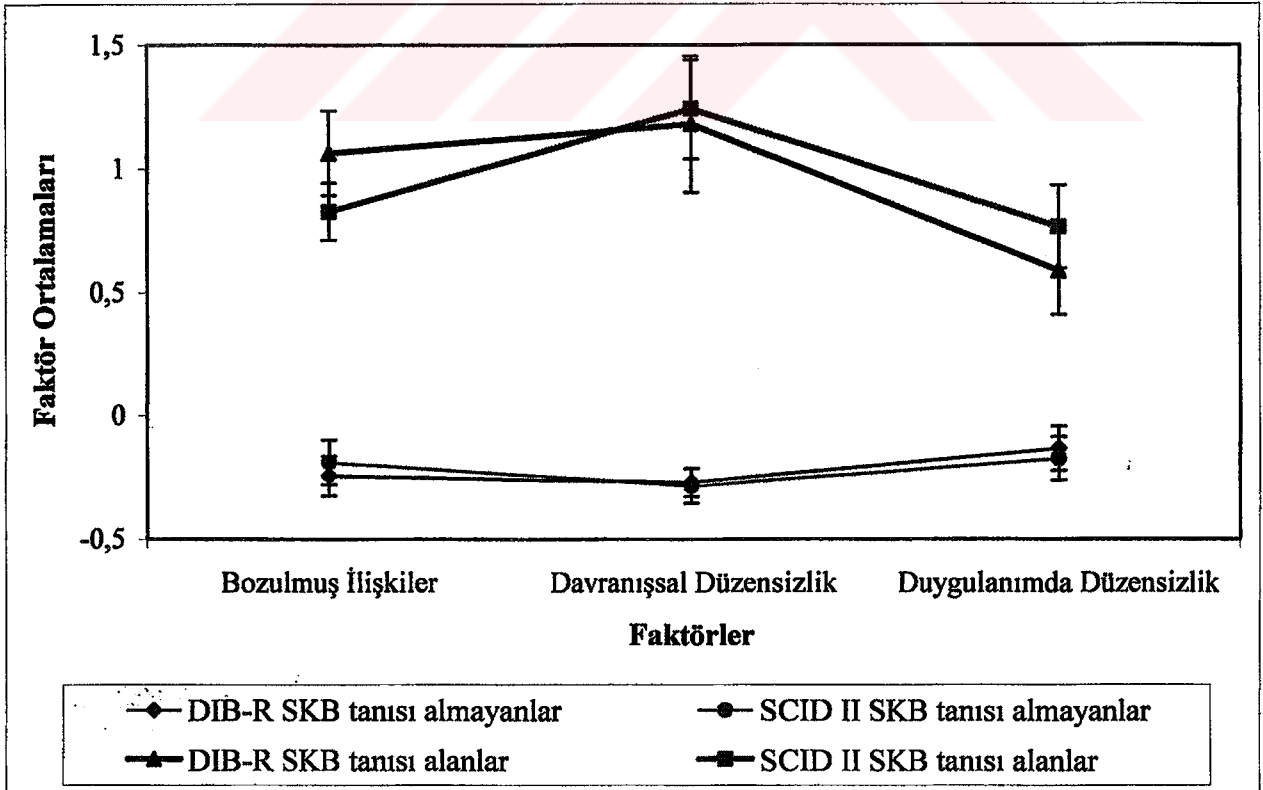
Birinci faktör toplam varyansın %40,65’ini açıklamakla birlikte 7 özet ifadeden oluşmaktaydı; bunlar tuhaf düşünme örüntüsü, paranoid düşünce örüntüsü, psikotik yaşantılar örüntüsü, sadistik davranış örüntüsü, talepkarlık / hak iddia etme örüntüsü, depresyon örüntüsü, çaresizlik-karamsarlık-değersizlik-suçluluk duyguları örüntüsüydü. Buna “Bozulmuş ilişkiler” faktörü denebilir.

İkinci faktör toplam varyansın %8,77'sini açıklamakla birlikte 7 özet ifadeden oluşmaktadır; bunlar içinde depresif duygudurum, çaresizlik-karamsarlık-değersizlik-suçluluk duyguları, kaygı örüntüsü, öfke, disforik duygulanımlar ve terkedilme-sarmalanma-yokolma korkularının yanı sıra mazoşistik davranış örüntüsü de bulunmaktadır. Buna “Duygulanımda Düzensizlik” denebilir.

Üçüncü faktör toplam varyansın %7,68'ini açıklamakla birlikte 6 özet ifadeden oluşmaktadır; bunlar cinsel sapma, alkol-madde kullanımı, intihar davranışı, kendini yaralama, karşılıklı bağımlılık ve yalnızlığa tahammülsüzlüktür. Bu faktör grubu da “Davranışsal Düzensizlik” olarak tanımlanmıştır.

Her faktörün SCID-II SKB tanısı üzerindeki rölatif etkisini saptamak amacıyla faktörlerin tanısal etkililik boyutları değerlendirilmiştir. SCID-II SKB tanısı için uygulanan ayırma analizinde üç faktör birden ($\kappa=0,348$, $\chi^2(3)=148,43$, $p<0,001$) SCID-II SKB tanısını %93,8 doğrulukla öngörülebilmiştir. SKB tanısının öngörebilme oranları sırasıyla; Faktör 1 için %70,2, Faktör 2 için %85,4, Faktör 3 için %75,7'dir.

Grafik 4: SKB tanısı alanlar ile SKB tanısı almayanlar için SCID-II ve DIB-R faktör skorları ortalamalarını birlikte gösterilmesi



Tablo 21: SCID-II Tanı Ölçütlerine Göre Belirlenen Faktör Skorlarıyla DIB-R Özet İfadelerine Göre Belirlenen Faktör Skorlarının Korelasyonu

	Faktör 1 DIB-R	Faktör 2 DIB-R	Faktör 3 DIB-R
Tüm Olgular			
N=144 Faktör 1 SCID-II	0,41**	0,23	0,17
Faktör 2 SCID-II	0,27	0,02	0,67**
Faktör 3 SCID-II	0,14	0,63**	0,18
SKB tanısı almayanlar			
N=117 Faktör 1 SCID-II	0,24	0,19	-0,02
Faktör 2 SCID-II	0,03	-0,21	0,43**
Faktör 3 SCID-II	-0,02	0,56**	-0,04
SKB tanısı alanlar			
N=27 Faktör 1 SCID-II	0,43*	-0,36	-0,29
Faktör 2 SCID-II	-0,28	-0,21	0,64**
Faktör 3 SCID-II	-0,27	0,76**	-0,07

* $p < 0,01$ (2 yönlü)

** $p < 0,001$ (2 yönlü)

C. SCID-II İLE DIB-R TANILARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tüm başvurular içinde DIB-R'a göre 8 ve üzeri skor elde etmiş 17 (%11,8) olgu ile SCID-II tanısıyla karşılaştırıldığında DIB-R tanısının duyarlılığı 0,59, özgüllüğü 0,99 olarak bulunmuştur. Pozitif Öngörücü Güç (Positive Predictive Power-PÖG-) 0,94, Negatif Öngörücü Güç (Negative Predictive Power-NÖG-) 0,91 ve Toplam Öngörücü Güç (Total Predictive Power-TÖG-) 0,92 bulunmuştur. DSM III-R SCID-II tanısıyla kappa katsayısı 0,68, Pearson korelasyon katsayısı ise 0,71 saptanmıştır.

DIB-R kesme skoru 7 alındığında, 22 (%15,5) olgu SKB tanısı almaktadır. 20 (%13,9) olgu hem SCID-II kriterlerine göre hem de DIB-R skoruna göre SKB tanısı alırken, 7 (%4,9) olgu yalnızca SCID-II kriterlerine göre ve üç olgu da yalnızca DIB-R skoruna göre SKB tanısı almıştır. Bu sonuçlara göre; SCID-II'e kriterlerine göre SKB alanlarda DIB-R'a göre de bu tanıyı alma oranı SCID-II tanısı almamışlarla karşılaştırıldığında anlamlı orak fazla bulunmuştur ($P < 0,001$, $\chi^2 = 88,75$). SCID-II tanısıyla karşılaştırıldığında DIB-R tanısının duyarlılığı 0,74, özgüllüğü 0,98 olarak bulunmuştur. PÖG 0,91, NÖG 0,94 ve TÖG 0,94 bulunmuştur. DSM III-R SCID-II tanısıyla kappa katsayısı 0,78, Pearson korelasyon katsayısı ise 0,79 saptanmıştır. Karşılanan SCID-II tanı kriteri sayısı ile DIB-R skoru arasında Pearson korelasyon katsayısı 0,82 bulunmuştur ($P < 0,01$).

DSM III-R tanı ölçütlerinin DIB-R'a göre SKB tanısı üzerindeki etkisini açıklamak için uygulanan aşamalı ayırma analizinde ($\kappa=0,519$, $\chi^2(3)=92,99$, $p<0,001$) intihar girişimleri ve kendini yaralama, değişken kişilerarası ilişkiler ve dürtüsel davranış ölçütlerinin analize uygunluğu belirlenmiş ve bunlarla DIB-R SKB tanısı %97,2 doğrulukla öngörülebilmiştir. (bk. Tablo22)

Tablo 22: DIB-R SKB Tanısına Göre Tespit Edilen DSM III-R Tanı Ölçütleri (a,b,c)

Adım	DSM III-R Tanı Ölçütleri	Wilks' Lambda			Öngörücü etkisi
		Lambda değeri	Kesin F değeri	Anlamlılık	
1	İntihar Girişimleri ve Kendini Yaralama	0,59	97,41	$p<0,001$	%83,1
2	Değişken Kişilerarası ilişkiler	0,54	59,26	$p<0,001$	%79,9
3	Dürtüsel Davranış	0,51	43,28	$p<0,001$	%81,3

Her adımda, tüm Wilks' Lambda değerlerini minimize eden başvuru yakınması tespit edilmiştir. Dört ölçütün birlikteliğinde DIB-R'a göre SKB tanısı %88,2 oranında doğru öngörülmüştür ($\kappa=0,519$, $\chi^2(3)=92,99$, $p<0,001$).

a Maksimum adım sayısı 16.

b Dahil etmek için minimum kısmi F değeri 3.84.

c Çıkarmak için maksimum kısmi F değeri 2.71.

DIB-R özet ifadelerine SCID-II SKB tanısı için uygulanan aşamalı ayırma analizinde ($\kappa=0,308$, $\chi^2(5)=164,51$, $p<0,001$) diğer dürtü kontrol bozuklukları, istikrarsız ilişkiler, intihar davranışı, sadistik davranış ve karşılıklı çatışmalı bağımlılık olmak üzere 5 özet ifadenin analize uygunluğu belirlenmiş ve bunlarla SCID-II SKB tanısı %94,4 doğrulukla öngörülebilmiştir. (bk. Tablo23)

Tablo 23: SCID-II SKB Tanısına Göre Tespit Edilen DIB-R Özet İfadeleri (a,b,c)

Adım	DIB-R Özet İfadeleri	Wilks' Lambda			Öngörücü etkisi
		Lambda değeri	Kesin F değeri	Anlamlılık	
1	Diğer Dürtü Kontrol Bozuklukları Örüntüsü	0,50	131,86	$p<0,001$	%90,3
2	İstikrarsız İlişkiler Örüntüsü	0,39	97,60	$p<0,001$	%78,5
3	İntihar Davranışı Örüntüsü	0,33	80,23	$p<0,001$	%89,6
4	Sadistik Davranış Örüntüsü	0,31	69,40	$p<0,001$	%88,2
5	Karşılıklı Bağımlılık Örüntüsü	0,29	62,15	$p<0,001$	%88,3

Her adımda, tüm Wilks' Lambda değerlerini minimize eden başvuru yakınması tespit edilmiştir. Beş özet ifadenin birlikteliğinde SCID-II SKB tanısı %94,4 oranında doğru öngörülmüştür ($\kappa=0,308$, $\chi^2(5)=164,51$, $p<0,001$).

a Maksimum adım sayısı 40.

b Dahil etmek için minimum kısmi F değeri 3.84.

c Çıkarmak için maksimum kısmi F değeri 2.71.

DIB-R özet ifadelerine DIB-R SKB tanısı için uygulanan aşamalı ayırma analizinde ($\kappa=0,335$, $\chi^2(3)=153,81$, $p<0,001$) ise intihar davranışı, karşılıklı çatışmalı bağımlılık ve sadistik davranış olmak üzere 3 özet ifadenin analize uygunluğu belirlenmiş ve bunlarla DIB-R SKB tanısı %96,5 doğrulukla öngörülebilmektedir. (bk. Tablo24)

Tablo 24: DIB-R SKB Tanısına Göre Tespit Edilen DIB-R Özet İfadeleri (a,b,c)

Adım	DIB-R Özet İfadeleri	Wilks' Lambda			Öngörücü etkisi
		Lambda değeri	Kesin F değeri		
			F	Anlamlılık	
1	İntihar Davranışı Örüntüsü	0,43	187,693	p<0,001	%90,3
2	Karşılıklı Bağımlılık Örüntüsü	0,36	123,678	p<0,001	%82,7
3	Sadistik Davranış Örüntüsü	0,34	92,792	p<0,001	%87,5

Her adımda, tüm Wilks' Lambda değerlerini minimize eden başvuru yakınması tespit edilmiştir. Üç özet ifadenin birlikteliğinde DIB-R'a göre SKB tanısı %96,5 oranında doğru öngörülmüştür ($\kappa=0,335$, $\chi^2(3)=153,81$, $p<0,001$).

a Maksimum adım sayısı 40.

b Dahil etmek için minimum kısmi F değeri 3.84.

c Çıkarmak için maksimum kısmi F değeri 2.71.

DIB-R semptomlarına, SCID-II SKB tanısı için uygulanan aşamalı ayırma analizinde ($\kappa=0,338$, $\chi^2(3)=152,22$, $p<0,001$) mala zarar verme, kendini yaralama ve kullanma (manuplasyon) olmak üzere 3 semptomun analize uygunluğu belirlenmiş ve bunlarla SCID-II SKB tanısı %93,1 doğrulukla öngörülebilmektedir. (bk. Tablo25)

Tablo 25: SCID-II SKB Tanısına Göre Tespit Edilen DIB-R Semptomları (a,b,c)

Adım	DIB-R Semptomu	Wilks' Lambda			Öngörücü etkisi
		Lambda değeri	Kesin F değeri		
			F	Anlamlılık	
1	Mala zarar verme	0,51	142,13	p<0,001	%84,7
2	Kendini yaralama	0,39	111,98	p<0,001	%86,1
3	Kullanma	0,34	91,34	p<0,001	%88,2

Her adımda, tüm Wilks' Lambda değerlerini minimize eden başvuru yakınması tespit edilmiştir. Bu üç semptomun birlikteliğinde SCID-II SKB tanısı %93,1 oranında doğru öngörülmüştür ($\kappa=0,338$, $\chi^2(3)=152,22$, $p<0,001$).

a Maksimum adım sayısı 174.

b Dahil etmek için minimum F anlamlılığı 0,01.

c Çıkarmak için maksimum F anlamlılığı 0,05.

TARTIŞMA

Bu araştırmada Sınır kişilik bozukluğunun, kliniğe başvuran ergenler arasındaki yaygınlığı DSM III-R tanı kriterlerine göre %18,8, DIB-R'a göre ise %11,8 bulunmuştur.

Kernberg'in değerlendirmesine göre genel nüfus içindeki oranı %15 olarak belirlenmiştir (Gunderson; 1984). Sınır kişilik bozukluğuna ise genel popülasyonda rastlanma oranı yaklaşık %2'dir. Bunların %10 kadarı ayaktan takip edilmekte, %20'si yataklı servislerde izlenmektedir. Kliniklere başvuran tüm kişilik bozukluğu olgularının %30-%60'lık bir kısmını oluşturmaktadırlar (DSM IV; 1994).

Ergenlerle ilgili çalışmalar ele alındığında oranlar genel olarak daha yüksek bildirilmektedir. Bernstein ve arkadaşları toplum temelli veri topladıkları araştırmalarında DSM III-R tanı ölçütleri ile sınır kişilik bozukluğu için %7,8'lik bir prevalans saptamışlardır (Bernstein ve ark.; 1993). Westman ve arkadaşları, Wisconsin'de öğrenme bozukluğu servisine sevk edilen 180 ergen ve çocukta DSM III'e göre sınır kişilik bozukluğu % 16 oranında bulunmuştur (Westman ve ark.; 1987). Becker ve arkadaşları ise 138 yatan ergen hasta içinde SKB oranını %49 olarak bildirmişlerdir. Aynı çalışmada erişkin hastalar için SKB oranı %40 saptanmıştır (Becker ve ark.; 2000). Chabrol ve arkadaşlarının Fransada liselerde yaptıkları iki ayrı frekans çalışmasında DIB-R'a göre SKB oranını %14 ve %20 olarak belirlemişlerdir. 13-20 yaş arası klinik olmayan ergen grubunda %14 tespit edilirken, %20'lik frekans 15-18 yaş grubundan elde edilmiştir (Chabrol; 2001, 2002). Ancak araştırmacılar yukarıda adı geçen diğer çalışmalardan farklı olarak DSM'de önerildiği şekliyle 1 yıllık örüntüyü esas almışlardır. Bizim araştırmamız ile olan bu fark elde edilen oranlar arasındaki farklılığı açıklayabilir.

Bizim elde ettiğimiz sonuçlar diğer araştırmalarla uyumludur. Saptanan DSM III-R'ye göre SKB sıklığı klinik olmayan popülasyona göre yaklaşık 2,5 kat fazla ve Becker ve arkadaşlarının yatan hasta sıklığından da 2,5 kat azdır. Klinik popülasyonda patolojilerin sık gözlenmesi beklenebilir. 1973-1983 yılları arasında on yıllık bir dönem içinde hastaneye yapılan 1400 başvurunun ele alındığı bir çalışmada, uzun dönem takip ve sonuçları üzerine 140 olgu değerlendirilmiş, en çok hospitalizasyona neden olan tanı, %23 ile sınır kişilik bozukluğu olmuştur. Yatan hastalarda kişilik bozuklukları gibi ağır patolojiler sık

gözlenmektedir. Diğer yandan da bizim araştırmamızdaki SKB oranı Wiskonsin'den DSM III'e göre elde edilen sonuçlara yakın saptanmıştır.

DIB'in güvenilirliği pek çok çalışmada oldukça iyi bulunmuştur (genellikle kappa katsayısı >0.70 ve sınıflar arası korelasyon katsayısı >0.80). Zannarini ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmalarda, DIB-R için yüksek içgüvenilirlik saptanmış ve test-tekrartest güvenilirliği de iyi bildirilmiştir (Zannarini ve ark.; 1989, 2002). Bizim araştırmamızda cronbach alpha katsayısı DIB-R'da sorgulanan 87 semptom için 0,96 olarak bulunmuştur. DIB-R'daki 20 Özet ifadeler için Cronbach alpha 0,92 saptanmıştır. SCID-II'de sorgulanan tanı ölçütleri için Cronbach alpha 0,86 bulunmuştur. Cronbach alpha değeri 0,80'nin üzerinde değerler yüksek derecede güvenilirliği ifade etmektedir.

Bizim çalışma grubumuzda da, uygulanan tanısal araçlar, SKB tanısını güvenle ayrılabilmiştir. Bu sonuçlar literatürdeki diğer çalışmalarla uyumludur.

Klinik ergen popülasyonunda SKB tanısının güvenilirliği üzerine çalışmalar 1990'lı yıllardan sonra yapılmaya başlanmış ve bu tanı kategorisinin bu ergen grubunda güvenilirliği gösterilmiştir (Ludolph, 1990; Westen 1991; Pinto; 1993). Pinto ve arkadaşları, hastanede yatan ergenlerde DSM III-R tanı ölçütleri ve DIB-R ile tanı alan olguları diğer SKB tanısı almayan hastalarla, duygulanım ve bilişsel durumu değerlendiren ölçekler kullanarak karşılaştırmışlar ve SKB tanısı alanların diğer klinik tablolardan farklı olduğunu göstermişlerdir (Pinto ve ark. 1996). Yazarlar SKB tanısının, bu yaş grubunda geçerli ve güvenli bir şekilde konabileceği konusunda hemfikirdirler. Ancak DSM III-R ve DSM IV tanı ölçütlerinin bu yaş grubu için geçerliliği halen tartışmalıdır (Grilo 1998, Ludolph 1990). Öncelikle bu yaş grubunda gerçekçi olmayan yüksek oranlar bildirilmektedir. Diğer bir unsur da takip çalışmalarında belirtilerin devam oranlarının düşük olmasıdır (Bernstein 1993; Garnet 1994). Ayrıca özellikle ergenlerde yüksek oranda eştanı bildirilmesi homojen bir hastalık grubundan söz etmeyi güçleştirmektedir (Becker; 2000).

Bizim sonuçlarımız da bu çerçevede ele alınabilir. SKB tanısı alan grupta, işlevsellikte diğer hastalara göre daha fazla bir bozulma gözlenmiştir. Söz gelimi öğrenimi yarıda bırakma oranları SKB tanısı alanlarda daha fazla saptanmıştır (bkz. tablo 2). Suç işleme oranlarındaki yükseklik, alkol ve madde kullanımında sıklık, kontrolsüz cinsel ilişki, yüksek kazaya uğrama oranları ve eştanı durumlarının sıklığı gibi nedenlerle kişilik bozukluğu olan ergenlerin

işlevselliklerinin oldukça bozuk olduğu birçok araştırmacı tarafından bildirilmiştir (Pearson; 1997, Becker; 2000). Ancak SKB tanısı ile ilişkilendirilmiş olsa da, bu sorunları salt betimleyici olarak ergenlik sürecine bağlı geçici “fırtına ve stres” dönemine ait bozulmalardan ayırt etmek pek olanaklı değildir. Diğer yandan da klinik ergen başvuruları ile elde edilen bulgular SKB tanısının normal ergenlik süreciyle arasındaki sınırları belirlemek için yeterli değildir. Yine de sonuçlar sınır kişilik yapılarının tedavi için ilk başvurularındaki farklı klinik görüntülerini ayırt etmeye yarayacak veriler sağlayabilir.

Bizim araştırmamızda karşılanan SCID-II tanı kriteri sayısı ile DIB-R skoru arasında Pearson korelasyon katsayısı 0,82 bulunmuştur ($P < 0.01$). Bu oran her iki ölçeğe bağlı tanıların uyumlu olduğunu göstermektedir. Tüm başvurular içinde DIB-R’a göre tanılar ile SCID-II tanısıyla karşılaştırıldığında DIB-R tanısının duyarlılığı 0,59, özgüllüğü 0,99 olarak bulunmuştur. DIB-R için böyle bir veriyi rapor eden tek çalışmada, duyarlılık 0,82, özgünlük 0,80 olarak bildirilmiş, pozitif öngörücü güç 0,74 ve negatif öngörücü güç 0,87 olarak saptanmıştır. DIB-R, DSM III-R temel alındığında SKB tanısına oldukça özgül gibi durmaktadır. Ancak duyarlılığı daha düşüktür. Kesme puanı orijinal DIB’deki gibi yedi olarak alındığında tanı koyma oranları daha da yaklaşmaktadır. Ayrıca DIB-R yüksek öngörücü güç değerleriyle (0,91 ile 0,94 arasında) SKB ölçütlerine uymayanları da iyi ayırt etmektedir. DIB-R’ın, SKB’ye özgü semptomları baskın olan özgül bir grubu saptadığı ve daha hafif belirtilerle başvuran hastaları dışladığı kabul edilebilir. Bu nedenle her iki tanısal araçtan alınan verilerin karşılaştırılması özellikle DSM III-R ölçütlerinin kapsadığı hasta grubu içinde SKB tanısına daha özgül yapı içeren bir grubun da tanımlanmasına olanak sağlamaktadır. Ancak bu veriler ile prognoz hakkında öngörüle bulunmak olanaklı görünmemektedir.

DSM III-R’ye göre SKB tanısında cinslerin dağılımı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamış olması sayının azlığı nedeniyle ortaya çıkan bir durum olabilir. Ancak yine de kadınların oranı erkeklerin 2,5 katıdır ve tanı almayan grupta ise kadın erkek oranı eşit bulunmuştur. Bu oran SKB’de cinsiyet farklılıklarını bildiren diğer çalışmalarla uyumludur (Grilo ve ark.; 1996). Diğer yandan da DIB-R ile SKB tanısı alan hastalara kadınların oranı belirgin olarak daha yüksek saptanmıştır ve bu oran 1:16’dır. Bu da özellikle DIB-R tarafından belirlenen SKB tanısının kadınlarla daha ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızın yapıldığı klinik ergen popülasyon için SKB tanısı alanların ebeveynlerinde ve soygeçmişlerinde psikiyatrik hastalık öyküsü açısından bir farklılık mevcut değildir (bkz. tablo 4). Klinik popülasyondan elde ettiğimiz bu sonuç, SKB dışında birçok diğer psikiyatrik tablo için de soygeçmişte psikiyatrik hastalık öyküsünün fazlalığından bahsedildiği göz önüne alınarak yorumlanmalıdır.

Ailelerde alkol ve madde kötüye kullanımı öyküsüne bizim araştırma grubumuzda fazla rastlanmamıştır. SKB tanısı alanların babalarında alkol ve madde kötüye kullanımı öyküsü iki kat daha fazla bildirilmiş olsa da sayının yetersizliği nedeniyle anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (bkz. tablo 4).

SKB tanısı alanlarda şiddetli geçimsizlik ve aile içi şiddet bildirimi bu tanıyı almayanlara göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Bunun dışında SKB tanısına göre ebeveynler özellikleri ve aile durumu hakkında anlamlı bir farklılıklar saptanmamıştır. Şiddetli geçimsizliğin ve aile içi şiddetin SKB tanısı alanlarda fazla olması, bu hastaların aile yapılarındaki bozukluğa işaret ediyor olabilir. Ebeveyn patolojileri ve aile sorunlarının SKB tanısı ile ilişkisinin ele alındığı daha ayrıntılı çalışmalar yapılması, etyolojiye ait bu faktörlerin aydınlatılmasında yararlı olacaktır.

Gelişim öyküleri açısından, SKB tanısı alanlarla almayanlar arasında anlamlı farklılıklar saptanmamıştır. Yalnızca üç ay ve daha az anne sütü alanlarda SKB tanısı alma oranı daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuç erken bebeklik döneminde yaşanmış ve bağlanma ile ilgili sorunlara yol açmış olabilen olayların, SKB tanısı alanlarda daha fazla olabileceğine işaret etmektedir. Bu erken dönem patolojilerinin daha ayrıntılı olarak araştırılması ilgiye değerdir.

Bir çok diğer çalışmanın aksine SKB tanısı alanlarla almayanlar arasında olumsuz yaşam olayları bildirmekle ilgili bir farklılık yoktur (bkz. tablo 6). Bir çok çalışmada olumsuz yaşam olaylarının ve travmanın SKB patolojisiyle ilişkisi ortaya konmuştur. Ancak bizim çalışmamızın kapsamında olmadığı için bu konular ayrıntılı olarak ele alınmamıştır. Bizim sonuçlarımızda beligin farklılıklar saptanmamasının nedenleri olarak, çalışmanın klinik bir popülasyonda yapılmış olması, ilk görüşmede özellikle taciz gibi olumsuz yaşantıların bildirilmesindeki zorluklar sayılabilir. Olumsuz yaşam olayları ve travmanın daha ileri araştırmalarla ele alınması SKB etyolojisinin anlaşılmasında fayda sağlayacaktır.

Bizim araştırma grubumuzun sosyo demografi özellikler açısından homojen bir yapıda olduğu görülmektedir. DSM III-R'a göre SKB tanısı alanlar, bu tanıyı almayanlardan sosyodemografik özellikler açısından ayrılmamaktadır. Tüm bu özellikleri ortaya koyduktan sonra SKB semptomatolojisinin bizim araştırma grubumuzda nasıl bir yapı sergilediğini tartışabiliriz.

