

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



DÖVME YAPTIRMANIN, BORDERLINE KİŞİLİK
ÖZELLİKLERİ, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI VEYANSITICI
İŞLEVSELLİK AÇISINDAN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Muhammet Mustafa FİDAN

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Programı

NİSAN, 2024

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**DÖVME YAPTIRMANIN, BORDERLINE KİŞİLİK
ÖZELLİKLERİ, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI VEYANSITICI
İŞLEVSELLİK AÇISINDAN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Muhammet Mustafa FİDAN
(Y2112.480022)

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr Üyesi Haydeh FARAJİ

NİSAN, 2024

ONAY FORMU





ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum "Dövme Yaptırmanın, Borderline Kişilik Özellikleri, Çocukluk Çağı Travması ve Yansıtıcı İşlevsellik Açısından İncelenmesi" adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça 'da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim. (.../.../20..)

Muhammet Mustafa FİDAN

ÖNSÖZ

Bu tez çalışmasının her adımında yanımda olan, dostlukları, bilgileri, sabırları ve varlıklarıyla bana olağanüstü desteklerini esirgemeyen değerli insanlara;

Başta, son derece sade bir fikir halinde olan tez çalışmamı ele alıp, onu detaylandıran, kalite katan, planlanmasında, yönlendirilmesinde her türlü desteği sağlayan, büyük bir sabır ve ilgiyle tezimi satır satır inceleyen değerli Hocam Dr. Haydeh Faraji'ye,

Çalışmamın ilk anından son anına kadar her aşamasında bana yardımını esirgemeyen canım kardeşim Nurhan Fidan'a, kıymetli arkadaşlarım İsmet Erdi Aygöl'e, ve Mustafa Kaçar'a,

Değerli zamanlarını ayırıp çalışmama katılarak, bu zorlu yolculuğu başarıyla tamamlamama destek olan tüm katılımcılara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Nisan, 2024

Muhammet Mustafa FİDAN



DÖVME YAPTIRMANIN, BORDERLINE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI VE YANSITICI İŞLEVSELLİK AÇISINDAN İNCELENMESİ

ÖZET

Borderline kişilik özellikleri, kişilerarası ilişkilerde, duygulanımda ve kendilik algısında yaygın olarak görülen istikrarsızlık örüntüsü, yoğun ölçüde dürtüsellik ve kimlik dağınıklığı ile karakterize bir örüntüdür.

Kimlik inşası söz konusu olduğunda, kişinin derisi, kim olduğu ile ya da kim olarak tanınmak istediği ile yakından ilişkili olmuştur. Derinin jilette kesilmesi ya da sigarayla yakılması şeklinde ortaya çıkabilen kendine zarar verme davranışları borderline kişilik bozukluğu tanı kriterleri arasındadır. Dövme, hem yapılışı sırasında verdiği acıyla, hem de derinin dövmeli kısımlarının normal fonksiyonlarını kaybetmesi, iltihap oluşumları ve doku ölümü sebebiyle bir kendine zarar verme davranışı olarak görülebilmektedir. Çocuklukta yaşanan ruhsal travmalar, bireyin duygusal ve zihinsel gelişimini etkileyerek başta borderline kişilik özellikleri olmak üzere pek çok psikopatolojiye ve kişilik problemlerine yol açmaktadır. Dövme yaptırmada davranışının bu problemlerin bir yansıması olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı, borderline kişilik özelliklerinin, çocukluk çağı travmasının ve mentalizasyon becerisinin, dövme yaptırmada arasındaki ilişkiyi incelemektir. Ayrıca çocukluk çağı travması, borderline kişilik özellikleri ve mentalizasyon becerisi arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Bu araştırmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Katılımcılara, Borderline Kişilik Ölçeği, Gözlerden Zihin Okuma Testi, Yansıtıcı İşlevsellik Ölçeği ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği uygulanmıştır. Bir demografik veri formu ile kişisel bilgiler ve dövmelerle ilgili veri toplanmıştır. Çalışmanın örneklemini 18-50 yaş arası dövmeli ve dövmesiz bireyler oluşturmaktadır. Araştırmaya 275 kadın (% 69.3), 122 erkek (% 30.7), toplam 397 kişi katılmıştır. İstatistiksel analizler SPSS 27 yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Değişkenler arasındaki ilişki düzeyi ve yönü, Pearson Korelasyon ve Spearman Korelasyon yöntemi ile incelenmiştir. Ölçeklerin demografik değişkenlere göre farklılıklarını anlamak için Bağımsız gruplar t-testi, ANOVA testleri, Mann Whitney-U ve Kruskal Wallis-H testi uygulanmıştır.

Araştırma sonucunda, dövmesi olan bireylerin, borderline kişilik özellikleri düzeyleri ve çocuklukta yaşadıkları duygusal taciz düzeyleri, anlamlı şekilde daha yüksek çıkmıştır. Bireylerin borderline kişilik özellikleri düzeyleri yükseldikçe ve intihar kendini yaralama, boşluk duygusu, kendilik imgesi ve dürtüsellik gibi, borderline kişilik özelliklerinin pek çok alt kırılımında, patolojinin şiddeti arttıkça, kişilerin el ve yüzlerine dövme yaptıрма eğiliminde oldukları tespit edilmiştir.

Çocuklukta yaşanan fiziksel taciz, fiziksel ihmal ve cinsel taciz ile dövmenin vücutta bulunduğu yer arasında ilişki tespit edilmiştir. Çocukluk çağı travmasının şiddeti arttıkça kişilerin el ve yüzlerine dövme yaptıрма eğiliminde oldukları tespit edilmiştir. Yüzünde dövmesi olan bireylerin, başkalarının ve kendilerinin zihinsel durumlarını anlama becerilerinin anlamlı ölçüde düşük olduğu belirlenmiştir.

Daha büyük dövmesi olan bireylerde, çocukluk çağı travması düzeylerinin ve borderline kişilik özellikleri semptomlarının şiddetinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Borderline kişilik özelliklerinin tüm alt kırılımlarının, dövme büyüklüğü ile arasında benzer bir ilişki söz konusudur. Dürtüsellik ve intihar kendini yaralama davranışı seviyelerinin dövme sayısı ile ilişkisi tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Dövme, Borderline kişilik özellikleri, Çocukluk çağı travması, Mentalizasyon,

AN INVESTIGATION OF BORDERLINE PERSONALITY TRAITS, CHILDHOOD TRAUMA AND REFLECTIVE FUNCTIONING ON THE BASIS OF TATTOOING

ABSTRACT

Borderline personality traits are characterized by a pervasive pattern of instability in interpersonal relationships, emotions, self-image and identity diffusion, and are often accompanied by intense impulsivity.

Regarding identity construction, an individual's skin has been closely associated with who they are or how they want to be recognized. Self-harming behaviors such as cutting with a razor or burning with a cigarette, are among the diagnostic criteria for Borderline Personality Disorder. Tattooing can also be considered a self-harming behavior due to the pain inflicted by the process and its potential complications that include inflammation, tissue death and loss of normal skin functions. Experiencing childhood traumas can impact an individual's emotional and cognitive development, leading to various psychopathologies and personality problems, including borderline personality traits. The act of getting a tattoo is thought to reflect these issues.

The aim of this study is to examine the relationship between borderline personality traits, childhood trauma and mentalization skills with getting tattoos. Additionally, the study aims to explore the relationship between borderline personality traits, childhood trauma and mentalization skills.

A relational screening model was employed in this study. The Borderline Personality Questionnaire, Reading the Mind in the Eyes Test, Reflective Functioning Questionnaire and Childhood Trauma Questionnaire were administered to participants. Demographic information and data related to tattoos were collected through a personal information form. The study included 397 participants comprising 275 females (%69.3) and 122 males (%30.7) aged between 18 and 50. Statistical analyses were conducted using SPSS 27 software. The level and direction of relationship between variables were examined using

Pearson correlation and Spearman correlation methods. Independent samples t-test, ANOVA tests, Mann Whitney-U, and Kruskal Wallis-H tests were applied to examine the differences in scales according to demographic variables.

The research findings indicate that individuals with tattoos exhibit significantly higher levels of borderline personality traits and experienced higher levels of emotional abuse during childhood. As borderline personality traits levels and severity of subcategories of borderline personality traits such as suicidal self-harm, feelings of emptiness, self-image, and impulsivity were seen to increase, individuals tended to get tattoos located on their hands and face.

A relationship was identified between childhood sexual abuse, physical abuse, physical neglect, and the location of tattoos on the body. As the severity of trauma increased, individuals tended to get tattoos located on their hands and face. Individuals with tattoos on their faces demonstrated significantly lower abilities to understand the mental state of others and self.

In individuals with larger tattoos, higher levels of childhood trauma and severity of borderline personality traits symptoms were observed. A similar relationship was found between all subcategories of borderline personality traits and tattoo size. The number of tattoos was associated with levels of impulsivity, suicidal tendencies and self-harm behaviors.

Keywords: Tattoo, Borderline personality traits, Childhood trauma, Mentalization

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONUR SÖZÜ	i
ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	xv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xvii
I. GİRİŞ	1
II. ARAŞTIRMA	3
A. Araştırmanın Problemi ve Hipotezleri.....	3
B. Araştırmanın Önemi ve Amacı.....	4
C. Sayıtlılar.....	4
D. Sınırlılıklar.....	4
III. DÖVME	7
A. Tarihten Bugüne Dövme.....	7
B. Dövme Çeşitleri	12
C. Derinin Yapısı ve Fonksiyonları.....	13
D. Dövmeye Bağlı Reaksiyonlar, Yan Etkiler ve Riskler	14
IV. KİŞİLİK ve KİŞİLİK BOZUKLUĞU	17
A. Borderline Kişilik Bozukluğu.....	17

1. Tanımı	17
2. Borderline Kişilik Bozukluğunun Tarihçesi	19
3. Borderline Kişilik Bozukluğunun Epidemiyolojisi.....	20
4. Borderline Kişilik Bozukluğunun Etiyolojisi	21
a. Genetik.....	21
b. Nörofizyoloji.....	22
c. Çevresel etkiler	23
d. Psikanalitik yaklaşım	23
e. Bilişsel yaklaşım.....	26
f. Şema modeli yaklaşımı.....	27
g. Biyososyal yaklaşım	28
5. Klinik Görünüm ve Prognoz	29
6. Borderline Kişilik Bozukluğu Tanı Kriterleri	31
a. DSM-5	31
b. ICD-10	32
7. Eş Tanı ve Ayırıcı Tanı	33
8. Borderline Kişilik Bozukluğunda Psikoterapi	35
a. Diyalektik davranışçı terapi.....	35
b. Şema terapi	35
c. Mentalizasyon temelli terapi.....	37
d. Psikanalitik psikoterapi.....	37
V. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI.....	41
VI. MENTALİZASYON	47
VII.BORDERLINE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ, MENTALİZASYON VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	51
VIII. DÖVME ve BORDERLINE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ	53

IX. YÖNTEM.....	59
A. Araştırmanın Modeli.....	59
B. Örneklem	59
C. Veri Toplama Araçları.....	60
1. Sosyodemografik Veri Formu.....	60
2. Borderline Kişilik Ölçeği (BPQ)	60
3. Yansıtıcı İşlevsellik Ölçeği (YİÖ)	60
4. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇRTÖ)	61
5. Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT)	61
D. İstatistiksel Teknikler.....	61
X. BULGULAR.....	63
A. Sosyodemografik Bulgular	64
B. Korelasyon Analizi	65
C. Aracı Rol Analizi.....	76
D. Karşılaştırma Analizi	78
XI. TARTIŞMA	89
XII.SONUÇ.....	99
XIII. KAYNAKÇA	101
EKLER.....	125
ÖZGEÇMİŞ.....	149



KISALTMALAR LİSTESİ

BKB	: Borderline kişilik bozukluğu
BKÖ	: Borderline kişilik özellikleri
BPQ	: Borderline Kişilik Ölçeği
ÇÇRTÖ	: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği
ÇÇT	: Çocukluk çağı travması
GZOT	: Gözlerden Zihin Okuma Testi
KZV	: Kendine zarar verme
YİÖ	: Yansıtıcı İşlevsellik Ölçeği



ÇİZELGELER LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 1.	Gözlerden Zihin Okuma Becerisi, Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyi, Borderline Kişilik Özellikleri Düzeyi ve Mentalizasyon Becerisinin Betimsel İstatistikleri ve Basıklık, Çarpıklık, Cronbach Alpha Katsayılarının İncelenmesi	63
Çizelge 2.	Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	64
Çizelge 3.	Tüm Katılımcıların Yaş, Gözlerden Zihin Okuma Becerisi, Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyi, Borderline Kişilik Özellikleri Düzeyi ve Yansıtıcı İşlevsellik Düzeyinin Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	66
Çizelge 4.	Dövmesi Olan Katılımcıların Yaş, Dövme Sayısı, Gözlerden Zihin Okuma Becerisi, Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyi, Borderline Kişilik Özellikleri Düzeyi ve Yansıtıcı İşlevsellik Düzeyinin Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	72
Çizelge 5.	Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyi ile Borderline Kişilik Özellikleri Düzeyi Arasındaki İlişkide Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon Aracı Rolüne İlişkin Bulgular	76
Çizelge 6.	Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyi ile Borderline Kişilik Özellikleri Düzeyi Arasındaki İlişkide Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon Aracı Rolüne İlişkin Bulgular.....	77
Çizelge 7.	Dövme Varlığı ve Yokluğuna Göre, Gözlerden Zihin Becerisi, Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyi, Borderline Kişilik Özellikleri Düzeyi ve Mentalizasyon Becerisinin Karşılaştırılması.....	79
Çizelge 8.	Dövme Büyüklüğüne Göre, Gözlerden Zihin Okuma Becerisi, Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyi, Borderline Kişilik Özellikleri Düzeyi ve Mentalizasyon Becerisinin Karşılaştırılması.....	80

Çizelge 9.	Dövmelerin Yerine Göre, Gözlerden Zihin Okuma Becerisi, Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyi, Borderline Kişilik Özellikleri Düzeyi ve Mentalizasyon Becerisinin Karşılaştırılması	84
------------	---	----



ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1.	Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyi ile Borderline Kişilik Özellikleri Düzeyi Arasındaki İlişkide Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon Aracı Rolüne İlişkin Grafik	77
Şekil 2.	Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyi ile Borderline Kişilik Özellikleri Düzeyi Arasındaki İlişkide Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon Aracı Rolüne İlişkin Grafik	78



I. GİRİŞ

Dövmenin izini, insanlık tarihi boyunca çok eskilere kadar sürmek mümkündür. Arkeolojik kazılarda elde edilen bulgulara göre, avcı-toplayıcı dönemlere kadar uzanan dövmenin tarihi, insanların bedenlerine çeşitli semboller ve simgeler yaptırma davranışlarının köklerinin çok derinlerde olduğunu düşündürmektedir (Pitts-Taylor, 2008). Modern çağda dövmenin, estetik kaygılar ve moda uyum sağlamak amacıyla yaptırıldığı düşünülse de, dövme yaptırmanın bireyin geçmişinde yaşadığı travmatik olaylarla bağlantısı, borderline gibi belli kişilik özellikleriyle ilişkisi, psikoloji alanında yapılan pek çok çalışmaya konu olmuştur (Vizgaitis ve Lenzenweger, 2019; Brooks ve ark., 2003). Dövmenin vücutta bulunduğu yer, büyüklüğü, sayısı ve içerdiği semboller gibi pek çok unsur, yaptıran bireyin kişiliği ve geçmişi ile ilgili önemli ipuçları taşımaktadır.

Borderline kavramını DSM-5 bir kişilik bozukluğunu tanımlamak için kullanırken, psikanalitik literatür bir gelişimsel kişilik örgütlenmesi düzeyini tarif etmekte kullanmaktadır. Borderline kişilik örgütlenmesi olan bireylerde gerçeklik algısı sağlamdır ancak kimlik algısı dağınıktır ve başta bölme olmak üzere ilkel savunma mekanizmaları kullanılır (McWilliams, 1994). Borderline bireylerde duygulanımda yoğun dalgalanmalar, yüksek riskli davranışlar, intihar girişimleri, kendine zarar verme davranışları ve dürtüsellik görülebilmektedir. Bu özelliklerin dövme yaptırma davranışı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Richards ve ark., 2023; Solís-Bravo ve ark., 2019).

Çocukluk çağı ruhsal travması, fiziksel ya da duygusal kötü muamele, cinsel istismar ya da ihmalkar davranışların tüm formlarını kapsamaktadır (Terr, 2008). Çocuklukta yaşanan ihmal veya istismar genellikle çocuğa yakın bireylerden geldiği ve uzun zaman boyunca tekrarlandığı için, bireyin kişilik yapısında kalıcı etkiler yaratan bit travma çeşidi olarak kabul edilmektedir (Johnson, 2000). Çocukluk çağında yaşanan ruhsal travmaların borderline kişilik özellikleri (BKÖ) ile yakından ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar

bulunmaktadır (Porter ve ark., 2020; Ball ve Links, 2009). Çocukluklarında istismar ve ihmal rapor eden kişilerin Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) kriterlerini daha çok karşıladığı belirtilmektedir (Widom ve ark., 2009).

Mentalizasyon, bireyin kendisinin ve başka kişilerin zihin durumlarını ve olaylara verdikleri tepkileri anlayabilme ve bu durumları kendi açısından yeniden değerlendirme yetisi olarak tanımlanmaktadır. Bebeklikten itibaren başlayan örtük zihin okuma becerisi, çocukluk dönemi boyunca gelişmeye devam etmektedir. Dil becerilerinin kazanılması ve yürütücü işlevlerin gelişimi ile birlikte mentalizasyon becerisinin gelişimi yaklaşık 8 yaşa kadar devam etmektedir (O'Hare ve ark., 2009). Tüm bu süreç boyunca çocuğun yaşadığı ortam ve deneyimlediği olaylar mentalizasyon becerisinin gelişimi üzerinde etki bırakmaktadır. Çocuğun birincil bakım verenle arasındaki ilişkinin kalitesi mentalizasyon yeteneğinin gelişimi üzerinde belirleyicidir (Fonagy ve Target, 1997). Mentalizasyon becerisindeki zayıflama ile BKÖ arasında ilişki bulunmaktadır (New ve ark., 2012). Öz kontrol ve düzenleme kapasitesinin gelişimi anne-bebek ikilisinin duyarlı etkileşim kurabilmesi ile sağlanmaktadır. Esasen, zihinsel bozuklukların pek çoğunu, zihnin öz deneyimini yanlış yorumlaması şeklinde değerlendirmek mümkündür. Bu açıdan bakıldığında, pek çok zihinsel bozukluk aynı zamanda bir mentalizasyon bozukluğudur (Bateman ve Fonagy, 2010).

II. ARAŞTIRMA

A. Araştırmanın Problemi ve Hipotezleri

Bu araştırma şu sorulara odaklanmaktadır: BKÖ'nün, çocukluk çağı travmasının (ÇÇT) ve mentalizasyon becerisinin, dövme yaptırma ile arasında ilişki var mıdır? Ayrıca ÇÇT ile BKÖ'nün ve mentalizasyon becerisinin arasında bir ilişki var mıdır?

Çalışmanın hipotezleri şöyledir:

- **Dövmenin varlığı/yokluğu ile ilgili hipotezler**

H1: Dövmesi olan bireylerin BKÖ düzeyleri, dövmesi olmayan bireylere göre anlamlı şekilde daha yüksektir.

H2: Dövmesi olan bireylerin ÇÇT düzeyleri, dövmesi olmayan bireylere göre anlamlı şekilde daha yüksektir.

H3: Dövmesi olan bireylerin mentalizasyon becerisi düzeyleri, dövmesi olmayan bireylere göre anlamlı şekilde daha düşüktür.

H4: Dövmesi olan bireylerin gözlerden zihin okuma becerisi düzeyleri, dövmesi olmayan bireylere göre anlamlı şekilde daha düşüktür.

- **Dövmenin vücutta bulunduğu yer ile ilgili hipotezler**

H5: BKÖ düzeyi, dövmenin vücutta bulunduğu yere göre farklılaşır.

H6: ÇÇT düzeyi, dövmenin vücutta bulunduğu yere göre farklılaşır.

H7: Mentalizasyon becerisi düzeyi, dövmenin vücutta bulunduğu yere göre farklılaşır.

- **Dövme sayısı ve büyüklüğü ile ilgili hipotezler**

H8: BKÖ düzeyi ile dövme sayısı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H9: ÇÇT düzeyi ile dövme sayısı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H10: Mentalizasyon becerisi düzeyi ile dövme sayısı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H11: Vücuttaki dövmelelerin toplam büyüklüğü bakımından farklı grupların, BKÖ düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

H12: ÇÇT ile mentalizasyon becerisi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H13: Mentalizasyon becerisi ile BKÖ arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H14: ÇÇT ile BKÖ arasındaki ilişkide mentalizasyon becerisinin aracı rolü vardır.