Kimlik dağınıklığı sınır durumlar için karakteristik bir görünüm oluşturur. SKB tanısını değerlendirdiğimiz araştırmamızdan elde edilen sonuçlar arasında DSM III-R tanı ölçütleri içinde kimlik dağınıklığı %38 oranında gözlenmiştir. Kararsız duygulanımdan sonra en çok karşılanan tanı ölçütüdür. PÖG değeri 0,50'nin altında kalmıştır. Dolayısıyla SKB tanısını öngörebilme gücü zayıftır (bkz. tablo 11).

Ergenlikteki kimlik gelişimi sürecinde, kuvvetli ve zayıf olunan yanlar hakkında bir farkındalık kazanılmaktadır. Diğer insanlarla benzer olduğu yanlarının yanı sıra, kendi biricikliği ve ayrıcalığı ile ilgili farkındalıkta da artış olmaktadır. Erikson ergen için kimliği tanımlarken, "güçlenen aynılığın ve sürekliliğin öznel bir duyumdur" demektedir (Erikson, 1968). Blos, bir "kimlik duygusu" olabilmesi için sabit bir kendilik duygusunun olması gerektiğinden bahseder. Kimlik oluşumu, karakterin biçimlenmesi yanı sıra benliğin dış dünya, id ve üstbenlik ile ilişkisinde tutarlı olmasını sağlar. Ergenler, oluşmakta olan kimlik duygusuyla birlikte artan bağımsızlık istekleri ve süre giden bağımlılık gereksinimleri arasında çatışma yaşarlar. Blos, hem bebekliğin hem de ergenliğin kişilik örgütlenmesinin incinebilir olduğu ve ruhsal yapının değiştiği dönemleri içerdiği görüşündedir. İnfantil nesne bağlarının zayıflaması sonucu erken çocukluk dönemindekine paralel kararlı bir kendilik ve nesne tasarımı oluşumu gerçekleşir (Blos; 1962, 1967).

Gelişme sürecindeki ergenin kimlik oluşumu ile ilgili olarak az çok dalgalanmalar yaşayabileceği ön görülmelidir. Bu nedenle ergenlerde kimlik karmaşasının bir ölçüye kadar normatif olduğu öne sürülmüştür. Bu dalgalanmalar özellikle ebeveyn ilişkilerinde olmak üzere tüm sosyal ilişkilerde kendini belli edebilir. Ancak erken dönemde ruhsal temellerin nasıl yapılandığı önemlidir. Erken dönem patolojileri, ergenlikteki bu yeniden yapılanma sürecinde zorluklara neden olacaktır. Erikson'un tanımladığı ve ergenliğe sınırlı tutulan kimlik karmaşası daha sonraları sınır durumlar için karakteristik bir unsur olarak ele alınmıştır.

Kernberg, Erikson'un kimlik krizini, kimlik dağınıklığından ayırır. Kernberg'e göre kimlik dağınıklığı "kendilik" ve "anamlı diğerleri" kavramlarının net olmamasıyla kendini belli eder. "Diğerleri" ile ilgili algı ve düşünceler çelişkili ve yüzeyseldir. Gunderson'a göre sabit ve tutarlı bir kendilik duygusu geliştirememek, sınır olgular için tipik ama tanımlanması güç bir ölçüttür (Gunderson; 1984). Helene Deutch'un "mış gibi" kişilik adını verdiği durumlar da bir kimlik dağınıklığı olarak değerlendirilebilir (Kernberg; 1975).

Kernberg, kimlik dağınıklığının içselleştirilmiş iyi ve kötü nesne ilişkilerinin bütünleşmemiş, yansızlaştırılamamış olmasıyla karakterize olduğunu söyler. Bunun temelinde ise bölme mekanizması mevcuttur. Bu nedenle kimlik dağınıklığı olan hasta duygusal, düşünsel ve davranışsal bakımdan tutarlı bir görünüm sergileyemez. Dolayısıyla sınır durumlardaki patolojinin temelinde yatan kimlik dağınıklığı, nevrotik olgularla ayrımı belirleyen en önemli faktördür. Ergenler için normatif bir durum olabileceği söylenen kimlik dağınıklığının sınır durumlarla ilişkisi, temelde yatan nesne ilişkileri patolojileriyle bağlantılıdır. Dolayısıyla ergenlerde gözlenen kimlik dağınıklığı tablosu, yapısal temelde ele alındığında, sınır ve nevrotik, iki ayrı yapının ortak görüngüsü olabilir (Kernberg; 1984).

Bizim klinik araştırma grubumuz için, değişken kişilerarası ilişkiler ise en yüksek duyarlılığa ve negatif öngörücü güce sahip tanı ölçütü olarak saptanmıştır (bkz. tablo 11). Bu sonuçlar ışığında, kaotik sosyal ilişkilerin olmamasının SKB tanısından uzaklaştırdığı söylenebilir. Bunun yanında ayırıcı fonksiyon analizleri sonucu bu ölçütün, hem SCID-II hem de DIB-R tanılarını oldukça iyi öngörebildiği görülmektedir (bkz. tablo 12 ve 21). DSM III-R'de değişken kişilerarası ilişkiler ölçütünde, bölme ile ilişkili olan, göklere çıkarma (ilkel idealizasyon) ile değersizleştirme arasında gidip gelişlere bağlı ilişkilerdeki bozulma sorgulanmaktadır. Buna duygusal kararsızlık ölçütündeki duygulanım bileşeni eşlik eder. Ancak ergenlikte temelde olan yapı eski nesnelerden ayrılıp yeni nesnelere yönelmeyi yani nesne arayışını gerektirir.

Blos'un ifade ettiği gibi ergenlik bir "de-idealizasyon" sürecidir. Kaotik ilişkiler örüntüsü, SKB için temel bir özellik olsa da ergenliklerdeki ilişkilerin bilinçli veya bilinçdışı duygular yüzünden istikrarsız bir yapı sergilemesiyle ve ergenliğe özgü kimlik dağınıklığına bağlı tutarsızlıkla benzeri bir görünüm sergileyebilir. İlişkilerdeki bu değişkenliğin nevrotik ergende olandan ayıt edilmesi gerekir. Yüceltmeler ve değersizleştirmeler yapsa da, nevrotik düzeydeki ergenin ilişkilerindeki temel örüntü bu değildir. Sınır örgütlenme içinde olmayan

hastalar, yücelttiği kişiler ve değersizleştirdikleri arasında belirgin bir bölünmenin olduğu bir ilişki modeli sunmazlar, diğer başka nesnelerle ilişkilerinde daha bütünleşmiş bir yapı sergilerler (Kernberg; 1984).

Bizim araştırmamızda DIB-R'deki istikrarsız ilişkiler alt bölümünde sorgulanan semptomlara bakıldığında, SKB tanısı alanların daha fazla yakın ilişki ve bu ilişkilerde de yoğun tartışmalar ve tekrarlayan ayrılıklar bildirdikleri görülmektedir. Tekrarlayan ayrılıklar SKB tanısı için en yüksek duyarlılığa, negatif ve toplam öngörücü güce sahiptir. Bir örtüntü olarak istikrarsız ilişkiler ele alındığında, kişilerarası ilişkiler bölümünde en yüksek TÖG değerine sahip olduğu görülmektedir (bkz. tablo 15-4). Bizim çalışma grubumuzda yoğun ve çalkantılı ilişkilerin SKB tanısı için oldukça önemli bir ölçüt olduğu anlaşılmaktadır.

Ergenler kaybettikleri nesnelerin yerine koyabilecek yeni ilişkilere gereksim duyarlar ve sonuçta özdeşleşecekleri diğer insanları bulmak için ailenin dışına yönelirler. A. Freud, zaten beklenen bu tür bir istikrarsızlığın, içte oluşan çatışma ve karışıklığın diğer bir dışsal belirtisi olduğunda ısrar eder ve bu karışıklığın ergenliğin kaçınılmaz ve gerekli bir bölümü olduğuna inanır. Genel olarak dürtüde niteliksel bir artışın ergenlik için karakterize olduğunu söyler. Doğrudan dürtü doyumunu halen baskın olan üstbenlik tarafından kabul görmez. Dolayısıyla benliğin bastırma mekanizmaları devreye girerler. Önergenler için dürtü doyumunu sağlamaya yönelik tipik bir çözüm “suçluluğun sosyalleştirilmesidir” (A.Freud; 1936, 1958).

Erken ergenlikteki gruplar daha geniş olmakla birlikte daha eş konumda ilişkiler ve roller söz konusudur. Yaşın ilerlemesiyle ergenler daha küçük gruplar içinde olmayı tercih ederler (Brown; 1990). Birebir arkadaşlıklar giderek önem kazanır. Bizim araştırmamızda “yakın ilişkilerdeki fazlalık” (DIB-R) ile kastedilen dört kişiden fazla ilişkiler olduğundan bu Dunphy'nin yaptığı grup tanımlamasının sınırlarını aşmaktadır. Yığınlar ve çeteler ise yakın ilişki kapsamında sayılmazlar (Dunphy, 1963). Bunun normal ergenin içinde bulunması gerektiğinden ötede bir sosyal ortamı ifade ettiği düşünülebilir. Bu fazla sosyalleşmenin SKB tanısıyla bir ilişkisi vardır. Bu ilişkiyi, DIB-R'daki ilişkilerde yoğun tartışmalar ve tekrarlayan ayrılıklar ile ilgili veriler bütünlemektedir (bkz. tablo 15-4).

Gunderson'a göre nesne sürekliliğindeki patoloji nedeniyle bu hastalar zorlayıcı bir tarzda sosyal olma gereksinimi gösterirler. Çünkü kendilik tutarlılıkları ve değerleri başkalarına bağlıdır. Ancak tutarlı değerleri olan ve sınırları belirgin bir gurubun içinde, tutarlı bir kişilik

sergileyebilirler. Tüm bunların nedeni sabit ve tutarlı bir kendilik duygusunun gelişmemiş olmasıdır. Dolayısıyla sınır patoloji gösteren hastaların ilişkilerinde, kendilik duygusundaki patolojiye bağlı dalgalanmalara, duygusal dalgalanmalar da eşlik eder. Bu duygulanımlar kendiliğin iyi nesne ve kötü nesne karşısındaki durumuna göre değişiklik gösterir. Bunun sonucu ilişkilere duyarlı, tepkisel duygusal kararsızlık halidir. Bu duygusal değişkenliğin, diğer duygulanım değişikliklerinden ayrılması gerekir.

Bizim araştırmamızda DSM III-R ölçütleri içinde en fazla karşılanana, kararsız duygulanım ölçütü olmuştur (bkz. tablo 11). DSM ölçütünde duygudurumda tepkiselliğin olmasına bağlı duygusal kararsızlık sorgulanmaktadır. Bulgularımızda %42 oranında karşılaştığımız bu ölçütün, farklı bileşenleri içerdiği düşünülebilir. Kararsız duygulanım, SKB tanısı için duyarlı olan ve olmaması tanıdan uzaklaştıran (NÖG %95 olarak saptanmış) bir ölçüttür, ancak SKB tanısına fazla özgül değildir. Bu ölçütü karşılayanlar içinde SKB oranı %38 bulunmuştur ve bu sonuç ölçütler içindeki en düşük oranı (PÖG değeri; 0.38) oluşturmaktadır (bkz. tablo 11). Bizim ergen çalışma grubumuz için kararsız duygulanım ölçütünü karşılayanların büyük çoğunluğunun SKB dışında başka bir klinik durum sergiledikleri söylenebilir. Dolayısıyla kararsız duygulanım ölçütü bu klinik ergen grubunda heterojen bir yapı sunmaktadır. Bu ölçütün SKB tanısı için belirleyiciliği değerlendirildiğinde, SKB tanısını diğer ölçütlere göre daha zayıf öngörebildiği ve tanısal etkililiğinin düşük olduğu görülmektedir.

Ergenlerde artmış oranda duygusal kararsızlığın varlığı pek çok yazar tarafından da bildirilmektedir. Ergenliğe geçiş sürecine, duygusal yoğunlukta, çeşitlilikte ve ifade tarzlarında değişiklikler eşlik eder. Freud, yoğun ve değişken duygulanımın ergenliğe girişi karakterize ettiğini söyler. Ergenlik boyunca görülen bu duygusal tutarsızlık, yoğun duyguların ait oldukları orijinal nesnelerden çekilip, diğer kişilere yatırılmasının kısmi bir sonucudur (A. Freud; 1958) Diğer yandan Larson ve Lampman-Petratis'in elde ettikleri bulgular ergenliğin başlangıcının günlük yaşamdaki duygusal değişkenliklerle anlamlı bir ilişkisi olmadığını göstermiştir. Bununla birlikte ergenlerin yaş arttıkça daha fazla sayıda disforik durum tarif ettiklerini saptamışlardır (Larson ve ark.; 1989). Golombeck, ise tam tersi olarak erken ergenliği disforik bir durum olarak tarif ederken bunun orta ergenlikte azaldığını bildirmiştir (Golombeck ve ark.; 1986). Sonuçta bu disforik duygulanımın ergenlikte sık görülen bir durumdur.

Duygulanımda dalgalanmalar, özellikle erişkine göre daha belirsiz bir tablo ile kliniğe başvuran, duygudurum bozuklukları olan hastalar için de söz konusudur. Ergenlerde duygudurum bozuklukları daha çok hızlı döngülü bir seyir göstermektedir. Dolayısıyla klinik açıdan bakıldığında hem siklotimik hastalar hem de sınır hastalar belirgin duygudurum değişiklikleri sergilerler. Perry ve Cooper, siklotimik kişiliği olan hastaların idealize edilmiş bireye kesin bağımlılığı kabul etme eğiliminde olduklarını ve sınır hastadan daha az ayrılma ve terkedilme korkuları yaşadıklarını söylemişlerdir. Siklotimik kişiler, daha tutarlı kişilerarası ilişkiler kurarlar, öfkelerini daha uygun biçimde ifade edebilirler ve engellenme karşısında daha az tepki gösterirler (Perry ve ark.; 1983). Bizim araştırmamızda duygusal kararsızlık ölçütü ile ilgili çıkan sonuçlar, bu ölçütün klinik başvurusu olan sınır ve nevrotik ergen olgulardaki heterojen yapısına işaret etmektedir.

Bazı ergenler bağlanma ilişkilerindeki zorluklara aşırı duyarlıdırlar ve ebeveynlerinin olumsuz algıları ile aşırı yüklenmişlerdir. Bu ergenler sıkıntıları karşısında gereğinden fazla duyarlıdırlar ve bağlanma figüründen rahatlığı elde edebilmek için karakteristik olarak abartılmış bir duygulanım sergilerler ve bunu otonomiye önleyen bir tarzda yaparlar. Böylece bir duygudurum bozukluğu tablosu veya abartılı duygusallığı ve açık çatışmanın belirgin olduğu histrionik, sınır veya bağımlı özellikleri sergilerler (Ryan ve ark.; 1989).

Kernberg, sınır kişilik örgütlenmesi olan olgularda preödipalitenin baskın varlığından bahsederek, ilişkilerde kendini belli eden “oraliteden” söz etmektedir. Oral bağımlılık gereksinimleri kendini; sevilme, ilgi ve çekim odağı olma şeklinde gösterir. İlgi ve çekim odağı olma ihtiyacı uygunsuz bir biçimde talepkar bir niteliğe sahiptir. Bunun yanında tümgüçlü kontrol çabaları sonucu hak iddia etme davranışı söz konusudur. Hem uygunsuz talepkar davranışlar hem de hak iddia etme daha ilkel narsisist eğilimleri yansıtır. Tümgüçlü kontrol çabalarının, büyülenmeciliğin ve değersizleştirmenin, ebeveynlere karşı şiddet içeren isyankarlık ile birlikte olması, davranışın normal olandan ayrılmasını sağlar (Kernberg; 1984). Sınır koymakta zorlanan ergen, talepkar ve hak iddia eden bir davranış içinde olabilir. Blos da, özellikle orta ergenliğin narsisistik karakterine dikkat çeker (Blos; 1962). Bizim sonuçlarımız içinde, talepkarlık ve hak iddia etme davranışlarına ait örüntüye %7,6 oranın rastlanmıştır. Tanısal etkililik açısından diğer davranış örüntülerine göre daha zayıf durmaktadır (bkz. tablo 15-4).

Kimlik dağınıklığı ile ilişkili diğer bir durum da sadistik davranış ve antisosyal eylemlerdir. Aynı zamanda, Blos'un infantil nesne ilişkilerinin canlandırılması olarak tanımladığı bu düzensiz gidiş durumu, ambivalans ile karakterizedir. Tipik ambivalan nesne bağlarına ait infantil öfke ve sadizim; saldırgan davranışlar, negativizm veya umursamazlık olarak yüzeye çıkabilir. Ergen için diğer bir görev ise, ambivalans sonrası, bütünleşmiş nesne ilişkileri geliştirmektir (Blos; 1962, 1967).

Ancak aşırı sadistik davranış gösteren hastalarda kimlik dağınıklığı belirgindir (Kernberg, 1975). Bizim araştırmamızda, kendi amaçları için insanları kullanma davranışı (manipülasyon), DIB-R'da kişilerarası ilişkiler bölümünde SKB tanısı için en yüksek özgüllüğe ve pozitif öngörücü güce sahip semptom olarak saptanmıştır. Bu semptom, insanlara zalimce davranma ve değersizleştirme davranışlarıyla birlikte sadistik davranış örüntüsünü ifade eden bir alt bölüm oluşturur. Düşük gözlenme oranına karşın hem SCID-II hem de DIB-R'da SKB tanısını en iyi öngören alt bölümlerden biridir. Sadistik davranış örüntüsünün bizim araştırma grubumuz içinde tanısal etkililiği de yüksek saptanmıştır (bkz. tablo 15-4). Dolayısıyla bir örüntü halindeki sadistik davranış SKB tanısı için önemli bir bulgudur.

Sadistik davranış örüntüsünün altında, özgül olmayan benlik zayıflığı ile ilişkili olarak dürtü denetiminde zayıflığın ve yüceltici kanalların eksikliğinin söz konusu olduğu belirtilmiştir (Kernberg; 1975, 1992). Diğer yandan bu örüntüye sahip hastalar, ilkel savunma düzeneklerinin baskınlığı ile giden sınır kişilik örgütlenmesi gösterirler. Dolayısıyla bölme ile birlikte, inkar, ilkel idealleştirme, tümgüçlü denetim ve değersizleştirme sıklıkla kullanılır. Kaotik nesne ilişkileri, kaotik etkileşimler doğurur ve başka insanların kurbanı olma düşüncesi, bağımlı olunan kişilere karşı saldırganlığa zemin hazırlar. Bu durum bu tip "yardımı reddeden yakınıcı" kişilerde, kişilerarası ilişkiler ve toplumsal alanda kronik başarısızlığa yol açar (Frank; 1952). Bunun sonucu ise kaotik ilişkiler ile dürtüsel ve antisosyal eylemlerdir (Kernberg; 1992).

Kimlik dağınıklığı, diğer yandan, kendilik duygusundaki bozukluk nedeniyle, birincil süreç düşüncesine kayışa neden olur. Birincil süreç düşüncesine kayışın, kendilik duygusu ve kimlik dağınıklığı ile ilişkili olduğu, hem Gunderson hem de Kernberg tarafından vurgulanmıştır (Gunderson; 1984, Kernberg; 1975). Bunun sonucu geçici paranoid tepkiler ve dissosiyatif yaşantılardır. Üstbenlik işlevlerinin bütünleşmemiş olmasının, antisosyal

davranışların yanı sıra ilkel üstbenlik öncüllerinin, paranoid özellikler olarak yansıtılması sonucunu doğurduğu öne sürülmüştür (Kernberg; 1984).

Kernberg, birincil süreç düşüncesine gerilemenin, sınır kişilik bozukluğunun birkaç yönünün ortaklaşa sonucu olarak ortaya çıktığını söylemektedir. Patolojik ilkel dürtü türevleriyle ilişkili olarak, içselleştirilmiş erken patolojik nesne ilişkilerinin canlanması bu gerilemenin nedenlerinden biridir. Erken savunma düzeneklerinin, özellikle de disosyasyon ve bölmenin devreye girmesi bilişsel süreçlerin bütünleştirilmesini olumsuz etkilemektedir. Diğer yandan ilkel nesne ve kendilik imgelerinin kısmen yeniden birleşmesiyle benlik sınırlarının kararlılığını yitirmesi, benliğin ilkel yapılarına doğru bir gerileme ortaya çıkarır. Bunların sonucu olarak geçici psikotik tablolar gelişebilir. (Kernberg; 1975)

Birincil süreç düşüncesine kayış, SKB'nin önemli klinik görünümünden biridir. Bu nedenle araştırmamızda temel aldığımız DSM III-R'da bir ölçüt olarak bulunmamasına karşılık, DSM IV'de SKB tanısı için 9.ölçüt olarak eklenmiştir. Daha çok stresle ilgili geçici paranoid düşünceler ve dissosiyatif yaşantılar tarzında tanımlanır. Birincil süreç düşüncesi özellikle yansıtımlı testlerde kendini belli eder.

Bizim araştırma grubumuzda, DIB-R'da sorgulanan yersiz şüphecilik bilişsel semptomlar içinde en yaygın rastlanan semptom olmasına karşın, SKB tanısı alanlarla almayanlar arasında görülme oranı açısından bir farklılık saptanmamıştır. Belirgin batıl inançlılık, büyüsel düşünce, telepati yaşantısı, aşırı değerlendirilmiş düşünceler, düşünce çekilmesi ve somatik sanrılar açısından da SKB tanısı alanlarla almayanlar arasında bir farklılık yoktur. Depersonalizasyonlar ve derealizasyonlar açısından farklılık saptanmış olsa da tanısız etkililikleri düşük bulunmuştur. Bu tür düşünce ve yaşantıların, klinik ergen popülasyonu içinde, SKB tanısını ayırt etmek için yeterli tanısız etkililiğe sahip olmadığı düşünülebilir.

Diğer yandan edilgenlik ve suçluluk sanrıları ile sanrı benzerlerinin ve varsanılarının, SKB için yüksek tanısız değere sahip olduğu görülmektedir. Diğer davranış örüntüleriyle karşılaştırıldığında, psikotik ve psikotik benzeri yaşantılara daha sık (%30) rastlanmıştır (bkz. tablo 15-2). Bizim araştırma grubumuz için, psikotik semptomatolojinin tek başına SKB tanısı üzerinde belirleyici olmadığı görülmektedir. Klinik bir popülasyon ile yapılan bir araştırma olduğu için bizim bulgularımızın, SKB'nin diğer psikiyatrik tablolar ile olan ilişkileri de göz önüne alınarak yorumlanması gerekmektedir. Ancak tuhaf düşünceler açısından tanısız

etkililik düşük çıkmış olsa da, çözülme reaksiyonları ve giderek bazı psikotik semptomların SKB tanısı açısından önemli olduğu görülmektedir. Bu durum, klinik ergen popülasyonda birincil düşünce süreç düşüncesine ait bazı görüntülerin belirgin olmasının, SKB tanısının diğer klinik tablolardan ayrılmasında etkili olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Paranoid düşünce örüntüsü ise bize başvuran her dört ergenden birinde mevcuttur. Klinik ergen grubunda, hem diğer psikiyatrik hastalıklarla ilgili olabilen hem de zaman zaman nevrotik ergenlerde de döneme özgü olarak rastlanabilen birincil süreç düşüncesinin gözlenmesi, her ne kadar SKB tanısı için özgül olsa da, düşük tanısal etkililiğe sahiptir ve diğer durumlardan ayrılması gerekir (bkz. tablo 15-2).

A.Freud, ergenlikte libidonun ebeveynlerden diğer nesnelere kaydırılırken, duyguların da karşıtlarına dönüştürüldüğünü söyler. Bunun sonucunda uyumsuz, saldırgan ya da şefkat kabul etmeyen ergen davranışları ortaya çıkar. Saldırganlığın yansıtılmasıyla paranoid düşünceler oluşabilir. Libidonun kendiliğe geri çekilmesiyle büyüklencilik, nesneden çekilip kendi bedenine yatırılmasıyla da hipokondriak durumlar görülebilir (A.Freud; 1958).

Blos, ergende benlik bütünleşmesiyle ilgili sorunların, artan dürtüler ve gerilemeden kaynaklandığını söylemektedir. Blos'a göre ergenlik, benlik ve id gerilemesinin normal kabul edilebileceği tek yaşam dönemidir. Bu gerileme nedeniyle zaman zaman özellikle de stres koşullarında benlik sınırlarında zorlanmalar ortaya çıkabilir. İkinci ayrılma bireyleşme dönemi olarak da tanımlanan ergenlikte ortaya çıkan gerileme, kendi ile nesne ayrımını zorlaştırabilir. Ergen kendi tümgüçlülüğüne inanır ve bu inanç büyüsel düşünce ve algılara neden olabilir. Ayrılma, kendi ile nesnenin farklılaşmasını pekiştirmektedir. Öte yandan özerk benlik işlevleri de gelişmesine de olanak sağlar. Ancak temelde bütünlük tam sağlanamamışsa, tüm bu süreçler başarısızlığa uğrayacaktır (Blos; 1962, 1967).

Ergenin giderek tümgüçlü olmadığını, kapasitelerinin sınırlı olduğunu keşfetmeye başlaması ve kendi sınırlarını tanıması, büyüsel-tümgüçlülüğe sahip olduğu inancının yıkılması tehdidini getirir. Tümgüçlülükteki bu çöküş nedeniyle zaman zaman belirgin bir ambivalans ve saldırganlık ortaya çıkar. Sağlıklı nesne ilişkileri temelinde, ergenin kendine olan sevgisi ve büyüsel güçlerine gerçekçi olmayan inancı, yeni gelişen bireysel otonomisine olan gerçekçi inanca dönüşebilir (Blos; 1967).

Elkind, ergenlerin kendi düşünceleri ve ilgileri ile başkalarınıninkiler arasında ayırım yapmada zorlanmaları sonucu giderek daha çok izlendikleri hissine kapılıp, kendi yarattıkları bir seyirci kitlesiyle çevrilmişler gibi hissettiklerini söyler. Bu abartılmış biriciklik duygusu, ergeni bazen riskli davranışlara yönlerebilir. Elkind'e göre ancak on beş-on altı yaş dolaylarında, ergenler gerçekte herkesten farklı olmadıklarını ve insanların da kendilerini seyretmek için var olmadığını fark etmeye başlarlar. Bu noktada düşsel seyircilerin önemi azalır ve doğruları ve yanlışları dengeleyen daha gerçekte bir kendilik-kavramı kişisel söylencenin yerini almaya başlar (Elkind; 1978).

York ve arkadaşları ise teşhir olma hissini eşlik ettiği utanç duygusundan kaçınma sonucu doğan öfke ve bunun yansıtılmasının, paranoid düşünceye zemin hazırladığını söylemektedirler. Bu narsistik sorunsalın yoğunlaşması ile nesne bütünlüğünün sağlanamamasına bağlı birincil süreç düşüncesine kayış olabilir (York ve ark.; 1990). Yukarıda sayılan tüm bu görüşler, bizim araştırmamızda paranoid düşüncenin sık gözlenmiş olmasını açıklamaktadır.

Ancak bunlardan başka hem psikotik hem de sınır hastalar, ciddi ilkel savunmaların baskın görünümünü sergileyebilirler. Gerçeklik değerlendirmesinin olup olmaması ayırıcı tanıda belirleyicidir. İzole kronik bir sanrının varlığı daha çok kronik psikotik bir duruma dalalet eder. Bütünleşmiş bir kimlik yapısının varlığı ise psikotik ve sınır olanlardan nevrotik karakter yapısını ayırır (Kernberg; 1984).

DIB-R'de diğer dürtü kontrol bozuklukları alt bölümünde tıknırcasına yeme nöbetleri, aşırı para harcama, kumar oynama, sözel patlamalar, fiziksel kavga etme, zarar vermekle tehdit etme, fiziksel saldırıya karışma, mala zarar verme, pervasızca motorlu araç kullanma ve antisosyal davranışlar sorgulanmaktadır. Aynı alt grupta olsalar da bu semptomların farklı durumlara ait oldukları söylenebilir. Bunlardan, tıknırcasına yemek, pervasızca araba kullanma ve aşırı para harcama, SCID-II'de dürtüsellik ölçütünde, rasgele cinsel ilişkiler ve madde kötüye kullanımı ile birlikte sorulmaktadır. Bu ölçütün kapsamında daha çok kendine zarar verici davranışlar bulunmaktadır. Zarar vermekle tehdit etme, fiziksel saldırıya karışma, mala zarar verme ve diğer antisosyal davranışlar DSM ölçütleri içinde sorgulanmamaktadır. Bu semptomlar diğerlerinden farklı olarak, kısmen dışa yönelik saldırganlığının sonucu olarak ortaya çıkarlar. Diğer yandan DSM III-R'da, "uygunsuz yoğun öfke" ölçütünde bulunan sık hiddetlenme ve kavgacılık, DIB-R'da "diğer dürtü kontrol bozuklukları" özet ifadesinin,

yukarıda sayılan semptomlarla birlikte bir parçasını oluşturur. Neticede bu özet ifade DSM III-R'daki hem uygunsuz öfkelilik ölçütünü hem de dürtüsellik ölçütünün bir bölümünü içerir. DSM'de SKB tanısı ölçütlerinde, sadistik ve antisosyal davranışlar bulunmamaktadır. Bu nedenle, "diğer dürtü kontrol bozuklukları" özet ifadesinin kendi içinde semptom bazında değerlendirilmesi daha uygun durmaktadır.

Kendine zarar verme olasılığı yüksek iki alanda dürtüsellik, bizim klinik ergen popülasyonumuzda %11,1 oranında mevcuttu. SKB tanısı alanlarda bu oran %51,9 iken, almayanlarda %1,7 saptanmıştır ve SKB tanısı alanlarda almayanlara göre anlamlı olarak daha fazladır. Uç noktadaki davranışları içeren bu ölçüt, SKB tanısı için diğer tüm ölçütlere göre daha özgüldür. Aynı zamanda tanısal etkililiği en yüksek ölçüt olarak saptanmıştır (bkz. tablo 15-3). Bunun yanı sıra yapılan ayırma analizlerinde SKB tanısını hem SCID için, hem de DIB-R için en fazla önceleyen ölçüt olmuştur.

Erişkin hastalarla yapılan çalışmalar dürtüsellüğün SKB tanısı için çekirdek görünümü teşkil ettiğini bildirmektedirler. Bizim elde ettiğimiz sonuçlar erişkinden elde edilen verilerle uyusmaktadır (Sanislow; 2000, 2002, Links; 1999; Paris; 1994). Becker ve ark. hastanede yatan erişkin hastalarda yaptıkları bir çalışmada, en yüksek tanısal etkililiğin bu ölçütte olduğunu bildirmişlerdir (Becker ve ark. 2002). Ancak ergenlerde sonuçlar çelişkilidir. Ganet ve arkadaşları 2 yıllık takiplerde dürtüsellüğün azaldığını saptamışlardır (Garner; 1994). Bernstien ve arkadaşlarının, DSM III-R tanısının yaygınlığı ve kararlılığı üzerine yaptıkları 2 yıllık takip araştırmasında ise dürtüsellik her iki grup için de yüksek bulunmuştur. Bizim araştırmamız yatan hastalar ya da normal ergen popülasyonundan farklı olarak kliniğe olan başvurular üzerinden yapılmıştır. Sosyal ilişkilerinde sorun yaşayan ergenlerin aileleri tarafından kliniğe daha çok getirilmesinde bu tür uç dürtüsel davranışlar etkin rol oynuyor olabilir. Kuşkusuz bu sonuçların takip çalışmalarıyla da sınanması gerekmektedir.

Dürtü kontrol bozukluklarına ait davranışlar daha çok ataklar şeklinde ortaya çıkar. Hastalar ataklar dışında davranışlarını kabul edilemez bulabilirler. Dürtü denetimi eksikliğinin sınır durumlar için özgüllüğü, tipik olarak dışa vurulan davranışın benlikle bağdaşmasında, tekrarlayıcı niteliğindedir. Hasta, kişiliğinin bu davranışı gerçekleştiren yanıyla hayatının geri kalanı arasında duygusal teması kuramaz. Altta yatan temel düzenekler, bölme ve inkardır. Dürtü denetimi eksikliği, önceden kestirilemez bir yapıdadır ve kaygıda ya da herhangi başka bir dürtü türevinde söz konusu olan artışın basit bir yansıması olarak ortaya çıkar. Genellikle

bunun tipik örneklerinin, alkolizm, madde bağımlılıkları ve kleptomani olduğu söylene de ülkemizde alkol ve madde bağımlılığından çok yeme bozukluklarına, özellikle bulimia nervozaya sık rastlanır. Bunun bir nedeni alkol ve madde bağımlılığının bizim ülkemizde diğer ülkelere kıyasla az görülmesi olabilir.

Bulimia nervozanın sınır patolojilerle ilişkisi bilinmektedir. (Skodol ve ark.; 1993) Yeme bozukluğunun eşlik ettiği SKB olgularında işlevselliğin daha bozuk olduğu ve prognozun daha kötü olduğu bildirilmiştir (Van Hanswijck ve ark.; 2003). Bu araştırmada da tıknırcasına yeme nöbetleri az görülse de özgüllüğü oldukça yüksektir ve SKB tanısı alan grupta anlamlı olarak daha fazla gözlemlenmiştir.

Aşırı para harcama bizim ergen çalışma grubumuzda, SKB tanısı için yüksek özgüllüğe ve yüksek tanısal etkililiğe sahip bulunmuştur. Sınır olgularda dürtü denetimi eksikliğinin bir sonucu olarak dürtüsel satın almalara rastlanmaktadır. Genellikle ardından suçluluk duyguları eşlik eder.

Alkollü ya da hızlı araç kullanımının, kişilik bozuklukları, özellikle de antisosyal kişilik bozukluğu (ASKB) ve SKB ile ilişkisi bilinmektedir. Shop ve arkadaşları, yaklaşık beş bin ergen üzerinde yaptıkları bir araştırmada pervasızca araba kullananların oranını ABD için %29 ve ciddi kaza oranını ise % 21 olarak bildirmişlerdir. Sonuçlar alkol ve madde ile ilişkili araç kazalarının, uç ve ciddi davranış sorunları ile birlikte olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (Shop ve ark.; 2003). Bizim araştırmamızda pervasızca motorlu araç kullanma oranı %3 bulunmuştur, SKB tanısı alanlarda daha fazla bulunmaktadır ve tanı için özgül bir semptom olarak değerlendirilmiştir. Bizim kültürümüzde sürücü lisansının ancak 18 yaş sonrası alınıyor olması ve ergenler üzerinde aile kontrolünün daha fazla olması nedeniyle, pervasız araç kullanımının küçük yaşta ortaya çıkmasının daha ağır patolojilere işaret ettiği söylenebilir.

Bizim araştırmamızda antisosyal davranışların yüksek tanısal etkililikleri dikkat çekmektedir. Özellikle mala zarar verme %20 gibi yüksek bir oranda gözlenmiştir ve dürtü eylem örüntüleri içinde SKB için en yüksek tanısal etkililiğe sahiptir. Fiziksel saldırı ve zarar vermekle tehdit etme davranışları ile diğer antisosyal davranışlar altında sorgulanan gasp, hırsızlık, yasalarla sık sorun yaşama gibi davranışlar daha az görülmekle birlikte (%0,5 - %15), SKB tanısı için oldukça özgül semptomlardır.

Antisosyal davranışlar DSM'ler kapsamında sadece ASKB'ye özgü semptomlar olarak ele alınmış, SKB tanı ölçütlerinde bu davranışlara yer verilmemiştir. Onsekiz yaş temel alınarak yapılan ayırmda erişkinler antisosyal kişilik bozukluğu, çocuk ve ergenler ise davranım bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Kernberg, DSM'deki bu tanı kategorisinin kişilik özelliklerini içermediğini, daha çok davranışsal ya da yasal terimler üzerinden tanımlandığını söylemektedir. Antisosyal davranışlarda altta yatan kişilik yapısının daha çok sınır kişilik örgütlenmesine ait patolojik narsisizm olduğunu söylemektedir. Ancak bu antisosyal davranışların özellikle bu yapısal çerçeve içinde nevrotik ergenin uyum davranışlarından ayrılması gerektiğini ekler (Kernberg; 1986, 1992).

Bağlanma örgütlenmesi kopuk olan ergenler, bir savunma stratejisi olarak bağlanma ilişkisini dışlarlar. Bu strateji, davranım bozuklukları, madde bağımlılığı, narsisistik ve antisosyal kişilik bozuklukları olan ergenlerde ortaktır. Madde kötüye kullanımında, bağlanmanın çevresindeki olumsuz duygunun fark edilmediği öne sürülmüştür. Madde kötüye kullanımı veya davranım bozukluğu gösteren ergenlerdeki öfkeli davranışlar, bunun bir yansıması olarak görülebilir. Ergenlerde ebeveyn reddi ile ortaya çıkan öfkenin, bağlanma ilişkisindeki olumsuz duyguların farkında olunmamasından kaynaklandığı öne sürülmüştür (Rice; 1990).

Ergenlerde, bilinçdışı suçluluk duygularından kaynaklanan antisosyal davranışlar ve bilinçdışı cezalandırılma arayışları, antisosyal davranışlar ile kendine yönelik yıkıcılık gösteren ama bilinçdışı bir güdülenme göstermeyen sınır olgularınkilerden ayırt edilmelidir. Sınır kişilik örgütlenmesinde antisosyal davranışların kökeni, bütünleşmemiş üstben işlevlerindeki eksikliklerdir. Sonuç SKB olgularında ayrışmamış kötü nesne ve kendiliğe yönelen yıkıcılıktır. DSM III-R kapsamında dürtüsellik daha çok kendine zarar verici tarzda olmasıyla tanımlanmıştır, ancak antisosyal eylemleri içermez.

Kernberg, alt düzeye yerleştirdiği depresif-mazoşist karakter yapılarını, kişilik örgütlenmelerine göre ayırır. Laughlin (1956) tarafından tanımlanan "depresif kişilik" yapısını ise sınır patolojilerden farklı olarak nevrotik düzeyde değerlendirir. Bunun dışında sado-mazoşist kişilik yapısının yanı sıra kendine yönelik yıkıcılığın ön planda olduğu "alt düzey" bir mazoşist karakter grubu olduğundan bahseder. Bu mazoşist grup, kendini kesen ya da kendilerine fiziksel olarak başka yollarla zarar veren hastalardan oluşmaktadır. Bu hastalar, büyük bir öfkeyle ve pratik olarak depresif bir tablo sergilemeksizin gerçekleştirdikleri, dürtüsel yapıdaki intihar davranışlarıyla kaygılarını hafifletmeye çalışırlar. Kernberg, kendine

yönelik yıkıcı davranışların SKB için kötü prognostik faktör olduğunu söyler. SKB olan hastalar, bu tür davranışları rasyonalize etme eğilimindedirler. Ancak altta yatan unsur, ilkel büyüklenmeci kendilik kavramını korumak olabilir. Bu tür davranışlar, dış tatminden kendini özgür kılarak bir tümgüçlülük hissi yaratma çabasıdır. Bilinçdışı, nefret edilen nesneyle başa çıkabilmenin bedeli, kendine yönelik yıkımdır. Fairbairn (1952), “antilibidinal benlik” kavramı üzerinden, hastanın ilkel kötü nesnelerle özdeşleşmesinin seyir üzerindeki olumsuz etkisinden bahsetmiştir (Kernberg; 1975).

Kendini yaralama davranışı, çalışma grubumuzda %25 oranında gözlenmiştir. SKB tanısı almayanlarda bu oran %12,5 iken, SKB tanısı alanlarda %81,5 saptanmıştır. Seyrek görülen kendini yaralama davranışı (yılda 5 kereden daha az sayıda) açısından SKB tanısı alanlar ile almayanlar arasında bir farklılık saptanmazken, sık gözlenen kendini yaralama davranışı (yılda 5 kereden daha fazla sayıda) SKB tanısı alanlarda anlamlı olarak çok daha sık gözlenmektedir. Yineleyen intihar girişimleri, göz korkutmalar ve kendini yaralama davranışları SCID-II içinde tek bir ölçütte sorgulanırlarken, DIB-R’da dürtü eylem örüntüsü bölümünde ayrı alt bölümler oluştururlar. Bizim araştırmamızda, başvuru nedenleri içinde kendini yaralama davranışının, hem DIB-R tanısı hem de SCID-II SKB tanısını yüksek oranda öngörebildiği saptanmıştır. SKB tanısı açısından kendini yaralama davranışı, bizim klinik ergen popülasyonumuzda önemli bir etkiye sahiptir.

Bazı araştırmacılar tarafından, özellikle ergenler için intihar ve kendini yaralama davranışlarının, aynı ölçütte sorgulanmasının tanısal zorluklara neden olduğu ileri sürülmüştür (Becker, 2002, Chabrol, 2003). Araştırmamızda DIB-R’den elde ettiğimiz verilere göre, tüm başvurular içerisinde intihar girişimi öyküsü %26,4 bulunmuştur. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre intihar girişimi anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. Bu oranın yarısını, yalnız bir kez intihar girişimi öyküsü olanlar oluşturmaktadır (%13,2). SKB tanısı almayanlarda da %10,3 oranında saptanmıştır ve bu tanıyı alanlarla arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Asıl farklılık birden fazla intihar girişimi olanlarda bulunmuştur. SKB tanısı alanların %52’sinde yinelen intihar davranışı öyküsü mevcutken bu oran SKB tanısı almayanlarda %4,3 saptanmıştır. Tekrarlayan intihar girişimleri, SKB tanısı için oldukça özgül ve tanısal değeri yüksek semptomdur. Benzeri sonuçlar intihar tehditlerinde bulunma davranışıyla birlikte değerlendirildiğinde de söz konusudur. İntihar davranışı örüntüsünün, ayırma analizleri sonucu hem SCID-II, hem de DIB-R tanısını öngörmede oldukça etkili olduğu anlaşılmaktadır.

Sınır örgütlenme gösteren hastalarda hastane başvurusunun en sık nedenlerinden birisi intihar girişimleridir. Tekrarlayan kendine zarar verici davranış ve göz korkutma amaçlı intihar girişimleri en sık sınır kişilik bozukluğunda görülür (Grunebaum ve Klerman; 1967). İntihar girişimleri daha çok hastaların çevrelerindeki kişileri etkileme amacı gütsse de sınır hastaların %3 ila %10'u sonuçlanmış intihar girişimleriyle hayatlarını kaybederler (Gabbard; 1994).

ABD'de yapılan bir araştırmada klinik olamayan ergenlerin içinde son 12 ayda intihar girişimleri %7.8 oranında bulunmuştur. Bizin araştırmamızdaki %26,4 olan oran klinik başvurular içinden elde edilmiş olması nedeniyle daha yüksektir. Marttunen ve arkadaşları Finlandiya'da, intihar girişimi olan ergen olguları incelediklerinde erkeklerde %45, kızlarda %35 antisosyal davranış örüntüsü saptamışlardır (Marttuen ve ark; 1994). Ayrıca major depresyon ile yapılan karşılaştırmalı diğer bazı çalışmalarda, davranım bozukluğu ve SKB daha yüksek oranda bulunmuştur (Brodsy; 1997, Brent, 1994). Bu sözü geçen araştırmalarda intihar girişimlerinin tekrarlayıcı olma özelliği vurgulanmıştır. SKB hastalarının tüm intihar girişimleri içinde %9 ile %33 arasında değişen oranlarda bulunduğu öne sürülmüştür (Runenson; 1991, Kullgren; 1986). SKB olan hastalarda intihar girişimleri %60 ile %78 arasında bildirilmektedir (Gunderson; 1984, Shearer ve ark; 1988; Zanarini ve ark.; 1990; Kjellender ve ark.; 1998). Bizim araştırmamızda bir ya da daha fazla intihar girişimi olanlar SKB tanısı alanlar içinde %77.8 oranındadır. Araştırmalar bizim çalışmamızda da olduğu gibi intihar girişimleri ile SKB tanısı arasındaki ilişkinin önemini ortaya koymaktadır. Bunun yanı sıra Links ve arkadaşları ergenlerde SKB ve alkol-madde kötüye kullanımı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, dürtüsellikte yüksek skorlarla birlikte, artmış intihar davranışı ve kendini yaralama riski olduğunu bildirmişlerdir (Links ve ark.; 1995, 2003).

Araştırmamız klinik başvurusu olan ergen popülasyonunda, kronik veya epizodik alkol kötüye kullanımı %9 oranında mevcuttur ve bu oran SKB tanısı alanlarda %33,3, almayanlarda da %3,4 kişide saptanmıştır. Kronik veya epizodik madde kötüye kullanımı ise %4,2 oranında mevcuttur ve SKB tanısı alanlarda %18,5, almayanlarda da %0,9 oranında saptanmıştır. Bizim araştırmamızda kronik veya epizodik hem alkol, hem de madde kötüye kullanımı SKB tanısı alanlarda daha fazla oranda görülmektedir.

Alkol ve madde kullanımının, kendini yıkıcı davranış ile ilişkisi olduğu bildirilmiştir. Sınır kişilik örgütlenmesinde benlik ile bağdaştırılamayan durumlar söz konusu olduğunda, bununla başa çıkmaya yönelik olarak, madde kötüye kullanımı yoluyla haz verici ve benlikle

bağdaşan bir dürtünün doyumu sağlar. O'Boyle ve arkadaşlarının madde bağımlıları arasında yaptıkları bir araştırmada, intihar girişimi ve birden fazla madde kullanımı olanlar içinde SKB oranını anlamlı olarak fazla bulmuşlardır (O'Boyle ve ark. 1998). ABD'de klinik olmayan ergenlerde marihuana kötüye kullanımı %26.7 oranında bildirmiştir. Bizim toplumumuzda son yıllarda yaygınlaşmakla birlikte alkol ve madde kullanımı henüz ABD ya da diğer batılı ülkelerdeki kadar sık değildir. Ayrıca bu araştırmanın yapıldığı kliniğin yataklı ünitesi olmaması ve bulunduğumuz şehirde ergen ve çocuk madde bağımlılıklarıyla ilgili bir merkezin olması, araştırmamızda alkol ve madde bağımlılıkları ile ilgili düşük görülme oranı üzerinde etkili olmuş olabilir. Başvurular içinde kronik alkol veya madde bağımlılığına rastlanmamıştır. Buna karşın alkol ve madde kötüye kullanımı örüntüsü saptanan 4 olguda SKB tanısı almıştır. SKB tanısı alanlar içinde daha fazla olduğu istatistik analiz sonucu da gösterilmiştir. Bu nedenlerle bizim klinik ergen popülasyonumuzda SKB tanısı için önemli bir bulgu olmaktadır.

Diğer bir kendine yönelik yıkıcı davranış ise rasgele cinsel ilişkilerdir. SKB olan olgularda rasgele cinsel ilişkiler, sıklıkla kendilik nesnesi arayışından kaynaklanırlar ama eğer buna cinsel sapmalar eşlik ediyorsa daha ağır narsisistik patolojiler akla gelmelidir. Sınır kişilik örgütlenmesinde, cinsel tahrik genelde daha kaba ve sosyal olarak daha uygunsuz bir nitelik taşır. Karşı cinse yönelik gerçek bir cinsellikten çok, oral özellikli teşhircilik ve talepkarlığı yansıtır. SKB olan kişiler, sosyal ilişkilerinde olduğu gibi cinsel partner seçimlerinde de daha çok akıntıya kapılmış bir görünüm sergilerler ve nesne ilişkilerinde çok az kararlılık vardır. SKB olgularında, ilkel, çok biçimli, sapkın nitelikli bilinçli fanteziler bulunabilir. Sınır kişilik için tipik olarak tanımlanmış olan "pan-seksüalite" (Hoch ve Polatin, 1949), ilkel dürtülerin ve korkuların süregelmesi olarak görünse de, altta yatan patolojik düzeneklerin bir kombinasyonu olarak ortaya çıkar. (Kernberg; 1975)

Cinsellikle ilgili özellikler DIB-R'da cinsel sapma örüntüsü içinde toplanmıştır. Bu alt bölüm, rasgele cinsel ilişkiler ve cinsel sapmalardan oluşur. Testin değerlendirilmesinde sık ve geçici karşı cins ilişkileri ile rasgele cinsel ilişkiler ayrı ayrı ele alınmıştır. Tüm başvurular içerisinde kısa süreli gönül ilişkileri %12,5 olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda %37, almayanlarda ise %6,8 saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre kısa süreli gönül ilişkileri anlamlı olarak daha fazladır. Blos, ergenlikte nesne ilişkisi arayışı yeni bir boyut kazanır ve erken ergenlikte narsisistik nesne seçimleri belirginken, orta ergenlikte narsisistik savunmaların daha baskın hale geldiğini söylemektedir. Narsisistik ve biseksüel nesne

arayışının terk edilip heteroseksüel nesnelerin bulunması orta ergenliğin psikolojik gelişimini göstermesi açısından tipiktir (Blos; 1962). Dolayısıyla bu karşı cins ilişkilerine yönelme bir arayış doğurur. Diğer yandan ergenlerin keşfetmeye başladıkları cinselliği tümgüçlü biçimde kullanma çabaları ve ilk deneyimlerini yaşama konusundaki yoğun istekleri, artan cinsel dürtülerin kontrolünde zorluklar yaratabilir. Bunun sonucu sık karşı cins ilişkileri olarak kliniğe yansısı bile; sınır kişilik örgütlenmesi gösteren olguların kaotik ilişkileri kadar yoğun olmayabilir.

Ergenlikte de risk alıcı davranışlar çerçevesinde, dürtüsel cinsel ilişkiler ele alınabilir. Vesely ve arkadaşlarının, ABD’de 1253 ergen üzerinde yaptıkları bir araştırmada, ortalama yaşın 15.4 olduğu bu grupta, %63 oranında cinsel ilişki bildirilmiştir. Bunlardan %45’i tek bir cinsel partnere sahiptir ve %36’sının herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmadığı saptanmıştır (Vesely ve ark.; 2004).

Bizim çalışmamızda tüm başvurular içerisinde dürtüsel cinsel ilişki %2,1 oranında mevcutken, bu oran SKB tanısı alanlarda %7,4, almayanlarda ise %0,9 saptanmıştır. Ancak SKB tanısı alanlarda dürtüsel ilişki yaklaşık 8 kat daha fazla görülmesine karşın sayının azlığı nedeniyle istatistiksel olarak anlamlılık elde edilememiştir. Parafililer %3,5 oranında mevcutken, SKB tanısı alanlarda bu oran %11,1, almayanlarda da %1,7 saptanmıştır ve cinsel sapmalar açısından da aradaki fark anlamlıdır. Cinsel sapma örüntüsü olarak parafilileri ve dürtüsel cinsel ilişkileri birlikte olanların oranı %2,1’dir. SKB tanısı alanlarda %7,4 kişide, almayanlarda da %0,9 oranında gözlenmiş ancak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bizim kültürümüzde, ailenin ergen üzerinde kontrolünün fazla olması ve sosyal açıdan kabul edilemez olması nedeniyle daha az oranda rastlanmakta ya da bildirilmektedir. Diğer taraftan kliniğe ilk başvurularda, eğer çok aşık değilse ilk görüşmede bildirilmesi ergen hastalar için zor olabilir. Bizim araştırmamızda da, cinsel sapma en az rastlanan davranış örüntüsü olarak bulunmuştur ancak yine de SKB tanısı alan olgulara duyarlıdır.

Kendilik ve nesne bütünleşmesinde olan bozukluk sınır kişilik örgütlenmesi için karakteristik olan nesne sürekliliğinde eksikliği getirir. Nesnelere karşı ambivalan tepkilere katlanma yetisi sınır olgularda gelişmemiştir. Aynı kişiye uzun bir süre çatışma içeren bağımlılık, insanlarla ilişkide ortaya çıkan değersizleştirme ile yüceltme arasında dalgalanma olarak gözlenir. Ancak ilkel sadistik bir üstbenlik imgesini temsil eden bir nesneye kronik ve patolojik boyun eğmeyi yansıtan “bağımlılık”, kendine yönelik saldırganlığın ortaya çıkmasına neden olur.

Hastayla bütünleşmiş ve benlik ideali olarak yıkıcılığı talep eden bir üstbenlik ile özdeşleşme, kendine yönelik yıkıcı davranışlara zemin hazırlar. Sınır kişilik örgütlenmesinde belirgin olan oral talepkarlık, karşılığını bulamadığında hem kötü kendilik imgelerinin aktifleşmesi hem de nesneyi vermediği şey için suçluluk hisetmesini sağlamaya çalışmak gibi dinamiklerle kendine yönelik yıkıcılığa dönüşebilir. Nesne sürekliliğindeki erken patolojilere bağlı eksiklik, ayrılık karşısında duyulan kaygıya tahammül etmeyi zorlaştırır. Dolayısıyla çatışmalı bir karakterde olan karşılıklı bağımlılık örüntüsü ve yalnız kalmaya tahammülsüzlük yaşama, temelde kendilik nesnesi ihtiyacı ve kimlik dağınıklığı ile ilişkilidir. Nesne kaybına karşı olan bu aşırı hassasiyet, kendilik duygusunun yeterince yaşanamamasından kaynaklanır (Kernberg; 1990). Ancak nesne değişimi süreci içindeki ergen de benzeri duygular yaşayabilir. Dürtünün ebeveynlerden çekilip dış nesnelere yatırılması, bir nesne arayışı getirmektedir. Ergende nesne sürekliliğinin tam olmaması ve kendilik nesnelere yönelik gereksinimin artması sonucunu doğurur. Bu nedenle sosyal bir ortamda bulunmak ve yalnız kalmamak ergenler için önemli olabilir. Sağlıklı bütünleşmiş nesne ilişkilerine sahip ergenler bunu kendine yönelik yıkıcı davranışa fazla dönüştürmezler. Diğer yandan ilişkiler çatışmalı bir bağımlılık örüntüsü, normal ergende olan otorite figürleri ve ebeveynlerle olan çatışmalardan ve ambivalestan ayrılmalıdır.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular içinde yalnızlığa tahammülsüzlük örüntüsü %25,7 oranında mevcuttur. SKB tanısı alanlarda bu oran %59,3 iken, bu tanıyı almayanlarda %17,9 saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre yalnızlığa tahammülsüzlük örüntüsü anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. Her ne kadar böyle bir farklılık olsa da, SKB tanısı üzerine olan etkililiğindeki düşüklük dikkat çekicidir. Pozitif öngörücü değeri 0,50'nin altında kalmıştır ki bu da, bu davranış örüntüsünün SKB tanısı için yeterince önemli bir ölçüt olmadığını gösterir. Yalnızlık hissinden kaçınmanın, normal ergenin sosyal çevre içinde bulunma gereksinimi yanı sıra, kliniğe başvuran ve ruhsal bir sorun yaşayan ergenin destek ve güven arayışının artmış olmasını da içerdiği düşünülebilir. Bizim araştırmamızda SKB tanısı için tanısal ekililiğin, yalnızlığa tahammülsüzlük örüntüsü açısından düşük bulunmasında çalışmanın klinik ergen popülasyonunda yapılmış olması belirleyici olabilir.