B. Araştırmanın Önemi ve Amacı

Tezin amacı, dövme yaptırma ile BKÖ, ÇÇT ve mentalizasyon arasında ilişki olup olmadığını tespit etmektir. Ayrıca bu tez çalışmasıyla, dövmenin vücutta bulunduğu yerin ve dövmenin toplam büyüklüğünün, sayısının, BKÖ, ÇÇT ve mentalizasyon ile arasındaki ilişkinin belirlenmesi hedeflenmektedir.

Yurtdışında dövme konusunda yapılmış çok sayıda çalışma bulunurken, Türkiye’de borderline, çocukluk travması, mentalizasyon ve dövme arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamaktadır. Bu bakımdan dövmenin, borderline kişilik örüntüsü, ÇÇT ve mentalizasyon ile ilintisine dair fikir sahibi olabilmenin ve altta yatan faktörleri gün ışığına çıkarmanın, literatüre önemli bir katkı sunması beklenmektedir.

C. Sayıtlar

Araştırmanın katılımcılarının Borderline Kişilik Ölçeğine, Yansıtıcı İşlevsellik Ölçeğine, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğine, Gözlerden Zihin Okuma Ölçeğine ve Sosyodemografik Veri Formuna samimi ve doğru cevaplar verdikleri varsayılmıştır. Örneklem grubunun çalışma evrenini ideal şekilde temsil ettiği varsayılmıştır.

D. Sınırlılıklar

Araştırmaya katılanların yaklaşık üçte ikisini kadınlar, üçte birini erkekler oluşturmaktadır. Kadın ve erkek katılımcı sayıları arasındaki fark bu çalışmanın

sınırlılıklarından biridir. Katılımcıların %90'dan fazlası yükseköğretim ve lisansüstü eğitim düzeyindedir. Örneklemenin eğitim seviyesinin, toplumun ortalama eğitim seviyesinin üzerinde olması, çalışmanın sınırlılıklarından biridir. İlköğretim ve ortaöğretim seviyesinde çok az sayıda katılımcıya ulaşılmış olması, çalışma sonuçlarının bu gruplara genellenebilmesi önünde engel teşkil etmektedir. Veri toplama araçlarının öz bildirim ölçekleri olması ve verilerin büyük ölçüde online olarak toplanması çalışmanın kısıtlılıkları arasındadır. Araştırmaya 397 kişinin katılmış olması sebebiyle dövme üzerine yapılabilecek daha fazla alt gruplandırma için yeterli sayıya ulaşamamıştır. Klinik örneklem ile çalışılmamış olması bir kısıtlılıktır. Dövmenin farklı psikopatolojilerle de ilişkili olabileceği göz önüne alındığında bu çalışmada yalnızca BKÖ'ye odaklanması çalışmanın bir diğer sınırlılığını oluşturmaktadır. Araştırmanın katılımcılarının tamamına yakının, büyükşehirlerde yaşayanlardan oluşması, çalışmanın sonuçlarını genellemeyi kısıtlamaktadır. Bu çalışma özellikle güneydoğu coğrafyasında örnekleri görülmekte olan geleneksel dövme ile ilgili veri toplamamıştır.



III. DÖVME

Dövme insanlık tarihi boyunca, hemen her coğrafyada ve kültürde karşılaşılan, insanların kendilerini ifade etmek için kullandıkları güçlü ve benzersiz bir yol olmuştur. Dövmeyi, deri tarafından tamamen yok edilmesi mümkün olmayan bir boya maddesinin, özel bir yöntemle derinin alt kısmına kadar işlenmesi ile elde edilen kalıcı desen, işaret ya da yazı olarak tanımlamak mümkündür (Demirbaş ve Bulut, 2018). Daha kapsamlı bir başka tanıma göre, nazardan korunma, süslenme, tılsım, bereket, sağaltma gibi amaçlarla, çivit, is, anne sütü, öd gibi maddelerden elde edilen karışımın iğnelerle derinin altına nakşedilmesine dövme denir (Fırat, 2019). Dövme yaptırma, estetik kaygılar, farklı ve özel olma isteği, protest tutumlar, güç gösterme, haz ve cinsel amaçlı uygulamalar, din, kimlik, kültür, aidiyet ve sosyal statünün gösterilmesi gibi pek çok psikolojik etmenle ilintilidir.

A. Tarihten Bugüne Dövme

Tarihi olarak ele alındığında dövmenin izini çok eskilere kadar sürmek mümkündür. Japonya’da yapılan kazılarda elde edilen bulgular, dövme geleneğinin M.Ö. 10.000’lere kadar gittiğini düşündürmektedir (Pitts-Taylor, 2008). Avrupa’da dövme yapmakta kullanıldığı tahmin edilen kemik ve iğne gibi çeşitli malzemeler dövmenin geçmişini 10.000 yıl kadar geriye götürülebileceği ihtimalini tartışmaya açmıştır (Deter-Wolf, 2013). Romanya’da M.Ö. 4200-4500 yıllarına ait, tekli ve çoklu iğneler ve boya maddelerinin bulunması, o dönemde dövme ustalarının varlığına dair kanıt olarak değerlendirilmektedir (Zidarov, 2017). Avrupa kıtasında dövmeyle ilgili daha somut kanıtlar 5000 yıl kadar geriye gitmektedir. (Wohlrab ve ark., 2007). Yaklaşık 5300 yıl önce yaşadığı tespit edilen Buz Adamı Ötzi’nin bedeninde 57 adet dövme bulunmuştur (Fırat, 2019).

Günümüzden 4000 yıl önce dünyanın çok çeşitli coğrafyalarında dövmenin var olduğu bilinmektedir. M.Ö. 2000’li yıllara ait Mısır mumyalarında dövmelere

rastlanılmıştır (Hazar, 2006). İnka, Maya ve Aztekler’de dövme sıklıkla kullanılmıştır. Bu bölgelerde yaklaşık 2000 yıl öncesine ait, bedenlerinde dövmeler bulunan mumyalar tespit edilmiştir (Tezgeç, 2015). Güney Amerika, Mısır ve Japonya’nın da içinde bulunduğu pek çok bölgede yapılan kazılarda, dövmeli bedenlerin tasvir edildiği seramikler bulunmuştur. Karadeniz’in kuzeyinde bulunan insan bedenleri, M.Ö. 2400-2600 yılları arasında bu bölgede dövme kullanıldığını göstermektedir (Shishlina ve ark., 2010). Hun kurganlarından günümüze ulaşan bedenlerde dekoratif bir hassasiyetle yapılmış fantastik yaratıklar ve koç resimleri bulunmuştur (Hazar, 2006). Yazı öncesi dönemden bu yana, insanın kendisini sembolik olarak anlatabilmesinin bir yolu olan dövme, geleneksel anlamda, bir topluluğun yüzyıllar boyunca oluşturduğu, davranış, düşünce ve algı kalıplarını kuşaktan kuşağa aktarmasını sağlayan bir iletişim materyali görevi görmüştür.

İlkel dönemlerde insanlar, bedenlerine yaptıkları dövmelerin, bu simgeler aracılığıyla kendilerine bereket ve koruyuculuk sağladığını düşünmekteydiler. Bedenlerine yaptırdıkları bir geyik dövmesinin, bu hayvanı avlamalarında kolaylık sağladığını, yırtıcı bir hayvan dövmesinin kendilerini saldırılardan koruduğunu düşünmekteydiler (Fırat, 2019). Dolayısıyla dövmelerin, avcı-toplayıcı toplulukların günlük hayatlarında önemli bir fonksiyonu bulunmaktaydı.

Tarımın keşfiyle birlikte, inanç pratikleri değişmeye başlamıştır ve insanlar semboller yoluyla, doğrudan doğada gördükleri hayvan ve bitkileri etkilemeye çalışmaktan uzaklaşıp, bütün bunlar üzerinde kontrolü olan tanrıyı/tanrıları etkilemeye çalışmak üzere yeni sembollere başvurmaya başlamışlardır. Antik Mısır’da bulunan mumyalardaki dövmelerde, tarım toplumlarının inançlarına uygun olarak tanrı sembolleri bulunmaktaydı (Fırat, 2019).

Tek tanrılı dinlerin hemen hemen hepsi bir pagan geleneği olarak gördükleri dövmeyi yasaklamıştır. İslamiyet’in ilk dönemlerinde cahiliye dönemi uzantısı olarak görülen dövme Peygamber tarafından yasaklanmıştır (Yaran, 1994). O dönem Araplar ’da dövmenin özellikle bilek, el ve kol kısımlarına yapıldığını anlatan kaynaklar mevcuttur (Kamacı, 2012). Ancak yasaklanmasından sonra da, Müslüman dünyada bazı kesimler dövmeyi kullanmaya devam etmiştir (Eraydın, 2008). Arap kadınları arasında alt dudağa kırmızı dövme yapılması buna örnek olarak gösterilebilir (Fırat, 2019).

Modern dövmenin tarihi Batı dünyasında XVIII. yüzyıla kadar uzanmaktadır. Tattoo sözcüğü Batı dillerine Samoa, Tahiti ve Tonga dilinde çizmek anlamına gelen tatau sözcüğünden girmiştir (Öztürk, 2009). Çağlar boyunca Avrupa’da kaybolmaya yüz tutmuş olan dövme, sömürgecilik ve keşif amaçlı yapılan deniz seferleri sırasında Avrupalı denizciler tarafından anakaraya taşınmış ve popülerite kazanmaya başlamıştır. Bu dönemden önce dövme, Avrupa’da çok az bilinmekte ve nadiren kullanılmaktaydı (Blanchard, 1991). Köle olarak getirilen dövmeli bireylerin etkinliklerde sergilenmesi ve ilkel kültürün göz önüne serilmesiyle, dövme Batı’da ötekileştirilmiştir. Böylece dövme Avrupa kültürüne girişiyle birlikte, o dönemlerde, sömürülene, ilkel olana ait bir uygulama olarak negatif çağrışımlar uyandırmıştır (Fisher, 2002).

İkinci Dünya savaşı sırasında Auschwitz toplama kampında binlerce Yahudi’nin kollarına ve göğüslerine numaralarla dövme yapılmaktaydı. Başlangıçta bu kimlik numaraları mahkumların giysilerine dikiliyordu ancak giysilerin aşınması ve ölenlerin çıplak olması sebepleriyle kampa gelenlere kimlik numaraları dövme yapılmaya başlanmıştır. Bu dövmeler aracılığıyla insanlara kimlikleri kaybettiriliyordu ve sadece bir numaradan ibaret hale getirilmekteydiler (Şalom, 2014). Soykırımdan çok uzun zaman sonra bile bazı mağdurların çocuklarının ve torunlarının, yaşanan toplumsal travmanın anısını yaşatmak amacıyla bu numaraları kollarına dövme olarak yaptırdıkları bilinmektedir. Bu durum, üstesinden gilememiş bir travmanın kompulsif bir tekrarına, bir çeşit kuşaktan kuşağa aktarılan “eyleme vurma” davranışına benzemektedir (Klik, 2020).

Osmanlı İmparatorluğuna dövmenin Cezayirli denizciler tarafından getirildiği ve XVII. yüzyılda Yeniçeriler tarafından kullanılmaya başlandığı belirtilmektedir (Fırat, 2019). Her yeniçeri bölüğünün sahip olduğu nişan, bölüklerin kapılarında, bayraklarında ve çadırlarında bulunurdu. Mızrak, Tuğ, Çadır, Balta, Yay, Tüfek, Fil, Aslan, Kurt gibi sembollerden oluşan nişanlar Yeniçerilerin pek çoğu tarafından kollarına, baldırlarına veya göğüslerine dövme olarak yaptırılırdı. Bu dövmeler o Yeniçerinin bölüğüne ne kadar sıkı sıkıya bağlı olduğunun bir işareti olarak kabul edilmekteydi. Ayrıca mahalle tulumbacılarının ve tersanecilerinin de kollarında ve bacaklarında balık ve bayrak gibi mavi renkte dövmeler bulunurdu (Koçu, 1967). İstanbul’da Yeniçerilere özenen esnaf

kesiminde ve genç erkeklerde bu dövmeleeri yaptıırma o dönemde yaygın bir moda halini almıştı. Padişah 2. Mahmut Yeniçeri Ocağını kanlı bir savaş ile ortadan kaldırdığında vücutlarındaki Yeniçeri dövmesi sebebiyle Ocakla hiç ilişkisi olmayan pek çok genç idam edilmiştir (Fırat. 2019).

Bugün, Türkiye’de geleneksel anlamda dövme, Güneydoğu Anadolu bölgesinde görölmektedir. Artık giderek kaybolmaya yüz tutmuş bir gelenek olan dövme, Kürtçe ve Arapça konuşan bölgelerde ‘dek, dak’ ya da ‘vesm’ olarak, Türkçe konuşan bölgelerde ‘döğün’ ya da ‘dövün’ olarak adlandırılmaktadır (Fırat, 2019). Bedenin farklı bölgelerine yapılan farklı dövme motiflerinin, birbirinden son derece farklı amaçlarla yapıldığı dikkati çekmektedir. Bölgede dövmenin yaptırılma nedenleri arasında, nazardan korunma, erkekten ayrı görünme, çocukları ölümden koruma, moda olması, tedavi, uğur getirmesi, koca dayacağını engelleme, yeme yaparken elinin lezzetli olması, doğurganlığı sağlama ve süslenme öne çıkmaktadır (Fırat, 2019).

İsmel Bikar diye adlandırılan ve, yanak, çene ve buruna birer nokta biçiminde yapılan dövme, doğumdan önce anneye ve doğumdan sonra çocuğa yapılmaktadır, amacı çocuğun ölmesini önlemektir. Ayrıca bu dövme çocuğu olmayan kadınlara çocuğu olsun diye yapılmaktadır. Üçgen şeklinde avuç içine yapılan üç nokta motifi uğur getirmesi amacıyla yapılmaktadır. Ayrıca aynı motifi kadınların, kocalarından dayak yememek için yaptırdıkları, dayak sırasında bu dövmei gösterdiklerinde kocalarının dövmekten vazgeçtikleri bildirilmektedir. Aynı üç nokta dövmesinin baş ve göz ağrılarından kurtulmak için şakaklara, romatizmadan kurtulmak için ağrıyan bölgelere yaptırıldığı ifade edilmektedir. Bu örnekler Güneydoğu Anadolu Bölgesinde dövmenin arkaik çağlardan kalan büyüsel kökleri olduğunu düşündürmektedir (Fırat, 2019).

Bölgede eskiden ergenlik çağına gelmiş ve dövme yaptırmamış kızlara, ‘erkek yüzlü’ denildiği belirtilmektedir (Fırat, 2019). Buna benzer örnekler dünyanın farklı coğrafyalarında da görölmektedir. Japonya’nın kuzeyinde yaşayan Şaman kadınlarının 13 yaşlarında evlenmeye hazır olduklarını göstermek için üst dudaklarına dövme yaptırdıkları belirtilmektedir (Campbell, 2006). Mozambik’te yaşayan Makondeli kadın ve erkeklerin ergenlik dönemlerinde, evlilik öncesi yüzlerine dövme yaptırdıkları anlatılmaktadır (Dale, 2013).

Güneydoğu Anadolu bölgesinde yapılan geleneksel dövmenin bir diğer ilgi çekici özelliği ise, hangi motifin yapılacağına büyük çoğunlukla dövmeyi yapan kişinin karar veriyor olmasıdır. Dövmeyi yaptıran kişinin karar verdiği durumlar nadiren görülmektedir. Dövmeyi, Karaçi, Mıtrip, Koçer, Aşık gibi adlarla anılan göçebe gruplar yapmaktadır ve hemen hemen hepsinin kadın olması dikkat çekmektedir (Fırat, 2019).

Dövmenin yapımında, kız annesi sütü, is, çivit, barut, öd, hayvan sütü, zeytinyağı, yeşil ot ve kara üzüm suyu gibi maddeler kullanılmaktadır. Kız annesi sütünün, doğurganlık, sağaltım ve bereket getiriyor olduğuna inanılması sebebiyle kullanıldığı düşünülmektedir (Fırat, 2019). Ayrıca bu coğrafyada, hastalıkların tedavisinde anne sütü kullanımı, geleneksel halk hekimliği uygulamaları arasında dikkati çekmektedir (Konak ve Aktar, 2009).

Dövme, bazen bir kabilenin simgesi ya da tılsımı, bazen mahkumların damgası, bazen bir kölenin sahiplik belgesi, bazı zamanlarda yüksek sosyal statünün işareti, savaşçıların zaferlerinin göstergesi, kimi zaman bir alt kültürün kimlik simgesi, bazen de çapkınların bedenlerini daha çekici kılmak için kullandıkları süslemeler olmuştur (Çerikan ve Alanko, 2016). Bazı kabileler yetişkinlik çağına geçişte bir güç ve cesaret simgesi olarak dövmeyi kullanmıştır (Lemma, 2010). Bazıları ise, Dulong kabilesinde olduğu gibi tecavüze uğramaktan ya da köle yapılmaktan kurtulmak amacıyla kendilerini çirkinleştirmek için dövme yaptırmıştır (Yücel ve Çevik, 2015). Ayrıca bulunan bazı çok eski insan mumyaları dövmenin tedavi amaçlı kullanılmış olabileceğini düşündürmektedir. Antik Mısır döneminde, dövme tanrıların sembollerinden oluşan motifler içermekteydi ve genellikle kadın bedenlerine yapılmaktaydı (Tassie, 2003).

Beden kişilerin ötekilere sunduğu, kendi dışındaki dünyayla iletişim kurduğu birincil alanı oluşturmaktadır ve bu alanın asıl temas noktası deridir. Deriye yapılan dövme bulunduğu yere bağlı olarak kişinin hem özel ve samimi ilişkide olduğu kişilerle paylaştığı, hem de kamusal alanda duruma göre muhalif duruşunu sergilediği bir ifade aracı görevi görmektedir. Dövme kişinin hem dışarıyla, hem de kendisiyle kurduğu bir iletişim şeklidir.

B. Dövmeye Çeşitleri

Vücutta kalış süreleri bakımından dövmeler ikiye ayrılmaktadır:

- Geçici dövmeler
- Kalıcı dövmeler

Kişi yaptırdığı dövmeyi ömür boyu değil, sadece sınırlı bir süre için taşımak isterse, birkaç hafta sonra vücuttan doğal yollarla silinecek bir yöntemle geçici dövmeye yaptırabilmektedir. Geçici dövmeye yaptırmak, daha az zahmetli olması, acısız olması, kişinin dini inancına ters olmaması, sağlık açısından ciddi bir sorun yaratmaması gibi sebeplerle tercih edilebilmektedir. Geçici dövmeye, botanik adı *Lawsonia Inermis* olan kına bitkisi ile yapılmaktadır. Kına Sami dillerinde bitki anlamına gelmektedir (Akarsu, 2022). Kına deri üzerinde bekletildiği süreye bağlı olarak farklı renk oluşturur. Ne kadar uzun süre bekletilirse o kadar koyu bir renk elde edilir (Cartwright-Jones, 2009). Geleneksel olarak kına, limon suyu, baharatlar, saf bitki yağları, çay ve saf kına bitkisinin karışımından oluşmaktadır. Uygulandıktan sonra deride yarım gün kadar bekletilmelidir (Akarsu, 2022). Kınayla yapılan dövmeye Ortadoğu, Afrika ve Hindistan'da binlerce yıldır uygulanmaktadır. Vücuttan birkaç hafta içinde siliniyor olmasından dolayı, arkeolojik araştırmalarda geçici dövmenin izlerine rastlamak son derece zor olmaktadır. Saç ve tırnak gibi kalıntılarda tespit edilebilmektedir. Ayrıca kişi öldükten sonra veya ölümünden kısa süre önce yapılan geçici dövmeleri mumyalarda tespit etmek mümkün olmaktadır (Cartwright-Jones, 2009).

Kalıcı dövmeye, delici bir iğne ile derinin altına kalıcı boya maddelerinin işlenmesiyle yapılır. Tarih boyunca insanlar ilkel yöntemlerle, el becerisine dayanarak, herhangi bir makine kullanmadan dövmeye yapmışlardır. Hayvan kemikleri, taş, balık kılçıkları ya da kümes hayvanlarının tüyleri kullanılarak işlenilen dövmeye, kamış ve yapraklardan elde edilen boyalar, kül, kemik tozu, çivit, susam yağı, saga gibi boyar maddeler kullanılmıştır (Hazar, 2006). Teknolojinin ilerlemesiyle birlikte dövmeye yapımında makineler kullanılmaya başlanmıştır. Günümüzde halihazırda bu iş için üretilmemiş motorlarla ve iğnelerle dövmeye yapanlar bulunmaktadır. Hapishane dövmeleri buna en iyi örneği teşkil etmektedir. 1880 yılında Samuel O'Reilly ilk profesyonel dövmeye

makinesini icat etmiştir. Böylelikle, dövme yapımının yaygınlaşmasında ve uzmanlığının oluşmasında önemli bir atım atılmıştır (Serdaroğlu, 2010).

Kalıcı dövmeyi, kullanılan yöntemler ve yapılış sebebi bakımından 3'e ayırmak mümkündür (Akarsu, 2022). 1- Rekonstrüktif veya Paramedikal Dermagrafik: Doğum kusurları, kaza veya hastalık sonucu oluşan şekil bozukluklarını düzeltmek için yapılan uygulamalardır (Habnit, 2003). Bu bir medikal müdahaledir ve uzmanı tarafından tedavi amaçlı uygulanmalıdır. 2- Kozmetik Dövme: Kaş, göz çevresi, yanaklar, dudaklar gibi bölgelere uygulanmaktadır. Normal makyaja göre daha doğal görünmesi, tazeleme ve günlük olarak yenileme gerektirmemesi, basit bazı şekil bozukluklarını kapatabilmesi gibi avantajları bu uygulamayı öne çıkarmaktadır. (Pehlivan, 2006). Zamanı kısıtlı çalışanlar, seyrek kirpikleri olanlar, seyrek ya da açık renk kaşları olanlar ve makyaj malzemelerine alerjisi olanlar gibi kesimler tarafından tercih edilmektedir. 3-Dekoratif dövme: İnsanların en çok başvurduğu dövme yöntemidir. İlk 2 yöntemin haricinde sebeplerle dövme yaptıranları kapsamaktadır (Akarsu, 2022).

C. Derinin Yapısı ve Fonksiyonları

Deri, vücudun dış dünya ile doğrudan temas kurduğu organıdır. İnsan bedeninin en büyük organı olan deri erişkinlerde 2 metrekareye kadar bir alanı kaplayabilmektedir (Solomon, 2002). Ağırlığı yaklaşık 5 kg'a kadar çıkabilmektedir (Akarsu, 2022). Derinin fonksiyonlarını, beslenme, uyarı, boşaltım, koruma, ısı kontrolü, duyarlılık, nem kontrolü şeklinde sıralamak mümkündür (Nordmann, 2007). Deri, alt deri dokusu (hipodermis), dermis ve epidermis olarak üç katmandan oluşmaktadır. Epidermis derinin en üstteki katmanıdır. Deri için yüzeyde örtü görevi görür ve deri rengine ve nem sağlanmasına katkı verir (Baumann, 2003). Beyaz derililerde epidermis daha incedir. (Eaton ve Openshaw, 2000). Bu tabakada sinir uçları vardır ancak kan damarları bulunmaz. Dış kısımları sürtünme ile sürekli olarak aşınır ve dökülür, bunların yerine epidermisin en alt katmanından devamlı olarak üretilen hücreler yüzeye doğru itilerek yerleşirler. Epidermisin bir alt katmanında dermis bulunmaktadır. Kan damarları ve lenf bakımından çok zengin olan dermis, cildin en kalın katmanıdır. Epidermisin ihtiyaç duyduğu maddeleri temin eder, ısı

ayarlama görevinde bulunur ve vücudu darbelere karşı korur. Dermisin altında hipodermis tabakası bulunmaktadır (Canova, 2007). Çoğunlukla yağ dokusundan oluşmaktadır. Geniş sinirler ve kan damarları bulunur. Yağlı tabaka, organları darbelere karşı korur ve vücudun ısınıı muhafaza etmesine yardımcı olur (Akarsu, 2022).

Deride 3 değişik tipte sinir lifleri bulunmaktadır. Motor sinir lifleri erektor pili kasıyla bağlıdır, kişi korktuğunda ya da üşüdüğünde tüylerin diken diken olmasını sağlarlar. Salgı sinir lifleri, ter ve yağ bezlerini düzenler. Duyu sinir lifleri, ise beyin ile deri arasında iletişim kurulmasını sağlar ve ağrı, dokunma, ısı, basınç gibi hisleri beyne iletirler (Amato, 2004).

İnsan bedeninde bulunan ve zarar vermeden yaşayan mikroorganizma kolonisine normal vücut florası denmektedir. Bunlar vücudun doğal direnç sistemleri arasındadırlar ve genelde bakterilerden oluşurlar. Kalıcı ve değişken olmak üzere 2 çeşit flora vardır. Kalıcı flora bedenın belli bölgelerinde ve belli yaşlara göre genelde sabit olarak mevcuttur. Patojen mikro organizmaların bedenın belli kısımlarında haftalara kadar uzayabilen sürelerde bulunmasıyla değişken flora oluşur. Bunlar yüzeeye yakın yerlere kolonize olurlar ve ciltten uzaklaştırılabilirler. Öte yandan, cildin pH seviyesinin düşük olması (5.5), çevredeki pek çok bakterinin ciltte yaşamasını imkansız kılmaktadır. Ciltteki mikro organizmalar Stratum Corneum adı verilen tabakaya yayılmış haldedirler. Derinin sert şekilde yıkanması ve antiseptik kullanımı mikroorganizmaların tamamen uzaklaştırılmasını temin etmez (Akarsu, 2022). Deride bulunan mikroorganizmaların hemen hemen tümü, eğer cilt bütünlüğü zarar görürse vücutta hastalık oluşturabilirler (Bilici ve ark., 2008).

D. Dövmeye Bağlı Reaksiyonlar, Yan Etkiler ve Riskler

Dövme insan vücudunun en büyük organına yabancı bir maddenin kalıcı olarak yerleştirilmesiyle yapılan bir uygulamadır. Bu durum gerek kısa vadede, gerekse uzun vadede bir takım sağlık riskleri yaratabilmektedir. Dövmeye kullanılan pigmentler dermisin farklı seviyelerinde birikirler. Çoğunlukla üst ve orta dermisin damar etrafındaki bağ dokusunun çevresinde birikirler. Ayrıca papiller dermisin içinde de gruplar halinde görülürler. Yabancı bir maddenin cildin içine enjeksiyonu hem iltihap oluşmasına, hem de dokuda oluşan mekanik

hasar sebebiyle, belli ölçüde nekroza sebep olur. Bu durumun yarattığı başlangıç reaksiyonu 1-2 hafta kadar devam eder. Ardından deriye enjekte edilen maddeye karşı duyarlılık reaksiyonları gelişir (Akarsu, 2022). Nadiren de olsa dövmelemlerin üstünde nasırımsı dokular gelişebilmektedir. Daha çok kırmızı pigmentli bölgelerde görülen bu dokular keratoakantoma denilen bir klinik tabloyu andırmaktadır. Ağır metaller ciltte anormal pigment oluşumuna sebep olmaktadır. Civa ve bizmut da pigment artışına neden olabilmektedir. Bu metaller ciltte ter bezleri ve yağ bezlerinin bazal membranlarına yerleşme eğilimi göstermektedirler. Hemokromatosis ve iltihap sonrası pigmentlerin artması halinde ise dermiste aşırı ölçüde melanin pigmenti birikimi oluşmaktadır (Akarsu, 2022). Dövme yaptırmadan önce bireyler olası sağlık riskleri konusunda aydınlatılmalıdır.



IV. KİŞİLİK VE KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Kişilik üzerine literatürde yapılmış çok sayıda tanım bulunmaktadır. Bunlardan en kapsamlılarından biri kişiliği, bireyin şahsına özgü olan ve diğer bireylerden farklılaşmasını sağlayan niteliklerinin toplamı olarak ifade etmektedir. Bu nitelikler kişinin değişik durumlar ve zamanlarda ortaya koyduğu, dış dünyanın iç dünya ile etkileşimiyle meydana gelen görece kalıcı bilişsel, davranışsal ve duygusal örüntülerdir (Schultz ve Schultz, 2001). DSM-5'e göre kişilik bozukluğu ise esnek olmayan ve genele yayılmış şekilde, zaman içinde değişiklik göstermeyen, yoğun strese ve bozulmalara yol açan, kişinin yaşadığı kültürel normlardan önemli ölçüde sapma gösteren davranış ve içsel deneyimlerinin kalıcı örüntüleridir (APA, 2013). Faraji ve Tezcan (2022), kişiliğin sorunlu bir biçimde yapılanması neticesinde, bireyin hem iç dünyasında hem de çevresiyle çatışmalar yaşamasına sebep olan problemli ve sağlıksız hissetmesini, davranmasını, düşünmesini ve ilişki kurmasını kişilik bozukluğu olarak tanımlamaktadırlar. Köroğlu ve Bayraktar (2010) kişilik bozukluklarında ortaya çıkan bu kapsamlı niteliklerin egosintonik ve alloplastik olduğundan bahseder, yani benlikle uyumludur ve kişi kendisini değiştirmek yerine içinde bulunduğu ortamı değiştirme çabası gösterir. Kişilik özelliği ve örgütlenmesi ise yaygınlık ve yoğunluğunun daha düşük olması dolayısıyla bozukluk olarak kabul edilmemektedir (Faraji ve Güler, 2021).

A. Borderline Kişilik Bozukluğu

1. Tanımı

BKB, DSM-5'e göre, en temel özelliği kişilerarası ilişkilerde, duygulanımda ve kendilik algısında yaygın olarak görülen istikrarsızlık örüntüsü ve yoğun ölçüde dürtüsellik olan, çok çeşitli bağlamlarda ortaya çıkan, erken yetişkinlikte baş gösteren bir rahatsızlıktır. Gerçek ya da hayali bir terk edilmeyi önlemeye karşı çok yoğun çaba, yüksek riskli davranışlara eğilimli olma, tekrarlayan intihar girişimleri ya da tehditleri, kendine zarar verme (KZV)

davranışları, kronik boşluk hissi, yoğun öfke ve dürtü kontrol problemleri, strese bağlı olarak geçici paranoya ya da dissosiyatif semptomlar ile kendini gösteren bir bozukluktur (APA, 2013).

BKB son derece heterojen bir rahatsızlıktır. Bazı bireyler pek çok konuda yüksek düzeyde işlevsellik gösterebilirken, bazıları sosyal olarak izole olmuş, kaotik ilişkiler içinde yaşayan ya da kronik şekilde intihara meyilli olabilmektedir (Jørgensen ve ark., 2009). DSM-5 tanı kriterlerine bakıldığında 9 kriterden 5'inin karşılanması tanı konulması için yeterli olmaktadır ve bu 9 kriterden hiç biri zorunlu değildir. Bu durumda bir kişi BKB tanısını 126 farklı şekilde alabilmektedir.

BKB tanısının pek çok kriteri diğer kişilik bozukluklarında da görülebilmektedir. Faraji ve Tezcan (2022) BKB'nin çeşitli kişilik bozukluklarının temel yapısını oluşturduğunu belirtmektedirler. Yazarlar BKB tanısı alan hastaların yaklaşık üçte birinin paranoid kişilik bozukluğu kriterlerini karşıladığını, yaklaşık dörtte birinin antisosyal kişilik bozukluğu ve yaklaşık beşte birinin de histriyonik kişilik bozukluğu kriterlerini karşıladığını belirtmektedir.

Nesne ilişkileri bakımından ele alındığında borderline kişilik organizasyonunu Kernberg (1975), yapısal analiz olarak adlandırdığı yöntemle dört temel özellik üzerinden tanımlamıştır. Birincisi kullandıkları ilkel savunma mekanizmalarıdır. İkincisi benlik gücü zayıflığı, üçüncüsü düşünce süreçlerinin birincil sürece doğru kayması ve son olarak da içselleştirilmiş kendilik ve nesne imgelerinin bütünleştirilememiş olmasıdır. Kernberg bu bireylerde tipik semptomatik kümelenmeler olduğunu belirtmektedir. Kaygı, çoklu fobiler, bilinçte bozulmaların eşlik ettiği hafıza kayıpları, obsesif-kompulsif semptomlar, hipokondri, paranoid eğilimler bu kümelenmelere dahildir. Kernberg antisosyal kişiliklerin tamamının, narsisist kişiliklerin ve “mış gibi” kişiliklerin ise büyük çoğunluğunun borderline kişilik yapılanmasına dahil olduğunu vurgulamaktadır. Bu insanlarda kaygı tahammüllü eksikliği, itki denetimi eksikliği ve gelişmiş yüceltme kanallarının eksikliğine vurgu yapmaktadır. Borderline bireylerde yaratıcılık ve haz alma eksikliği söz konusudur. Kernberg'e göre bu yönlerin eksikliği ego zayıflığının önemli bir göstergesidir. McWilliams (1994), BKÖ'ye sahip bireylerin bölme, yansıtma özdeşim, idealizasyon -ve değersizleştirme- ve

inkar gibi ilkel ve kapsamlı savunmalar kullandıklarını ve kimlik bütünlükleri bakımından dağınık olduklarını belirtmektedir. Yazar bununla birlikte gerçeklik algılarında genele yayılan bir bozulma olmasa da, kendini gözlemleyen ego kapasitelerinin son derece sınırlı olduğunu ifade etmektedir. Örneğin yüzünde “ölüm” yazan bir dövmesi olan borderline bireyin bu dövmenin başkaları tarafından tuhaf bulunabileceği gerçeğini algılama kapasitesi yerindedir. Öte yandan, bu dövmenin kendisiyle ilgili anlattıklarını gözlemleyebilme becerisi son derece zayıftır.

Psikanalitik yaklaşım borderline kavramını, DSM-5’te bahsedilen BKB tanımlamasından bağımsız olarak farklı şekilde ele almaktadır. Psikanalitik yaklaşım kişilik örgütlenmelerinin gelişimsel bakımdan nevrotik, borderline ve psikotik olarak üçe ayrıldığını belirtmektedir (McWilliams, 1994). Bu ayrım yapılırken üç temel kıstasa bakılmaktadır. Gerçeklik algısı, kimlik bütünlüğü ve savunma mekanizmaları. Borderline örgütlenme, gerçeklik algısının sağlam olması sebebiyle psikotikten ayrılırken, ilkel savunma mekanizmaları kullanmaları sebebiyle psikotikle benzer olup, nevrotikten ayrılmaktadır. Ayrıca kimlik bütünlüğünün dağınık olması sebebiyle nevrotikten ayrılmaktadır. Kimlik dağınıklığını Erikson (1956), stabil ve bütünleşmiş bir kendilik algısının olmayışı ve kendilikle ilişkili tüm nesnelere dair tutarlı ve bütünleşmiş bir kavrayışın olmaması şeklinde açıklamaktadır.

2. Borderline Kişilik Bozukluğunun Tarihçesi

BKB’nin ilk fark edilmesi ve literatürde bundan söz edilmesi 1800’lü yıllara kadar gitmektedir. Modern "borderline" kavramının ilk öncüsü muhtemelen Hughes’ın (1884) yazılarında kendini göstermiştir. Hughes, bir çok kişinin hayatlarının önemli bir kısmını akıl hastalığının sınır bölgesinde - borderland- geçirdiğini ve bazen bir tarafta bazen de diğer tarafta bulunduklarını anlatmaktadır. Aynı dönemde, bazı gözlemciler delilik ile normallik arasında bir yerlerde bir “sınır bölge” içinde bulunan hastalar olduğunu anlatmaktaydılar (Rose, 1890, aktaran McWilliams, 1994). Stern (1938), kendisine o yıllarda giderek artan şekilde belli bir grup hastanın başvurduğundan, bu hastaların ne nevrotik alana, ne de psikotik alana dahil olduklarından bahsetmekte ve sahip oldukları bilgi birikimiyle bu “border line” hasta grubunu tedavi etmede yetersiz

kaldıklarından bahsetmektedir. XX. yüzyılın ortalarına gelindiğindeyse uzmanlar kişilik örgütlenmesi yelpazesini nevroz-psikoz ikilisinin açıklamakta yetersiz kaldığı görüşündeydiler. Terapiye gelen belli tipteki bir insan grubu karakter bozukluğu varmış gibi görünüyordu, ancak bu bozukluğun kendine özgü kaotik doğası ne psikoza ne de nevroza uyuyordu. Bu insanlar deli olamayacak kadar akli başında, öte yandan normal kabul edilemeyecek kadar da deliydiler (McWilliams, 1994).

Deutsch (1942), makalesinde aynı grup hastaları “-mış gibi kişilik” olarak tanımlamakta ve sunduğu vakalarda, bu kişilerin duygusal dalgalanmalarından, hakikilik hissi taşımadıklarından, disosiyatif semptomlarından ve kimlik dağınıklıklarından bahsetmektedir. Knight (1986), “borderline states” adlı makalesinde sınır durumlara atfen, o tarihe kadar borderline kavramının psikiyatride yaygın kabul görmediğinden bahsetmektedir. Yazar, borderline bireylerin gerçeklerle bağlantısını kaybetmedikleri için psikotik sayılamayacaklarını, öte yandan yaşadıkları uyumsuzlukların şiddeti itibarıyla, psikoza yakın olduklarını ifade etmektedir. Masterson (1976), uzun yıllar boyunca borderline bireylerle yapılan psikoterapi çabalarının hüsrana sonuçlanmış olmasının temel sebeplerinden birinin bu konuda henüz yeterli araştırma bulunmamasına bağlamıştır ve borderline bireyin psikoterapisi üzerine yazdığı eseriyle önemli katkıda bulunmuştur. Kişilik bozukluklarının 1980’de DSM-III’e girmesiyle birlikte BKB, tanı kitabında yerini almıştır (Hooley ve ark., 2021). Bunu takip eden yıllarda borderline kişilik yapısı üzerine yapılan araştırmalar önemli ölçüde ivme kazanmıştır (Faraji ve Tezcan, 2022).

3. Borderline Kişilik Bozukluğunun Epidemiyolojisi

BKB’nin yaygınlığına dair farklı örneklerle yapılan çok sayıda çalışma geniş bir yelpazede sonuçlar vermektedir (Meaney ve ark., 2016). Lenzenweger ve ark., (2007) tüm kişilik bozukluklarının tamamını % 9.1 olarak ve BKB yaygınlığını % 1.6 olarak tespit etmiştir. Grant ve ark., (2008) bir çalışmada boşanmış genç yetişkinlerde, düşük gelirli, düşük eğitilmiş kesimlerde görülme sıklığının daha yüksek olduğunu belirtirken, genel popülasyonda görülme sıklığını % 5.9 bulunmuştur ve, kadın ve erkeklerdeki görülme sıklığının benzer oranlarda olduğunu bildirmiştir. Öte yandan, DSM-5 BKB tanısı alanların %

75'inin kadın olduğunu belirtmektedir (APA, 2013). DSM-5, ortalama görülme sıklığının % 1.6 olarak tahmin edildiğini ancak oranın % 5.9'a kadar çıkabileceğini belirtmektedir. Hastane ortamlarında bu oranın % 6'ya çıktığı, ruh sağlığı kliniklerinde ayakta tedavi görenler arasında % 10 civarında, ve yatan hastalar arasında görülme sıklığının % 20'ye yakın olduğu belirtilmektedir (APA, 2013). Zanarini ve ark., (2011) yaptıkları çalışmada BKB görülme sıklığını % 3.2 olarak tespit etmişlerdir. Tomko ve ark., (2014), acil servise başvuran hastaların %10-15'lik kesimini borderline bireylerin oluşturduğunu ifade etmektedir. Torgersen (2014), genel popülasyondaki görülme sıklığını % 1.7 olarak verirken, Gunderson ve ark., (2018) psikiyatri kliniklerindeki hastalar arasında bu oranın ciddi şekilde yüksek çıktığını belirtmektedir. ten Have ve ark., (2016) Hollanda'da yaptıkları çalışmada 1-2 semptomun görülme sıklığını %25.2, 3-4 semptomun görülme sıklığını % 3.8, 5 ve daha fazla semptomun görülme sıklığını ise % 1.1 olarak tespit etmişlerdir. Üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada BKB görülme sıklığı % 9.7 bulunmuştur (Meaney ve ark., 2016). Comtois ve Carmel (2016) psikiyatri servislerinde ayakta tedavi gören hastalar arasında görülme sıklığının % 15.1 olduğunu belirtmektedirler. Zimmerman ve ark., (2017) bu oranı % 10.6 olarak tespit etmişlerdir. Ellison ve ark., (2018) görülme sıklığını ayakta tedavi gören hastalarda %12 olarak, yatan hastalarda % 22 olarak belirtmektedir.

1989 ile 2002 arasında yapılan 4 farklı çalışmada (Reich ve ark., 1989; Swartz ve ark., 1990; Torgersen ve ark., 2001; Samuels ve ark., 2002) genel popülasyonda görülme oranları % 0.5 ile 1.8 arasında iken, 2007 ile 2016 arasında yapılan 4 farklı çalışma (Lenzenweger ve ark., 2007; Trull ve ark., 2010; Zanarini ve ark., 2011; ten Have ve ark., 2016) bu oranları % 1.1 ile 3.2 arasında bulmuştur. Bu sonuçlar BKB'nin genel popülasyondaki görülme sıklığının son bir kaç on yılda artmakta olduğunu düşündürmektedir.