Diğer yandan bizim çalışma sonuçlarımıza göre tüm başvurular içerisinde karşılıklı bağımlılık örüntüsü %9 oranında mevcutken, SKB tanısı alanlarda %37, almayanlarda ise %2,6 oranında gözlenmiştir ve SKB tanısı alanlarda almayanlara göre daha fazladır. SKB tanısı için etkililiği orta düzeydedir. Kendinin bir nesneye adanmakla ilgili olarak SKB tanısı alanlarla almayanlar

arsında bir farklılık yoktur. Offer ve Schonert-Reichl (1992), klinik olmayan ergen topluluğu üzerinde “çatışmalı ergen” mitini sorguladıklarında, %80 oranında tarif edilen ergen çatışmalarının arkadaş ya da aile ile yaşanmadığını ve içinde yaşadıkları kültürel ve sosyal değerlerle uyumlu olduklarını bulmuşlardır. Bağımlı olmaktan henüz tam kurtulmanın gerçekleşmediği ergenlikte de çatışmalı ilişkilerin yoğunluğu patolojik durumlara işaret edebilir (Offer ve ark.; 1992)

Uygunsuz, yoğun öfke ya da öfke kontrolünde bozukluk DSM III-R’da bir tanı ölçütü olarak sorgulanmaktadır. DIB-R’da ise öfke ile ilgili özellikler iki alt bölümde yer almaktadır. Duygulanımla ilgili olarak , süreğen ve yoğun öfkelilik, “duygulanım bölümünde” sorgulanırken, öfke kontrolü ile ilgili sorunlar “biliş bölümünde” diğer dürtü kontrol bozuklukları içinde ele alınmaktadır. DSM’deki bu yapının özellikle ergenler için ayrılmasının gerekliliği değişik araştırmacılar tarafından ön sürülmüştür (Becker; 2000, Chabrol; 2002). DSM’deki biçimiyle uygunsuz öfkelilik, bizim araştırmamızda %30 oranında gözlenmekle birlikte, SKB tanısı üzerindeki etkiliği diğer ölçütlerle karşılaştırıldığında orta düzeydedir. İntihar girişimleri ve kendini yaralama ölçütü ile gösterdiği yüksek korelasyon dikkat çekmektedir. Becker ve arkadaşlarının uygunsuz öfke ölçütü için yatan ergen hastalarda saptadıkları oran %77’dir ve bu hastaların 2/3’ü SKB tanısı almıştır (Becker ve ark; 2002). Bizim araştırmamızda bu ölçütü karşılayanlar içinde SKB tanısının oranı %55’dir. Yatan hastalarla karşılaştırıldığında daha düşük gözlenme oranı beklenebilir. Ancak yine de bu ölçütteki hangi komponentin SKB’ye daha özgü olduğunu anlamak kolay değildir.

DIB-R’den elde ettiğimiz bulgulara göre ise süreğen kolay öfkelenme ve öfkeli davranışlar sergileme örüntüsü %33,3 olguda mevcutken, SKB tanısı alanlarda bu oran %85,2, bu tanısı almayanlarda ise %21,4 saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre süreğen kolay öfkelenme ve öfkeli davranışlar sergileme örüntüsü anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. Ancak kolay öfkelenme ve süreğen öfkelilik klinik başvurusu olan ergenlerde %60 oranında mevcuttur. Bu örüntü içinde SKB tanısıyla daha ilişkili olarak münakaşacılık ve alaycılıkla ilgili davranışlar ön plana çıkmaktadır. Öfkelilik örüntüsü, DIB-R içinde SKB tanısına en az özgül olan örüntü olarak saptanmıştır. Diğer yandan da bu örüntünün olmaması durumunda SKB tanısı alma olasılığı da çok düşüktür. Bu nedenle duygulanım bölümü içinde en yüksek tanısal etkililiğe sahip örüntüdür.

Ergenliğin disforik duygulanım ile ilgili doğasından daha önce bahsedilmişti. Ancak öfkenin biçimi önem taşımaktadır. Tüm gücü kontrol çabaları, büyülenmecilik ve değersizleştirme, ebeveynlere karşı şiddet içeren isyankarlık ile birlikte olmasının ergenin normal sınırlar içinde kalan kavgacılığından ayrılması gerektiği vurgulanmıştı. Öfkenin kendini sosyal ilişkileri bozacak oranda yaygın ve uygunsuz ifadesi olması altta yatan kişilik patolojilerini düşündürmelidir. Kontrolsüzce, doğrudan ve yalın bir biçimde ifade bulan öfkenin SKB için duygusal görünümünü aslını teşkil ettiği söylenmiştir (Gunderson; 1987). Bunun yanında DSM'lerde de belirtildiği gibi depresif ergenler daha çok öfkeli ve irritable bir duygudurum tablosu sergilerler (DSM IV; 1994). Bizim bulgularımız ışığında; klinik başvurusu olan ergenlerde öfkeliğin olmasından çok; bu öfkenin nasıl ifade bulduğunun SKB tanısı açısından önemli olabileceğini söyleyebiliriz.

Ergenlerde artmış ve ısrarlı olumsuz duyguların önemli bir klinik sonucu olarak depresif semptomlarda artış olur (Offord ve ark. 1990). ABD'de kızların %36'sının, erkeklerin de %21'inin, en az iki hafta boyunca hemen her gün umutsuz ve üzgün oldukları bildirilmiştir. (Centers for Disease Control and Prevention; 2000) Değişik toplumlarda değişik oranlarda görülse de ergenlerde majör depresyon prevalansı %1 ile %6 arasında değiştiği bildirilmektedir. Yatan hastalarda majör depresyon sıklığı % 25 ile %60 arasında bildirilmiştir. Çocuk ve ergen psikiyatrisine başvurularda majör depresyon oranı yaklaşık % 30 olarak bildirilmektedir. (Elkin ve ark.; 1989, Lewis; 2002).

Bizim araştırmamızda tüm başvurular içerisinde son iki yıl içinde kronik, hafif ya da bir veya daha fazla majör depresif epizot varlığı %28,5 olguda saptanmıştır. SKB tanısı alanlarda bu oran %59,3, almayanlarda ise %21,4'dir ve SKB tanısı alanlarda anlamlı olarak daha fazladır. Tüm çalışma grubu olarak ve SKB tanısı almayanlar için bu saptanan oranlar yukarıdaki bilgilerle uyumaktadır. Yine kliniğimize olan başvuru yakınmaları içinde özellikle depresif durumlarla ilişkili olabilecek uyku bozuklukları, SKB tanısı ile yüksek ilişki göstermiştir (bkz. tablo; 8 ve 9).

Erişkinlerde SKB ve depresyon eştanısı üzerine yapılan araştırmalar, aralarındaki kuvvetli birliği ortaya koymaktadır. D.Klein, sınır hastalarda diğer psikiyatrik tanımlar göz önüne alındığında en sık bağlantının duygudurum bozuklukları ve bunlar içinde de atipik depresyon ile olduğunu söylemiştir (D.Klein; 1975). Akiskal (1981), Stone (1981) ve Loranger (1982)'a göre, sınır kişilik bozukluğuna en sık eşlik eden I.Eksen tanılarından birisi duygudurum

bozukluklarıdır. Ergenlerle yapılan çalışmalar sınırlıdır. Pinto ve arkadaşları hastanede yatan ergenlerle yaptıkları araştırmada SKB tanısı alanların öfke, kaygı, umutsuzluk ve kontrol kaybı duygusu açısından salt majör depresyon tanısı alanlardan ayıramadığını söylemişlerdir (Pinto; 1996). Gunderson ve Eliot, erişkin ile ilgili çalışmaları gözden geçirdikleri yazılarında, duygudurum bozuklukları ve sınır durumların semptom ve belirtilerinin içice geçtiğini öne sürmüşlerdir. (Gunderson; 1987) Sonuç, birçok hastada her iki tanı kriterleri karşılanmaktadır. Bu bulgular bir bozukluğun diğerlerine ikincil olduğu ya da bunların sadece rasgele birlikte bulundukları hipotezine ters düşmektedir. Bizim bulgularımızda da, özellikle klinik popülasyonda ergenler için duygudurum bozuklukları ve SKB'nin yüksek oranda birlikte bulunduklarını desteklemektedir.

Kernberg, bir semptom olarak depresyonun sınır kişilik özelliklerinde ayırt edilmesi gerektiğinden bahseder. Depresyona eşlik eden suçluluk duyguları ve pişmanlık, üstbenlik gelişimine işaret ettiğinden olumludur. Üstbenlik bütünleşmesi ne kadar kötüyse, karakter patolojisinin düzeyi de o kadar kötüdür. Diğer bir nokta da depresif tepkinin niceliği ve benlik işlevlerini ne derece bozduğudur. Psikotik sınıra yaklaşan ve benlik dağılımı yanı sıra gerçeklikteki duygusal ilişkilerden ciddi bir çekilme oluşturan depresif tepkiler, sınır kişilik örgütlenmesine delalet eder. Bu durumlarda benlik, aşırı katı ve sadist bir üstbenliğe katlanamaz. Kernberg, hem aşırı dağılmaya neden olan depresyonun, hem de depresyon olmamasının, sınır kişilik örgütlenmesine işaret edebileceğini söyler (Kernberg; 1975).

DIB-R kapsamında çaresizlik, karamsarlık, değersizlik ve aşırı suçluluk duyguları tek bir başlıkta toplanmıştır. Bu duygu örüntüsüne, bizim çalışmamızda tüm çalışmaya katılan ergenler arasında %19 oranında rastlanmıştır. Duyarlılığı ve SKB tanısı üzerindeki etkililiği düşü bulunmuştur (bk. Tablo 15). Bu örüntü içinde aşırı suçluluk duyguları ön plana çıkmaktadır. Özellikle aşırı suçluluk duyguları ve suçluluk sanrıları, SKB tanısı için yüksek düzeyde özgülüğe sahiptirler. Ancak her iki semptomun da duyarlılığı düşüktür. Aşırı suçluluk duygularının SKB tanısı üzerindeki belirleyiciliği çok düşükken ($PÖG < 0,50$), suçluluk sanrıları oldukça iyi bir etkililiğe ($PÖG = 0,78$) sahiptir (bk. Tablo 14-1 ve 14-2).

Üstbenlik ile çatışmaları önlemeye yönelik bu yeni mekanizma gizil dönem boyunca gelişmiş sosyal olgunlaşmadan köken alır. Çocuk bunu suçluluk duygularını grup üzerine özellikle de grup liderlerine yansıtarak rahatlatmaya çalışır. Artmaya devam eden dürtünün kontrolünde zorlanmayla bu süreçler yetersiz kalır ve korkular, fobiler, diğer bazı geçici nevrotik

semptomlar ya da mide ve baş ağrıları, tırnak yeme, kekeleme gibi belirtiler ortaya çıkabilir. (Gesell; 1956, Blos 1962).

A.Freud (1936), bir ergen için kendini suçluluk yaratan düşlemlerden yalıtmanın en güvenilir yolunun anasından ve babasından duygusal olarak geri çekilmesi olduğunu ileri sürmektedir. Fakat onlarla ilişkisinin kopması depresyon ve boşluk duygusu yaratır. Üstbenliğin oluşmasını sağlayan ebeveynlerden dürtü enerjisinin, nesne tasarımları ve bunlarla içselleştirilen moral değerlerle birlikte çekilmesi (decathexis) sonucu ergen, anlamsızlık ve boşluk duyguları yaşar. Bunun şiddeti sadece dürtünün yoğunluğuna değil diğer yanıyla da benliğin kaygıyı tolere edebilme gücünde olup olmamasına bağlıdır (Blos; 1962).

Sınır kişilik örgütlenmesinde, çeşitli nedenlerden ötürü, kendilik ile iç nesneler dünyası arasındaki ilişki tehdit edildiğinde yani kendiliğin iç nesneler tarafından içsel olarak terk edilmesi ya da nesnelerin yitilmesi söz konusu olduğunda, acı verici ve rahatsız edici nitelikte bir boşluk hissi deneyimlenir. Nevrotik düzeydeki depresif kişilik yapısında olan kişiler bu öznel yaşantıyı yalnızca ara ara yaşıntırlar. Bu depresif hastaların boşluk hisleri, yalnızlık hissine yakındır. Bunun karşılık bütünleşmiş bir kendilik yoksa, daha derinden gelen kronik boşluk ve hayatın anlamsızlığı hissi ortaya çıkar. Kimlik dağınıklığı olan hastalar boşluk yaşantıları geliştirme potansiyeline sahiptir. Kendilik duygusunun gelişmemesi, gerçek ya da hayali terk edilmelere karşı bireyi hassas kılar. Bunun sonucu öznel boşluk hissi yanı sıra felaket ve yok olma duyguları yaşıntırlar. Dolayısıyla terk edilme yaşantılarını önlemeye yönelik yoğun çabalar söz konusudur.

Bizim araştırmamızda, kronik boşlu hissi ve terk dilmekten kaçınma hemen hemen aynı oranlarda gözlenmiştir. Tüm başvurular içinde bu ölçütleri karşılayanların oranı; kronik boşluk hissi için %29 ve tek edilmeyi önleme çabaları için %28 bulunmuştur. SKB tanısı üzerindeki etkililikleri düşüktür. Ancak terk edilmeyi önleme çabaları, kronik boşluk hissine göre daha ön plana çıkmaktadır ve tek başına SKB tanısını %81,3 oranında öngörebilmiştir. Her iki ölçüt daha çok birlikte olma eğilimi göstermişlerdir ve aralarındaki korelasyon, diğer ölçütlerle olduğundan daha yüksektir. Erişkin için öne sürülenin aksine bizim araştırmamızda kronik boşluk hissi ve terk edilmekten kaçınma arasında kuvvetli bir ilişki vardır (Sanislow; 2000).

Yukarıda tek tek örüntüler ve semptomlar bazında tartıştıktan sonra; bu tanısal araçların kendi içlerinde ve kendi aralarında nasıl bir örgütlenme içinde oldukları ele alınacaktır. Bu amaçla bu tanısal araçlara uygulanan faktör analizi sonuçları ortak bir model içerisinde yorumlanmaya çalışılmıştır. Pek çok araştırmacı DSM'deki SKB ölçütlerinin üç faktörlü modele göre yapılandırılmasının uygun olacağı görüşündedirler. Bu araştırma kapsamında klinik ergen popülasyonu içinde SKB için DSM tanı ölçütlerinin etkililiği, DIB-R ile elde edilen bulgularla karşılaştırılarak ele alınmıştır. Bu amaçla DSM III-R, tanı ve değerlendirmede esas alınmıştır. Bu değerlendirmeler yapılırken bu araştırmanın verilerinin tüm ergenleri yansıtmadığı, klinik popülasyondan ve ülkemiz kültürel yapısından elde edildiği göz önüne alınmalıdır. Ancak yinede SKB tanısının DSM'ye girmesinde etkili olmuş olan Gunderson ve grubunun önerdiği, üç parçalı tanısal yapının burada da ele alınmasının uygun olacağı düşünülmüştür (Sanislow; 2000). Bu amaçla “Bozulmuş ilişkiler”, “Duygulanımda düzensizlik” ve “Davranışsal düzensizlik” olarak üç yapı değerlendirilmiştir.

Erişkinden elde edilen verilerle oluşturulmuş DSM III-R ölçütleri için bu üç parçalı modelde Bozulmuş ilişkiler faktöründe; değişken ilişkiler, kimlik dağınıklığı ve kronik boşluk duygusu mevcuttur. Bu grup kendilik duygusundaki bozukluğu ve diğer insanlarla ilişkideki yetersizliği ifade etmektedir. Daha tarihsel bir ifade ile “anaklitik” olarak adlandırılması önerilmiştir. Tamamlanmamış ve bozuk kendilik duygusu temelinde, kişilerarası ilişkilerde yaşanan zorluklarla kendini belli eden semptomların, SKB'nin çekirdek kişilik görünümünü oluşturduğu belirtilmektedir. Dolayısıyla kimlik dağınıklığının diğer tüm tanı ölçütleriyle yüksek korelasyon ve sıkı bağlantı içinde olduğu öne sürülmüştür (Sanislow; 2000).

Duygulanımda düzensizlik bölümünde; değişken duygulanım, terk edilmeyi önleme çabaları ve uygunsuz öfke mevcuttur. Bu model, SKB nin stres karşısındaki duygusal yanıtını ifade etmektedir. Burada terk edilmekten kaçınma çabalarının çekirdek unsuru oluşturduğu öne sürülmüştür (Sanislow; 2000).

Davranışsal Bozukluk bölümü içinde ise; dürtüsellik ve intihar girişimleri / kendini yaralama mevcuttur. Bu bölüm, klinik olarak anlamlı ve tedavi ile ilgili bir faktör olarak tanımlanmıştır (Sanislow; 2000).

Daha sonra aynı araştırmacılar DSM IV ölçütleri (DIPD) ile daha geniş, ayaktan tedavi edilen erişkin hasta popülasyonunda üç faktörlü modellerini bu kez doğrulayıcı faktör analizi uygulayarak değerlendirmişler, aynı ölçütlerin benzer faktör yükleriyle yüklendiklerini saptamışlardır. Daha sonra DSM IV ölçütlerine eklenen, geçici paranoid ve dissosiyatif yaşantıların, bozulmuş ilişkiler bölümüne dahil olduğunu bildirmişlerdir (Sanislow; 2000).

Bizim araştırmamızda da kliniğe başvuran ergenlerde elde edilen verilerle üç modelli faktör analizi, DSM III-R tanı ölçütleri için uygulanmıştır. DSM III-R SKB tanısı bizim grubumuz için yüksek iç-güvenilirlik göstermiştir. Tüm ölçütlerin aralarında yüksek korelasyon mevcuttur.. Bu durum Sanislow ve arkadaşlarının erişkinden elde ettikleri sonuçlardan farklıdır. Sanislow ve arkadaşları kendi çalışmalarında, değişken duygulanım ile kimlik karmaşasını yüksek oranda korelasyon gösterdiğini ve aynı zamanda SKB için o çalışma grubunda çekirdek görünümü oluşturduğunu bulmuşlardır. Dürtüsellik ve intihar girişimleri/kendini yaralama davranışıyla ilgili tanı ölçütlerinin diğerlerinden farklı olduğunu saptamışlardır (Sanislow ve ark.; 2002). Bizim araştırmamızda ise çalışma grubu tanısız olarak daha homojendir. Yine de intihar girişimleri / kendini yaralama ile dürtüsellik, birbirleriyle diğerleriyle olduğundan daha yüksek korelasyon göstermektedir. Bu sonuç, SKB’de intihar davranışının dürtüsel doğasına işaret etmektedir. Yüksek oranda korelasyon gösteren diğer bir birliktelik de, terk edilmeyi önleme çabaları ve kronik boşluk hissi arasındadır ve bu da nesne sürekliliği ile ilgili olarak ele alınabilir.

Tüm bu sonuçlar, çalışmalardaki yaş grupları farklılığının yanı sıra, yatan ve ayaktan takip edilen hasta grupları arasındaki farklılık da göz önüne alınarak değerlendirilmelidir. Sanislow ve arkadaşlarının çalışmaları daha ağır patoloji içeren, yatan hasta grubu ile uygulanmıştır. Yazarlar dürtüsellik ve intihar girişimi / kendini yaralama ölçütlerini, SKB tanısı alan erişkinlerde tedavi girişimlerinin üzerinde yoğunlaştığı semptomatik davranışı en çok yakalayan faktörler olarak tanımlamışlardır (Sanislow ve ark.; 2000). Bizim araştırmamızda da kliniğe başvuru nedenleri içinde, intihar girişimlerinin SKB tanısını en fazla öngören yakınma olduğu saptanmıştır.

Bizim çalışmamızda, DSM III-R için üç faktörlü model önceki benzer çalışmalara göre çok daha yüksek bir oranda toplam varyansı açıklamıştır (%70,2). Hem tek faktör yapısıyla hem de iki ve dörtlü faktör modelleriyle karşılaştırıldığında yüksek ölçüde uyumluluk göstermiştir.

Bu üç faktörlü model, hem ampirik yorumlama hem de kuramsal açıklamalar ile uyumludur. Bu model temelinde erişkin ile ergen grubu arasındaki farklar tartışılabilir.

DSM III-R'den elde edilen birinci faktör üç tanı ölçütünden oluşmaktadır; bunlar kararsız duygulanım, değişken kişilerarası ilişkiler ve kimlik karmaşasıdır. Buna **“Bozulmuş İlişkiler”** grubu denmiştir (bkz. grafik 5). Bizim bulgularımızda, Sanislow ve arkadaşlarının erişkin hasta grubundan elde ettikleri sonuçlardan farklı olarak kronik boşluk hissi yerine duygusal kararsızlık bu faktöre yüklenmiştir. Bu sonuç özellikle klinik ergen grupta duygusal kararsızlığın kimlik karmaşası ile ilişkili olduğu şeklinde yorumlanabilir.

İkinci faktör de üç tanı ölçütünden oluşmaktadır; bunlar intihar ve kendini yaralama davranışı, dürtüsel davranış ve uygunsuz öfkedir. Bu faktöre **“Davranışsal Düzensizlik”** grubu adı verilmiştir (bkz. grafik 5). Burada da Sanislow ve arkadaşlarının bulgularında farklı olarak uygunsuz öfkeliğin bu faktöre yüklendiği görülmektedir. Bazı yazarlar tarafından ergenlerde, intihar girişimleri ve kendini yaralamanın farklı nedelere bağlı olduğu ve intihar davranışının daha çok dürtüsellikle ilişkili olmasına karşın kendini yaralamanın öfkeyle ilgili olduğu öne sürülmüştür (Chabrol ve ark.; 2002). Bizim sonuçlarımızda tüm bunların iç içe geçtiği görülmektedir. İntihar davranışı ve kendini yaralama hem SCID II hen de DIB-R için yapılan faktör analizlerinde birlikte yer almışlardır. Ancak dürtüsellik ve öfkeliğin dağılımları farklılık göstermiştir. Kendine yönelik yıkıcı davranışlara bağlı dürtüsellik ve öfke kontrolünde bozukluk (SCID II'de sorulduğu şekliyle) intihar davranışı ve kendini yaralama ile ilişkili iken öfkeli duygulanım ve antisosyal karakterdeki dürtüsel davranışlar farklılık göstermektedir (bkz grafik 5).

Üçüncü faktör ise iki tanı ölçütünden oluşmaktadır; bunlar kronik boşluk hissi ve terk edilmeyi önleme çabalarıdır. Bu faktöre de **“Duygulanımda Düzensizlik”** grubu adı verilmiştir (bkz. grafik 5). Sanislow ve arkadaşlarının saptadıkları faktör yüklenmelerinden farklı olarak bizim sonuçlarımızda uygunsuz öfkeli ve duygusal kararsızlık yerine kronik boşluk hissi, terk edilmekten kaçınma davranışının yanında yer almıştır. Bu durum öncelikle terk edilmekten kaçınma davranışının bu faktör grubu için SKB açısından çekirdek görünümü oluşturduğu anlamına gelmektedir. Diğer yanı sıra da uygunsuz öfkeli ve duygusal kararsızlık yaygın dağılımına işaret etmektedir. Ayrıca SKB'nin bilişsel görünümünü oluşturduğu iddia edilen kronik boşluk hissini bu klinik ergen popülasyonunda duygulanımla ilgili örüntülerle

birlikte yer alması anlamlıdır. Bu sonuçlar öznel boşluk hissi yaşantısının klinik ergen popülasyonda bilişsel olmaktan çok duygulanımla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

SCID-II SKB tanısı bu faktörlerle %93,8 doğrulukla öngörülebilmektedir. SKB tanısını öngörebilme oranı en yüksek olan davranışsal düzensizliktir (bkz. grafik 4). Bizim araştırma grubumuz için kendine yönelik yıkıcı karakterdeki uç davranışlar SKB tanısı için çekirdek oluşturmaktadır. Bu sonuç erişkin SKB tanısı için ileri sürülenlerle uyumludur (Beck ve ark.; 2002).

DIB-R için de yine üç faktörlü model uygun bulunmuştur. Alfa katsayısı burada SCID-II'ye göre daha yüksek bir iç güvenilirlik göstermiştir. Burada da üç faktörlü model ampirik olarak diğerlerine tercih edilebilir durmaktadır ve uyumluluk analizlerinde diğer modellerle yüksek uyumluluk göstermiştir. Faktör yüklerinin tanısal etkililikleri arasında bir farklılık saptanmamıştır. Diğer yanıla da dört ve beş faktörlü modellerle karşılaştırıldığında da aynı duygulanım ve bilişsel değişkenlerin yine benzeri olarak gruplandığı görülmüştür. Ayrıca bu üç faktörlü model ile SCID-II'den elde edilen faktör yapıları arasında bir uyumluluk saptanmıştır. Tüm bu sonuçlar bu üç faktörlü modelin faktör analizi için en iyi çözüm olduğunu göstermektedir.

Birinci faktörde daha çok kimlik dağınıklığı etrafında kümелendiği söylenebilir. Bu grup, birincil süreç düşüncesine kayış ile ilgili olan tuhaf düşünce örüntüleri, psikotik ve psikotik benzeri yaşantılar ve paranoid düşünce yer alırken, diğer taraftan kimlik dağınıklığı ile ilgili olarak sadistik davranış, dürtü kontrol bozuklukları, talepkarlık / hak iddia etme davranış örüntüsü ve istikrarsız ilişkiler bulunmaktadır. Bu faktör **“Bozulmuş İlişkiler”** grubu olarak adlandırılabilir (bkz. grafik 5). Bu faktör, DSM III-R tanı ölçütlerinden elde edilen ve bozulmuş ilişkiler grubu olarak adlandırılan faktörle yüksek korelasyon gösterirken, diğer faktörlerle korelasyonu 0,3'ün altında kalmıştır. Bu sonuç, DSM III-R ile DIB-R'dan elde edilen bu iki faktörün denk olduğunu göstermektedir. Sanislow ve arkadaşlarının, DSM IV'e göre DIPD ile yineledikleri faktör analizi araştırmasında geçici paranoid düşünce ve ağır dissosiyatif semptomlar “bozulmuş ilişkiler grubunda” yer almıştır (Sanislow ve ark. 2002). Bizim DIB-R'dan elde ettiğimiz faktör modelinin, SKB için DSM IV ölçütleriyle de uyumlu olduğunu görülmektedir. Chabrol ve arkadaşları DIB-R için klinik olmayan ergen popülasyonda yaptıkları üç faktör modelli araştırmalarında sadistik davranış ile talepkarlık / hak iddia etme davranışlarını, kendini yaralama ve öfkeli ile birlikte aynı faktörde

bulmuşlardır (Chabrol ve ark. 2002). Bizim araştırma grubumuzda, kimlik karmaşası etrafında antisosyal ve sadistik davranışların daha çok bir arada olma eğilimi gösterdikleri söylenebilir. Bu sonuçlar antisosyal ve sadistik davranışların bizim araştırmamızdaki yüksek tanınal ekililikleri ile birleştirence, bozulmuş ilişkiler faktörünün çekirdek görünümünü oluşturdukları söylenebilir. (bkz. Grafik 5)

Bu bozulmuş ilişkiler faktörü, klinik ergen popülasyonunda SKB'nin çekirdek görünümünü oluşturuyor olabilir. Ancak SKB tanısı almayanlarda bu faktör için diğerleriyle bir korelasyon sağlanamamıştır. Bu durum özellikle SKB dışında kalan klinik grup içine bu faktöre ait ölçütlerin yayılmış olduğunu göstermektedir.