4. Borderline Kişilik Bozukluğunun Etiyolojisi

a. Genetik

Bireyin kişilik yapısı ve gelişimi üzerinde hem genetik faktörlerin, hem de çevresel faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir. İkizler üzerinde yapılan bir çalışma, DSM-5'te yer alan 10 kişilik bozukluğunun da genetik faktörlerden

etkilendiğini göstermektedir (Torgersen, 2000). Çalışmada borderline semptomların % 69'unun genetik, % 31'inin paylaşılmayan çevresel faktörlerle ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Araştırmacılar, BKB'nin görülme sıklığının tek yumurta ikizlerinde % 38, çift yumurta ikizlerinde % 11 olduğunu belirtmektedir ki bu oranlar güçlü genetik komponente işaret etmektedir. DSM-5'e göre, BKB olanların birinci derece akrabaları arasında, hastalığın görülme sıklığı genel popülasyona göre beş kat artmaktadır (APA, 2013).

b. Nörofizyoloji

Nörolojik aktivite incelendiğinde serotonerjik fonksiyon bozukluğunun BKB ile bağlantılı olduğu, düşük serotonerjik aktivitenin dürtüsellikle ilintili olduğu ortaya çıkmaktadır. Özellikle 5-HT1A reseptöründeki azalan duyarlılığın BKB'de , agresyonda ve intihar davranışında etkili olduğu düşünülmektedir (Hansenne ve ark., 2002; Kamali ve ark., 2002). Ayrıca dopamin fonksiyon bozukluğu durumunda da borderline bireylerde görülen duygusal, bilişsel ve davranışsal özelliklerin ortaya çıktığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (Skodol ve ark., 2002; Friedel, 2004). Joyce ve ark., (2006) BKB ile dopamine taşıyıcısı (DAT1) arasında anlamlı ilişki tespit etmişlerdir. DAT1, mezolimbik dopamin sistemindeki sinaptik boşluktan dopamin geri alımında rol oynamaktadır. Araştırmacılara göre, bu bölgede hiper dopaminerjik aktiviteye sebep olarak, borderline bireylerin psikotik özellikler göstermelerine yol açmaktadır. Bazı araştırmacılar, çift bağlanmasında ve agresif davranışların dışavurumunda etkili bir nörotransmitter olan vasopressinin, BKB ile ilişkili olduğunu savunmaktadır. Vasopressin miktarı yükseldikçe agresif davranışlar artmakta ve eş zamanlı olarak serotonin aktivitesi azalmaktadır (Teicher ve ark., 2002; Gurvits ve ark., 2000).

BKB ile ilişkili olduğu ifade edilen bir diğer faktör, monoamin nörotransmitterlerinin parçalanmasından sorumlu enzim olan monoamin oksidase (MAO)'dur. MAOA geninde meydana gelen bir mutasyonun saldırgan davranışlarla ve intihar riskiyle ilişkili olduğu belirtilmektedir (Brunner ve ark., 1993). Colinerjik ve adrenerjik sistem aktiviteleri arasında oluşabilecek bir dengesizlik uzun süreli strese maruz kalınmasına sebep olabilmektedir. Bu maruziyet merkezi sinir sisteminde acetylcholine eksilmesine ve sonuç olarak da kalp atış hızında artışa, kan basıncı yükselmesine, disforiye, depresyona,

anksiyeteye, irritabiliteye, agresyona ve saldırganlığa yol açmaktadır. Bunların tamamı BKB ile ilişkili özelliklerdir (Crowell ve ark., 2009).

Borderline bireylerde beynin her iki tarafında da spesifik bölgelerde grimmaddede belirgin azalma gözlenmiştir (Soloff ve ark., 2008). Tüm bunlar bir araya getirildiğinde, spesifik bir beyin devresinin işlev bozukluğu değil, pek çok alt sistemin en azından bir kaçının ya da tamamının işlev bozukluğunun BKB’de görülmesi söz konusudur (Gunderson ve ark., 2018).

Beyin kimyasında söz konusu olabilecek değişiklikler genetik faktörlerden kaynaklanabilirken, öte yandan doğum esnasında yaşanan bir beyin hasarı, kafa travması ya da beyinle ilgili yaşanan bir rahatsızlık gibi çevresel faktörlerden de kaynaklanabilmektedir (Faraji ve Tezcan, 2022).

c. Çevresel etkiler

Kronik stresin, HPA (hypothalamic-pituitary-adrenal axis) eksenitepkilerinde artışa sebep olduğunu, HPA eksenile noradrenerjik sistemin karşılıklı olarak etkileşime geçerek stres tepkimelerinde düzensizliğe neden olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Ayrıca HPA ekseninde meydana gelen hiperaktivitenin intihar davranışıyla ilişkili olduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur (Crowell ve ark., 2009).

Joyce ve ark., (2003) çocuklukta yaşanan tacizin, mizaç özellikleriyle bir araya geldiğinde borderline patolojiye yol açabildiğini belirtmektedirler. Öte yandan yapılan pek çok araştırma, borderline bireylerin çocukluklarında, şizofreni ya da bipolar bozukluk gibi bir hastalığa sahip bir ebeveyn tarafından yetiştirilme, cinsel taciz, fiziksel taciz, ihmal, kötü muamele ve erken ebeveyn kaybı gibi ortak hikayeler olduğuna dikkati çekmektedir (Lobbestael ve ark., 2005; Perrotta, 2020; APA, 2013). ÇÇT, borderline patolojinin ortaya çıkması için gerek şart olmasa da, en önemli çevresel risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Hengartner ve ark., 2013).

d. Psikanalitik yaklaşım

Psikanalitik yaklaşım borderline kişilik yapısını kullandıkları ilkel savunma mekanizmaları ve ego zayıflığı ile incelemektedir. Kernberg (1975) egonun güçlenebilmesi için erken dönemde iki görevi yerine getirebilmesine gerektiğine vurgu yapar. Bunlar: (1) kendilik imgelerinin nesne imgelerinden ayrıştırılması

ve (2) saldırgan ve libidinal dürtülerle bölünmüş nesnelerin ve kendilik imgelerinin bütünleştirilmesi. Bu iki görev psikotiklerde önemli ölçüde başarısızlıkla sonuçlanır, borderline vakalarda ise kısmen başarısız olmaktadır.

Bir borderline bireyin kullandığı en temel savunma mekanizması bölmedir. Kişinin kullandığı diğer tüm ilkel savunmaların altında bölme savunma mekanizması yatar. Kernberg (1975) bölmenin yoğun kullanıldığı patolojilerde, saldırgan enerjinin yansızlaştırılamaması dolayısıyla ego gelişimi için ihtiyaç duyulan temel kaynaktan mahrum kalındığını belirtmektedir. Bölme ego zayıflığının ana sebeplerinden biridir ve bastırma savunma mekanizmasından daha az güç gerektirdiği için zayıf bir ego bile rahatlıkla bölme savunmasını kullanabilir. Bu durumda ego zayıflığı bölme kullanımını pekiştirirken, kişi bölme kullandıkça egosu zayıflar. Böylece bir nevrotiğin ana savunma mekanizması olan bastırma ve bunun etrafında örgütlenen gelişmiş savunma mekanizmaları, bir borderline kişilik için fazlaca ağır geldiğinden, borderline birey bölme etrafında örgütlenen ilkel savunma mekanizmalarını kullanır (Kernberg, 1975).

Kişi bir kez nesneleri iyi ve kötü olarak böldüğünde, kendisini kötülerden koruyabilecek, kendi yansıttığı saldırganlıktan etkilenmeyecek tamamıyla iyi bir nesneye ihtiyaç duymaya başlar ve bölmenin bir sonucu olarak ilkel idealleştirme savunma mekanizması geliştirir. Kişi tamamıyla saldırgan ve kötü nesneleri kapsayacak ego gücüne sahip olmadığı için bu imgeleri dışsallaştırmak amacıyla yansıtma savunma mekanizmasını kullanır. Kişi tamamen iyi ve kötü olarak böldüğü bir nesneyle ilgili yaşadığı iki zıt duyguyu hatırlasa da bu çelişkiden entelektüel olarak kurtulabilmek için inkar savunma mekanizmasını kullanır. Kernberg (1975) bütünleştirilemeyen iyi ve kötü imgelerin, bütünleşmiş bir süperego oluşumunu negatif etkileyeceğini belirtmektedir. Tamamen iyi nesne imgeleri, sağlıklı şekilde oluşacak bir süperegonun gerçekçi taleplerine değil; mükemmeliyet, güç ve büyüklük ideallerine sebep olacaktır.

Klein (1957), bebeğin doğduğu andan itibaren bölme mekanizmasını kullanmaya başladığını belirtir. Anne memesini iyi meme-kötü meme olarak ikiye ayırmaktadır. Kendisini besleyen meme iyi memedir, karnı acıktığında geciken ve onu aç bırakan meme ise kötü memedir. Bebek bunu yaparken sadece memeyi değil kendisini de değişen ölçülerde bölmektedir ve böylece içindeki yıkıcı

itkilerin ve zulmedilme kaygısının seyrelmesini ve dağılmasını sağlamaktadır. Bu süreç doğumdan sonraki ilk aylara hakim olan paranoid-şizoid konumun bir yansımasıdır. Bebek, zihninde oluşturduğu bu iyi ve kötü içsel nesneler aracılığıyla çevresindeki dünyayı algılamakta ve dış dünya ile ilişkilerini bu içsel nesne temsilleri üzerinden kurmaktadır (Klein 1957).

Bu aşamada sevmeye yetisi bir yandan, sevilen ve nefret edilen nesneleri başarılı bir şekilde bölmeye yarar, diğer yandan bütünleştirici eğilimleri destekler (Klein, 1957). Bütünleşme için egonun çekirdeğinde güçlü bir iyi nesneye ihtiyaç duyulmaktadır. Bu iyi nesne başlangıçta bölme yoluyla kötüden ayrıştırılarak korunabildiği ölçüde güçlü olacaktır. Bu sebeple bebek, ileride bütünleştirebilmesi için başlangıçta bölmek zorundadır. Eğer bu sürece yıkıcı itkilerin türevi olan haset müdahale ederse iyi nesnenin kurulması, istenen ölçüde gerçekleşmez. Böylelikle, bütünleşmiş ve gelişmiş bir yetişkin kişiliğin temelleri eksik kalmış olur ve kişi ileride kötü ile iyi arasında ayırım yapması gerektiğinde zorluklarla karşılaşacaktır (Klein, 1957).

Psikanalitik yaklaşım, borderline kişilik örgütlenmesinin oluşumunda yaşamın ilk yıllarında bebeğin çevresiyle -özellikle- birincil bakım vereniyle kurduğu ilişkinin büyük rol oynadığını belirtmektedir. Mahler (1975), annenin bu dönemde çocuk için ulaşılabilir ve tutarlı olmasının, çocuğun bütün bir kendilik temsili oluşturabilmesi için son derece önemli olduğunu belirtmiştir. İlk altı ayda yaşanan normal otistik dönem ve normal ortak yaşamsal dönemin ardından ayrılma-bireyleşme dönemi başlar. Mahler bu dönemi yakından gözlemlemiş ve dört alt evreye bölmüştür. Birinci alt evre farklılaşma evresidir. İkinci alt evre alıştırma evresidir. Üçüncü alt evre yeniden yaklaşma evresidir. Dördüncü alt evre ise bireyliğin pekişmesi ve coşkusal nesne sürekliliğinin başlaması evresidir.

Borderline patolojinin tohumlarının atıldığı dönem Mahler'e göre yeniden yaklaşma alt evresidir. Alıştırma evresinde çocuk anneyi adeta yakıt ikmali yapabileceği bir merkez üssü gibi görür. Zaman zaman ona yönelir orada olduğundan emin olur fiziksel temas kurar ve yeniden çevreyi keşfe devam eder. Bu dönemde çocuk anneye son derece azalmış bir ilgi gösterir, buna karşılık dünyayı keşfe çok daha fazla yönelmiştir. Mahler (1975) bu durumu, "bize göre alıştırma aşamasındaki çocukların çoğu dünyaya aşiktir" ifadesiyle anlatır. Yeniden yaklaşma evresinde ise ilgi yeniden anneye döner. Bireyleşme son

hızıyla sürerken çocuk, anneden ayrı bir birey oluşunun giderek daha çok farkına varır ve bunun önüne geçmek için uğraşır. Bu aşamada annenin, çocuğunu serbest bırakabilmesi, yumuşak bir şekilde birey olmaya teşvik edebilmesi normal gelişimin önemli bir koşuludur. Bu dönemde anne kendi çocukluğundan gelen izlerle aşırı müdahaleci olursa, çocuğunun üzerine titrerse kimlik oluşumu, bireyleşme gibi işlevler darbe alabilir (Mahler, 1975).

Borderline örgütlenmenin belirleyicilerinden birinin kimlik dağınıklığı olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu dönemin önemi dikkat çekmektedir. Öte yandan coşkusal açıdan ne kadar az ulaşılabilirse çocuğun kur yapma davranışı da o derece ısrarcı ve umutsuzca devam eder. Bu çocuklar, bakım verenlerinin erişilebilir olduğundan asla emin olamadıkları için, zihinleri sürekli olarak bununla meşgul olur ve kendi fonksiyonel gelişimlerine yeterince libidinal kaynak ayıramazlar. Bu dönemde anneye ilişki ideal gelişmiyorsa, ayrılma kaygısı, anneyi gölge gibi takip etme ve anne tarafından kovalanmayı sağlamak adına sürekli hızla kaçmalar görülebilir.

Annesini kendisinden farklı bir birey olduğunu fark etmeye başlamasıyla birlikte tüm güçlülük duygusu önemli ölçüde zedelenir. Mahler (1957), çocuğun bu dönemde bölme savunma mekanizmasını kullandığını -bu savunma borderline kişilik örgütlenmesinin en temel savunmasıdır- kendisini bırakıp giden anneyi kötü anne olarak böldüğünü ve iyi anneyi böylece korumaya aldığını belirtmektedir. Yeniden yakınlaşma evresi çocuğun, hem nesne sürekliliğini sağlamaya başlaması gereken, hem de birleşmiş kendilik temsiliyle, birleşmiş nesne temsilleri arasındaki sınırları çizmesi gereken bir dönemdir. Bu görev ulaşılabilir ve tutarlı bir annenin varlığında mümkün olabilmektedir. Aksi durumda borderline patolojinin tohumları ekilmektedir. Kendilik ve nesne temsillerinin sağlıklı şekilde ayrıştırılması, iyi ve kötünün birleştirilmesi bireyin kendine ve dünyaya dair bilinmezlik ve değişkenliğe adapte olabilmelerini sağlamaktadır (Kaslow ve Magnavita, 2002).

e. Bilişsel yaklaşım

Bilişsel yaklaşım kişinin algısının olaylarla ilgili değerlendirmelerini etkilediğini ve, verdiği tepkileri ve hislerini şekillendirdiğini belirtmektedir. Çaresizlik, sevilmememe ve değersizlik olarak üç temel inanç söz konusudur (Beck,

1995). Çaresizlik temel inancında boşum, beceriksizim, kontrolsüzüm; sevilme temel inancında, istenmiyorum, önemsizim, kusurluyum; değersizlik temel inancında ise zarar vericiyim, cezalandırılmayı hak ediyorum gibi inançlar görülmektedir. Ayrıca kişiler karşılaştıkları olayları yorumlarken bilişsel çarpıtmalar yapmaktadırlar (Türkçapar, 2018). Keyfi çıkarsama, büyültme ve küçültme, iki uçlu düşünme (ya hep ya hiç), kişiselleştirme gibi bilişsel çarpıtmalar bunlar arasındadır. Borderline kişilik yapısında birey kendini zayıf, kusurlu görürken, gelecek hakkında kötülüklerin yaşanacağı beklentisi vardır ve dünyayı güvenilmez ve tehlikeli olarak algılamaktadır. Düşünceleri ya siyah ya da beyaz şeklinde yapılandıkça duygularında dalgalanmalar olmakta ve uyumsuz tepkiler üretmektedir (Beck ve Freeman, 1990).

f. Şema modeli yaklaşımı

Şema modeli BKB'yi incelerken kişinin bir yandan sıklıkla kullandığı şemalara, diğer yandan da normalde bulunması gereken ama kişinin hiç kullanmadığı şemalara dikkat çekmektedir. Şema modeli bireyin erken dönemde oluşan inanç ve düşünce kalıplarını yani şemalarını inceleyerek, bu şemaların kişinin yaşamında nasıl çalıştığını anlamaya odaklanmış bir yaklaşımdır.

Young ve ark., (2003) borderline patolojinin ortaya çıkmasını destekleyen 4 çevresel unsura -aile ortamına- dikkat çekmektedir: 1- güvensiz ve stabil olmayan, 2- ihmalkar, 3- sert şekilde cezalandırıcı ve reddedici, 4- aşırı kontrolcü aile ortamı. Kellogg ve Young (2006), borderline kümelenmede 5 temel moddan bahsetmektedir: 1- terkedilmiş ve taciz edilmiş çocuk modu, 2- kızgın ve dürtüsel çocuk modu, 3- ayrılmış koruyucu modu, 4- cezalandırıcı ebeveyn modu, 5- sağlıklı yetişkin modu. Çocukluk dönemlerinde aşağılanmış veya aşırı eleştiriye maruz kalmış bireylerde kendilerine dair olumsuz bir kimlik algısı ve özsaygı eksikliği görülebilir. Aşırı talepkâr bir ebeveyn mükemmeliyetçilik ve kontrol şemalarının gelişmesine sebep olabilir. Bu durum kişinin kendisine çok yüksek hedefler koymasına ve süreklilik kazanmış bir başarısızlık duygusu geliştirmesine sebep olabilir (Kellogg ve Young, 2006).

Çocukluklarında reddedilmiş, ihmal edilmiş bireyler yetişkin hayatlarında terk edilme korkusuna ve aşırı hassasiyete kapılabilirler. Çocukluk döneminde özerklik kazanmasına müsaade edilmeyerek, her yaptığına müdahale edilen

bireyler ilerde bağımlı, kendi başlarına olmakta zorlanan ve kimlik gelişiminde sorunlar yaşayan kişiler olurlar. Ayrılmış koruyucu modu geliştiren hasta, duygusal geri çekilme, bağ kuramama, izolasyon davranışı sergiler. İnsanlara ya da aktivitelere duygusal yatırım yapmaktan kaçınırlar ve kendilerini hissizleşmiş ve boş hissetmeye başlarlar. Şema modeli borderline bireylerde sağlıklı yetişkin modunun ya hiç bulunmadığını ya da çok zayıf bulunduğunu belirtmektedir (Young ve ark., 2017). Şema terapinin ana hedeflerinden biri borderline bireyde sağlıklı yetişkin modunu geliştirmektir. Bu mod başlangıçta terapistte vücut bulur ve zamanla borderline danışan, terapistiyle özdeşim kurma yoluyla bu modu içselleştirir (Kellogg ve Young, 2006).

g. Biyososyal yaklaşım

Borderline patolojinin etiyolojisini anlamaya çalışırken kullanılan bir diğer kuram biyososyal modeldir. Modele göre, BKB bir duygu düzenleme bozukluğudur ve biyolojik olarak kırılgan bireyle spesifik çevresel etkenlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır (Linehan, 1993). Modelin ana vurgusu, çocuğun duygusal kırılganlığı ile onun duygularını değersizleştiren, önemsizleştiren -invalidating- ebeveynlik tarzının güçlü etkileşimi üzerinedir (Gill ve Warburton, 2014).

Borderline birey yükselmiş bir duygusal hassasiyete, yoğun duygusal tepkileri düzenleme yetersizliğine sahiptir ve bu durumdan normale dönmeleri uzun zaman almaktadır. Değersizleştirici ebeveynin, çocuğun özel duygusal deneyimlerine karşı tolerans göstermemesi, çocuğa bu duyguların hoş görülemez duygular olduğunu ve bunlarla ebeveyn desteği görmeden kendi içinde baş etmesi gerektiğini öğretir. Öte yandan çocuk aşırı duygusal tepki verdiği zaman ilgi görüp sakinleştirilmektedir ve bu durum çocuğu ara ara aşırı tepkiler vermeye koşullamaktadır. Sonuç olarak çocuk duygusal tepkilerini adlandırmayı, düzenlemeyi ve tolere etmeyi öğrenemez. Bunun yerine duygularını ketleme ile aşırı duygusal tepkiler verme arasında gidip gelir (Crowell ve ark. 2009).