İkinci faktörde duygulanımla ilgili örüntülerin gruplandığı görülmektedir. İkinci faktör toplam 7 özet ifadeden oluşmaktadır; bunlar içinde depresif duygudurum, çaresizlik-karamsarlık-değersizlik-suçluluk duyguları, kaygı örüntüsü, öfke, disforik duygulanımlar ve terkedilme-sarmalanma-yokolma korkularının yanı sıra mazoşistik davranış örüntüsü de bulunmaktadır. Buna *“Duygulanımda Düzensizlik”* grubu denebilir (bkz. grafik 5). Duygulanımla ilişkili örüntülerin biraraya toplandığı ancak tanınal değerlerinin daha düşük olduğu gözlenmiştir. Bu faktör grubuna yüklenen özet ifadeler içinde öfkeliilik hariç hepsi Chabrol ve arkadaşlarının klinik olmayan ergenlerden elde ettikleri sonuçlarla uyumludur. Araştırmacılar bu faktörü klinik olmayan grupları için birinci faktör olarak bulmuşlardır. Ancak Chabrol ve arkadaşlarının çalışmasında bunların dışında intihar davranışı, tuhaf düşünce ve psikotik yaşantılar da bu gruptadır. Bizim sonuçlarımızda intihar davranışı ve kendini yaralamanın bir miktar bu gruba yüklendiği görülmektedir. Bu intihar davranışının depresif-mazoşist semptomatolojiyle ilişkisini göstermektedir. Bunun yanında öfkeliiliğin de bozulmuş ilişkiler faktörüne doğru bir kayması mevcuttur (bkz. Grafik 5).

Ayrıca Chabrol ve arkadaşlarının çalışmasında da öznel boşluk hissi ve terk edilme korkularının bir arada bulunması bizim sonuçlarımızda yola çıkarak yaptığımız kronik boşluk hissinin duygulanımla ilişkisi hakkındaki yorumumuzu desteklemektedir (Chabrol ve ark. 2002).

Mazoşizmin hem bizim araştırmamızda hem de Chabrol ve arkadaşlarının çalışmasında depresif belirtilerle birlikte yer alması depresif-mazoşist kişilik bozukluğu kavramını düşündürmektedir. Kernberg bu karakter özelliğini yüksek düzey karakter patolojisi olarak nevrotik kişilik örgütlenmesi içine yerleştirmiştir. Burada, ben kimliği iyi bütünleşmiştir

(Kernberg; 1992). Bu *Duygulanımda Düzensizlik* faktör grubunun, SKB ile diğer klinik tabloların örtüştüğü ve SKB ayrımının zor olduğu bir grup olduğu söylenebilir.

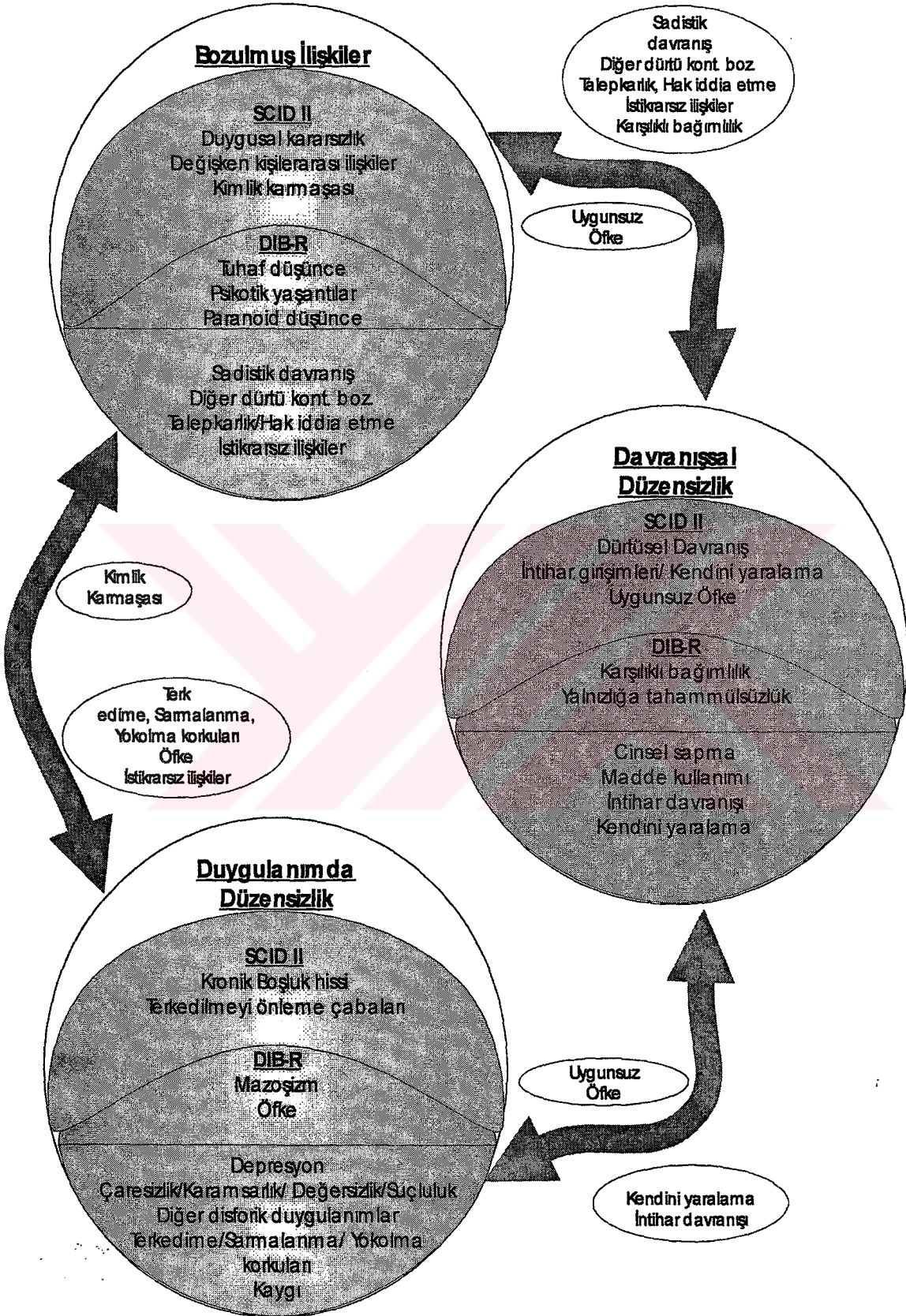
DIB-R’da üçüncü faktör ise 6 özet ifadeden oluşmaktadır; bunlar cinsel sapma, alkol-madde kullanımı, intihar davranışı, kendini yaralama, karşılıklı bağımlılık ve yalnızlığa tahammülsüzlüktür. Bu faktör grubu da “*Davranışsal Düzensizlik*” grubu olarak tanımlanmıştır. Chabrol ve arkadaşlarının araştırmasında; karşılıklı bağımlılık, yalnızlığa tahammülsüzlük, cinsel sapma ve alkol-madde kullanımını aynı faktörde toplanmıştır. Bu sonuç bizim Davranışsal düzensizlik grubumuzla uyumlu durmaktadır. Ayrıca bu faktör içinde istikrarsız işilkiler ve diğer dürtüsel davranışlar da yer almaktadır. İntihar girişimleri, duygulanımla ilgili özet ifadelerle birlikte ve kendini yaralama ise öfkeli ve sadistik davranışlarla ile beraber başka faktörlere yüklenmiştir. Yazarlar elde ettikleri bu gruba “dürtüsellik” adını vermişlerdir. Bizim araştırmamızda diğer dürtüsel davranışlar özet ifadesi başka faktörde olsa da SCID II ölçütü olarak dürtüsel davranışlar bu gruptadır. Bu farklılık, DIB-R’da sorgulanan dürtüsellik bir çok semptomu içermesine bağlı olabilir.

Links erişkinde dürtüsel davranışların SKB tanı ölçütleri için çekirdek oluşturduğunu ve prognostik önemi olduğunu vurgulamıştır (Links; 1993). Beck ve arkadaşları da intihar girişimleri ve kendini yaralama davranışlarının dürtüsellikle birlikte klinik olarak önem taşıdıklarını belirtmişlerdir (Beck ve ark.; 2002). Bu çalışmada klinik ergen popülasyonu içinde intihar girişimlerinin dürtüsellik yanı sıra öfke ile de ilişkili olabileceği görülmektedir. Bununla birlikte bizim çalışmamızda ergen popülasyonda, SCID-II’de sorgulanan, dürtüsel cinsel ilişki, aşırı para harcama, madde kötüye kullanımı, pervasızca araba kullanma ve tıknırcasına yeme, erişkinde göre daha az oranda saptanmış olması göz önüne alınmalıdır. Bu dürtüsellik ölçütünde sorgulanan dürtüsel davranış alanları uç bir alt grubu ifade etmektedir. İntihar davranışı ve kendini yaralama ile az gözlenen ama tanınal özelliği yüksek ve daha ağır bir patolojiye işaret eden dürtüsel davranışların birlikteliğine DIB-R’daki bağımlılık özellikleri de eşlik etmektedir. DIB-R’da yer alan diğer dürtü kontrol bozuklukları da kendi içinde hem uygunsuz öfke ölçütünde sorgulanan öfke kontrolünü hem DSM ölçütlerindeki dürtüsellik alanlarından bazılarını hem de antisosyal davranışları içermektedir (bkz. grafik 5).

Dürtüsel tabiattaki uç eylemlerin bizim kültürümüzde daha az görülmesi ergenlerin ailelerine daha bağlı ve daha kontrol edilir olmalarıyla ilgili olabilir. Ayrıca ergenler arasında da bu tür davranışların ne kadar kabul gördüğü veya tolere edildiği de önemli olabilir. Geleneksel aile yapılarının giderek değiştiği ülkemizde bu davranışların görülme sıklığı yılar içinde artma gösterebilir. Yukarıda tarif edilen bu durum, öfke ile ilgili değişkenlerin tüm bölümlerde gözlenen yaygın yüklenmelerini açıklar gibi görünmektedir. Bağımlı özellikleri belirgin ve kendine zarar vermeye eğilimi yüksek, dürtü kontrolü bozuk ve SKB'ye daha özgül bir tablo sergileyen klinik bir alt grup, SKB heterojenitesi içinde kliniğe başvuran ergenlerde mevcut olabilir.



Grafik 5: Üç faktör grubunu ve aralarındaki ilişkileri gösteren grafik



SONUÇ

- Bizim araştırmamızda hem SCID-II, hem de DIB-R için yüksek iç-güvenilirlik saptanmıştır. Kliniğimize başvuran ergenlerde SKB tanısının bu tanısal aletlerle güvenilir bir biçimde konabildiği görülmektedir.
- SCID-II ve DIB-R tanıları birbirleriyle önemli ölçüde uyumludur. SKB tanısı için DIB-R'ın, SCID-II'ye göre daha özgül olduğu ama duyarlılığının daha az olduğu bulunmuştur.
- SCID-II ile SKB tanısı alanlarda cinslerin dağılımı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu durum sayının azlığı nedeniyle ortaya çıkmış olabilir. Ancak yine de kadınların oranı erkeklerin 2,5 katıdır ve tanı almayan grupta ise kadın erkek oranı eşit bulunmuştur. Bu oran SKB'de cinsiyet farklılıklarını bildiren diğer çalışmalarla uyumludur. DIB-R ile SKB tanısı alan hastalara kadınların oranı belirgin olarak daha yüksek saptanmıştır. Bu da özellikle DIB-R tarafından belirlenen SKB tanısının kadınlarla daha ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.
- Öğrenimi yarıda bırakma oranlarının SKB tanısı alanlarda daha fazla olması, okul performanslarının daha düşük olduğunu göstermektedir. Bu klinik ergen popülasyonu içinde SKB tanısı alanlarda işlevsellik daha düşüktür.
- Bir çok diğer çalışmanın aksine SKB tanısı alanlarla almayanlar arasında olumsuz yaşam olayları bildirmekle ilgili bir farklılık yoktur. Bunun nedenleri olarak, çalışmanın klinik bir popülasyonda yapılmış olması, ilk görüşmede özellikle taciz gibi olumsuz yaşantıların bildirilmesindeki zorluklar sayılabilir.
- Çalışmamızı yapıldığı klinik ergen popülasyon için SKB tanısı alanların ebeveynlerinde ve soygeçmişlerinde psikiyatrik hastalık öyküsü açısından bir farklılık mevcut değildir. Klinik popülasyondan elde ettiğimiz bu sonuç, SKB dışında birçok diğer psikiyatrik tablo için de soygeçmişte psikiyatrik hastalık öyküsünün fazlalığından bahsedildiği göz önüne alınarak yorumlanmalıdır.

- Ailelerde alkol ve madde kötüye kullanımı öyküsüne bizim araştırma grubumuzda fazla rastlanmamıştır. SKB tanısı alanların babalarında alkol ve madde kötüye kullanımı öyküsü iki kat daha fazla bildirilmiş olsa da sayının yetersizliği nedeniyle anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
- SKB tanısı alanlarda şiddetli geçimsizlik ve aile içi şiddet bildirimi bu tanıyı almayanlara göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Bunun dışında SKB tanısına göre ebeveynler özellikleri ve aile durumu hakkında anlamlı bir farklılıklar saptanmamıştır. Şiddetli geçimsizliğin ve aile içi şiddetin SKB tanısı alanlarda fazla olması, bu hastaların aile yapılarındaki bozukluğa işaret ediyor olabilir.
- Gelişim öyküleri açısından SKB tanısı alanlarla almayanlar arasında anlamlı farklılıklar saptanmamıştır. Yalnızca üç ay ve daha az anne sütü alanlarda SKB tanısı alma oranı daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuç erken bebeklik döneminde yaşanmış ve bağlanma ile ilgili sorunlara yol açmış olabilen olayların SKB tanısı alanlarda daha fazla olabileceğine işaret etmektedir. Bu konuların daha ayrıntılı olarak araştırılması ilgiye değerdir.
- Araştırmamızda DIB-R'dan elde ettiğimiz verilere göre, tüm başvurular içerisinde intihar girişimi öyküsü %26,4 bulunmuştur. SKB tanısı alanlarda almayanlara göre intihar girişimi anlamlı olarak daha fazla gözlenmiştir. Bu oranın yarısını, oluşturmaktadır (%13,2). Ancak yalnız bir kez intihar girişimi öyküsü olanlarda SKB tanısı almayanlar ile bu tanıyı alanlarla arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Asıl farklılık birden fazla intihar girişimi olanlarda bulunmuştur. Tekrarlayan intihar girişimleri, SKB tanısı için oldukça özgül ve tanısal değeri yüksek semptomdur. İntihar davranışı örüntüsünün, hem SCID-II, hem de DIB-R tanısını öngörmeye oldukça etkili olduğu anlaşılmaktadır. Bununla birlikte intihar girişimi ile kliniğe başvurma SKB tanısını kuvvetle düşündürmektedir.
- İntihar girişimleri ve kendini yaralama davranışı özellikle kendine yönelik yıkıcı karakterdeki dürtüsellikle ilişkilidir ve SKB tanısı için etkililiği yüksek, önemli bir bulgudur.

- Alkol ve madde kullanımı SKB tanısı alanlarda daha yüksek oranda bulunmaktadır ve bizim klinik ergen popülasyonumuzda SKB tanısı için önemli bir bulgudur.
- Birincil süreç düşüncesinin, özellikle yoğun yaşantılanan bazı görünümünün SKB tanısı için tanısal etkililiği yüksektir.
- DIB-R'da sorgulanan SKB belirtileri ile SCID-II'de sorgulanan DSM III-R ölçütlerinin dağılımları ve tanısal etkililikleri birbirleriyle uyumludur.
- Davranışsal Düzensizlik, Bozulmuş İlişkiler ve Duygulanımda Düzensizlik gruplarından oluşan üç faktörlü model hem DSM III-R ölçütleri hem de DIB-R için uygun bir çözümdür ve bir birleriyle büyük oranda örtüşmektedirler.
- Bizim klinik ergen popülasyonumuz için, davranışsal düzensizlik faktörü için tekrarlayan intihar girişimleri ve kendini yaralama ile kendine yönelik zarar verici dürtüsellik, çekirdek görünüm oluşturmaktadır. Bu faktörün içerdiği DSM ölçütlerinin ve DIB-R semptomlarının tanısal etkililiği oldukça yüksektir. Bağımlı özellikleri belirgin ve kendine zarar vermeye eğilimi yüksek, dürtü kontrolü bozuk ve SKB'ye daha özgül bir tablo sergileyen klinik bir alt grup, SKB heterojenitesi içinde kliniğe başvuran ergenlerde mevcut olabilir.
- Bozulmuş ilişkiler bölümünün çekirdek görünümünü kimlik karmaşası oluşturmaktadır. Kimlik karmaşasının klinik ergen popülasyonda SKB tanısı üzerindeki etkililiği düşüktür. Klinik başvurusu olan ergenlerde SKB tanısı üzerinde etkililiği yüksek olan bu faktör, özellikle SKB dışında kalan klinik grupta yaygın bir görünüm sergilemektedir. Bu nedenle SKB ayırıcı tanısında davranışsal düzensizliğe göre daha az etkili olabilir.
- Duygulanımda düzensizlik faktörü için disforik (kronik boşluk hissi) ve depresif duygulanımlar çekirdek görünümü oluşturmaktadır. Duygulanımla ilişkili belirtiler birarada görülme eğilimindedirler ancak SKB tanısı açısından tanısal değerlerinin daha düşük olduğu gözlenmiştir. Bizim hasta grubumuz için tanısal etkililiği en düşük grup olmuştur. Özellikle kliniğe başvuran ergenlerde, hem nevrotik hem de sınır patolojilerin içiçe geçtiği klinik bir tabloyu yansıtır olabilir.

ÖZET

AMAC: Bu çalışmanın amacı, kliniğe başvuran ergenlerde Sınır Kişilik Bozukluğu (SKB) semptomlarının yaygınlığının ve tanısal özelliklerinin araştırılmasıdır. Bu çalışma kapsamında, klinik populasyon içinde, SKB ile ergenliğin doğasının gerektirdiği özellikler arasındaki farklılıkların ve bu iki klinik durumun kesiştikleri noktaların tartışılması amaçlanmaktadır. Bu çalışmada değişik nedenlerle kliniğe ilk başvuran ergenlerden elde edilen veriler ışığında, SKB için DSM III-R tanı ölçütlerinin faktör yapısı ve tanı etkililiği, SKB için yarı yapılandırılmış tanısal görüşme (DIB-R) alt bölümlerinin faktör yapısı ile karşılaştırılarak test edilmiştir.

YÖNTEM: Bu çalışma İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Anabilimdalı polikliniğine, Ocak 2004-Nisan 2004 tarihleri arasında yapılan 162 ilk başvurunun, sıra ile alınmasıyla yapıldı. Bu tüm ilk başvurular arasında görüşmeyi yürütebilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 144 ergen çalışma grubunu oluşturmaktadır.

144 kişiden oluşan çalışma grubuna sosyodemografik veri formu, DSM III-R için yapılandırılmış SCID-II, Sınır Kişilik Bozukluğu (SKB) için Yarı-yapılandırılmış görüşme DIB-R, uygulandı.

SKB için SCID-II ölçütlerinin ve DIB-R alt bölümlerinin dağılımı değerlendirildi ve aralarındaki ilişkiler incelendi. Her iki tanısal alete de ayrı ayrı açıklayıcı faktör analizi uygulandı. Varimax rotasyon ile ana bileşenler yöntemi uygulanarak yapılan faktör analizlerinde üç faktörlü model en uygun çözüm olarak bulundu. Bu üçlü modele göre, davranışsal düzensizlik, bozulmuş ilişkiler ve duygulanımda düzensizlik olarak üç faktör tanımlandı. Ayırıcı fonksiyon analizi ile SCID-II ölçütlerinin ve DIB-R alt bölümlerinin tanı üzerindeki ağılıkları değerlendirildi. Elde edilen veriler birbirleriyle karşılaştırılarak arasındaki ilişkiler ve bir biriyle uyumlulukları sınandı.

SONUÇLAR: Elde edilen verilerle çalışma grubu, SCID-II tanısı esas alınarak SKB tanısı alanlar ve SKB tanısı almayanlar olarak ikiye ayrıldı. Bu 144 kişi içinde SCID-II kriterlerinden 5 ve üzerinin eşik üstü olarak değerlendirildiği 27 (%18,8) olgu SKB tanısı alan grubu oluşturmaktaydı. Geriye kalan 117(%81,2) kişilik grup ise SKB tanısı almayanlar olarak değerlendirildi.

DSM III-R ölçütleri içinde en sık gözlenen duygusal kararsızlıkken aynı zamanda SKB tanısı için tanısal etkililiği en düşük ölçüttü. Dürtüsel davranış ölçütü ise en az rastlanan ancak SKB tanısı üzerinde en çok ağırlığı olan, tanısal etkililiği yüksek bir ölçüttü. DIB-R alt bölümleri içinde, genel olarak duygulanım ile ilgi olanlar daha yaygın gözlenmiş ancak SKB için tanısal etkililikleri düşük bulunmuştur. SKB için tanısal etkililiği en yüksek olanlar dürtü kontrol bozuklukları ve istikrarsız ilişkiler alt bölümleri idi. Ayırıcı fonksiyon analizlerinde hem SCID-II için, hem de DIB-R için, tekrarlayan intihar girişimleri ve kendini yaralamanın SKB tanısını en iyi şekilde öngörebildiği saptanmıştır.

Faktör analizi sonuçlarına göre kimlik karmaşası ölçütü bozulmuş ilişkiler faktörü için çekirdek görünümü oluşturmaktadır. Bu faktör içinde ayrıca değişken kişilerarası ilişkiler ve duygusal kararsızlık ölçütleri yer almaktadır. Bu grupta DIB-R'a göre bir yandan tuhaf düşünce örüntüleri, psikotik ve psikotik benzeri yaşantılar ve paranoid düşünce yer alırken, diğer taraftan sadistik davranış, dürtü kontrol bozuklukları, talepkarlık / hak iddia etme davranış örüntüsü ve istikrarsız ilişkiler bulunmaktadır.

SUMMARY

OBJECTIVE: The goal of this study was to investigate the diagnostic features and the prevalence of the symptoms of Borderline Personality Disorder (BPD) in adolescent patients who admitted the child psychiatry clinic. One of the main points is, to search the similarity and the different aspects of BDP and the normal development line of adolescence in a clinic sample. So that, the DIB-R subsections and the DSM III-R criteria factor structures and diagnostic efficiency were compared.

METHOD: This study consists of 162 consecutive adolescent patients who admitted I.U Istanbul Medical Faculty, Child Psychiatry Department in the period of January.2004 – April.2004. 144 of them agreed to participate in the study. Sociodemographic data form, SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM III-R) and DIB-R (The Revised Diagnostic Interview for Borderlines,) were applied to these subjects.

The distribution of SCID-II criteria and DIB-R subsections was evaluated and the connection between them was examined for BPD. Factor analysis was performed for both of them. A principle component method with a Varimax rotation extracted three factors. This was the best solution for factor analysis. The three factors were, disturbed relatedness, behavioral disregulation and affective disregulation. SCID-II criteria and DIB-R subsections' prediction effects on BPD diagnosis were examined with discriminant function analysis.

RESULTS: The study group was divided two parts according to BPD diagnosis of SCID-II. Among the 144 patients, 27 (%18,8) were described as BPD group and 117 (%81.2) of them were described as non-BPD group.

The most frequent criterion of DSM III-R was the affective instability. At the same time this was the criterion, which have the poorest diagnostic efficiency for BPD diagnosis. Impulsivity criterion was the most uncommon criterion but its diagnostic efficiency was the highest of all. For DIB-R subsections, the most frequent symptoms were related with the affectivity. But they had poor diagnostic efficiency. The subsections of impulsivity and unstable relationships

had high diagnostic efficiency. Suicide attempts and self-mutilation, described as most predictive criteria according to discriminant function analysis.

The results of factor analysis show that, the criterion of identity confusion was the core aspect of disturbed relatedness factor group. In this factor group there were also, unstable relationship and affective instability. For DIB-R factor solutions there were odd thinking pattern, paranoid thinking pattern, psychotic / quasi-psychotic experiences, sadistic behavior, impulsivity and demandiness / entitlement and stormy relationships.

There were impulsivity, suicide attempts / self-mutilation and inappropriate anger. As for DIB-R subsections, there were sexual deviance, alcohol-substance abuse, suicidal behavior, self-mutilations, counter-dependency and intolerance of aloneness.

The factor of affective dysregulation consisted of the criteria of chronic feeling of emptiness and avoidance of abandonment of DSM. There were depressive mood, helplessness / hopelessness / worthlessness / guilt, anxiety and anger at DIB-R in this factor group. And there were also masochism and fear of abandonment / engulfment / annihilation.

CONCLUSION: The core aspect for behavioral dysregulation factor was the repeated suicide attempts and self-mutilation and also potentially self-damaging impulsiveness in our clinic sample. The factor's diagnostic efficiency was especially high. Maybe, there was subgroup of dependent, potentially self-damaging, impulsive group who exhibits more specific clinic features, in BPD heterogeneity.

The core feature of disturbed relatedness was identity disturbance. This factor, which had a high diagnostic efficiency on BPD, had a diffused aspect also in non-BPD group. Because of this, it could be less important for differential diagnosis of BPD.

The core aspect of affective dysregulation factor was dysphoric and depressive mood. In our sample, this was the poorest diagnostic efficiency factor. So it could be reflecting a clinical feature, which the neurotic and borderline pathologies overlapped.

KAYNAKÇA

1. Abend S.M., Porder M.S., Willick M.S. (1983); *Borderline Patients: Psychoanalytic Perspectives*: New York, International Universities Press.
2. Adams J.F. (1995); *Ergenliği Anlamak: Ergen Psikolojisinde Güncel Geliřmeler*. çev.: Bekir Onur, İmge Kitabevi Yayınları.
3. Adler D., Price J.H. (1985); *Relation of Agoraphobics' Health Locus of Control Orientation to Severity of Agoraphobia*: Psychological Reports, 56:619-625.
4. Adler G. (1985); *Borderline Psychopathology and Its Treatment*: New York, Jason Aranson.
5. Adler G., Bunie D.H. (1979); *Aloneness and Borderline Psychopathology: The possible Relevance of Child Development Issues*: Int J Psychoanalysis, 60:83-96.
6. Adler G., Bunie D.H. (1987); *Aloneness and Borderline Psychopathology of the Borderline Patient: Abandonment and Containment*: Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy, 2:145-157.
7. Aksüt D. (2003); *Borderline Kişilik Bozukluğu Olgularında Anne-Baba Kişilik Özellikleri ve Aile İlişkileri*. Uzmanlık Tezi, İst. Ün. İTF, İstanbul.
8. American Psychiatric Association (1987); *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3th Edition-Revised, Washington: American Psychiatric Association.
9. American Psychiatric Association (1994); *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed., çev. editörü: Prof.Dr. Ertuđrul Körođlu, Hekimler Yayın Birliği, 1998
10. Arnett J. (1999); *Adolescent storm and stress, reconsidered*. Am J Psychology. 54: 317-326.
11. Atwood G.E., Stolorow R.D. (1984); *Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology*: Hillsdale, NJ, Analytic Press.
12. Aureen P., Lexington G.W., Greta F. (1996); *Borderline Personality Disorder in Adolescents: Affective and Cognitive Features*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1338-1343.
13. Bandura A. (1967); *The Role of Modeling Processes in Personality Development*, In Hartnup W.W. (Ed.), *The Young Child A Review of Research*, Washington.