Kuram, biyolojik kırılganlığı yüksek olan -duygusal olarak hassas ve dürtüsellliği yüksek- çocukların, değersizleştirici aile ortamlarında büyümeleri halinde borderline patolojinin ortaya çıkma olasılığının yükseldiğini belirtmektedir. Bunun tersi olarak, çocuğun kırılgan olmasına rağmen,

kucaklayıcı bir aile ortamının bulunması, patolojinin ortaya çıkma olasılığını azaltmaktadır ya da aile ortamı değersizleştiriciyken çocuğun biyolojik kırılganlığı yok ise patolojinin çıkma ihtimali yine azalmaktadır (Linehan, 1993).

Biyososyal model borderline patolojiyle ilgili şu 5 çıkarımı yapmaktadır: 1. Dürtü kontrol sorunları borderline patolojinin gelişiminde erken aşamalarda ortaya çıkarlar. 2. Aşırı duygusal dalgalanmalar çocuğun mizacından kök alır ve bakım veren tarafından şekillendirilir, sürdürülür. 3. Biyolojik kırılganlıkla, çevresel risklerin birbirini besleyen etkileşimi, duygu düzenleme bozukluğuna, davranış kontrol sorunlarına ve sonuç olarak da negatif bilişsel ve sosyal çıktılarına yol açar. 4. Ergenlik döneminin ortalarından itibaren, borderline patolojinin ortaya çıkma olasılığının yükseldiğini gösteren, belirgin özellikler ve uyumsuz baş etme stratejilerinden oluşan bir dizi işaret bulunmaktadır. 5. Bu özellikler ve davranışlar, sosyal işlevselliği bozarak ve kişiler arası ilişkileri negatif etkileyerek borderline patolojinin ortaya çıkmasını beslemektedir. Ayrıca yapılan bazı araştırmalar ebeveynlerin duygusal olarak duyarsız olmasının çocuğun sosyal becerilerinin gelişmesini olumsuz etkilediğini, intihar riskini arttırdığını ortaya koymaktadır (Johnson ve ark., 2002). Çocukluğunda taciz hikayesi olan ergenlerde ve genç yetişkinlerde intihar davranışlarının 3 kat daha arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Dube ve ark., 2001).

Çocukluk çağı travmaları, KZV davranışlarının ortaya çıkmasında önemli risk faktörü olarak görünmektedir ve güvenli bağlanma örüntüsünün bulunmayışının bu davranışların devamını beslediği düşünülmektedir (van der Kolk ve ark., 1991). Bu bulgular net bir şekilde BKB ile ilişkilidir (Crowell ve ark., 2014). Erken dönemdeki kırılganlık, öğrenme geçmişiyle etkileşerek, kişiliğin düzensiz duygusal, davranışsal, kişilerarası ve bilişsel yönlerini şekillendirmek ve sürdürmek suretiyle, borderline kişiliği yaratır.

5. Klinik Görünüm ve Prognoz

Borderline bireyler kliniklere pek çok değişik durumda başvurabilmektedirler. Başka bir mental bozukluğun semptomlarıyla, madde kullanım problemleriyle, depresyonla, kaygı bozukluklarıyla, travma ilişkili bir bozuklukla, intihar girişimi sonrası ya da kendine zarar verici bir eylem sonrası kliniğe gelmiş olabilirler (Gunderson ve ark., 2018). Dört ya da daha fazla sayıda

dövme sahibi olan kadınların, dövmesi olmayan kadınlara göre 4 kat daha fazla intihar eğilimi gösterdikleri bilgisi klinik görünüm açısından önem arz etmektedir (Koch ve ark., 2015).

Bağımlılık BKB’de kişilerarası ilişkilere, yapışkan olma ve muhtaç olma gibi, daha çok uyumsuz formlarıyla yansımaktadır (Bornstein ve ark., 2010). BKB’de romantik bir ilişkinin sona ermesi ya da işten çıkarılma gibi bir sebep bir krize dönüşebilmektedir. BKB bulunanların yaklaşık yarısında madde bağımlılığı -en yaygın olarak alkol bağımlılığı- görülmektedir. Madde bağımlılığı olanların ise yaklaşık dörtte birinde BKB tespit edilmektedir (Trull ve ark., 2018). Dört ya da daha fazla sayıda dövmesi olanların, olmayanlara kıyasla, aşırı alkol tüketimi, uyuşturucu madde kullanımı, çok sayıda partnere sahip olma ihtimalleri istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir (Koch ve ark., 2015).

Borderline bireylerin değerlendirmeleri sırasında dürtüsellik, öfke, talepkâr davranışlar, ve duygusal yoğunluk gözlemlenebilir. Klinisyeni değersizleştirme ya da yüceltme eğilimleri dikkati çeker. Dürtüsellik gibi maladaptif kişilik özelliklerinin ve kendine zarar verici davranışların ne yaygınlıkta olduğu belirlenmelidir. Bu davranışların yoğunluğu hastalığın prognozu ile ilgili fikir verebilmektedir (Gunderson ve ark., 2018). Dürtüsellüğün kontrol edilememesi ayrıca, kişide madde kullanım bozukluğu geliştirme ihtimalini arttıran bir unsur olmaktadır (Trull ve ark., 2018). Dürtüsellüğün, dövme ile arasında bulunan pozitif korelasyon klinik gözlemciler için değerli bir ipucu sunmaktadır (Požgain ve ark., 2004).

Borderline bireyler tamamen işlevselliklerini kaybetmiş bireyler olarak görülmemelidir. BKB ile girişkenlik düzeyi arasında pozitif ilişki bulunmaktadır (Reed ve Zanarini, 2011). Yakın ve romantik ilişkilerde önemli zorluklar yaşasalar da, yüksek işlevsellik gösteren borderline bireylerin başka pek çok alanda girişken, iddialı ve başarılı olabildikleri görülmektedir. Kişilik bozukluklarının genel olarak kalıcı ve stabil olduğu düşünülse de, son dönemlerde yapılan uzun süreli takip çalışmaları pek çok borderline bireyin zaman içinde belirgin şekilde iyileşme gösterebildiğine işaret etmektedir (Zanarini ve ark., 2012; Gunderson ve ark., 2011). Birbiri ardı sıra gelen nüksetme ve düzelme periyodlarıyla birlikte ilerleyen ve yıllar içinde

semptomların hafiflediği bir trendin hakim olduğu ifade edilmektedir (Álvarez-Tomás ve ark., 2019).

Hastalığın ilerleyişi açısından bakıldığında, yüksek eğitilmiş olma, yüksek zekalı olma, bu rahatsızlık sebebiyle daha önceden hastane geçmişinin olmaması, işlevsel bir iş hayatına sahip olma, dışa dönük ve uyumlu kişilik yapısına sahip olma, borderline bireyin iyileşme olasılığını artıran unsurlar olarak öne çıkmaktadır (Esguevillas, 2018).

6. Borderline Kişilik Bozukluğu Tanı Kriterleri

a. DSM-5

Kişiler arası ilişkilerde, kendilik algısında ve duygulanımda, tutarsızlık ve belirgin dürtüsellikle giden, erken yetişkinlikte başlayan, değişik durumlarda kendini gösteren ve aşağıdaki dokuz kriterden en az beşinin görüldüğü yaygın örüntü (APA, 2013):

1. İmgesel veya gerçek bir terk edilmeden kaçınmak için çılgın şekilde çabalama (Not: beşinci tanı kriterine dahil olan davranışları dahil etmeyin)
2. Göklere çıkarma ile yerin dibine sokma arasında gidip gelen, gergin ve tutarsız kişilerarası ilişki yapısı
3. Kendilik duygusunda veya benlik algısında devamlı ve belirgin olarak görülen tutarsızlık
4. Potansiyel olarak kendisine zararı dokunacak en az iki alanda dürtüsellik (para harcama, madde kullanımı, seks, tehlikeli araba kullanımı, aşırı yeme gibi) (Not: beşinci tanı kriterine dahil olan davranışları dahil etmeyin)
5. Tekrar eden intihar davranışları, girişimleri, tehditleri veya öz kıyım davranışları
6. Duygudurumun verdiği belirgin bir tepki sonucunda ortaya çıkan duygulanımda tutarsızlık (çabuk sinirlenme, genellikle bir kaç saat, nadiren bir kaç günden fazla devam edebilen bunaltı, şiddetli dönemsel disfori gibi)

7. Kronik boşluk hissi
8. Uygun olmayan, şiddetli bir öfke veya öfkesini kontrol etmede güçlük yaşama (sıklıkla kızgınlık yaşama, kavgaya girme, devamlı öfkeli olma gibi)
9. Geçici, stresle bağlantılı kuşkucu düşünceler veya şiddetli disosiyatif semptomlar

b. ICD-10

ICD-10'da (Uluslararası Hastalık ve İlgili Sağlık Problemlerinin İstatistiksel Sınıflandırması), BKB, “duygusal olarak dengesiz kişilik bozukluğu” adıyla geçmektedir (WHO, 1992). Duygusal dengesizlikle birlikte, sonuçlarını düşünmeden dürtüsel olarak hareket etme konusunda belirgin eğilimin bulunduğu bir kişilik bozukluğu olarak tanımlanır. Geleceğe dönük plan yapma becerisi çok zayıftır, şiddete varan öfke patlamaları görülür. Dürtüsel davranışlar eleştirildiğinde ya da engellendiğinde kolayca davranışsal patlamalara dönüşebilir. İki alt tipi vardır:

Dürtüsel alt tip aşağıdaki kriterlerin en az üçünü karşılamalıdır:

1. Beklenmedik şekilde ve sonuçlarını düşünmeden hareket etmeye dair kuvvetli eğilim
2. Geçimsiz kavgacı davranışlara ve diğerleriyle çatışmaya dair kuvvetli eğilim, özellikle dürtüsel davranışlar eleştirildiğinde ya da engellendiğinde
3. Kontrol eksikliğiyle birlikte, öfke ya da şiddet patlamaları göstermeye yatkınlık
4. Hemen ödülünü alamayacağı davranışları devam ettirmede zorluk
5. Dengesiz ve kaprisli duygudurum

Borderline alt tip, dürtüsel alt tipin en az üç kriterini karşılamaya ek olarak aşağıdaki kriterlerin en az ikisini karşılamalıdır:

1. Kendilik imgesinde, amaçlarda ve (cinsel tercihleri de kapsayacak şekilde) içsel tercihlerde dağınıklık ve Belirsizlik
2. Duygusal krizlere yol açan, yoğun ve dengesiz ilişkilere olan yatkınlık
3. Terk edilmekten kaçınmak için çok yoğun çaba gösterme

4. KZV konusunda tekrar eden tehditlerde ya da eylemlerde bulunma
5. Kronik boşluk hissi

7. Eş Tanı ve Ayırıcı Tanı

Tüm kişilik bozukluklarında olduğu gibi BKB'nin da diğer kişilik bozukluklarıyla ortak noktaları bulunmaktadır. Bu bakımdan BKB diğer kişilik bozukluklarıyla karıştırılabilmektedir. DSM-5'e göre, eğer bir kişi aynı anda birden fazla kişilik bozukluğu kriterini karşılıyorsa hepsi için teşhis konulabilir (APA, 2013).

Hem histriyonik hem de borderline kişilik bozukluklarında dikkat çekme ihtiyacı, manipülatif davranışlar ve duygulanımda hızlı dalgalanmalar görülebilir, ancak KZV davranışı, yakın ilişkilerde öfke kaynaklı kopmalar, derin boşluk hissi ve yalnızlık duyguları BKB'de görülürken histriyonik kişilik bozukluğunda görülmez (APA, 2013). Borderline bireylerin % 10.3'ünde histriyonik kişilik bozukluğu görülmektedir (Grant ve ark., 2008).

DSM-5'e göre, paranoid düşünceler ve kuruntular hem şizotipal hem de BKB'de görülebilir. Ancak bu belirtiler BKB'de daha geçicidir, kişiler arası ilişkilere tepki şeklinde görülür ve daha çok dışsal durumlara cevap şeklindedir (APA, 2013). Borderline bireylerin %21.3'ünde paranoid kişilik bozukluğu görülmektedir (Grant ve ark., 2008).

BKB'de olduğu gibi, hem narsistik, hem de paranoid kişilik bozukluğunda küçük uyaranlara görece orantısız öfkeli tepki görülebilir. Ancak kendilik imajının daha istikrarlı olması, öz yıkıcılık, dürtüsellik ve terk edilme endişelerinin görece çok daha az olması sebebiyle bu iki bozukluk BKB'den ayrılırlar (APA, 2013). Narsistik kişilik bozukluğu ile BKB'nin bir arada görülme sıklığı % 39 olarak tespit edilmiştir (Bateman ve ark., 2016).

Antisosyal kişilik bozukluğunda manipülatif davranışlar, çıkar elde etmek, güç ve maddi menfaat kazanmak amacıyla yapılırken, BKB'de daha çok kendisiyle ilgilenenlerin dikkatini çekmeye yöneliktir. Hem antisosyal kişilik bozukluğu, hem de BKB olanların genel popülasyondaki görülme sıklığı % 0.3 olarak tespit edilmiştir (Bateman ve ark., 2016). Borderline bireylerin % 13.7'sinde antisosyal kişilik bozukluğu görülmektedir (Grant ve ark., 2008).

Bağımlı kişilik bozukluğunda terk edilme kaygısı çok şiddetlidir ve duruma artan bir yatıştırma ve boyun eğme ile tepki verilirken bir yandan da kaybedilen destek nesnesi yerine acilen yeni bir destek nesnesi yerleştirilmeye çalışılır. Ancak borderline birey terk edilmeye öfke, talepler ve duygusal boşluk hissiyle cevap verir. Ayrıca BKB dengesiz ve yoğun ilişki kalıbıyla bağımlı kişilik bozukluğundan ayrılmaktadır. Borderline bireylerin % 3.1'inde bağımlı kişilik bozukluğu görülmektedir (Grant ve ark., 2008).

Ergenlik çağında görülen kimlik problemleri de BKB belirtilerinden ayrı değerlendirilmelidir. DSM-5, BKB'nin çoğu zaman depresif bozukluklarla ve bipolar bozuklukla bir arada görülebildiğini ifade etmektedir. Eğer tanı kriterlerini karşılıyorsa hepsi için tanı konulması mümkündür. Ancak borderline patolojinin belli bir andaki görünümü, depresif bozuklukları veya bipolar bozukluğu taklit edebilir. Bu durumda davranış örüntüsünün erken başlangıcı ve uzun süreli devamı tespit edilmemişse ilave olarak BKB tanısı konulmasından kaçınılmalıdır (APA, 2013).

Depresif bozukluklarda da BKB'de olduğu gibi yalnızlık ve boşluk hissi, ve intihar riski görülebilmektedir, ancak borderline birey öz-yeterlilik duygusuna sahiptir. Borderline'da görülen ani öfke patlamaları depresyonda görece daha nadir bulunmaktadır (Perrotta, 2020). Majör depresif bozukluk ile BKB'nin bir arada görülme sıklığı % 41-83 aralığındadır (Bateman ve ark., 2016).

Borderline patolojiye eşlik eden majör depresif bozukluk olması durumunda hastaları, bipolar bozukluk hastalarından ayırmak güçleşmektedir. Borderline ve bipolar bozukluk %10 ila %20 vakada birlikte görülmektedirler. Öte yandan çoğu hastada sadece bunlardan biri görülmektedir (Zimmerman ve Morgan, 2013). Bipolar bozuklukta duygusal dalgalanmaların dönemleri, borderline patolojiye göre daha uzun sürer ve genellikle stresli yaşam olayları tarafından tetiklenmezler. Majör depresif bozuklukla birlikte BKB olan hastalarda, bipolar bozukluğu olan fakat BKB'nin eşlik etmediği hastalara göre daha yüksek oranda travma hikayesi, madde kullanım bozukluğu, somatoform bozukluklar görülmektedir (Zimmerman ve ark., 2013). Ayrıca borderline bireyler bipolar hastalara göre daha yüksek oranda sosyal işlev bozuklukları ve intihar girişimleri sergilemektedir. Bipolar bozukluğun genetik komponentinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Gunderson ve ark., 2018).

Borderline bireylerde, madde kullanım bozukluğu %72.9, duygu durum bozukluğu %75, kaygı bozukluğu %74.2, herhangi bir kişilik bozukluğu ise %73.9 oranında görülmektedir (Grant ve ark., 2008).

8. Borderline Kişilik Bozukluğunda Psikoterapi

a. Diyalektik davranışçı terapi

Borderline patolojinin psikoterapi ile tedavisinde pek çok farklı yaklaşım kullanılmaktadır. Kanıta dayalı tedavi yöntemleri arasında bulunan diyalektik davranışçı terapi (DDT) modeli, bir yandan borderline bireylerdeki beceri eksikliklerinin giderilmesine odaklanırken, diğer yandan motivasyon kazanılmasına vurgu yapar (Linehan, 1993). Bu bağlamda terapi üç bileşenden oluşmaktadır. Birinci mod içinde kişinin beceri gelişiminin sağlanabilmesi için psikososyal gruplar vardır. İkinci mod içinde motivasyonel konuları ve beceri gelişimini kapsayan bireysel psikoterapi vardır. Üçüncü mod içinde ise kazanılan becerilerin tedavi ortamı dışındaki bağlamlara genelleştirilmesinin içeren bireysel terapist ile iletişim halinde olmak vardır. Her tedavi modu biyososyal bir perspektife, diyalektik bir felsefeye dayanır ve moda özgü tedavi hedeflerinin hiyerarşik olarak sıralanmasından oluşur. Diyalektik kavramı bu terapi modelinde iki anlamda kullanılır. İkna edici diyalog ve ilişki anlamında ve gerçekliğin temel doğası anlamında. DDT, BKB'yi, mizaç bakımından kırılgan doğmuş bireyler ile çevresel faktörler arasındaki süreçlerin çıktısı olarak ele alır ve bu bağlamda müdahale planları oluşturur. Kişilerin farkındalığını artıran, duygu düzenleme becerileri kazanmasını sağlayan, sıkıntıya tahammül etme kapasitelerini yükselten ve kişiler arası ilişkilerini sürdürebilme becerisi kazandıran stratejiler geliştirir (Linehan, 1993).

b. Şema terapi

Şema terapi, borderline bireylerin tedavisi için kullanılan etkili bir psikoterapi yaklaşımı sunmaktadır. Borderline kişilik yapılanmasında sadece hastayı değil, hastanın çevresini de ve hatta terapisti de oldukça zorlayan dalgalanmalar görülmektedir. Bu hastaların neredeyse her Şema envanterinden en yüksek puanı aldığını gözlemleyen J. E. Young, kişilerin şemalar ve başa çıkma tarzlarından oluşan kümeler arasında sıçradığı sonucuna varmıştır (Young ve ark.,

2003). Borderline bireyin kişiliğini çeşitli modlar ya da değişik benlik durumları olarak ele almanın daha faydalı olacağına karar vermiştir.

Şema terapide iyileşmeyi ve değişimi sağlayan dört unsur bulunmaktadır: 1) sınırlı ebeveynlik, 2) duygu odaklı çalışma, 3) bilişsel yeniden yapılandırma ve eğitim, 4) davranışsal kalıpları kırma.

Bu dört unsur arasında sınırlı ebeveynlik öne çıkmaktadır. Buna göre, danışanın duygusal ihtiyaçları bakım vereni tarafından karşılanmamıştır ve terapist bir yandan profesyonel sınırları korumaya çalışırken aynı zamanda bu eksikliği kompanse etmeye çalışır. Terapi danışana işlev gören bir çocuktan, işlev gören bir yetişkine doğru büyümesini sağlayacak “güvenli, dengeli ve kabul eden” bir ortam sağlamaya çalışır (Kellogg ve Young, 2006). Bir ebeveyn gibi davranan terapist, durum uygun olduğunda kendini açar, kriz durumunda arayabilmesi için danışanına telefon numarasını verir, ekstra seans ve telefon seans süreleri sağlar. Ayrılma ya da terk edilme konusunda problem yaşayan hastalara terapistin kontrol telefonları etmesi ya da seanslar arasında rahatlamaları için geçiş nesneleri temin etmesi gibi teknikleri de kapsayan bir terapi yaklaşımı olan Şema terapi BKB tedavisinde etkin bir şekilde kullanılmaktadır (Young, 2000).