14. Baron M., Gruen R., Asnis L. (1985); *Familiar Transmission of Schizotypal and Borderline Personality Disorders*: Am J Psychiatry, 147:927-934.
15. Becker D.F., Grilo C.M., Edell W.S., McGlashan T.H. (2000); *Comorbidity of Borderline Personality Disorder With Other Personality Disorders in Hospitalized Adolescents and Adults*. Am J Psychiatry. 157: 2011-2016.
16. Becker D.F., Grilo C.M., Edell W.S., McGlashan T.H. (2002); *Diagnostic Efficiency of Borderline Personality Disorder Criteria in Hospitalized Adolescents: Comparison With Hospitalized Adults*. Am J Psychiatry. 159: 2042-2047.
17. Bernstein D.P., Cohen P., Velez C.N., Schwab-Stone M. (1993); *Prevalence and stability of the DSM III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents*. Am J Psychiatry, 150:1237-1243.
18. Bezirgianian S., Cohen P. & Brooke J.S. (1993); *The impact of mother-child interaction on the development of borderline personality disorder*. Am J Psychiatry, 150:1836-1842.
19. Blos P. (1962); *On Adolescence: A Psychoanalytic Interpretation*. New York: Free Press.
20. Blos P. (1967); *The Second Individuation Process of Adolescence*, The Psychoanalytic Study of Child, 22: 162-186.
21. Bowlby J. (1958); *The Nature of Child's Tie to His Mother*. Int J Psychoanalysis, 39: 350-373.
22. Bowlby J. (1969); *Attachment and Loss, Vol. 1 Attachment*, New York, Basic Books.
23. Bowlby J. (1973); *Attachment and Loss, Vol. 2 Separation, Anxiety and Anger*, New York, Basic Books.
24. Bowlby J. (1980); *Attachment and Loss, Vol. 3 Loss*, New York, Basic Books.
25. Bowlby J. (1988); *A Secure Base*, New York, Basic Books.
26. Brent D.A., Perper J.A., Moritz G, Allman C (1994); *Psychiatric Risk Factors For Adolescent Suicide*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 32:521-529
27. Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA. Mann .L.L.. (1997) ; *Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior*. Am J Psychiatry 154:1715-9.
28. Brown B.B. (1990); *Peer Groups and Peer Cultures*, In: Feldman S.S., Eliot G.R. (ed.) *At The Treshold: The Developing Adolescent*. Cambrige, MA, Harvard Univ. Press, 171-196.

29. Browne A. ve Finkelhor D. (1986); *Impact of Child Sexual Abuse: A Review of the Research*: Psychol. Bull, 99:66-77.
30. Campbell K. (1982); *The psychotherapy relationship with borderline personality disorders*. *Psychotherapy Theory, Research, and Practice*. 19, 166-193.
31. Carpenter W., Gunderson J.G., Strauss J. (1977); *Considerations of the Borderline Syndrome: A Longitudinal Comparative Study of Borderline and Schizophrenic Patients*, In: Hartcollis P. (ed.), *Borderline Personality Disorders: In The Concept, the Syndrome, the Patient*. New York, Int. Univ. Press.
32. Cashdon S. (1988); *Object Relations Therapy: Using the Relationship*.
33. Centers for Disease Control and Prevention (2000); *Youth Risk Behavior Surveillance in US*, Morb Mortal Wkly Rep 49(SS):1-104
34. Chabrol H., Montovany A., Callahan S., Chouicha K. (2002); *Factor Analyses of the DIB-R in Adolescents*. J Personality Disorders, 16(4), 374-384
35. Chabrol H., Montovany A., Chouicha K., Callahan S. (2001). *Frequency of Borderline Personality Disorder in a Sample of French High School Students*. Can J Psychiatry. 46: 847-849
36. Charney D., Nelson C., Quinlan D. (1981); *Personality Traits and Disorder in Depression*: Am. J. of Psychiatry, 138:1601-1604.
37. Clarkin I.F., Friedman R.C., Hurt S.W., Cora R., Aronoff M., (1994); *Affective and characterpathology of suicidal adolescents and young adults in patients*. J Clin Psychiatry 45:19-22.
38. Cote J.E. (2000); *The Mead-Freeman Controversy in Review*. J Youth Adolesc 29:525-538
39. Csikszentmihalyi M., Larson R. (1984); *Conflict and Growth in the Teenage Years*. New York. Basic Books.
40. Csikszentmihalyi M., Larson R., Prescott S. (1977); *The ecology of adolescent activity and experience*. J Youth Adolesc. 6: 281-294.
41. Deutsch H. (1942); *Some Forms of Emotional Disturbance and their Relationship to Schizophrenia*: The Psychoanalytic Quarterly, 11:301-321.
42. Duilt E. (1972); *Adolescent Thinking a la Piaget: The Formal Staging*, J Youth and Adolesc, 1: 281-301.
43. Dunphy D.C. (1963); *The Social Structure of Urban Peer Groups*, Sociometry 26; 230-246.

44. Elkin I., Shea T., Watkins J., Imber S.D. (1989); *National Institute of Mental Treatment of Depression Collaborative Research Program*. Arch Gen Psychiatry, 46:971-982.
45. Elkind D. (1967); *Egocentrism in Adolescence*, Child Develop, 28: 1025-1034.
46. Elkind D. (1978); *Understanding The Young Adolescent*, Adolescence 13: 127-134.
47. Eppright T.D., Kashani j.H., Robison B.D., Reid J.C. (1993); *Personality disorders in an incarcerated juvenile population*. Am J Psychiatry, 150, 1233-1236.
48. Ericson E. (1968); *Identity: Youth and Crisis*. New York, W.W. Norton.
49. Erikson E. (1963); *İnsanın Sekiz Çağı*; çev.: Üstün T.B., Şar V., Birey ve Toplum yayınları, 1984
50. Fairbairn W.R.D. (1952); *A Synopsis of The Development of The Author's Views Regarding The Structure of The Personality*. An Object Relations Theory of Personality, New York, Basic Books
51. Fossati A., Barratt S.E., Carretta H., Leonardi B. (2004); *Predicting borderline and antisocial personality disorder features in nonclinical subjects using measures of impulsivity and aggressiveness*. Psychiatry Research. 125: 161-170.
52. Frances A., Clarkin J., Gilmore M. (1984); *Reliability of Criteria for Borderline Personality Disorder: A Comparison of DSM III and DIB*: Am J of Psychiatry, 141:1080-1083
53. Frank J.D. (1952); *Two Behavior Patterns in Thrapeutic Groups and Their Apparent Motivation*, Hum Rel., 5:289-317
54. Freud A. (1936), *The Ego and Mechanism of Defense, The Writings of Anna Freud Vol V*, New York International Univ. Press.
55. Freud A. (1958), *Adolescence, The Writings of Anna Freud Vol V*, New York International Univ. Press.
56. Freud S. (1914) ; *On Narcissism: An Introdiction* Standart Edition Vol:14, Hogart Press, London, 1957
57. Frosch J. (1964); *The Psychotic Character: Clinical Psychiatric Considerations*: Psychiatric Quarterly, 38:1-16.
58. Fyer MR, Frances A.I. Sullivan T. Hurt SW. Clarkin J. (1988); *Suicide attempts in patients with borderline personality disorder*. Am J Psychiatry; 145:737-9.
59. Gabbard G. O. (1990); *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*: American Psychiatric Press, Washington DC.

60. Gabbard G.O. (1994); *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: The DSM IV Edition*: American Psychiatric Press Inc., Washington, DC.
61. Garnet K.E., Levy K.N., Mattanah J.J.F. (1994); *Borderline Personality Disorder in Adolescents: Ubiquitous or Specific?*. Am J Psychiatry, 151:1380-1382.
62. Gesell A., Illg F.L. (1956); *Youth*, Harper and Brothers, New York
63. Goldman S.J., D'Angelo E.J., DeMaso D.R. (1993); *Psychopathology in the Families of Children and Adolescents With Borderline Personality Disorder*. Am J Psychiatry, 150:1832-1835.
64. Goldstein W.N. (1991); *Clarification of Projective Identification*. Am J Psychiatry, 148:1491-1498.
65. Golombek H., Marton P. (1992). *Adolescents over time: a longitudinal study of personality development*. Adolesc Psychiatry, 18, 213-284.
66. Graber JA, Brooks-Gunn J (1999); "Sometimes I think that you don't like me": How mothers and daughters negotiate the transition into adolescence. In: Cox MX, Gunn J. (ed.), - *Conflict and Cohesion in Families: Causes and Consequences*. The Advances in Family Research Series. Mahwah. NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 207-242.
67. Greenberg J.R. ve Mitchell S.A. (1983); *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Harvard Uni. Press.
68. Grilo C.M., Becker D.F., Dwain F.C, Walker M.L. (1996); *Gender Differences in Personality Disorders in Psychiatrically Hospitalized Adolescents*. Am J Psychiatry. 153: 1089-1091.
69. Grilo C.M., McGlashan T.H., Quinlan D.M., Walker M.L. (1998); *Frequency of Personality Disorder in Two Age Cohorts of Psychiatric Inpatients*. Am J Psychiatry. 155:140-142.
70. Grinker R., Werble B. ve Drye R. C. (1968); *The Borderline Syndrome: A Behavioral Study of Ego Functions*. Basic Books, New York.
71. Grunebaum H., Klerman G. (1967); *Wrist Slashing*. Am J Psychiatry, 124:524-532.
72. Gunderson J. G., Elliott G.R. (1985); *The Interface Between Borderline Personality Disorder And Affective Disorder*. Am J Psychiatry, 142, 277-288.
73. Gunderson J.G ve Singer M. T. (1975); *Defining Borderline Patients: An Overview*: Am J Psychiatry, 13:1-10.
74. Gunderson J.G. (1984); *Borderline Kişilik Bozukluğu*. Hekimler Yayın Birliği, 1994.
75. Gunderson J.G. ve Kolb J. (1978); *Discriminating Features of Borderline Patients*. Am J Psychiatry, 135:792-796.

76. Gunderson J.G., Kerr J. ve Englund D.W. (1980); *The Families of Borderlines; A Comparative Study*: Arch General Psychiatry, 27:27-33.
77. Hall, G.S. (1904); *Adolescence: Its Psychology and Its Relation to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education, Vol. I and II*. Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall.
78. Hammer S.L. (1965); *The Obese Adolescent*, J of School Health 35:246-249.
79. Harter S. (1999); *The Construction of the Self: A Developmental Perspective*. New York, Guilford Press.
80. Hauser S., Powers S., Noam G. (1991); *Adolescents and Their Families: Paths of Ego Development*, New York, Free Press
81. Havighurst R.J. (1972); *Developmental Tasks and Education*, New York, David McKey Co.
82. Henry L.B. Gillies P. (1978); *Body Esteem, School and Leisure: A Study of Overweigh, Average, and Under-wiegh Adolescents*. J Youth Adolsc 7:181-195
83. Herman J.L., Perry J.C., Van der Kolk B.A. (1989); *Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder*: Am J Psychiatry, 146:490-495.
84. Hoch P. ve Polatin P. (1949); *Pseudoneurotic Forms of Schizophrenia*: Psychiatric Quarterly, 23:248-276.
85. Hoffman M.L (1979); *Empathy, Role-Taking, Guilt, and Development of Altruistic Motives, Moral Development and Behavior*. In: T.Lickona (Ed.) New York, Holt, Rinehart, Winston.
86. Jacobson E. (1964); *The Self and The Object World*: Int.Unv.Press, New York.
87. Kampter N.L. (1988); *Identity Development in Late Adolescence: Causal Modeling Of Social and Familial Influences*. J Youth Adolesc, 17(6):493-512
88. Kendler K., Gruenberg A., Strauss J. (1981); *An Independent Analysis of the Copenhagen Sample of the Danish Adoption Study of Schizophrenia, II, the Relationship Between Schizotypal Personality Disorder and Schizophrenia*: Arch Gen Psychiatry, 38:982-984.
89. Kernberg O.F. (1975); *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson Inc.
90. Kernberg O.F. (1976); *Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*: New York: Jason Aranson Inc.
91. Kernberg O.F. (1984); *Severe personality disorders: Psychoterapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale Unv. Press.

92. Kernberg O.F. (1992); *Sapıklıklarda ve Kişilik Bozukluklarında Saldırganlık*. Çev.: M.Banu Büyükkal, Metis Yayınları.
93. Kernberg P. (1983); *Borderline Conditions: Childhood and Adolescent Aspects*. In: K.S. Robson (ed.), *The Borderline Child: Approaches to Etiology, Diagnosis and Treatment*. New York: N.Y.U Press.
94. Kety S. S. ve Rosenthal D. (1968); *The Types and Prevalence of Mental Illness in the Biological and Adoptive Families of Adopted Schizophrenics*. Pergamon Press.
95. King, R.A. (2002), *Adolescence*, In: Lewis M. (Ed.). *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia, USA
96. Kjellander C., Bonger B., King A. (1998); *Suicidality in borderline personality disorder*. Crisis 19:125-34.
97. Klein D. (1975); *Psychopharmacology and the Borderline Patient, in Borderline States in Psychiatry*: Editör: Mack J. New York, Grune and Stratton.
98. Klein M. (1937); *"Love, Guilt and Reperation"*, Love, Guilt and Reperation and Other Works, London, The Hogarth Press.
99. Klein M. (1952); *"The Origins of Transference"*, Envy and Gratitude and Other Works, London, The Hogarth Press.
100. Klein M. (1955); *"On Identification"*, Envy and Gratitude and Other Works, London, The Hogarth Press.
101. Klein M. (1957); *Haset ve Şükran*: çev.: Orhan Koçak, Yavuz Erten, Metis, 1999
102. Klein M. (1960); *"On Mental Health"*, Envy and Gratitude and Other Works, London, The Hogarth Press.
103. Knight R. P. (1953); *Borderline States in Psychoanalytic Psychiatry and Psychology*: Bulletin of the Menninger Clinic, 17:1-12.
104. Koenigsberg H. (1982); *A Comparison of Hospitalized and Nonhospitalized Borderline Patients*: Am J of Psychiatry, 139:1292-1297.
105. Kullgren G., Renberg E., Jacobsson L., (1986); *An Empirical Study Of Borderline Personality Disorder And Psychiatric Suicides*. J Nerv Ment Dis, 174:328-31.
106. Laplanche J. ve Pontalis J.B. (1994); *Vocabulaire de la Psychoanalyses*: P.U.F.
107. Laporte L. Guttman H. (2001); *Abusive Relationships in Families of Women with Borderline Personality Disorder, Anorexia Nervosa and a Control Group*: J Ment Dis, 189:522-531.

108. Larson R, Asmussen L, (1998); *Anger, worry, and hurt in early adolescence: An enlarging world of negative emotions*. In: Colten ME, Gore S (ed.): *Adolescent Stress: Causes and Consequences*. New York, Aldine de Gruyter, 21-41.
109. Larson R, Asmussen L. (1989); *Anger, worry, and hurt in early adolescence: An enlarging world of negative emotions*. In: Colten ME, Gore S (eds): *Adolescent Stress: Causes and Consequences*. New York, Aldine de Gruyter, 21-41.
110. Laughlin H.P.,(1956); *The Neurosis in Clinical Practice*, Philadelphia, Saunders.
111. Lerner, R.M, Golombos N.L. (1998); *Adolescent Development: Challenges and Opportunities for Research Programs and Policies*, Annu Rev. Psychol 49: 413-446
112. Lewis M. (Ed.). (2002); *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia, USA.
113. Lewis O. (1987); *The paranoid-schizoid position and pathologic regression in early adolescence*. J Am Acad Psychoanalysis, 15:503-519.
114. Links P.S, Boiago I, Huxley G., Steiner M., & Mitton J.E. (1990). *Sexual Abuse And Biparental Failure As Etiologic Models In Borderline Personality Disorder*. In P.S.Links (Ed.), *Family environment and borderline personality disorder*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
115. Links P.S, Steiner M., & Mitton J.E. (1993). *Stability Of Borderline Personality Disorder*. Canadian J Psychiatry, 38, 255-259.
116. Links P.S., Heslegrave R.I., Mitton IE, Van Reekum R., Patrick I., (1995); *Borderline personality disorder and substance abuse: consequences of comorbidity*. Can J Psychiatry 40:9-14
117. Links P.S., Gould B., Ratnayake R. (2003); *Assessing Suicidal Youth With Antisocial, Borderline, or Narcissistic Personality Disorder*. Can J Psychiatry. 48:301-310.
118. Loranger A., Oldham J., Tullis E. (1982); *Familial Transmission of DSM III Borderline Personality Disorder*: Arch Gen Psychiatry, 39:795-799.
119. Ludolph P.S., Westen D., Mislé B., Jacson A. (1990); *The Borderline Diagnosis in Adolescents: Symptoms and Development History*. 147: 470-476.
120. Mahler M. (1968); *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation Vol.1: Infantil Psychosis*: Int. Univ. Press, New York.
121. Mahler M. ve McDevitt J.B. (1980); *The Separation Individuation Process and Identity Formation*, New York, Basic Books

122. Mahler M., Kaplan L. J. (1977); *Developmental Aspects in the Assessment of Narcissistic and So-called Borderline Personalities*, In: Hartocollis P.L. (ed.), *Borderline Personality Disorders: The Concept, the Syndrome, the Patient*. New York, International University Press.
123. Mahler M., Pine F. ve Bergman A. (1977); *The Psychological Birth of the Human Infant*: New York, Basic Books.
124. Marcia J.E. (1976); Development and Validation of Ego Identity Status. *J Personnlity and Social Psychology*; 3:551-558
125. Marcia J.E. (1980); *Identity In Adplescence*. In: Adelson J. (ed.), *Handbook of Adolescence*. New York, Wiley.
126. Marttuen ve ark; 1994
127. Masterson J.F. ve Rinsley D. B. (1975); *The Borderline Syndrome: The Role of the Mother in the Genesis and Psychic Structure of the Borderline Personality*: *Int J Psychoanalysis*, 56:163-177.
128. Masterson J.F., Klein R. (ed.) (1989). *Psychotherapy of disorders of the self*. New York: Brunner, Mazzel.
129. Masterson J.F. (1967); *The Symptomatic Adolescent Five Year Later: He Didn't Grow Out Of It*. *Am J Psychiatry*, 123:1338-1345
130. McCandless B.R. (1979); *Adolescents: Behavior and Development*, New York, Holt, Rinehart, Winston
131. McMannus M., Lerner H., Robbins D., & Barbour C. (1984); *Assessment Of Borderline Symptomatology In Hospitalized Adolescents*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 23, 685-694.
132. Meissner W.W. (1988); *Treatment of Patients in the Borderline Spectrum*: Northvale, NJ, Jason Aranson.
133. Montemayor R., HansonE. (1985); A Naturalistic View of Conflict Between Adolescents and Their Parents and Siblings. *J Early Adolesc* 5:23-30
134. Muus R.E. (1988); *Theories of Adolescence*. New York. Random House.
135. National Research Council and Institute of Medicine: *Sleep Needs, Patterns, and Difficulties of Adolescents*. Washington, DC. National Academy Press, 2000.
136. Noshpitz J.D. (Chief Ed.), Flatherty L.T., Sarles R.M. (Ed.) (1997); *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry. Volume Three. Adolescence: Development and Syndromes*. New York. John Wiley and Sons Inc.

137. O'Boyle M., Barratt E.S. (1993); Impulsivity and DSM-III-R personality disorders. *Personality and Individual Differences*, 14:609–611.
138. O'Boyle M., Elisif A.A., Brandon M.S. (1998); *Suicide Attempts, Substance Abuse, and Personality*. *J Substance Abuse Treatment*, 15(4): 353–356
139. Offer D, Ostrov E, Howard KI, (1988); *The Teenage World: Adolescents' Self-image in Ten Countries*. New York, Plenum Medical.
140. Offer D. (1977); *The Self Image of Adolescence*, *J Youth and Adolesc*, 6: 265-279
141. Offer D., Schonert-Reichl K.A. (1992); *Debunking the myths of adolescence: Findings from recent research*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 31: 1003-1014.
142. Offord ve ark. 1990
143. Ogata S.N., Silk K.R., Goodrich S. (1990); *Childhood Sexual and Physical Abuse in Adult Patients with Borderline Personality Disorder*. *Am J Psychiatry*, 147:1008-1013.
144. Paris J. (1994). *Borderline Personality Disorder: A Multidimensional Approach*. American Psychiatric Press
145. Paris J., Zweig-Frank H. (1992); *A Critical Review of the Role of Childhood Sexual Abuse in the Etiology of Borderline Personality Disorder*. *Can J Psychiatry*, 37:125-128.
146. Pearson G.T. (1991). *Social Systems Contributions To Adolescent Psychotherapy*. In M. Slomowitz (Ed.), *Adolescent Psychotherapy*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
147. Pearson G.T. (1997). *Personality Disorder in Adolescence*. In Noshpitz J.D. (Chief ed.), Flatherty L.T., Sarles R.M. (ed.) *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry. Volume Three. Adolescence: Development and Syndromes*. New York: John Wiley and Sons Inc., 269-285.
148. Perry J. (1984); *The Borderline Personality Disorder Scale: Reliability and Validity*: *Arch Gen Psychiatry*. 24:101-107.
149. Perry J. ve Cooper S. (1983); *A Preliminary Report on Defenses and Conflicts Associated with Borderline Personality Disorder*: American Psychoanalytic Association, New York.
150. Petersen AC, Compas BE, Brooks-Gunn J, (1993); *Depression in adolescence*. *Am Psychol* 48:155-168.
151. Piaget J. (1968); *The Psychology of Intelligence*, New York, Vintage
152. Piaget J., Inhelder B. (1969); *The Psychology of The Child*, New York, Basic Books

153. Pinto A., Grapentine W. Lexington M.D. Francis G. (1996); *Borderline Personality Disorder in Adolescents: Affective and Cognitive Features*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 35: 1338-1343.
154. Place D.M. (1975); *The Dating Experience For Adolescent Girls*. Adolesc 10(38):157-174
155. Post G.B., Kemper H.C.G (1993); *Nutrient Intake And Biological Maturation During Adolescence: The Amsterdam Growth And Health Longitudinal Study*. Eur J Clin Nutr 47:400-408.
156. Rakic P., Bourgeois J-R. Goldman-Rakic P.S. (1994); *Synaptic Development Of The Cerebral Cortex: Implications For Learning, Memory, And Mental Illness*. Prog Brain Res 102:227-243.
157. Rice K.G. (1990); *Attachment in Adolescence: A Narrative and meta-analytic Review*. J Youth and Adolesc, 19: 511-538
158. Rinsley D.B. (1988); *A Review of the Pathogenesis of Borderline and Narcissistic Personality Disorders*: Adolesc Psychiatry, 15:387-406.
159. Rinsley D.B. (1989); *Developmental Pathogenesis and Psychoanalytic Treatment of Borderline and Narcissistic Personalities*: Northvale, NJ, Jason Aranson.
160. Rinsley, D.B. (1980); *Treatment Of The Severely Disturbed Adolescent*. New York. Jason Aronson.
161. Runesson B, Beskow J. (1991); *Borderline personality disorder in young Swedish suicides*. J Nerv Ment Dis. 179:153-156.
162. Rutter M., Taylor E. (Ed.) (2003); *Child and Adolescent Psychiatry*. London. Blackwell Publishing Company.
163. Ryan R.M., Lynch J.H. (1989); *Emotional Autonomy Versus Detachment: Revisiting The Vicissitudes Of Adolescence*, Child Develop, 60: 340-358.
164. Şahin D. (2000); *İlkel Savunma Mekanizmaları*: Yayınlanmamış ders notları.
165. Şahin D. (2001); *Sınır Kişilik Örgütlenmesinin Klinik Görünümü ve Tanısal Özellikleri*: Yayınlanmamış makale.
166. Sanislow A.C., Grilo C.M., Morey L.C., Bender D.S. (2002); *Confirmatory Factor Analysis of DSM-IV Criteria for Borderline Personality Disorder: Findings From the Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study*. Am J Psychiatry. 159: 284-290

167. Sanislow A.C., Grilo M.C., McGlashan H.T. (2000); *Factor Analysis of the DSM III-R Borderline Personality Disorder Criteria in Psychiatric Inpatients*. Am J Psychiatry. 157: 1629-1633
168. Schlegel A. (2000); *The Global Spread of Adolescent Culture*. In Crocett L.J (Ed.) *Negotiating Adolescence in a Time of Social Change*. Cambridge Univ. Press, 71-81
169. Schmideberg M. (1947); *The Treatment of Psychopaths and Borderline Patients*: Am J Psychotherapy, 1:45-70.
170. Schultz, D.D. (1972); *The Changing Family*. Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall
171. Segal H. (1973); *Introduction to the Work of Melanie Klein*: W.Heinmann, London,
172. Shearer S.I., Peters C.P., Quaytman M.S., Wadman BE. (1988); *Intense Lethality of Suicide Attempts Among Female Borderline Patients*. Am J Psychiatry 145:1424-7
173. Shope J.T., Raghunathan T.E., Patil S.M. (2003). *Examining Trajectories of Adolescent Risk Factors as Predictors of Subsequent High-Risk Driving Behavior*. J Adolesc Health. 32:214-224
174. Sieg A. (1971); *Why Adolescence Occurs*. Adolesc 6:337-348
175. Skodol A.E, Oldham J.M., Hyler S.E., Kellman H.D. (1993); *Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders*. Int J Eat Disord. 14(4):403-16.
176. Sorias S. çeviri editörü; (1990); *DSM III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi, Türkçe Versiyonu Kişilik Bozuklukları Formu: SCID-II*. İzmir, Ege Üniversitesi Yayınevi.
177. Spear L.P. (2000); *The Adolescent Brain And Age-Related Behavioral Manifestations*. Neurosci Biobehav Rev 24:417-463.
178. Stein J.H., Reiser L.W. (1994); *A Study Of White Middle-Class Adolescent Boys" Responses To "Semenarche"*. J Youth Adolesc 23:373-384.
179. Stein, B., Golombek, H., Marton, P. & Korenblum, M. (1987); *Personality functioning and change in clinical presentation from early to middle adolescence*.
180. Steinberg L. (1989); *Pubertal maturation and parent-adolescent distance: An evolutionary perspective*. In: Adams GR, Montemayor R. Gullotta TP (ed.): *Advances in Adolescent Behavior and Development*. Newbury Park, CA. Sage Publications, 71-97.
181. Steinberg L., Belsky J., (1996); *An evolutionary perspective on psychopathology in adolescence*. In: Cicchetti D. Toth SL (eds): *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, Vol. 7: Adolescence: Opportunities and Challenges*. Rochester, NY, University of Rochester Press, 93-124.

182. Stern A. (1938); *Psychoanalytic Investigation and Therapy in the Border Line Group of Neuroses*: The Psychoanalytic Quarterly, 7:467-489.
183. Stone M.H. (1977); *The Borderline Syndrome: Evolution of the term, genetic aspects and prognosis*: Am J Psychotherapy, 31:345-365.
184. Stone M.H. (1986); *Essential Papers on Borderline Disorders, One Hundred Years at the Border*: New York University Press.
185. Stone M.H. (1997); *Healing The Mind*: New York, Pimlico.
186. Stone M.H., Kahn E., Flye B. (1981); *Psychiatrically Ill Relatives of Borderline Patients: A Family Study*: The Psychoanalytic Quarterly, 53:71-84.
187. Sullivan E., (1970); *A Developmental Study of The Relationship between Conceptual, Ego and Moral Development*, Child Develop, 40: 399-412
188. Swartz M., Blazer D., George L. (1990); *Estimating the Prevalence of Borderline Personality Disorder in the Community*: J of Personality Disorders, 4:257-272.
189. Tura S.M. (2000); *Günümüzde Psikoterapi*: Metis Yayınları.
190. Van Hanswijck de Jonge P., Van Furth E.F, Lacey J.H., Waller G. (2003); *The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity*. Psychol Med. 33(7):1311-7.
191. Vela R., Gottlieb H., Gottlieb E. (1983); *Borderline Syndromes in Childhood:A Critical Review*. In: Robson K.S. (ed.), *The Borderline Child: Approches to Etiology, Diagnosis and Treatment*. New York, McGraw Hill
192. Vesely S.K., Wyatt V.H., Oman R.F., Aspy C.B. (2004). *The Potential Protective Effects of Youth Assets From Adolescent Sexual Risk Behaviors*. J Adolesc Health. 34: 356-365.
193. Walsh F. (1977); *The Family of the Borderline Patient, In the Borderline Patient*: Grinker R.R., Werble B. (ed.), New York, Jason Aranson.
194. Watson, J.B. (1920), *Conditioned Emotional Responses*, J Experimental Psychology. 3: 1-14
195. Weinberger D.R. (1995); *Schizophrenia as a neurodevelopmental disorder*. In: Hirsch S.R. (ed.): *Schizophrenia*. Oxford, Blackwell Science, 293-323.
196. Westen D. (1990); *Towards a Revised Theory of Borderline Object Relations: Contributions of Empirical Research*: Int J Psychoanalysis, 71:661-693.
197. Westen D., Ludolph P., Mislé B. (1991); *Physical and Sexual Abuse in Adolescent Girls with Borderline Personality Disorder*: Am J Orthopsychiatry, 60:55-66.

198. Westman J., Ownby R., Simith S. (1987); *An Analysis of 180 Adolescents Referred to a University Hospital Learning Disabilities Service*. Child Psychiatry and Human Develop., 17:275-282.
199. Wilkinson-Ryan T., Westen D. (2000); *Identity Disturbance in Borderline Personality Disorder: An Empirical Investigation*. Am J Psychiatry. 157: 528-541
200. Winnicott D.W. (1988); *Human Nature*: Free Assosiation Books, Londra.
201. Winnicott D.W.(1971); *Oyun ve Gerçeklik*: çev.: Tuncay Birkan, Metis, 1998
202. Yanchyshyn G., Kutcher S., Cohen C. (1986); *The Diagnostic Interview For Borderlines: Reliability and Validity in Adolescents*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 25: 427-429.
203. York P. Brown SA, (1990); *Life events and substance abuse during adolescence*. In: Miller TW (ed): *Children of Trauma*. Madison, CT, International Universities Press.
204. Centers for Disease Control and Prevention (2000); *Youth Risk Behavior Survey Program*, US.
205. Zanarini M.C., Gunderson J.G., Frankenburg F.R. (1989); *Axis I Phenomenology of Borderline Personality Disorder*: Comprehensive Psychiatry, 30:149-156.
206. Zanarini M.C., Gunderson J.G., Frankenburg F.R. (1990); *Cognitive Features of Borderline Personality Disorder*: Am J Psychiatry, 147:57-63.
207. Zanarini M.C., Gunderson J.G., Frankenburg F.R. (1990); *Discriminating Borderline Personality Disorder from Other Axis II Disorders*: Am J Psychiatry, 147:161-167.
208. Zanarini M.C., Gunderson J.G., Mario M. F (1989); *Childhood Experiences of Borderline Patients*: Comprehensive Psychiatry, 30:18-25.
209. Zanarini M.C., Williams A.A., Lewis R.E. (1997); *Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder*. Am J Psychiatry, 154, 1101-1106.
210. Zannarini M.C., Frankenburg F.R., Vujanovic A.A. (2002); *Inter-Rater and Test-Retest Reliability of the Revised Diagnostic Interview for Borderlines*. J Personality Disorder 16(3): 270-276
211. Zimmerman M., Coryell W. (1989); *DSM III Personality Disorder Diagnoses In A Nonpatient Sample: Diagnostic Correlates And Comorbidity*. Arch Gen Psychiatry, 46, 682- 689.

212. Zimmerman M., Mattia J. (1999); *Differences Between Clinical and Research Practices in Diagnosing Borderline Personality Disorder*. Am J Psychiatry. 156: 1570-1574





EK-I: Sosyo-Demografik Özellikler Formu

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER FORMU

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

1.Cinsiyet: 1.Kadın 2.Erkek

2.Doğum Tarihi:

Yaşı:

3.Kardeş sayısı(kendisi dahil):

4.Kaçıncı çocuk olduğu:

5.Eğitim: 0-eğitimsiz 1-okumuyor

Okuyorsa Sınıfı: 6, 7, 8, hazırlık (81), 9, 10, 11. 12.Üniversite

6. Başvuru Yakınmaları:

7. Anne: Yaş:

Meslek: 1- yok/Ev Hanımı 2- işçi 3-memur 4-emekli

5-serbest meslek 6-esnaf 7-kendi işi 8-aile işi

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

6-üniversite 7-mastır/doktora

Kendisinde Psikiyatrik Hastalık Öyküsü 1. yok 2. var

Ailesinde Psikiyatrik Hastalık Öyküsü 1. yok 2. var

Suçluluk: 1. yok 2. var

Alkol Kullanımı: 1. yok 2. var

Sigara Kullanımı: 1. yok 2. var

8. Baba: Yaş:

Meslek: 1- yok 2- işçi 3-memur 4-emekli 5-serbest/diğer

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

6-üniversite 7-mastır/doktora

Kendisinde Psikiyatrik Hastalık Öyküsü 1. yok 2. var

Ailesinde Psikiyatrik Hastalık Öyküsü 1. yok 2. var

Suçluluk: 1. yok 2. var

Alkol Kullanımı: 1. yok 2. var

Sigara Kullanımı: 1. yok 2. var

9.Aile durumu: 1.Birlikte/sorunsuz 2.Tartışmalar / geçimsizlik

3. Boşanmış / Ayrı yaşıyor ya da tek ebeveyn

10. Akrabalık: 1. yok 2. var

11. Doğum öyküsü: Gebelik Planlı mı?: 1. Evet 2. Hayır

Doğumda anne yaşı:

Matürite: 1. Prematür 2. Matür 3. Postmatür

Doğum biçimi: 1. Normal 2. Sezeryan 3. Vakum/Forseps

Doğum Yeri: 1. Ev 2. Hastane

Doğumda ağırlığı: **Boy:**

Perinatal sorunlar: 1. yok 2. var

12. Gelişim: Anne sütü aldığı ay:

Oturma:

Yürüme:

Konuşma:

Tuvalet Eğitimi:

Okul öncesi eğitim: 0. yok varsa ay olarak:

Kronik Hastalık: 1. yok 2. var:.....

Havale öyküsü: 1. yok 2. var

13. Sosyo-Ekonomik Durum: Aylık Gelir (milyon olarak):

1. düşük 2-orta halli 3-iyi 4-çok iyi

Ev: 1. Kira 2. Ev sahibi.

Hane nüfusu:

15. Yaşam olayları: 0. Yok 1. Anne, Baba, Kardeş, arkadaş ya da akraba ölümü

2. Yaralanma/kaza 3. Öğrenimi yanda bırakma 4. Taciz öyküsü

5. Ortam değişikliği 6. Geçirilen hastalıklar 7. Diğer

EK II: DSM-III R'a Göre Yapılandırılmış Görüşme (SCID-II)

BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU

91. İnsanlara karşı olan duygularınızda sık değişimler olur mu? Önceleri çok sevdiğiniz bir kişiden daha sonra nefret ettiğiniz oldu mu? (örnek verebilir misiniz?) (Bütün önemli ilişkilerinizde böyle olur mu?)

Başınızı derde sokabilecek işler yaptığınız oldu mu? Örneğin ...

92. Aklınıza estiği gibi para harcadığınız oldu mu? (Taksitlerideyemediğiniz ?)

93. Yeni tanıdığınız birisiyle yatağa girdiğiniz oldu mu?

94. Fazlaca içki içtiğiniz ya da uyuşturucu kullandığınız?

95. Tehlikeli araba kullandığınız?

96. Aşırı yemek yediğiniz oldu mu?

97. Marketlerden ufak tefek birşeyler aşırıdığınız oldu mu?

Bu işleri biraz anlatır mısınız? (Kaç kere ?) (Bunlar gerçekten sizin için sorun oldu mu?)

BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU KRİTERLERİ:

Erken erişkinlikte başlayan ve çok çeşitli durumlarda görülen, mizaç, insan ilişkileri ve benlik imajında yaygın bir kararsızlık ve değişkenlik halidir. Aşağıdakilerden en az 5'i gerekir:

1. Değişken, kararsız ve yoğun kişiler arası ilişkiler. Bu davranış, karşısındakini yüceltme ve aşağılama arasında gidip gelmelerle karakterizedir.

? 1 2 3 35

? 1 2 3 36

2. Kendisine zarar verebilecek eylemlerin en az ikisinde impulsif davranış. Örneğin müsriflik, seks, kumar, uyuşturucu kullanma, mağaza hırsızlığı, aşırı yemek yeme, tehlikeli biçimde araba kullanma. (5. kriterde puanlanan intihar ya da kendini yaralama davranışını saymayın.)

? = Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik attı

3 = Eşik ya da doğru

98. Moraliniz sık bozulur mu? Sık sık üzüntülü, sıkıntılı ya da sinirli dönemleriniz olur mu? (Anlatır mısınız?) (Böyle bir durum ne kadar sürer?)

99. Kendinizi kaybedecek kadar öfkelendiğiniz oldu mu? Açıklar mısınız? (Bu sık sık olur mu?)

100. Karşınızdakini dövcek ya da kavga edecek kadar kızar mısınız? (Nasıl?) (Bu sık sık olur mu?)

101. Hiç kendinizi öldürmeye ya da yaralamaya çalıştınız mı? Böyle bir şeye niyetlendiniz mi? Açıklar mısınız? (Bunu başkalarına belli ettiniz mi?)

Hiç kendinize jilet attınız mı? Ya da buna benzer şeyler yaptınız mı ?

102. Bilerek bir kazaya sebep oldunuz mu? (Yaralandınız mı?)

3. Affektif instabilite: Genellikle bir kaç saat, nadiren bir kaç günden fazla süren, normal mizaçtan depresyon, iritabilite ya da anksiyeteye sapmalar.

4. Yersiz ve yoğun öfke ya da öfke nin denetlenememesi. Örneğin, sürekli Öfke hali tekrarlayan fizik kavgalar ya da tekrarlayıcı öfke nöbetleri.

5. Yineleyici suisid tehditleri ya da girişimleri; ya da kendini yaralama.

? 1 2 3 37

? 1 2 3 38

? 1 2 3 39

? = Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik attı

3 = Eşik ya da doğru

103. Değişik yerlerde ya da değişik kişilerle beraberken kendinizi farklı biri gibi hissettiğiniz, bu nedenle zaman zaman kim olduğunuz bilemediğiniz oldu mu? Bu durumlara örnek verebilir misiniz? (Çoğu zaman böyle mi hissedersiniz?)

104. Geleceğiniz ya da iş planlarınız konusunda karar veremediğiniz ya da ne islediğinizi bilemediğiniz oldu mu? (Açıklar mısınız?)

105. Ne gibi insanlarla arkadaşlık etmek (ya da çıkmak) istediğinizi bilemediğiniz oldu mu? (Kimlerle dostluk etmek istediğinize karar veremediğiniz?) (Eşcinsel olup olmadığınızı düşündüğünüz oldu mu?)

106. Değer yargılarınız ya da inançlarınız konusunda kuşkuya düştüğünüz oldu mu? Biraz açık lar mısınız?

107. Sık sık boşluk hissi ya da can sıkıntısı duyar mısınız? Açıklar mısınız?

108. Önem verdiğiniz birinin sizi terk edeceğinden korkar mısınız? (Ne kadar?) Böyle bir şey hiç başınıza geldi mi? (Sizi bırakmaması için neler yaptınız?)

6. Aşağıdakilerden en az ikisinde kararsızlıkla kendini gösteren, belirgin ve kalıcı bir kimlik bozukluğu:

- benlik imajı,
- cinsel kimlik,
- uzun vadeli amaçlar ya da meslek seçimi,
- arkadaş seçimi,
- değer yargıları.

? 1 2 3

40

7. Kronik boşluk ya da can sıkıntısı duygusu.

? 1 2 3

41

8. Gerçek ya da hayali terkedilmeyi önlemek için çılgınca çaba harcama. (5. kriterde ele alınan intihar ya da kendini yaralama davranışını saymayın.)

? 1 2 3

42

EN AZ 5 KRİTER "3" OLARAK KODLANMIŞTIR.

1 3

43

BORDERLINE
K.B.

? = Bilgi yetersiz

1 = Yok ya da yanlış

2 = Eşik altı

3 = Eşik ya da doğru

EK III: SINIR KİŞİLİK BOZUKLUĞU İÇİN GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ TANISAL GÖRÜŞME (DIB-R)

Revised Diagnostic Interview For Borderlines (DIB-R)

John G. Gunderson, M. D.
and Mary C. Zanarini, Ed. D.
McLean Hospital
Harvard Medical School

TANIM

DIB-R Sınır Kişilik Bozukluğu için tanısal önemi olduğu düşünülen dört alandan bilgi toplayan bir yarı yapılandırılmış görüşmedir: Duygulanım, Biliş, dürtü eylem örüntüsü ve kişiler arası ilişkiler. Geçen iki yıl boyunca nasıl hissettiği, düşündüğü ve davrandığı hakkındaki 97 başlık değerlendirilmektedir. Bu maddelerin büyük çoğunluğu için hasta tek bilgi kaynağıdır ama yine de küçük bir kısmı ek bilgi kaynağı kullanmaya izin verir. Görüşme ayrıca 24 alt-bölüme bölünmüştür ve bu alt-bölümlerin 22sinden toplanan bilgi 22 büyük harfle yazılmış ÖZET İFADELERİ adı verilen ifadelerde değerlendirilir. Bu ifadelerin herbiri Sınır Kişilik bozukluğu için önemli bir tanı kriterini temsil eder ve bozukluğun varlığını ya da yokluğunu tayin eder. Diğer iki alt-bölümdeki bilgiler bir sınır [kişilik] tanısın karşı olumsuz olarak tartar (24 ve 58 numaralı maddeler) ve sırasıyla duygulanım ve biliş bölümlerinde hastanın sonuçu skorunu belirlemede kullanılır.

YÖNERGELER

1. Eğer hasta bir soruyu yanlış anlarsa ya da tam olmayan, çelişkili veya (doğru olmayan ?) yalan gibi gözükken bir yanıt verirse ayrıca inceleyin. Ayrıca bir özelleşmiş bir soru seti, bir Özet İfade değerlendirmesi hakkında yetersiz bilgi veriyorsa ayrıntılı incelenmeli.
2. Bir soruya ya da Özet İfadeye en iyi uyan cevabı daire içine alın. Başka türlü tanımlanmadıkça, tüm sorular ve Özet İfadeler şöyle değerlendirilir: 2= Evet. 1= Olası, ve 0= Hayır. Eğer bir soru uygulanabilir değilse, sorunun sağ yanına u.d. yazın.
3. Her bir bölümde, bir Bölüm Skoru elde etmek için Özet İfadeler Skorlarını toplayın.
4. Her bir bölümün sonunda verilmiş talimatları izleyerek, Bölüm Skorusunu 0-2 veya 0-3 arasında değişebilecek Ölçeklendirilmiş Bölüm Skoru'na çevirin.
5. 0-10 arasında değişen bir DIB-R Skoru elde etmek için, Ölçeklendirilmiş Bölüm Skorlarını toplayın.
6. Görüşmenin sonunda tanısal bir değerlendirme yaparken aşağıdaki anahatları izleyin; sekiz ve üzerindeki DIBR skorları Sınır Kişilik Bozukluğu'nun göstergesi sayılırken, yedi ve altındaki rakamlar diğer bir klinik sendromun göstergesi olarak kabul edilir.

Başlamadan önce, şu noktaya işaret etmeliyim; görüşme boyunca soracağım soruların çoğu yaşamınızın son iki yılı ile ilgili olan sorulardır, diğer bir deyişle (uygun gün, ay ve yıl) dan bu yana. Şunu da belirtmeliyim ki, özellikle bu son iki yıllık periyot içindeki tipik duygular; düşünceler ve davranışlarınızı öğrenmekle ilgileniyorum. Bununla birlikte size soracağım bir grup soru özellikle alt üst (üzgün) ya da krizde olduğunuz zamanlarda sergileyebileceğiniz bazı özel davranışlarla ilgili olacak.

DUYGULANIM BÖLÜMÜ

Son iki yıl boyunca...

Depresyon

1. ... çoğu zaman belirgin kederli ya da çökkün oldunuz mu? (2, 1, 0)
2. ... iki hafta ya da daha uzun bir süre hergün çok çökkün olduğunuz herhangi bir dönem oldu mu? (2, 1, 0)
3. ... S.1 HASTADA KRONİK DÜŞÜK-DERECEDE (HAFİF) BİR DEPRESYON VARDIR YA DA BİR VEYA DAHA FAZLA SAYIDA MAJOR DEPRESİF ATAĞI YAŞAMIŞTIR. (2, 1, 0)
4. ... zaman zaman günler ya da haftalar boyunca çaresiz hissettiğiniz oldu mu? (2, 1, 0)
5. ... Ya umutsuzluk oldu mu? (2, 1, 0)
6. ... değersizlik oldu mu? (2, 1, 0)
7. ... Aşırı suçluluk oldu mu? (2, 1, 0)
8. ... S.2 HASTA SÜREGEN ÇARESİZLİK, UMUTSUZLUK, DEĞERSİZLİK VEYA SUÇLULUK DUYGULARINA SAHIPTIR. (2, 1, 0)

Öfke

9. ... çoğu kez çok öfke hissettiniz mi? (2, 1, 0)
10. ... hiddetlendiğiniz yada küplere bindiğiniz oldu mu? (2, 1, 0)
11. ... sıklıkla alaycı mıydınız? (2, 1, 0)
12. ... tartışmacı mıydınız? (2, 1, 0)
13. ... çabuk öfkelenir miydiniz? (2, 1, 0)
14. ... S.3 HASTA KRONİK OLARAK ÇOK ÖFKELİ HİSSEDER VEYA SIKLIKLA ÖFKELİ DAVRANIŞLAR SERGİLER. (ÖRNEĞİN, ALAYCI, MÜNAKAŞACIDIR VEYA ÇABUK SINIRLENİR) (2, 1, 0)

Kaygı

15. ... çoğu kez çok kaygılı hissettiniz mi? (2, 1, 0)
16. ... sıklıkla baş ağrıları, çarpıntı, hızlı nefes alma ya da aşırı terleme gibi gerilimle ilişkili şikayetleriniz oldu mu? (2, 1, 0)
17. ... mantıksız korkular ya da fobiler yüzünden çok sorun yaşadınız mı? (2, 1, 0)
18. ... hiç panik atak geçirdiniz mi?(örneğin yoğun, çaresiz bırakan kaygı atakları) (2, 1, 0)
19. ... S.4 HASTA KRONİK OLARAK YOĞUN KAYGI HİSSEDER VEYA SIK SIK KAYGIYA BAĞLI FİZİKSEL SEMPTOMLARDAN MUZDARIPTIR. (2, 1, 0)

Diğer Disforik Duygulanımlar

20. ... çoğu kez çok yalnızlık oldu mu? (2, 1, 0)
21. ... can sıkıntısı hakkında? (2, 1, 0)
22. ... Boşluk? (2, 1, 0)
23. ... S.5 HASTA KRONİK OLARAK, SIKINTI, YANLIZLIK VE BOŞLUK DUYGULARI YAŞAR. (2, 1, 0)

Ek Madde

24. ... Belirgin bir nedeni olmadan günler veya haftalar boyunca neşeli veya kanatlanmış gibi hissettiğiniz süreler sıklıkla oldu mu? Birisi size karşı geldiğinde çok sinirli ve gergin hissettiniz mi? Bu dönemler boyunca önemli bir kişi olduğunuza veya özel güçlere ve yeteneklere sahip olduğunuza inandığınız oldu mu? Her zamankinden daha az uyuduğunuz

ve yorgun hissetmediğiniz oldu mu? Her zamankinden fazla konuştuğunuz?
Düşüncelerinizin hızlandığını hissettiğiniz? Her zamankinden daha kolay dikkatinizin dağıldığı oldu mu? Fazladan planlar yaptığınız veya fiziksel olarak her zamankinden daha az yorgun hissettiğiniz oldu mu? Karakterinize uymayan bazı dürtüsel davranışlarda bulunduğunuz oldu mu? (Örneğin eğlenmeye çok para harcamak, gönül ilişkileri yaşamak, aptalca iş girişimlerinde bulunmak gibi) Diğer insanlar bu atakları nasıl fark etti? Bunlar hakkında ne söylediler? (Hastanın diğer yedi kriterden üçüne ek olarak bir duygudurum rahatsızlığı olup olmadığını değerlendiriniz) (Hipomanik ataklar) (2, 1, 0)

25. ... DUYGULANIM BÖLÜM SKORU:

Duygulanım Ölçeklendirilmiş Bölüm Skoru

Eğer Bölüm Skoru 5 veya üzerindeyse (S.3 ve S.5'in her birinden 2): 2 verin.

Eğer Bölüm skoru 3 veya 4 ise, ya da 5 veya üzerindeki herhangi bir kombinasyon mevcutsa: 1 verin

Eğer Bölüm skoru 2 veya daha az ise, ya da hasta diğerleri tarafından fark edilmiş olan, kesin sınırlarla belirlenmiş, tekrarlayan hipomanik ataklar yaşamışsa: 0 verin.

26. ... DUYGULANIM ÖLÇEKLENDİRİLMİŞ BÖLÜM SKORU:



BİLİŞ BÖLÜMÜ

Bu bölüm rahatsız (etkilenmiş, bozulmuş?) düşünceler (tuhaf düşünme, alışılmadık algısal yaşantılar ve sanrısız olmayan paranoid deneyimler), psikotik “benzeri” düşünceler (psikotik düşüncelere benzeyen) ve “gerçek” psikotik düşünceleri değerlendirir. Psikotik benzeri düşünceler geçici, sınırlanmış ve psikotik bozukluklardakine benzemeyen sanrılar ve varsanılar olarak tanımlanırken, “gerçek” psikotik deneyimler devamlı, yaygın ve psikotik bozukluklardaki ile benzer sanrılar ve varsanılar olarak tanımlanır, ayrıca bir madde (No 57) hariç tüm Özet İfadeler madde kullanımının yokluğundaki yaşantılara aittir, bu nedenle hasta tarafından tanımlanan yaşantıların doğal olarak mı yoksa alkol veya ilaçların etkisi altında mı oluştuğunu sormak gerekir.

Son iki yıl boyunca....

Tuhaf Düşünme / Alışılmadık Algısal Yaşantılar

27. ... çok batıl inançları olan bir insan mıydınız? (örneğin, tahtaya vurmak, omuzunuza tuz atmak [kültürel inançlara göre değiştirilmeli], merdivenlerin altından yürümekten kaçınmak gibi) (Belirgin Batıl İnançlılık) (2, 1, 0)
28. ... sık sık düşüncelerinizin, sözcüklerinizin veya davranışlarınızın olayların olmasını bazı özel veya büyüsel yollarla engelleyebileceğine inandınız mı? (Büyüsel Düşünce) (2, 1, 0)
29. ... sık sık diğer insanlar ya da onların hissettikleri hakkında duyarlı ve hassas olmanın ötesine geçen bir altıncı hisse sahip olduğunuzu düşündünüz mü? (Altıncı His) (2, 1, 0)
30. ... sık sık diğer insanların ne düşündüğünü ya da hissettiğini telepati gibi bazı özel ve büyüsel güçler kullanarak anlayabildiğiniz olur muydu? Diğer insanların bu tür bir gücü kullanarak sizin neler düşündüğünüzü ya da içinizden neler geçtiğini sık olarak bildiğini düşündünüz mü? (Telepati) (2, 1, 0)
31. ... sık sık başka bir yerde olmakta olan bir olayın görüntüsü (nü görmek) gibi kahinlikle ilgili deneyimler yaşadınız mı? Sıklıkla geleceği görebildiğiniz oluyor mu? (Kahinlik) (2, 1, 0)
32. ... hiç insanların size tekrar tekrar gerçek olmadığını söylemelerine karşın vazgeçemediğiniz inançlarınız oldu mu? (örneğin, gerçekte zayıf olmanıza karşın şişman olduğunuzu düşünmeniz gibi.) (Aşırı değerlendirilmiş Düşünceler) (2, 1, 0)
33. ... gerçekte orada bulunmayan bir gücün ya da kişinin varlığını tekrar tekrar hissettiğiniz oldu mu? Sık sık gördüğünüz ya da işittiğiniz şeyler yanlış yorumladığınız oldu mu? (örneğin gerçekte başka bir ses olmasına karşın birisinin sizi çağırdığını düşünmeniz gibi.) (Tekrarlayıcı Yanılsamalar) (2, 1, 0)
34. ... tekrar tekrar gerçek olmadığınızı hissettiğiniz oldu mu? Bedeninizin ya da bir parçasının yabancı gelmesi veya boyutunun ya da biçiminin değişmiş gelmesi gibi? Fiziksel olarak duygularınızdan ayrılmış gibi?. Kendinizi uzaktan gördüğünüzü düşünmeniz gibi? (Depersonalizasyon) (2, 1, 0)
35. ... tekrar tekrar çevrenizdeki şeylerin gerçek olmadığını hissettiğiniz oldu mu? [Çevrenizdeki şeylerin] yabancı gelmesi veya boyutunun ya da biçiminin değişmiş gelmesi gibi? Sanki bir rüyadaymışsınız gibi? Siz ve dünya arasında pencere gibi birşey olduğunu düşünmeniz gibi? (Derealizasyon) (2, 1, 0)
36. ...S. 6 HASTA TUHAF DÜŞÜNMEYE YA DA ALIŞILMADIK ALGISAL YAŞANTILARA EĞİLİMLİDİR (ÖRNEĞİN, BÜYÜSEL DÜŞÜNCE, TEKRARLAYAN YANILSAMALAR, DEPERSONALİZASYON GİBİ). (2, 1, 0)

Sanrısız Olmayan Paranoid Yaşantılar

37. ... sık olarak diğerlerinin çok güvenilmez ya da şüpheli olduğunu hissettiğiniz oldu mu? (Yersiz Şüphelilik) (2, 1, 0)
38. ... sık sık diğer insanların size dikkatle baktığını düşündüğünüz oldu mu? Arkanızdan konuştuklarını düşündüğünüz? Size gülündüğü? (Referans Fikirleri) (2, 1, 0)
39. ... Genellikle insanların size zorluk çıkardıklarını ya da bunun için fırsat kolladıklarını düşündüğünüz olur mu? Sıklıkla hakkınızı yedikleri ya da sizin hatanız olmayan şeyler için sizi suçladıklarına inandınız mı? (Diğer Paranoid Düşünceler) (2, 1, 0)
40. ... S.7 HASTA SIKLIKLA GEÇİCİ, SANRISIZ OLMAYAN PARANOİD YAŞANTILARA SAHİPTİR. (ÖRNEĞİN YERSİZ ŞÜPHECİLİK, REFERANS DÜŞÜNCELERİ, DİĞER PARANOİD DÜŞÜNCELER) (2, 1, 0)

Psikotik Yaşantılar

Her bir yaşantıyı şu şekilde değerlendirin: 2="gerçek" sanrılar ve varsanılar. 1=sanrı ve varsanı "benzerleri" ve 0=sanrı veya varsanı yok.