Duygu odaklı çalışma, imgelerle çalışmayı, mektup yazmayı ve diyalogları içermektedir. İmgelerle çalışırken danışandan gözlerini kapatmasını ve yaşadıkları zor bir anıyı gözlerinde canlandırmaları istenir. Terapist bu sırada sağlıklı yetişkin modunda müdahalelerde bulunarak zarar görmüş çocuğu destekleyerek korur. Böylece travmatik deneyimler tek tek ele alınarak ilerlenir. Boş sandalye ya da iki sandalye tekniği ile terapist ve danışan farklı modlar arasında geçişler yaparak diyaloglar kurarlar. Mektup yazma tekniğinde ise danışan kendisine zarar vermiş olan kişiye yazdıkları aracılığıyla duygularını ve ihtiyaçlarını anlatma imkanı yakalar (Kellogg ve Young, 2006).

Bilişsel yeniden yapılandırma ve eğitim aşamasında danışana, güvenli ve stabil bir ortama sahip olmanın, sevgi ve bakım almanın, kabul edilme ve onaylanmanın, uygun şekilde yönlendirilmenin ve korunmanın kişinin en doğal hakları olduğu öğretilir. Benzer şekilde danışana duygularını ifade etme hakkı olduğu öğretilir (Kellogg ve Young, 2006).

Davranışsal kalıpları kırma aşaması en son ve genellikle en uzun aşamadır. Bu aşamada danışanın terapide öğrendiklerini dışarıdaki hayatta nasıl uygulayacağı üzerinde durulur. Danışanın becerilerini geliştirebilmesi için, öz kontrol teknikleri, öfke kontrolü, girişkenlik gibi eğitimler, rol oynama tekniği gibi çeşitli davranışsal yöntemler kullanılarak öğretilir (Kellogg ve Young, 2006).

c. Mentalizasyon temelli terapi

Mentalizasyon becerisi insanın temel zihinsel becerilerinden biridir. Bu beceriyi geliştirmeye odaklanmış terapi yaklaşımına mentalizasyon temelli terapi denir. İnsanların hem kendi içsel zihinsel süreçlerini hem de karşılıklı olarak birbirlerinin öznel zihinsel durumlarını anlamlandırma yetisine mentalizasyon denir (Bateman ve Fonagy, 2010). Bu tanımın doğal bir gereği olarak pek çok zihinsel bozukluk mentalizasyon güçlükleri taşımaktadır. BKB’de da mentalizasyon kapasitesinde azalma gözlenmektedir ve bu durum duygu düzenleme sorunlarına ve kişiler arası ilişkilerde dürtü kontrol güçlüklerine sebep olmaktadır. Mentalizasyon temelli terapi, zihinselleştirme becerisinin gelişimini sağlamaya yönelik müdahaleleri içeren sınırlı süreli bir terapi yöntemidir. Terapinin odak noktası kişilerin duygusal deneyimlerini daha iyi anlayabilmelerini ve bu deneyimlerini etkili şekilde düzenleyebilmelerini temin etmektir (Bateman ve Fonagy, 2010).

BKB’de kişi kendini ve başkalarını zihinsel açıdan ayırt etme konusunda zorluk yaşamaktadır (Fonagy ve Luyten, 2009). Bu durum diğer kişilerin zihin durumlarının borderline bireye bulaşıcı hale gelmesine ve aşırı duyarlı olmalarına sebep olabilmektedir. Mentalizasyon temelli terapinin merkezindeki fikir borderline bireyin zihinselleştirme becerisindeki eksikliğin giderilmesi halinde semptomların zayıflayacağı şeklindedir. Yapılan çalışmalar, BKB semptomlarında ve eşlik eden bozuklukların şiddetinde önemli azalmalar elde edilebildiğini göstermektedir. Bu terapi yöntemi özellikle BKB gibi duygusal ve ilişkisel sorunlar yaşayan kişilerin yaşam kalitesini yükseltmek adına önemli bir araç olarak kullanılmaktadır (Vogt ve Norman, 2019).

d. Psikanalitik psikoterapi

BKB’nin psikoterapi yöntemiyle tedavisinde kullanılan bir diğer ekol psikanalitik psikoterapidir. 100 yıldan uzun geçmişi olan psikanaliz, zamanla

kendi içinde alt başlıklara ayrılmıştır. Farklı gelişim düzeylerinde danışanlara uygun olacak farklı stratejilerin uygulandığı, toplam seans sayısı ve sıklığı bakımından farklı ihtiyaçları olan danışanların taleplerini karşılayabilecek şekilde evrilmiştir.

Seans sayısının önceden belirlendiği ve genel olarak yirmi dört seanstan fazla olmayan, semptomlara odaklanan kısa süreli terapiler, ve terapi sürecinin doğal bir biçimde sonlanmasının planlandığı, kişilik yapısında köklü değişikliklerin hedeflenebildiği, açık uçlu uzun süreli terapiler olacak şekilde iki kategori bulunmaktadır (Gabbard, 2004). Hastanın kişilik örgütlenmesinin düzeyinin tespit edilmesi terapide kullanılacak tekniklerin uygunluğunun belirlenmesinde son derece önem taşımaktadır (Gabbard, 2004). Kişilik örgütlenmesi, psikotik olan bireylerde destekleyici yaklaşım, nevrotik olan bireylerde açıklayıcı (açığa çıkarıcı) yaklaşım kullanılırken, borderline bireylerde ise dışavurumcu psikoterapi tekniği uygulanmaktadır (McWilliams, 1994).

Destekleyici yaklaşım kullanırken terapist terapide neler yaşanacağı konusunda daha fazla belirleyici bir roledir. Psikotik yelpazedeki danışanlarla çalışırken terapist duygularını göstermede ve kendisiyle ilgili bilgiyi açma konusunda daha gönüllü olmalıdır. Açığa çıkarıcı yaklaşımda, danışanlarla çalışırken terapist duygularını ortaya koymaktan uzak durur. Nevrotik yelpazedeki danışanların gözlemleyen egosunun var olması sayesinde, terapist ve danışan, bilinçdışı savunmaları, aktarımı, çatışmaları ve fantezileri açığa çıkarmak için işbirliği içinde çalışabilmektedirler. Böylelikle, bir aktarımın ya da savunmanın yorumlanması nevrotik düzey bir danışan için üretken ve canlandırıcı olabilmektedir. Bu tip danışanlar haftada en az 3 seans yapılan ve yıllarca devam edebilen, divanın kullanıldığı psikanalize uygun kişilerdir (McWilliams, 1994).

Borderline bireylerle çalışırken dışavurumcu tekniğin önemli bir gerekliliği, terapötik çerçevenin belirlenmesi yani sınırların korunmasıdır. Terapi sırasında aktarımın eyleme koyulmasına mani olmak için ne kadar gerekirse o kadar önlemlerle, terapi şartlarının kesin olarak yapılandırılması gerekmektedir (Kernberg, 1975). Bir diğer gerekliliği hastanın bölme, idealleştirme/değersizleştirme ve inkar gibi ilkel savunmalarının yorumlanmasıdır. Bölme savunma mekanizmalarının yorumlanması ve son derece zayıf olan gözlemleyen egolarının güçlendirilmesi önem taşır. Dışavurumcu teknik borderline bireylerle çalışırken

yorum yapmanın önemine vurgu yaparken bu yorumların sakinlik zamanlarında yapılmasını önermektedir (McWilliams. 1994). Hastanın terapi sürecine karşı gösterdiği direnç terapinin odak noktalarından biridir (Gabbard, 2004).

Psikanalizin merkezi unsurlarından olan aktarım ve karşı aktarım süreçlerinin değerlendirilmesi borderline bireylerle çalışırken son derece önemlidir. Çocukluktaki önemli ilişkilerin bugünde tekrar üretilmesi ve sahnelenmesi olan aktarım, oyuncular, zaman ve mekan değişse bile rollerin ve temanın aynı kaldığı, içsel nesne ilişkilerinin yeniden deneyimlenmesidir. Bir başka deyişle kitap aynıdır ancak sanki bir başka dile çevrilmiştir (Keçe, 2018). Aktarım nasıl ki bilinçdışıysa, bunun karşılığında gelişen karşı aktarım da bilinçdışıdır. Terapist, borderline bireyin aktarımlarının kendisinde neleri tetiklediğinin farkına varmak suretiyle problemli nesne ilişkilerini tespit etmektedir. Derinleşen terapiyle birlikte yüzeye çıkmaya başlayan aktarım duygularına karşılık olarak, danışanın umduğu tepkiyle karşılaşmaması içsel çatışmaların çözülmesine imkan vermektedir (Aytekin, 2011).

Psikanalitik psikoterapi odada iki kişinin, iki öykünün ve iki geçmişin var olduğunu ve bunların karşılıklı etkileşim halinde olduklarını kabul etmektedir. Borderline bireylerin sıklıkla kullandıkları yansıtma özdeşim, bu iki kişilik ilişkide, aktarım-karşı aktarım sürecine dahil olabilmektedir. Bu durumda karşı aktarım, danışanın yansıtma özdeşim kullanarak hayata geçirdiği fantezisindeki nesne tasarımıyla, terapistin bilinçdışı özdeşim kurması şeklinde ortaya çıkabilir (Keçe, 2018). Terapist, yansıtma özdeşim gibi karmaşık ve zorlayıcı savunma mekanizmalarının kullanımını ve kendi duygulanım tepkilerinin kökenini dikkate alır. Kendi gibi davranmadığını hissetmeye başladığında, olağandışı şekilde sinirlilik, aşırı bağışlayıcılık ya da can sıkıntısı hissi belirlediğinde terapist kendisi ile hasta arasında yaşanmakta olanları daha fazla dikkatle incelemelidir. Böylelikle aktarım ve karşı aktarımın doğası daha iyi anlaşılmaktadır (Gabbard, 2004).

BKB'nin tedavisinde psikanalitik yaklaşım bireyin içsel çatışmalarını anlamasına, benlik gücünü sağlamlaştırmasına, problemli nesne ilişkilerinin farkına varmasına yardımcı olmaktadır.



V.ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI

ÇÇT ile BKB arasındaki ilişki son derece derin ve karmaşıktır. Travmatik deneyimler özellikle küçük yaşlarda, bireyin duygu düzenlemesi ve kişilik yapılanması üzerinde kalıcı etkilere neden olabilmektedir. Psikolojik travma, genellikle beklenmeyen bir zamanda, ani ve direnilemez bir ölçüde ortaya çıkan duygusal saldırıya karşı üretilen cevap şeklinde tanımlanmaktadır. Çocukluk çağı ruhsal travması, duygusal ya da fiziksel kötü muamele, cinsel istismar veya ihmalkar davranışların tüm formlarını, ya da çocuğun, hayatta kalmasına, sağlığına, gelişimine veya haysiyetine gerçek ya da olası zarar veren ticari veya diğer sömürü davranışlarını kapsamaktadır. Bu tür istismar ve ihmalkarlık, güç ilişkisi, sorumluluk ya da güven bağlamında ortaya çıkmaktadır (Terr, 2008).

Çocuklukta yaşanabilecek bu travmaların, farklı türleri bulunmaktadır. Fiziksel istismar, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, çocuğun hayatta kalması, sağlığı, gelişimi ya da onuru için zararlı sonuçları olan veya olma ihtimali yüksek fiziksel kuvvet kullanımının kasıtlı şekilde gerçekleştirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Butchart ve ark., 2006). Bu tanıma, dövme, tekme atma, vurma, sarsma, boğma, ısırma, yakma, zehirleme gibi davranışlar girmektedir. Duygusal istismar, çocuğa devamlı olarak değersiz, sevgiyi hak etmeyen, istenmeyen ya da sadece ötekinin ihtiyaçlarını karşıladığı ölçüde değerli olduğunu hissettirecek şekilde davranmak şeklinde tanımlanmaktadır. Reddedici davranma, aşağılama, izole etme, sömürme, temel uyarımları inkar etme, duygusal karşılık vermeme, tutarsız ebeveynlik yapma gibi şekillerde kendini gösterebilir (Brassard ve ark., 1993). Cinsel istismar, çocuğun genital bölgelerinin ellenmesi, sözlü olarak taciz edilmesi, yetişkinin genital bölgelerinin ellenmeye zorlanması, çocukla cinsel ilişki kurulması, teşhircilik, pornografik içeriklerin çocuğa izletilmesi veya pornografide çocuğun kullanılması, çocuktan altı yaş ya da daha büyük bir erişkin tarafından cinsel zevk almak niyetiyle yapılan eylemler şeklinde tarif edilmiştir (Cappelleri ve ark., 1993). İhmal, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, bir ebeveyn ya da aile üyesinin, çocuğun sağlık,

eğitim, duygusal gelişim, beslenme, barınma ve güvenli yaşam koşulları gibi konulardaki iyi oluşunu ve gelişimini sağlama konusundaki zamana yayılan veya tek bir olayda görülen yetersizliği şeklinde tarif edilmektedir (Butchart ve ark., 2006).

Çocukluk çağında maruz kalınan ihmalin, fiziksel ve duygusal istismar kadar zarar verici sonuçları olduğunu gösteren artan sayıda kanıt bulunmaktadır (Norman ve ark., 2012). Çocuklukta yaşanan istismar ve ihmal, çoğunlukla yakın kişilerden geliyor olması ve yetişkinliğe kadar devam eden etkilerinin olması sebebiyle, bireyin kişilik yapısı üzerinde önemli etkiler bırakan bir travma çeşidi olarak görülmektedir (Johnson, 2000). ÇÇT'nin madde kullanım bozukluğu ile bağlantısını araştıran bir meta analiz çalışması 6 ülkede 10 çalışmayı değerlendirmiştir. Madde kullanım bozukluğu bulunan bireylerin geçmişlerinde, % 38'inin duygusal istismara, % 31'inin cinsel istismara, %36'sının fiziksel istismara, %31'inin duygusal ihmale ve %32'sinin fiziksel ihmale maruz kaldığını tespit etmiştir (Zhang ve ark., 2020). Bir başka çalışmada ayakta tedavi gören duygudurum bozukluğu hastalarından oluşan bir grupta duygusal istismar %59, fiziksel ihmal ise % 54 olarak ölçülmüştür (Devi ve ark., 2019).

Çin'de yapılan bir çalışmada depresyon hastalarının % 55'i, bipolar bozukluk hastalarının % 61'i, şizofreni hastalarının % 47'si ve sağlıklı kontrol grubunun ise %20'si en az bir türde çocuklu çağı travması yaşadıklarını rapor etmişlerdir (Xie ve ark., 2018). Psikiyatri kliniklerinde ayakta tedavi gören bir hasta grubuyla yapılan çalışmada, hastaların % 75'inden fazlası bir çocukluk travmasına maruz kaldığını belirtmiştir (Duhig ve ark., 2015). Aynı çalışmada duygusal, fiziksel ve cinsel istismar sırasıyla % 54, %23 ve % 28 olarak ölçülmüştür. Hastaların %49'u duygusal olarak, %42'si ise fiziksel olarak ihmale uğradıklarını bildirmişlerdir. ÇÇT ile ilgili Türkiye'de yapılan çalışmalarda, duygusal istismarın % 78 ile en sık görülen istismar türü olduğu, bunun ardından ise sırasıyla fiziksel istismarın ve cinsel istismarın geldiğine işaret edilmektedir (Bahar ve ark., 2009). Bir başka çalışmada duygusal istismar oranı % 33, fiziksel istismar oranı % 23, cinsel istismar oranı %16, aile içi cinsel istismar oranı %11, duygusal ve fiziksel ihmal oranı % 28 olarak tespit edilmiştir (Saçarçelik, 2009).

Çocukluk çağı travmaları kişinin duygusal ve zihinsel gelişimini derinden etkileyerek pek çok psikopatolojiye yol açmaktadır. Çocuklukta yaşanan -

özellikle- duygusal istismar sıklığının BKÖ'nün şiddeti ile benzersiz şekilde ilişkili olduğu belirtilmektedir (Kuo ve ark., 2015). Duygusal istismar ile borderline özellikler arasında doğrudan bir ilişki olmasa da duygu düzenleme zorlukları aracılığıyla bir ilişki bulunduğu görülmektedir. Borderline patolojinin önlenmesi amacıyla duygu düzenleme stratejilerinin sağlamlaştırılması üzerinde çalışılması fayda sağlayabilir gibi görünmektedir (Kuo ve ark., 2015). İstismar ve ihmal gibi deneyimler çocukların gelişim dönemlerindeki algı ve bağlantıları bozarak yetişkin yaşamlarında da benzer deneyimleri yaşayabilecekleri ilişki ve ortamlara yönelmelerine sebep olmaktadır (Herman, 2007).

ÇÇT ve BKB arasındaki ilişki üzerine yapılan bir derleme çalışma, elde edilen bulguların nedenselliğe işaret ettiğini, bu ilişkinin çok faktörlü bir etiyolojik model içinde değerlendirilmesinin uygun görüldüğünü belirtmektedir (Ball ve Links, 2009). 97 çalışmanın incelendiği bir meta analiz çalışmasında bulgular çocukluk çağında yaşanan zorlukların borderline patolojiyle yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu ilişki özellikle duygusal taciz ve ihmalde daha yüksek çıkmaktadır. Aynı çalışma borderline bireylerin diğer psikiyatrik hasta gruplarına görece daha yüksek oranlarda çocukluk çağı problemleri rapor ettiklerini belirtmektedir (Porter ve ark., 2020).

Çocukluk dönemlerinde fiziksel istismar, cinsel istismar ve ihmal hikayesi olan kişilerin yetişkinlik dönemlerinde BKB kriterlerini daha çok karşıladığı belirtilmektedir (Widom ve ark., 2009). Ebeveynin madde bağımlısı olması, tam zamanlı çalışmıyor olması, lise mezunu olmaması, travma sonrası stres bozukluğu tanısı olması, majör depresif bozukluk teşhisi olması gibi faktörlerin BKB'yi yordadığı, BKB ile ÇÇT arasındaki ilişkide aracı rolü oynadığı tespit edilmiştir. Çocukluk çağı travma hikayesi olan yetişkinlerde BKB, öne çıkan sorunlardan biri olarak görülmektedir.

Yapılan bir araştırma ÇÇT'nin, romantik ilişkilerde istismara maruz kalmayla ilişkili olduğunu ve, BKÖ'nün ve ayrılma anksiyetesinin bu ilişki üzerinde kısmi aracılık rolü bulunduğunu göstermektedir. Bireylerin sergiledikleri BKÖ'nün ve ayrılığa karşı gösterdikleri düşük toleransın romantik ilişkide istismar edilmelerine yol açtığı ve bu durumun çocukluklarında

yaşadıkları ihmal ve istismardan kaynaklandığı ifade edilmektedir (Faraji ve Demir, 2023).

Travma sonrası ortaya çıkan doğal tepkilerden biri de öfkedir. Çocuklukta yaşanan ruhsal travmaların ileriki yaşamda kişinin sergilediği öfkenin biçimini ve yansıtma şeklini etkilediği belirtilmektedir. İntihar girişimi ve KZV davranışlarının, ruhsal travmaya verilen bir tepki olan öfkenin içe atılması dolayısıyla, öfkenin kişinin kendisine yönelmesi neticesinde ortaya çıkabileceği vurgulanmaktadır (Bal ve ark., 2018). Dövmenin, örtülü bir KZV davranışı olabileceği göz önüne alındığında, çocukluk çağı travmasının bireyde kendine yönelmiş öfkeye sebep olması, öfkenin KZV dürtüsünü doğurması ve bu dürtünün dövme yaptırılarak -toplum tarafından daha kabul edilebilir şekilde- doyurulmasının söz konusu olabileceği göz ardı edilmemelidir.

Çocukluk çağında yaşanan travmaların önemli bir kısmı zamana yayılan ve kendinin tekrarlayan olaylardan meydana gelmektedir. Küçük bir çocuğun bu olaylara karşı kendini koruyabilmesi, mücadele edebilmesi mümkün değildir. Tekrarlanan travmatik deneyimlere tepki olarak çocuk disosiyasyon geliştirebilmektedir. Disosiyasyon sırasında gerçeklikten koparak çok az fiziksel ya da duygusal acı hissetmektedir. Bu sırada beyin sakinleştirici ve acıyı dindirici opioid salgılamaktadır (Perry ve Szalavitz, 2024). Kendini kesme gibi eylemlerle kasıtlı olarak başlatılan acı kişinin disosiye olmasına yardımcı olabilmektedir (Fishbain ve ark., 2001). Böylelikle birey karşılaştığı çok yoğun stres verici bir durumla KZV davranışı göstererek baş etmeye çalışmaktadır. Perry ve Szalavitz (2024) KZV davranışı ve disosiyasyon semptomları olan bireylerin psikoterapi ile iyileşme yoluna girdiklerinde kendini kesme davranışını terk edip, kendine zarar verme yerine dövme yaptırmaya yönelebildiklerini belirtmektedir. Bu durum dövme yaptıрма davranışını sadece bir patolojiyle ilişkili olarak görmenin daha ötesinde, bir iyileşme çabası olarak da değerlendirmek gereken durumların varlığına işaret etmektedir.

Çocukluk çağında travma geçmişi olan bireylerde görülen bir başka davranış ise kişinin kendini ifade etmekten kaçınması, diğer bir deyişle kendini susturmasıdır. Özellikle duygusal ihmale maruz kalmış bireylerin kendilerini susturma eğiliminde oldukları bildirilmektedir (Faraji ve Durak, 2023). Kendini

ifade etme konusunda sorun yařayan bireylerin, bedenlerine nakřettikleri simge ve sembollerle bu ihtiyaçlarını karřılamakta oldukları dűřűnűlebilir.





VI. MENTALİZASYON

Mentalizasyon kavramı, ilk olarak Paris Psikosomatik Okulu'ndan ortaya çıkmıştır ve bir ölçüde zihin kuramını araştıran gelişimsel araştırmacılar tarafından işlevsel hale getirilmiştir (Leslie, 1987). Ardından Fonagy tarafından 1989 yılında daha geniş bir anlamda kullanılmıştır ve o zamandan beri pek çok zihinsel rahatsızlığın anlaşılması amacıyla geliştirilmiştir (Bateman ve Fonagy, 2010). Zihin Kuramı (Theory of Mind) kavramı, diğer adıyla mentalizasyon, kişinin kendisinin ve öteki bireylerin zihinsel durumlarını ve olaylara verdikleri tepkileri anlaması sayesinde, bu durumları kendi açısından yeniden değerlendirme yetisi olarak açıklanmaktadır (Langdon ve Colheart, 1999). Aslında pek çok zihinsel bozukluğu, zihnin öz deneyimini hatalı yorumlaması olarak değerlendirmek mümkündür. Bu açıdan pek çok bozukluk aynı zamanda bir mentalizasyon bozukluğudur. Temel sorun, mentalizasyon bozukluğunun ilgili hastalığın merkezi bir unsuru olup olmadığının anlaşılmasıdır (Bateman ve Fonagy, 2010).

Önceleri, mentalizasyon becerisinin çocuklarda 3-5 yaş arası bir dönemde ortaya çıktığı düşünülürken, 1990'ların sonlarından itibaren yapılan çalışmalar bebeklerin, çok daha erken dönemlerde örtük zihin okuma becerisine sahip olduklarını göstermiştir. Açıkça ifade edemeseler de yardım etmeye çalışarak, işaret ederek ya da -daha erken dönemlerde- gözleriyle belli bir noktaya odaklanarak, diğer insanların kendilerine özgü zihin yapısına sahip olduklarını anlayabildiklerini gösteren deneyler bulunmaktadır (Slaughter, 2015). 2-3 yaş civarında, bilişsel becerilerinin gelişimiyle beraber çocuklar, diğer insanların zihin durumlarını doğru şekilde çıkarabilme, duygularını, niyetlerini, isteklerini ve inançlarını göz önünde bulundurarak diğer kişilerin olası davranışlarını tahmin etme yetisi kazanırlar. 4-5 yaş civarında dil becerilerinin ve yürütücü işlevlerin gelişimi ile birlikte Sally-Anne testi gibi daha karmaşık testleri başarıyla geçebilir hale gelmektedirler. Mentalizasyon becerisi yavaş yavaş gelişen bir beceridir.

Örneğin, blöf, ironi ve alayın anlaşılması genelde 8 yaş civarında görülmektedir (O'Hare ve ark., 2009).

Hem bilişsel hem de duygusal zihin durumlarıyla ilgili olarak mentalizasyon becerisini ölçmek amacıyla bir dizi test geliştirilmiştir. Bu testler mentalizasyon gelişiminin yanı sıra bozukluklarını da daha iyi anlayabilmek için kullanılmıştır. Araştırılan bozukluklar arasında BKB de bulunmaktadır (Petersen ve ark., 2016). BKB'yi çalışmak için kullanılan testlerden biri Gözlerden Zihin Okuma Testidir. Testte diğer bilişsel testlerden farklı olarak, katılımcıların gördükleri resimlere atfettikleri zihinsel durum hakkında bir davranış akıl yürütmesi yapmaları istenmemektedir. Yapılan bazı çalışmalar, doğru cevaplar bakımından borderline bireyler ile sağlıklı kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmadığını göstermektedir (Preißler ve ark., 2010; Schilling ve ark., 2012). Diğer yandan, bir başka çalışma borderline birey grubunun sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha doğru cevaplar verdiğini göstermiştir. Bu sebeple Gözlerden Zihin Okuma Testinin BKB'de mentalizasyon becerisini ölçmek için kullanımında daha fazla çalışma yapılmasına ve veri toplanmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Zihin kuramının gelişimi olumlu sosyal davranışla ve ikna becerileriyle pozitif korelasyon halindedir. İnsan doğasının bir parçası olması sebebiyle mentalizasyon gelişimsel olarak belli bir patikayı izlemektedir ve genetik bir komponenti vardır. Öte yandan çocuğun yetiştiği çevrenin de bu beceri üzerinde önemli bir etkisi olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Hughes ve ark., 2005). Zihin kuramı gelişimi için vazgeçilmez öneme sahip çevresel faktörlerden biri çocuğun düzenli olarak dil ve zihinsel durumlar hakkında konuşmaya maruz bırakılmasıdır (Dunn ve Brophy, 2005). En az bir kardeşi olan ilkökul çağı öncesi çocukların zihin okuma becerilerinin, ailenin tek çocuğu olanlara göre daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar, çevresel uyaranların ne derece önemli olduğunu göstermektedir (McAlister ve Peterson, 2006). Gözlemsel ve deneysel araştırmalar, bakım verenlerin ne hissettiklerini, ne düşündüklerini ve ne istediklerini daha sık dile getirip açıkladıklarında, çocukların zihin kuramı yeteneklerinin daha iyi geliştiğini göstermektedir (Slaughter, 2015).

Normal ve sağlıklı bir kendilik hissinin gelişebilmesi için, bebek gönderdiği duygusal sinyallerinin, bakım vereni tarafından doğru ve net şekilde

aynalanmasına ihtiyaç duymaktadır. Bu aynalama, kabul ve onay vermenin çok daha ötesinde bir fonksiyon taşımaktadır. Bebeğin kurduğu ilişkiden keyif almasına ve kendilik algısını kurmasına yardımcı olmaktadır (Ryan, 2005). Bakım vereni tarafından kendi duygusunun yansıtıldığını gören bebek, aynalamayı öteki kişinin bir ifadesi olarak değil, kendi duygusal deneyimi olarak anlamaktadır. Aynalamanın doğru ve net şekilde yapılmaması ilerde bebekte dezorganize bir bağlanma örüntüsünün gelişmesine sebep olmaktadır (Gergely ve Watson, 1996).

Öz-kontrol ve düzenleme kapasitesinin içselleştirilmesi, anne-bebek ikilisinin birbirleriyle duyarlı etkileşim kurabilmesinden kaynaklanmaktadır. Özellikle 26-41 aylar arasında kurulan yüksek düzeydeki duyarlı etkileşim, bebeğin anne kurallarını içselleştirmesine ve anneden gelecek olan kontrol ve zorlamaya daha az ihtiyaç duymasına imkan vermektedir (Fonagy ve Bateman, 2008). Çocukların birincil bakım veren ile kurdukları ilişkinin kalitesi, mentalizasyon yeteneğini -özellikle duygusal anlama bileşenini- yordamaktadır (Fonagy ve Target, 1997). Anne yetiştirme tarzı ve annenin, çocuğun psikolojik perspektifini almaya eğilimi, çocuğun duygu anlayışını ve mentalizasyon becerisini etkilemektedir. Aile içindeki atmosferin diğer özellikleri, çocuğun özgürce oyun oynamasını ve gerçekliği askıya almasını engelliyorsa mentalizasyon gelişimi akamete uğramaktadır. Oyun oynama sıklığı yüksek olan çocukların yanlış inanç (false belief) testinden yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir (Taylor ve ark., 1998).

Zihin kuramı ve empatinin BKB ile ilişkisini inceleyen çalışmalar mevcuttur. Bu iki beceri birbirinden farklıdır ve birlikte değişkenlik göstermeyebilirler (Gunderson ve ark., 2018). Borderline bireyler mentalizasyon konusunda zayıf olsalar da, empati becerileri normal bireylere göre benzer seviyede veya daha üst seviyede ölçülmektedir (New ve ark., 2012). Mentalizasyon becerisindeki eksikliklerin, borderline bireyin kişiler arası işlev bozukluğunda önemli rolü olabilir. Bir çalışmada Mier ve ark., (2013) borderline bireylere başka bir kişinin duygusal durumunu sormuştur, ayrıca daha karmaşık bir durumda, kişinin niyetinin ne olduğunu sormuştur. Hastaların, sağlıklı kontrol grubuna görece, sosyal bilişle ilgili nöral yollarında azalan aktivite tespit edilmiştir. Görev karmaşıklaştıkça sağlıklı grup ile borderline grup arasındaki

farkın arttığı gözlenmiştir. Dziobek ve ark., (2011) borderline bireylerin spesifik bir durumda bir kişinin duygusal durumunu anlamaları istendiğinde üst temporal sulkusta aktivitenin azaldığını belirtmektedir. Katılımcılara stresli bir kişi gördüklerinde o kişinin stresini kendilerinin ne kadar yaşadıkları sorulduğunda borderline bireyler normal bireylere göre daha yüksek empati göstermişlerdir ve duygusal yükselmeye ilgili olan insular kortekslerinde aşırı aktivite tespit edilmiştir.

Bir çeşit altıncı his gibi çalışan mentalizasyon becerisi, diğer insanların düşüncelerini, duygularını, isteklerini ve niyetlerini doğru okumayı sağladığı gibi, zaman zaman yanlış okumaya da sebep olabilmektedir. Önyargılar, basmakalıp düşünceler ya da psikiyatrik problemler dolayısıyla insanlar diğer kişilerin zihinsel durumlarını yanlış değerlendirebilirler, hatta kendi zihin durumlarını bile anlayamayabilirler. Bazı zamanlarda bu beceri kişinin zihni olmayan nesnelere ya da durumlara bile zihin atfetmesine sebep olabilmektedir (Epley, 2015).

VII. BORDERLINE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ, MENTALİZASYON VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Zihin kuramına göre borderline bireyler öncelikle yapısal olarak kırılıgandır ve/veya psikolojik travmaya maruz kalmaktadırlar. İkinci olarak bu faktörler, erken dönemdeki ilişkilerde yaşanan ihmalle birleştğinde, mentalizasyon becerisi için şart olan bilişsel ve sosyal yeteneklerin gelişimini engellemektedir (Bateman ve Fonagy, 2010). Çocuklukta yaşanan psikolojik travma, kişinin kendisini ve ötekileri, amaçları ve niyetleri tarafından yönlendirilen nesneler olarak anlayabilme becerisini bozar. Hatta spesifik yüz ifadelerinin tanınması kapasitesini bile olumsuz etkilemektedir (Fonagy ve Bateman, 2008). Üçüncü olarak bu durum kişilerarası ilişkiler anlamında aşırı hassas bir bağlanma yapısına yol açmaktadır. Travma, bağlanma sistemini uyararak kişinin güvenli bağlanma arayışını yoğunlaştırmasına ve beraberinde yansıtma kapasitesini kaybetmesine sebep olmaktadır. Bağlanma ilişkisinin kendisi travmatik olduğunda ise uyarılma daha da artabilir, çünkü travmatize edici bağlanma figürüne yakınlık arayışı çocuğun daha fazla travma yaşamasına sebep olmaktadır. Çocuk saldırganla özdeşim kurarak, onun üzerinde illüzyonel bir kontrolü olduğu hissini yaratır ve saldırganının niyetini bölerek içselleştirir. Saldırganın yıkıcı niyeti dışsal değil içsel olarak deneyimlenmeye başlamakta ve öz yıkım ortaya çıkmaktadır. Son olarak, bu durum kişinin duygu temsili ve dikkat kapasitesinin zayıflamasına yol açmaktadır (Bateman ve Fonagy, 2010). Bağlanma örüntülerinde çocuklukta yaşanan problemlerin yetişkin hayatta da izlerini gösterdiği bilinmektedir ve borderline bireylerin sadece % 6-8 kadarı güvenli bağlanma örüntüsü sergilemektedir (Levy, 2005).



VIII. DÖVME VE BORDERLINE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

KZV davranışının bir tanı kriteri olduğu tek psikiyatrik bozukluk BKB'dir (Shukurov, 2020). KZV davranışları kimi zaman deriyi jiletle kesme, kimi zaman sigarayla yakma şeklinde ortaya çıkmaktadır. Deri, yaşamın en erken dönemlerinden itibaren kişinin kim olduğuyla ya da kim olarak tanınmak istediğiyle yakından ilişkili olmuştur (Yücel ve Çevik, 2015). Deri üzerine yapılan dövme anlamdan mahrum bir kültürel ürün değil, aksine yaptıran kişiye özel sembolik anlamlar üreten, kişinin kimliğini inşa etmekte kullandığı bir beden modifikasyonudur (Ertan, 2013). Dinamik açıdan bakıldığında, kimlik tutarlılıkları konusunda problem yaşadıklarına vurgu yapılan borderline bireylerin, kimlik oluşumunda çok önemli yer tutan deri üzerinde kendilerini ifade etmeye çalıştıkları düşünülebilir. Ayrıca kalıcı bir dövme aracılığıyla bu algıyı stabil tutmaya çalışmaları makul bir psikanalitik açıklama gibi görünmektedir. Lemma (2010) dövmenin psikanalitik açıdan bireyin kendi vücudu üzerinde tam anlamıyla kontrol elde etmek isteği olduğunu vurgulamaktadır.

Dövme gerek yapıldıktan sonra derinin normal fonksiyonlarını yerine getirmesini engellemesi bakımından gerekse de yapılması sırasında verdiği acı bakımından bir çeşit KZV davranışı olarak görülebilmektedir. Kasıtlı olarak başlatılan fiziksel acının dissosiyatif durumdan kişinin realiteye dönmesine yardımcı olduğu ya da realiteden dissosiyatif bir duruma kaçış için kullanıldığı belirtilmektedir (Fishbain ve ark., 2001). Dissosiyasyona yatkınlığı olan kronik ağrı çeken hastaların, ağrının şiddetlendiği anlarda, ağrıyla baş edebilmek için bir çeşit trans haline geçebilmeyi ya da dissosiyeye olmayı öğrendikleri, böylece ortaya çıkan alter kişiyle birlikte endorfin seviyelerini yükselterek, ağrıyı azaltabildikleri ifade edilmektedir. Yapılan incelemeler bu hastaların alter kişiliklerinin ortaya çıkmasından hemen önce şiddetli ağrı yaşadıklarını göstermektedir. Dissosiyasyon yaşayan kişilerde, şiddetli acının kişilikler arasında geçiş yapmada

kullanıldığı bildirilmektedir (Fishbain ve ark., 2001). BKB olan bireylerde dissosiyatif semptomların görülebildiği bilgisi göz önünde bulundurulduğunda, dövme yaptırmak, piercing taktırmak gibi işlemlerin kişide böyle bir işlev görme ihtimali göz ardı edilmemelidir.

Son birkaç on yılda, dövmenin suç faaliyetleriyle ve psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğunu gösteren pek çok çalışma yapılmıştır. Dövmeli bireylerin ayrıca daha fazla psikososyal ve duygusal problemler yaşadığı, kendilerine daha fazla zarar verdiği ve daha fazla madde bağımlılığı yaşadıkları görülmektedir (Požgain ve ark., 2004). Dövme ile risk alma, heyecan arama ve benzersiz olma isteği arasında ilişki bulunmaktadır (Richards ve ark., 2023). Bu açıdan bakıldığında dövmeyi bir bozuklukla ilişkilendirmek mümkün görünse de, bu uygulamaların Batı kültüründe giderek popülerleşmesi günümüzde normatif datayla ilgili sınırları yeniden değerlendirmek gereğini doğurmaktadır (Lenkiewicz ve ark., 2017). Richards ve ark., (2023) dövmesi olan bireylerin, dövmesi olan partner seçme olasılıklarının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Ayrıca günümüz toplumlarında kendini kasıtlı olarak yaralayanlara karşı gösterilen olumsuz önyargılar, dövme yaptıranlara karşı gösterilmemektedir. Gerek işe alımlarda, gerekse romantik partner seçimlerinde dövme yaptıranların ciddi bir olumsuz etiketlemeye maruz kalmadıkları belirtilmektedirler (Burke ve ark., 2019).

Literatürde BKB ve dövme ilişkisi üzerine görece az sayıda çalışma bulunmaktadır. Öte yandan kendini yaralama davranışı ve borderline kişilik yapısı üzerine yapılmış çalışmalar ve kendini yaralama davranışı ile dövme arasındaki ilişki üzerine yapılmış çalışmalar bulunmaktadır.

Solís-Bravo ve arkadaşları (2019), yaptıkları çalışmada, intihar amacı taşımaksızın kendini yaralama davranışında bulunanları, dövmeli ve dövmesizler olarak iki ayrı gruba ayırmışlardır. Dövmelilerden oluşan grup, kendini yaralama davranışlarında birden fazla değişik metotla kendini yaralama konusunda, intihar niyetleri taşıma konusunda, kendini yaralama eylemi sırasında, öncesinde ve sonrasında, negatif düşüncelere sahip olma konusunda dövmesi olmayan gruba göre anlamlı şekilde yüksek skorlar elde etmişlerdir. Ayrıca dövmeyi acıyı hissetmek amacıyla yaptırdığını söyleyenlerin oranını % 1.8 olarak bulmuştur. Bu belirtilen özelliklerin BKB'nin tanı kriterleri arasında olduğu düşünüldüğünde

dövme ile BKB arasında bir ilişki kurmanın söz konusu olabileceği düşünülebilmektedir.

Esasen dövme ile kişilik bozuklukları arasında ilişki literatürde göze çarpan ilişkiler arasındadır. Borderline ve antisosyal kişilik bozukluğu olanların dövmeli olma olasılıklarının olmama olasılıklarından daha çok olduğunu belirtilmektedirler (Jennings ve ark., 2014). Brooks ve ark., (2003) dövme sahibi olma ile kriminal aktiviteye karışma arasında bir ilişki bulunduğunu ancak bu ilişkinin bir sebep sonuç ilişkisi olmayabileceğini belirtmektedir. Belli kişilik özelliklerine sahip olmanın suça karışma ihtimalini artırdığı gibi aynı özelliklerin dövme sahibi olma ihtimalini de artırıyor olabileceğine vurgu yapmaktadırlar.

Rozycki Lozano ve ark., (2011) cezaevindeki mahkumlarla yaptıkları çalışmada vücutlarında hapishaneyle ilgili ya da hapishanede yapılmış dövme bulunan mahkumların suç işlemeye daha yakın bir yaşam sürdükleri ve işledikleri suçlar için başkalarını suçlama eğilimlerinin daha yüksek olduğunu bulmuştur. Vücutlarında hapishane dövmesi olmayan fakat başka tarz dövmeler olan mahkumların, hapishane dövmeli mahkumlara kıyasla, suç davranışları sonucu oluşan zararı daha büyük olarak algıladıklarını tespit etmişlerdir. Vücutlarında hiç dövme olmayan mahkumların ise diğerlerine kıyasla daha az kriminal yaşam tarzına sahip olduklarını belirlemişlerdir. Lammek (2022) cezaevindeki mahkumlarla, dövme yaptıрма ve/veya kasıtlı olarak kendini yaralama davranışı üzerine yaptığı çalışmada, beden modifikasyonu bulunan mahkumların agresyon seviyelerinin, beden modifikasyonu olmayan gruba göre anlamlı şekilde yüksek olduğunu tespit etmiştir. Araştırmacı ayrıca, dövmenin, diğer mahkumlarla özdeşim kurmayla ya da kimlik bütünlüğü oluşturmayla, grup aidiyetiyle arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını belirtmiştir.

Vizgaitis ve Lenzenweger (2019), dövme ve BKB özellikleri arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Araştırmacılar borderline patolojinin, özellikle kimlik ve kimlik dağınıklığı boyutları üzerinde yoğunlaşmışlardır. Çalışma, ilgili borderline özellikleriyle, beden modifikasyonu sayısı arasında pozitif korelasyon olduğunu tespit etmiştir. Beden modifikasyonu kavramıyla, dövme, ciltte iz bırakan yaralamalar, kozmetik ameliyatlar ve piercing işaret edilmektedir. Kimlik dağınıklığı arttıkça beden modifikasyonu sayısı artmaktadır. Kendilik algısındaki netlik azaldıkça beden modifikasyonu artmaktadır. Bu çalışma kişilerin içsel

deneyimlerinde bulamadıkları sabit kimlik algısını, bedenleri üzerinde yaptıkları değişikliklerle dışsal olarak oluşturmaya çalışıyor olabileceklerini düşündürmektedir.