41. ... Aklınıza düşüncelerin bazı dışsal güçler tarafından konulduğuna inanır mıydınız? (Düşünce Sokulması) (2, 1, 0)
42. ... Düşünceler aklınızdan çalınır mıydı? (Düşünce Çekilmesi) (2, 1, 0)
43. ... Düşüncelerinizin yayınlandığına ve böylece diğer insanların düşündüklerinizi gerçekten duyabildiklerini düşündüğünüz oldu mu? (Düşünce Yayınlanması) (2, 1, 0)
44. ... Duygularınız, düşünceleriniz ve eylemlerinizin başka bir insan ya da bir makine tarafından kontrol edilir miydi? (Edilgenlik Sanrıları) (2, 1, 0)
45. ... İnsanların ne düşündüğünü gerçekten duyabilir miydiniz? Aklınızı açık bir kitapmış gibi harf harfine okuyabildikler miydi? (Aklın Okunması Sanrısı) (2, 1, 0)
46. ... Diğer insanlar örgütlü bir biçimde sizinle ilgili entrikalar çevirirler miydi? Kasten size zarar vermeye ya da cezalandırmaya çalıştılar mı? (Düşmanlık Sanrıları) (2, 1, 0)
47. ... Diğer insanlar sizinle ilgili takip ederek casusluk yaparlarmıydı? Şeyler özellikle sizin için düzenlenmiş miydi? Size radyo veya televizyon aracılığı ile özel mesajlar gönderilir miydi? (Referans Sanrıları) (2, 1, 0)
48. ... Yapılmış korkunç bir şey yüzünden cezalandırılmayı hak ettiniz mi? (Suçluluk/Günah Sanrıları) (2, 1, 0)
49. ... Aşırı önemli bir insan oldunuz mu? Çok özel yetenekler veya olağanüstü güçlere sahip oldunuz mu? (Büyüklik Sanrıları) (2, 1, 0)
50. ... Çok kötü bir şey oldu mu ya da gelecekte olacak mı? (örneğin, yarın dünyanın yok olacağı, bedeniniz çözüldüğü ya da eridiği) (Nihilistik Sanrılar) (2, 1, 0)
51. ... Bedeninizle ilgili kötü birşeyler olmuş muydu ya da çok önemli bir hastalığınız var mıydı? (Bedensel Sanrıları) (2, 1, 0)
52. ... Başka insanların kesinlikle gerçek olmadığını düşündüğü, garip, hatta tuhaf bulduğu inançlarınız var mıydı? (Diğer Sanrıları) (2, 1, 0)
53. ... Başka hiç kimsenin duymadığı insan sesleri ya da diğer sesler duydunuz mu? (İşitsel Varsanılar) (2, 1, 0)
54. ... Başka hiç kimsenin görmediği hayaller veya diğer görüntüler gördüğünüz oldu mu? (Görsel Varsanılar) (2, 1, 0)
55. ... Başka hiç kimsenin paylaşmadığı duyuşsal yaşantılarınız oldu mu? (Örneğin birşeyin tekrarlayan kokusu veya gerçekte orada olmayan birşeyin bedeniniz üzerinde süründüğü) Peki ya bedeninizle ilgili diğer algılar? (Diğer Varsanılar) (2, 1, 0)
56. ... S.8 HASTA TEKRARLAYAN SANRI VEYA VARSANI BENZERLERİNE SAHİP OLMUŞTUR. (2, 1, 0)

Ek Maddeler

57. alkol veya madde etkisi altındayken bu yaşantılardan herhangi birisi oldu mu? (Maddenin neden olduğu Psikotik Yaşantılar) (2= “gerçek” yaşantılar, 1= “benzer” yaşantılar ve 0=yok)
58. ... Herhangi bir neden olmaksızın kendinizi çok neşeli ya da kanatlanmış hissettiğiniz bir hafta ya da daha uzun süren dönemler oldu mu? Birisi size karşı geldiğinde çok sinirli ve gergin hissettiniz mi? Bu dönemler boyunca önemli bir kişi olduğunuza veya özel güçler ve kabiliyetlere sahip olduğunuza inandığınız oldu mu? Her zamankinden daha az uyuduğunuz ve yorgun hissetmediğiniz oldu mu? Her zamankinden fazla konuştuğunuz ya da konuşmanızı durduramadığınızı hissettiğiniz? Hızlı akan düşüncelerinizin olduğu veya düşüncelerinizin konudan konuya atlamasından rahatsız olduğunuz? Dikkatinizin kolayca dağıldığı? İnsanlarla ilgili pek çok planlar yaptığınız veya fiziksel olarak her zamankinden daha az yorgun hissettiğiniz ? Sizin karakterinize uymayan bazı dürtüsel davranışlarda bulunduğunuz oldu mu? Bu durum işinizi ciddi olarak engelledi mi? Peki ya aile içindeki durumunuzu ve sosyal yaşantınızı? Bir manik epizot nedeniyle hastaneye yatmak zorunda kaldınız mı? (Hastanın süre giden bir duygudurum bozukluğu olup olmadığını, bu dönemler boyunca sosyal olarak ve iş yaşamında ciddi bozulma olup olmadığını, ayrıca diğer yedi kriterden üçünü karşılayıp karşılamadığını değerlendirin.) (Manik Epizotlar) (2, 1, 0)

59. ... BİLİŞ BÖLÜM SKORU:

Biliş Ölçeklendirilmiş Bölüm Skoru:

Eğer Bölüm Skoru 4 veya üzerindeyse 2 verin

Eğer Bölüm Skoru 2 veya 3 ise 1 verin

Eğer Bölüm Skoru 1 veya altındaysa ya da hastada herhangi bir zamanda uzamış/yaygın psikotik epizot mevcutsa veya tam gelişmiş bir manik epizot varsa 0 verin

60. ... BİLİŞ ÖLÇEKLENDİRİLMİŞ BÖLÜM SKORU:

DÜRTÜ EYLEM ÖRÜNTÜLERİ BÖLÜMÜ

Eğer aşağıdaki sorulardan herhangi birine yanıt evet ise, davranışın olduğu zamanların sayısını belirleyin. Şu not edilenler dışında (madde kötüye kullanımı, kendini yaralama ve intihar girişimleri) her dürtüsellik tipini şöyle değerlendirin; 2= 5 kez veya üzeriyse, 1= 3-4 kez ise ve 0= 2 kez veya altıysa.

Son iki yıl içinde,

Madde Kötüye kullanımı

61. çok fazla içtiğiniz veya gerçekten sarhoş olduğunuz? (Alkol kötüye kullanımı) (2=kronik kötüye kullanım, 1=epizodik kötüye kullanım, 0=kötüye kullanım yok)
62. reçetelenmiş ya da sokakta satılan haplarla kafayı bulduğunuz oldu mu? (Madde Kötüye kullanımı) (2=kronik kötüye kullanım, 1=epizodik kötüyekullanım, 0=kötüyekullanım yok)
63. ... S.9 HASTA CİDDİ BİR MADDE KÖTÜYEKULLANIMI ÖRÜNTÜSÜNE SAHİPTİR.

Cinsel Sapma

64. ... herhangi biriyle dürtüsel olarak cinsel ilişki kurduğunuz veya kısa gönül ilişkileri yaşadığınız oldu mu? (Rasgele Cinsel İlişki Kurma) (2, 1, 0)
65. ... (2, 1, 0) herhangi bir alışılmışın dışında cinsel deneyim (örneğin cinsel ilişki sırasında aşağılanmak ya da canınızın yakılması, kendiniz cinsel ilişkiye girmek yerine başka insanları gözetlemeyi tercih ettiniz mi, cinsel ilişki sırasında başkalarının seyretmesini tercih etmek gibi) yaşadınız mı? (Parafililer)
66. ... S.10 HASTA CİNSEL SAPMA ÖRÜNTÜSÜNE SAHİPTİR. (ÖRNEĞİN, RASTGELE CİNSEL İLİŞKİ KURMA YA DA BİR PARAFİLİ) (2, 1, 0)

Kendini Yaralama

67. ... kendinizi öldürmeyi amaçlamaksızın kendinize kasten zarar verdiğiniz oldu mu? (örneğin: kendinizi kesmek, kendinizi yakmak, kendinize vurmak, pencerelere vurmak, duvarları yumruklamak, kafanızı vurmak gibi) (Kendini Yaralama) (2=2x ya da fazlası, 1=1x, 0=yok)
68. ... S.11 HASTA BİR FİZİKSEL KENDİNİ YARALAMA ÖRÜNTÜSÜNE SAHİPTİR. (2, 1, 0)

İntihar Çabaları

69. ... kendinizi öldürmeyle tehdit ettiniz mi? (İntihar Tehditleri) (2=2x ya da fazlası, 1=1x, 0=yok)
70. ... küçük olsa da hiç intihar girişiminiz oldu mu? (İntihar Davranışları / Girişimleri) (2=2x ya da fazlası, 1=1x, 0=yok)
71. ... S.12 HASTA BİR MANUPULATİF İNTİHAR TEHTİDLERİ, DAVRANIŞLARI YA DA GİRİŞİMLERİ ÖRÜNTÜSÜNE SAHİPTİR. (2, 1, 0)

Diğer Dürtüsel Örüntüler

72. ... size acı verecek ya da kendinizi kusmaya zorlayacağınız kadar çok yemek yediğiniz herhangi bir epizot oldu mu? (Tıkınırcasına Yemek) (2, 1, 0)
73. ... ihtiyacınız olmayan ya da maddi olanaklarınızın el vermediği şeyler için çok [miktardaki] parayı aşırı harcadığınız oldu mu? (Aşırı Para Harcama) (2, 1, 0)

74. ... ısrarla para kaybettiğiniz halde bahisler oynamayı sürdürerek aşırı kumar oynadığınız oldu mu? (Aşırı Kumar Oynama) (2, 1, 0)
75. ... kendinizi kaybedip birisine gerçekten bağırduğunuz, haykırdığınız ya da çılglık attığınız oldu mu? (Sözel Patlamalar) (2, 1, 0)
76. ... Herhangi bir yumruklu kavgada bulundunuz mu? (Fiziksel Kavg) (2, 1, 0)
77. ... birisine fiziksel zarar verme tehdidinde bulundunuz mu? (örneğin birisine ona yumruk atacağınızı, bıçaklayacağınızı veya öldüreceğinizi söylediniz mi?) (Fiziksel Tehditler) (2, 1, 0)
78. herhangi birisine saldırdığınız ya da onu taciz ettiğiniz oldu mu? (örneğin birisini durdurmak, yumruk atmak veya tekmelemek gibi) (Fiziksel Saldırıları) (2, 1, 0)
79. ... kasten mala zarar verdiğiniz oldu mu? (örneğin tabakları parçalamak, mobilyaları kırmak, bir başkasının arabasını çarpmak) (Mala Zarar verme) (2, 1, 0)
80. ... çok hızlı araba kullandınız mı? Alkol veya ilaçların etkisi altındayken bunu yaptığınız oldu mu? (Pervasızca Araba Kullanma) (2, 1, 0)
81. ... yasaya karşı gelecek bir davranışta bulundunuz mu (örneğin, dükkanlardan mal çalma, madde satıcılığı, çalınmış mal pazarlama)? (Antisosyal davranışlar) (2, 1, 0)
82. ... S.13 HASTA DİĞER DÜRTÜSEL DAVRANIŞ ÖRÜNTÜLERİNE SAHİPTİR. (2, 1, 0)

83. ... DÜRTÜSEL EYLEM ÖRÜNTÜLERİ BÖLÜM SKORU :

Dürtüsel Eylem Örüntüleri Ölçeklendirilmiş Bölüm Skoru:

Eğer Bölüm skoru 6 ya da fazlaysa (hem s.11 hem de s.12den 2 almalı): 3 verin.

Eğer Bölüm skoru 4 ya da 5 ise veya 6 ya da üzeri için diğer herhangi bir kombinasyon varsa 2 verin.

Eğer Bölüm skoru 3 ya da az ise 0 verin.

84. ... DÜRTÜSEL EYLEM ÖRÜNTÜLERİ ÖLÇEKLENDİRİLMİŞ BÖLÜM SKORU:

KİŞİLER ARASI İLİŞKİLER BÖLÜMÜ

Geçen iki yıl boyunca...

Yalnızlığa Tahammülsüzlük

85. ... genellikle tek başınıza vakit geçirmekten nefret ettiğiniz oldu mu? (2, 1, 0)
86. ... yalnız hissetmekten kaçınmak için çılgınca çaba sarf ettiğiniz oldu mu? (örneğin, bir seferde telefonda saatlerce konuşmak, konuşacak birini bulmak için evden çıkmak gibi) (2, 1, 0)
87. ... yalnız kaldığınızda çok çökkün hissettiniz mi? (2, 1, 0)
88. ... [yalnız kaldığınızda] Peki çok endişeli hissettiniz mi? Öfkeli? Boş? Kötü? (2, 1, 0)
89. ... S. 14 HASTA TİPİK OLARAK YANLIZ OLMAKTAN KAÇINMAYA ÇALIŞIR VEYA YANLIZ KALDIĞINDA AŞIRI DİSFORİK HİSSEDER. (2, 1, 0)

Terk edilme/Sarmalanma/Yok Olma Endişeleri

90. ... tekrar tekrar size en yakın olanlar tarafından terk edileceğinizden korktuğunuz oldu mu? (Terk edilme Korkusu) (2, 1, 0)
91. ... diğer insanlarla çok yakınlaştığınızda boğulacakmış ya da kimliğinizi kaybedecekmiş gibi hissetmekten tekrar tekrar korktuğunuz oldu mu? (Sarmalanma Korkusu) (2, 1, 0)
92. ... sizin için önemli biri tarafından terk edildiğinizde tamamen parçalanacağınızdan ya da varlığınızın sona ereceğinden tekrar tekrar korktuğunuz oldu mu? (Yok olma Korkusu) (2, 1, 0)
93. ... S. 15 HASTA TERKEDİLME, BAĞLANMA VEYA YOK OLMA KORKULARINI TEKRAR TEKRAR YAŞAMIŞTIR.

Karşılıklı Bağımlılık

94. ... başlıca görevinizin diğer insanların ya da hayvanların bakımını üstlenmek olduğu herhangi bir işiniz oldu mu? (2, 1, 0)
95. ... kendinizi sık sık arkadaşlara, akrabalara ya da meslektaşlara yardım önerirken bulduğunuz oldu mu? (2, 1, 0)
96. ... (2, 1, 0) diğerleri size yardım etmeye veya bakmaya çalıştığında özellikle sıkıldığınız oldu mu?
97. ... destek için gerçekten yardıma ihtiyaç duyuyor hissettiğiniz halde [yardım] istemeyi reddettiğiniz oldu mu? (2, 1, 0)
98. ... hayatınızda gerçekten ihtiyaç duyduğunuzu söylediğiniz biri oldu mu? İş görebilmeniz bu kişiye mi bağlıydı? Ya hayatta kalmanız? (2, 1, 0)
99. ... S. 16 HASTA KUVVETLİ BİÇİMDE KARŞILIKLI BAĞIMLILIK YAŞAMAKTA VEYA BAKIM VERME VE ALMA KONUSUNDA CİDDİ OLARAK ÇATIŞMALIDIR. (2, 1, 0)

İstikrarsız Yakın İlişkiler

100. hiç yakın ilişkileriniz oldu mu? Kaç tane? Bu kişileri ne sıklıkta gördünüz? Hangisi sizin için en önemliydi? (2=4 ya da daha fazla, 1= 2-3, 0=1 yada daha az)
101. ... bu ilişkilerden herhangi birinde yoğun tartışmaların çokluğu yüzünden problem yaşandı mı? (2, 1, 0)
102. ... tekrarlayan ayrılıklar yaşadınız mı? (2, 1, 0)
103. ... S. 17 HASTA YOĞUN, İSTIKRARSIZ YAKIN İLİŞKİLER YAŞAMAYA EĞİLİMLİDİR. (2, 1, 0)

Yakın İlişkilerde Sorunlar

Mazoşizm

104. ... başkalarına çok bağımlı hissetmeye eğilimli oldunuz mu? İş görebilmek için çok fazla desteğe ya da yardıma ihtiyaç duyduğunuz oldu mu? Hiç size çok bağımlı olduğunuz söylendi mi? (Bağımlılık: hasta tekrarlayan bir biçimde başkalarına aşırı bağımlı olmaktadır.) (2, 1, 0)
105. ... tekrarlayan biçimde başka insanların sizi gerçekten yapmak istemediğiniz şeyleri yapmaya zorlamasına ya da size kötü davranmasına izin verdiniz mi? Hiç size, insanların sizi kurban etmesine ya da istismar etmesine izin verdiğiniz söylendi mi? (Mazoşizm: hasta başkalarının kendisine baskı yapmasına ya da incitmesine tekrar tekrar izin vermiştir) (2, 1, 0)
106. ... S. 18 HASTA YAKIN İLİŞKİLERDE BAĞIMLILIK VEYA MAZOŞİZMLE İLGİLİ TEKRARLAYAN SORUNLAR YAŞAMAKTADIR. (2, 1, 0)

Sadizm

107. ... tekrarlayan biçimde insanların iyi özelliklerini görmezden gelip hatalarını fark ettiğiniz oldu mu? Size hiç çok eleştirici veya değersizleştiren bir insan olduğunuz söylendi mi? (Değersizleştirme: hasta başkalarının zayıflıklarını tekrarlayıcı biçimde abartır ve kuvvetlerini azımsar.) (2, 1, 0)
108. ... tekrarlayan biçimde başkalarına sormaksızın veya ne hissettiklerini göze almadan istediklerinizi yaptırmaya çalıştınız mı? Manipülatif [İnsanları kullanma] yetenekleriniz var mıdır? Size hiç çok manipülatif olduğunuz [insanları çok kullandığınız] söylendi mi? (Manipülasyon: hasta istediklerini elde etmek için tekrar tekrar dolaylı yolları kullanır) (2, 1, 0)
109. ... tekrarlayan biçimde başkalarını yapmak istemedikleri şeyleri yapmaya zorlamaya çalıştınız mı ya da onlara zalimce davrandınız mı? Size hiç kötü ya da hükmedici olduğunuz söylendi mi? (Sadizm: hasta tekrarlayan biçimde başkalarını kullanmaya ya da incitmeye çalışmıştır.) (2, 1, 0)
110. ... S. 19 HASTANIN YAKIN İLİŞKİLERDE DEĞERSİZLEŞTİRME, MANİPÜLASYON YA DA SADİZMLE İLGİLİ TEKRARLAYAN SORUNLARI VARDIR. (2, 1, 0)

Talepkarlık ya da Hak İddia Etme

111. ... başkalarından veremeyecekleri ya da vermemeleri gereken şeyleri tekrar tekrar istediğiniz oldu mu? Zamanlarının ve dikkatlerinin çoğunu istediniz mi? Size hiç çok talepkar biri olduğunuz söylendi mi? (Talepkarlık: hasta tekrar tekrar uygunsuz isteklerde bulunmaktadır.) (2, 1, 0)
112. ... tekrar tekrar size özel muameleye hakkınız olduğunu düşünerek davrandığınız oldu mu? Sanki başkaları yaşadıklarınız yüzünden size birşeyler borçlularmış gibi? Hiç size sanki özel bakıma ya da ilgiye hakkınız varmış gibi davrandığınız söylendi mi? (Hak İddia Etme: hasta tekrar tekrar gerçek dışı beklentiler sergiler.) (2, 1, 0)
113. ... S. 20 HASTANIN YAKIN İLİŞKİLERDE TALEPKARLIK VEYA HAK İDDİA ETME İLE İLGİLİ TEKRARLAYAN SORUNLARI VARDIR. (2, 1, 0)

Sorunlu Psikiyatrik İlişkiler

Gerileme

114. ... hiç (başka) bireysel terapi aldınız mı? Kaç tane? (Bireysel Terapilerin Sayısı) (2=2 ya da daha fazla, 1=1, 0=yok)
115. ... geçen 24 ayın kaçını bireysel tedavide geçirdiniz? (Bireysel Tedavide Geçirilen Ay Sayısı) (2=12 ya da daha fazla, 1=1-11, 0=yok)
116. ... Bu terapi(lerden biri) sonucunda daha kötüleştdiğiniz oldu mu? Hangi yönde? (Bireysel Terapi Gerilemesi) (2, 1, 0)
117. ... hiç (başka) psikiyatrik nedenle hastaneye yattınız mı? Kaç kez? (Psikiyatrik Nedenli Hastane Yatışlarının Sayısı) (2=2 ya da daha fazla, 1=1, 0=yok)
118. ... Geçen 24 ayın kaçını hastanede yatarak geçirdiniz? (Psikiyatri Hastanelerinde Geçen Ayların Sayısı) (2=12 ya da daha fazla, 1=1-11, 0=yok)
119. ... Bu yatış(lardan biri) sonucunda daha kötüleştdiğiniz oldu mu? Hangi yönde? (2, 1, 0)
120. ... S. 21 HASTA PSİKOTERAPİ VEYA PSİKİYATRİK HASTANE YATIŞLARI SIRASINDA AÇIKÇA BİR DAVRANIŞSAL GERİLEMEYE GİRMİŞTİR. (2, 1, 0)

Karşıaktarım Tepkisi

121. ... yatan hasta biriminde hiç çalışanlarla çatışmaların ya da sorunların odağı oldunuz mu? (Hastanın belirgin bir çalışanlar [tarafından] karşıaktarım tepkisinin odağı olup olmadığını değerlendirin. Bu yargıyı için eldeki diğer kaynaklar da kullanılmalıdır.) (2, 1, 0)
122. ... hiç size çok kızan bir terapist oldu mu? Sizden tedaviyi bırakmanızı isteyen oldu mu? Bakımınızla çoğu terapistten daha fazla ilgilenen var mıydı? Tedavinizle birçok terapistten daha fazla ilgilenen biri oldu mu? (Hastanın belirgin bir terapist karşıaktarım tepkisinin odağı olup olmadığını değerlendirin. Bu yargıyı için eldeki diğer kaynaklar da kullanılmalıdır.) (2, 1, 0)
123. ... yatan hasta biriminin bir çalışanıyla yakın bir arkadaşlık ya da gönül ilişkisi geliştirdiniz mi? (2, 1, 0)
124. ... peki ya bir terapist ile? (2, 1, 0)
125. ... S. 22 HASTA PSİKOTERAPİDE VEYA BİR YATAN HASTA BİRİMİNDE BELİRGİN BİR KARŞIAKTARIM TEPKİSİNİN ODAĞI OLMUŞ, VEYA BİR RUH SAĞLIĞI ÇALIŞANI İLE "ÖZEL" BİR İLİŞKİ KURMUŞTUR. (2, 1, 0)

126. ... KİŞİLER ARASI İLİŞKİLER BÖLÜMÜ SKORU:

Kişiler Arası İlişkiler Bölümü Ölçeklendirilmiş Skoru:

Eğer bölüm skoru 9 veya daha fazlaysa 3 verin.

Eğer bölüm skoru 6-8 arasındaysa 2 verin.

Eğer bölüm skoru 5 ya da daha az ise veya hasta sıra dışı, sosyal olarak yalıtılmış yalnız biriyse 0 verin.

127. ... KİŞİLER ARASI İLİŞKİLER BÖLÜMÜ ÖLÇEKLENDİRİLMİŞ SKORU:

SONUÇLAR

- 1. Duygulanım Bölümü Skoru: 0-10**
- 2. Duygulanım Bölümü Ölçeklendirilmiş Skoru: 0-2**
- 3. Biliş Bölümü Skoru: 0-6**
- 4. Biliş Bölümü Ölçeklendirilmiş Skoru: 0-2**
- 5. Dürtü Eylem Örüntüsü Bölümü Skoru: 0-10**
- 6. Dürtü Eylem Bölümü Ölçeklendirilmiş Skoru: 0-3**
- 7. Kişiler Arası İlişkiler Bölümü Skoru: 0-18**
- 8. Kişiler Arası İlişkiler Bölümü Ölçeklendirilmiş Skoru: 0-3**
- 9. Toplam DIB-R Skoru: 0-10**



Revised Diagnostic Interview For Borderlines (DIB-R) Değerlendirme Formu

Duygulanım		Biliş		Dürtü-Eylem		Kişilerarası İlişkiler	
<i>Depresyon</i>		<i>Tuhaf Düşünme</i>		<i>Madde Kullanımı</i>		<i>Yalnızlık Duygusu</i>	
1	0 1 2	27	0 1 2	61	0 1 2	85	0 1 2
2	0 1 2	28	0 1 2	62	0 1 2	86	0 1 2
S1	0 1 2	29	0 1 2	S9	0 1 2	87	0 1 2
4	0 1 2	30	0 1 2	<i>Cinsel Sapma</i>		88	0 1 2
5	0 1 2	31	0 1 2	64	0 1 2	S14	0 1 2
6	0 1 2	32	0 1 2	65	0 1 2	<i>Terk edilme Korkusu</i>	
7	0 1 2	33	0 1 2	S10	0 1 2	90	0 1 2
S2	0 1 2	34	0 1 2	<i>Self Mutilasyon</i>		91	0 1 2
<i>Öfke</i>		35	0 1 2	67	0 1 2	92	0 1 2
9	0 1 2	S6	0 1 2	S11	0 1 2	S15	0 1 2
10	0 1 2	<i>Paranoid Düşünce</i>		<i>İntihar</i>		<i>Bağımlılık</i>	
11	0 1 2	37	0 1 2	69	0 1 2	94	0 1 2
12	0 1 2	38	0 1 2	70	0 1 2	95	0 1 2
13	0 1 2	39	0 1 2	S12	0 1 2	96	0 1 2
S3	0 1 2	S7	0 1 2	<i>Diğer</i>		97	0 1 2
<i>Kaygı</i>		<i>Psikotik Yaşantılar</i>		72	0 1 2	98	0 1 2
15	0 1 2	41	0 1 2	73	0 1 2	S16	0 1 2
16	0 1 2	42	0 1 2	74	0 1 2	<i>İstikrarsız İlişkiler</i>	
17	0 1 2	43	0 1 2	75	0 1 2	100	0 1 2
18	0 1 2	44	0 1 2	76	0 1 2	101	0 1 2
S4	0 1 2	45	0 1 2	77	0 1 2	102	0 1 2
<i>Diğer</i>		46	0 1 2	78	0 1 2	S17	0 1 2
20	0 1 2	47	0 1 2	79	0 1 2	<i>İlişkilerde Sorunlar</i>	
21	0 1 2	48	0 1 2	80	0 1 2	<i>Mazoşizm</i>	
22	0 1 2	49	0 1 2	81	0 1 2	104	0 1 2
S5	0 1 2	50	0 1 2	S13	0 1 2	105	0 1 2
<i>Ek Madde</i>		51	0 1 2			S18	0 1 2
24	0 1 2	52	0 1 2			<i>Sadizm</i>	
		53	0 1 2			107	0 1 2
		54	0 1 2			108	0 1 2
		55	0 1 2			109	0 1 2
		S8	0 1 2			S19	0 1 2
		<i>Ek Maddeler</i>				<i>Talepkarlık</i>	
		57	0 1 2			111	0 1 2
		58	0 1 2			112	0 1 2
						S20	0 1 2
Bölüm Skoru 0-10		Bölüm Skoru 0-6		Bölüm Skoru 0-10		Bölüm Skoru 0-18	
ÖBS 0-2		ÖBS 0-2		ÖBS 0-3		ÖBS 0-3	
Toplam (0-10)							

DSM III-R Kriterleri			
91	(1)	?	1 2 3
92	(2)	?	1 2 3
98	(3)	?	1 2 3
99	(4)	?	1 2 3
101	(5)	?	1 2 3
103	(6)	?	1 2 3
107	(7)	?	1 2 3
108	(8)	?	1 2 3

EK IV: Bilgilendirme - Onay Sözleşmesi

SÖZLEŞME

İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı'nda, Prof. Dr. D. Ümran Tüzün ve Dr. O. Saltuk Dönmez tarafından ergenlikte kişilik sorunlarını saptamak amacıyla yürütülen araştırmayla ilgili olarak bilgilendirildim.

Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmada bana sorulan sorulara yanıt vermek zorunda olmadığımı; bu araştırmaya katılıp katılmamamın tedavimle ilgili bir kazanç ya da kayıp getirmeyeceğini; istersem ismimi belirtmeyeceğimi ismimi bildirsem dahi ismimi ve kimliğimin saklı tutulacağını biliyorum. Benden alınan bilgiler ismimi ve kimliğimi açığa vurmayacak biçimde bilimsel yayınlarda kullanılabilir.

Tarih:.....

İmza