Zanarini ve arkadaşları (2006), BKB olanlarla yaptıkları çalışmada çocuk yaşta KZV hikayesi olan bir gruba, bu davranışı ilk kez yetişkin yaşta göstermiş olan bir grubu kıyaslamışlardır. Bu davranışların süresi, sayısı ve yöntemce çeşitliliği bakımından, çocuk yaşta KZV hikayesi olanlarda, diğer gruba kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek skorlar ortaya çıkmıştır. Araştırmacılar bu durumu, KZV davranışının erken yaşlarda başlaması halinde çok daha kötücül şekilde ilerleyebileceği şeklinde yorumlamışlardır.

Hooley ve arkadaşları (2010), KZV davranışları gösteren bireylerin acı algılarını ölçmek üzere yaptıkları çalışmada kendini yaralama hikayesi olan grup ile kontrol grubunu karşılaştırmışlardır. Çalışma kendini yaralayanların acı eşiklerinin daha yüksek olduğunu ve acıya daha uzun süre dayandıklarını ortaya koymuştur. Araştırmacılar bu kişilerin acı algılarının belirgin şekilde değiştiğini belirtmektedir. Kendini yaralayanların, acı çekmeyi hak ettikleri şeklinde kendilerini suçladıklarını ileri sürmektedirler. Bu açıklamalar göz önüne alındığında benlik algısı tutarlı olmayan, kendiliğinden memnun olmayan negatif yaşantıları daha yoğunlukta olan borderline bireylerin bu yaşadıklarından dolayı kendilerini suçlamaları ve bu suçluluk hissinin neticesinde kendilerini yaralama ve cezalandırma davranışına başvurmak istemeleri mümkün gibi görünmektedir. Kendini tekrarlayan şekilde yaralayan pek çok hasta gönüllü olarak yarattıkları acıya karşı bir tür bağımlılık geliştirmiş gibi görünmektedirler. Bu davranışa her başvurulduğunda, bir sonraki yaralama davranışının ortaya çıkmasının daha kolaylaştığı anlaşılmaktadır (Yamamoto ve ark., 2017). Ayrıca KZV davranışının ilk ortaya çıkış yaşı küçüldükçe bu davranışın şiddeti de artmaktadır (Vizgaitis ve Lenzenweger, 2019).

Uysal (2010), BKÖ, KZV davranışı ve intihar girişimleri üzerine yaptığı çalışmada, psikiyatri polikliniğinde tedavi gören KZV davranışı olan kişileri, intihar girişimi olanlar ve olmayanlar şeklinde iki ayrı gruba ayırmıştır. İntihar girişimi olanların % 93'lük kısmının kadın olduğu tespit edilmiştir. İntihar girişimi olan grubun cildini yakma, kesme, aşırı doz ilaç alma ve yineleyici KZV davranışlarının, intihar denemesi olmayan gruba kıyasla anlamlı şekilde yüksek

olduğu tespit edilmiştir. BKB tanısının intihar denemesinde bulunan grupta diğer gruba kıyasla anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bu grupta psikopatolojinin şiddetinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Araştırmacı BKB'nin, yineleyici KZV hikayesinin, kadın olmanın ve düşük anne eğitim seviyesinin intihar denemelerinin yordayıcısı olduğunu öne sürmektedir. KZV ve intihar girişimi birbirinden farklı iki boyut gibi görünse de aralarında önemli bir korelasyon ve geçişkenlik var gibi durmaktadır. Jacobsen ve arkadaşları (2008), psikiyatri kliniğine başvuran ergenlik çağındaki hastalar arasında yaptıkları çalışmada, intihar teşebbüsünde bulunan grubun travma sonrası stres bozukluğu ve majör depresif bozukluk tanısı aldığını, kasıtlı olarak kendini yaralayanlardan oluşan grubun ise BKB özellikleri gösterdiğini tespit etmişlerdir.

Tunçelli (2008), BKB olan ve olmayan kadınları karşılaştırdığı araştırmasında, BKB olan grubun daha fazla çocukluk cinsel ve fiziksel taciz öyküsü rapor ettiğini, daha fazla intihar denemesi yaptığını, daha fazla kendini yaralama davranışı, madde kullanım problemleri, tedbirsiz cinsel ilişki ve öfke nöbetleri rapor ettiklerini belirtmiştir. Araştırmacı, sürekli kaygının benlik saygısını ve benlik saygısının ise BKB'yi yordadığını belirtmiştir.

BKB olan bireylerin duygularını anlamada zorluk yaşadıkları ve duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim sağlayabildikleri sonucuna varmak mümkün görünmektedir (Şaşmaz, 2014). Ayrıca BKB tanısı almış hastaların sağlıklı kontrol grubuna kıyasla beden imgesi algılarının anlamlı şekilde daha bozuk olduğunu gösteren veriler bulunmaktadır (Shukurov, 2020). Tunç ve Şahin (2019), KZV, dürtüsellik ve intihar girişimlerinin çocukluk çağı travmaları ve depresif belirtilerle ilişkisini incelediği araştırmasında psikiyatri kliniğine gelen BKB tanısı almış hastalardan oluşan bir grupla kontrol grubunu karşılaştırmıştır. BKB olan grupta depresif belirtilerin ve erken yaşlarda duygusal istismar öyküsünün şiddeti arttıkça dürtü kontrol problemlerinin arttığı tespit edilmiştir. Özellikle gençlerde, dürtüsellik, risk alma davranışları ve dövme yaptırma arasında güçlü bir korelasyon olduğu göze çarpmaktadır (Brooks ve ark., 2003). Ayrıca çocukluk çağında duygusal istismar öyküsü ile KZV davranışları arasında pozitif bir korelasyon tespit edilmiştir. Duygusal istismar öyküsü ve depresif belirtiler ile intihar girişimleri arasında da pozitif bir korelasyon tespit edilmiştir (Tunç ve Şahin, 2019).



IX. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, örnekleme ve evreni, veri toplama yöntemi ve araçları, kullanılan istatistiksel yöntemler ile ilgili bilgiler bulunmaktadır.

A. Araştırmanın Modeli

Bu çalışmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. İlişkisel tarama modeli, iki ya da daha fazla sayıdaki değişkenin arasındaki ilişkiyi, birlikte değişimlerinin olup olmadığını ve bu değişimin derecesini ölçmekte kullanılmaktadır (Karasar, 2005). Ayrıca araştırılan olguların, belirli değişkenler bakımından (örneğin cinsiyet) kıyaslandığında aralarında anlamlı farklılaşma olup olmadığını tespit etmekte kullanılmaktadır (Gürbüz ve Şahin, 2018). Çalışmada dövme ve dövmesiz kişilerden oluşan gruplara, Borderline Kişilik Ölçeği, Gözlerden Zihin Okuma Testi, Yansıtıcı İşlevsellik Ölçeği ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan bir demografik veri formu ile kişisel bilgiler ve dövmelerle ilgili veri toplanmıştır. Formlar katılımcılara elden veya Google Forms aracılığıyla iletilmiştir.

B. Örneklem

Çalışmanın evrenini 18-50 yaş arası dövme ve dövmesiz bireyler oluşturmaktadır. BKB semptomlarının orta yaşlarda giderek hafiflediği düşünülmektedir (APA, 2013; Zanarini ve ark., 2016). Dünya Sağlık Örgütü'nün (2015) genç yetişkin yaş tanımının 18-65 arası olduğu değerlendirildiğinde ilgili literatür uyarınca gençliğinde dövme yaptırmış bireylerin 50 yaşın üzerinde BKB belirtilerinin hafifleme olasılığı göz önünde bulundurularak çalışma evreni 50 yaş ile sınırlandırılmıştır. Dahil olma ölçütü ana dili Türkçe olması ve mental retardasyonunun olmaması olarak belirlenmiştir. Örneklem yöntemi olarak

kolayda örnekleme ve kartopu örnekleme kullanılmıştır. Veriler ölçekler aracılığıyla toplanmıştır.

C. Veri Toplama Araçları

1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Doğum tarihi, cinsiyet, eğitim, medeni durum, dövme sayısı, büyüklüğü ve dövmenin vücutta bulunduğu yer bilgilerini toplamaktadır.

2. Borderline Kişilik Ölçeği (BPQ)

DSM-IV'te belirtilen BKB tanı kriterlerinin her biri için alt ölçekleri olan bir öz değerlendirme ölçeğidir. Orijinali Poreh ve ark. (2006) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçeye uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ceylan (2017) tarafından yapılmıştır. 80 maddeden oluşan ölçeğin 9 alt ölçeği vardır: 1- dürtüsellik, 2- duygulanımda karasızlık, 3- terk edilme, 4- ilişkiler, 5- kendilik imgesi, 6- intihar/kendini yaralama davranışı, 7-boşluk duygusu, 8-yoğun öfke, 9- psikoz benzeri durumlar. Orijinal ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.65 ile 0.84 arasında bulunmuştur. Tüm test için Cronbach alfa değeri 0.94 olarak tespit edilmiştir. Türkçe uyarlamasının iç tutarlılık katsayısı alt ölçeklerde 0.46 ile 0.81 arasında, tüm test için ise 0.89 olarak ölçülmüştür. Bu çalışmada Cronbach alfa değerleri alt ölçeklerde 0.68 ile 0.83 arasında, tüm test için 0.94 olarak ölçülmüştür. Ölçek Doğru ve Yanlış şeklinde cevaplanmaktadır. Her doğru için 1 puan, her yanlış için 0 puan verilir.

3. Yansıtıcı İşlevsellik Ölçeği (YİÖ)

Fonagy ve Ghinai (2008) tarafından mentalizasyon kapasitesini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. 7'li likert tipi kullanılan ölçek 54 maddeden oluşmaktadır. İç tutarlılık katsayısı 0.82 olan ölçeğin iki alt ölçeği bulunmaktadır: 1- Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon ve 2- Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon. Her iki alt ölçekte de alınan yüksek skorlar mentalizasyon becerisinde bozulmaya işaret etmektedir. Belirsizlik alt ölçeğinin cronbach alfa değerleri klinik örnekleme 0.77 bulunurken, kilink dışı örnekleme 0.63 bulunmuştur. Belirlilik alt ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı kilinik örnekleme 0.65, kilinik dışı örnekleme 0.67

arasında bulunmuştur. Türkçe uyarlaması için Köksal (2017) yaptığı çalışmada, cronbach alfa değerlerini Belirlilik alt ölçeği için 0.90, Belirsizlik alt ölçeği için 0.81 olarak tespit etmiştir. Gülsün (2021) yaptığı çalışmada cronbach alfa değerlerini Belirlilik alt ölçeği için 0.87, Belirsizlik alt ölçeği için 0.83 bulmuştur. Bu çalışmada Cronbach alfa değerleri Belirlilik alt ölçeği için 0.80, Belirsizlik alt ölçeği için 0.86 olarak tespit edilmiştir.

4. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇRTÖ)

Bernstein ve ark. (1994) tarafından 70 madde olarak geliştirilen ölçek daha sonra 28 maddelik bir kısa forma dönüştürülmüştür. 5'li likert tipi olan ölçek 5 alt boyuttan oluşmaktadır: 1- fiziksel istismar, 2- cinsel istismar, 3- duygusal istismar, 4- fiziksel ihmal, 5- duygusal ihmal. Alt ölçeklerin cronbach alfa değerleri 0.79 ile 0.94 arasında bulunmuştur. Ölçeğin 33 sorudan oluşan Türkçe uyarlaması (CTQ-33) Şar ve ark. (2021) tarafından yapılmıştır. Cronbach alfa değeri 0.87 ve Gutmann yarı test değeri 0.97 olarak bulunmuştur. Tüm madde toplam skor korelasyonu 0.34'ün üzerindedir. CTQ-33 ile ölçeğin orijinal versiyonu arasında yüksek korelasyon bulunmuştur (0.94). CTQ-33 ile CTQ-28 arasında da 0.98 düzeyinde yüksek korelasyon ölçülmüştür (Şar ve ark., 2021). Bu çalışmada CTQ-33 ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0.93 olarak tespit edilmiştir.

5. Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT)

Testin orijinali mentalizasyon becerisini ölçmek üzere Baron-Cohen ve Jolliffe (1997) tarafından geliştirilmiştir. Sadece göz ve kaşların gösterildiği 36 resimden oluşan testte, katılımcılardan resimlerdeki kişilerin duygularını doğru bir şekilde tahmin etmeleri istenmektedir. Türkçe uyarlaması Yıldırım ve ark., (2011) tarafından yapılan testten orijinalinde bulunan 4 resim (19, 21, 25, 35) çıkarılmıştır. 32 resimden oluşan Türkçe versiyonun test-yeniden test korelasyonu 0.65 olarak ölçülmüştür.

D. İstatistiksel Teknikler

Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS 27 yazılımı kullanılarak yürütülmüştür. Değişkenler arasındaki ilişki düzeyi ve yönü, analizlerde normal

dağılım sağlandığında Pearson Korelasyon, sağlanmadığında Spearman Korelasyon yöntemi kullanılarak incelenmiştir. Ayrıca, normal dağılım sağlandığında ölçeklerin demografik değişkenlere göre farklılıklarını anlamak amacıyla Bağımsız Gruplar t-testi ve ANOVA testleri, normal dağılım sağlanmadığında Mann Whitney-U ve Kruskal Wallis-H testi uygulanmıştır. Tüm bu istatistiksel analizler, %95 güven aralığında ve p değeri 0.05 anlam düzeyi esas alınarak gerçekleştirilmiştir.



X.BULGULAR

Öncelikle, ölçeklerin güvenirlik düzeyi Cronbach Alfa katsayıları kullanılarak değerlendirilmiş ve bu değerlerin 0.60'ın üzerinde olduğu belirlenmiştir (Kılıç, 2016). Ardından, ölçeklerin normal dağılım özelliklerini detaylı bir şekilde incelemek amacıyla analizler gerçekleştirilmiştir. Bu değerlendirme sürecinde, fiziksel taciz ve cinsel taciz alt ölçekleri haricindeki diğer tüm değişkenlerin ölçeklerin basıklık ve çarpıklık katsayıları, Kalaycı (2009) tarafından önerilen -3 ile +3 aralığındaki referans değerlerini karşıladığı tespit edilmiştir (Çizelge 1).

Çizelge 1. Gözlerden Zihin Okuma Becerisi, Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyi, Borderline Kişilik Özellikleri Düzeyi ve Mentalizasyon Becerisinin Betimsel İstatistikleri ve Basıklık, Çarpıklık, Cronbach Alpha Katsayılarının İncelenmesi

	<i>n</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>X̄</i>	<i>SS</i>	<i>Basıklık</i>	<i>Çarpıklık</i>	<i>(a)</i>
Gözlerden Zihin Okuma Testi	397	6	18	12.09	2.20	0.01	-0.22	-
ÇÇTÖ	397	30	129	52.22	17.58	1.89	1.29	0.93
Duygusal Taciz	397	5	25	8.62	4.32	2.80	1.71	0.85
Fiziksel Taciz	397	5	25	6.40	3.18	10.72	3.14	0.87
Fiziksel İhmal	397	5	21	7.90	3.58	1.28	1.37	0.82
Duygusal İhmal	397	5	25	11.92	5.04	-0.61	0.47	0.87
Cinsel Taciz	397	5	25	6.74	3.82	8.13	2.82	0.92
Aşırı Koruma/Kontrol	397	5	24	10.65	4.55	0.05	0.81	0.83
Borderline Kişilik Ölçeği	397	0	68	23.83	14.63	-0.34	0.60	0.94
Dürtüsellik	397	0	8	2.15	1.96	-0.41	0.74	0.68
Duygulanımda Kararsızlık	397	0	10	4.09	2.52	-0.81	0.24	0.74
Terk Edilme	397	0	9	2.56	2.16	0.24	0.93	0.71
İlişkiler	397	0	8	2.69	2.26	-0.59	0.62	0.75
Kendilik İmgesi	397	0	9	2.14	2.35	0.28	1.09	0.80
İntihar Kendini Yaralama Davranışı	397	0	7	1.13	1.77	0.88	1.46	0.82
Boşluk Duygusu	397	0	10	3.33	2.55	-0.31	0.69	0.75
Yoğun Öfke	397	0	10	3.58	2.91	-1.06	0.42	0.83
Psikoz Benzeri Durumlar	397	0	7	2.17	1.97	-0.88	0.52	0.73
Belirlilik	397	0	75	20.54	10.43	1.24	0.70	0.80
Belirsizlik	397	0	80	27.45	13.35	1.02	0.69	0.86

A. Sosyodemografik Bulgular

Çizelge 2. Katılımcıların Demografik Özellikleri

		Gruplar			
		Dövmesi Olmayan Grup		Dövmesi Olan Grup	
		n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	184	70.5	91	66.9
	Erkek	77	29.5	45	33.1
Eğitim Durumu	İlköğretim	1	0.4	0	0.0
	Ortaöğretim	20	7.7	12	8.8
	Yükseköğretim	136	52.1	78	57.4
	Lisansüstü eğitim	104	39.8	46	33.8
Medeni Durum	Evli	70	26.8	32	23.5
	Bekar	191	73.2	104	76.5
Dövmelerin	2 cm çapından küçük	0	0.0	24	17.6
Toplam	1 kâğıt banknottan küçük	0	0.0	71	52.2
Büüklüğü	Vücudun belirli bir bölgesi	0	0.0	41	30.1
	dövmelerle kaplı				
Dövmelerin Yeri	Sadece kol veya bacaklarda	0	0.0	71	52.2
	Sadece günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde, sırt gibi bölgelerde	0	0.0	16	11.8
	Kol veya bacaklarda ve Günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde, sırt gibi bölgelerde	0	0.0	19	14.0
	Ellerde (Vücudun başka bölgelerinde de dövmesi olabilir)	0	0.0	16	11.8
	Yüz ve yüze yakın bölgelerde (Vücudun başka bölgelerinde de dövmesi olabilir)	0	0.0	14	10.3
Toplam		261	100.0	136	100.0

Çizelge 2'deki sonuçlar incelendiğinde, dövmesi olmayan gruptaki katılımcıların, %70.5'i (n=184) kadın, %29.5'i (n = 77) erkektir. Eğitim durumlarına bakıldığında % 0.4'ü ilköğretim (n = 1), % 7.7'si (n=20) ortaöğretim, % 52.1'i (n=136) yükseköğretim, % 39.8'i (n=104) lisansüstü eğitim düzeyindedir. Bu gruptaki katılımcıların %26.8' i (n=70) evli, %73.2'si (n=191) bekindir.

Dövmesi olan gruptaki katılımcıların; % 66.9'u (n=91) kadın, %33.1' i (n=45) erkektir. %8.8'i (n=12) ortaöğretim, % 57.4'ü (n=78) yükseköğretim, %33.8'i (n=46) lisansüstü eğitim düzeyindedir. Bu gruptaki katılımcıların % 23.5' i (n=32) evli, % 76.5' i (n=104) bekindir. Dövmelerinin toplam büyüklüğüne bakıldığında, 2 cm çapından küçük olanların oranı % 17.6 (n=24) olarak, 1 kâğıt banknottan küçük ama 2 cm çapından büyük olanların oranı % 52.2 (n=71) olarak, vücudunun belli bir bölgesi dövme ile kaplı olanların oranı %

30.1 (n=41) olarak tespit edilmiştir. Sadece kol veya bacaklarında dövmesi olanların oranı % 52.2'dir (n=71). Sadece “günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde, sırt gibi bölgelerde” dövmesi olanların oranı % 11.8'dir (n=16). Sadece “kol veya bacaklarında” ve “günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde, sırt gibi bölgelerde” dövmesi olanların oranı % 14'tür (n=19). Ellerinde dövmesi olanların oranı % 11.8'dir (n=16). Yüz ve yüze yakın bölgelerde (yüzde, boyunda, ensede veya kafada) dövmesi olanların oranı % 10.3'tür (n=14).

B. Korelasyon Analizi

Bu bölümde, kullanılan ölçekler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Fiziksel taciz ve cinsel taciz satırlarındaki değerler Spearman Korelasyon Analizi ile diğer tüm değişkenler Pearson Korelasyon analizi ile elde edilmiştir. Bulgular aşağıda sunulmuştur.

Çizelge 3. Tüm Katılımcıların Yaş, Gözlerden Zihin Okuma Becerisi, Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyi, Borderline Kişilik Özellikleri Düzeyi ve Yansıtıcı İşlevsellik Düzeyinin Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1-Yaş	--																				
2-Gözlerden Zihin Okuma Testi	-.05	1																			
3-Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	-.08	-.05	1																		
4-Duygusal Taciz	-.06	.02	.82**	1																	
5-Fiziksel Taciz	-.09	-.11*	.70**	.58**	1																
6-Fiziksel İhmal	.02	-.13*	.67**	.33**	.43**	1															
7-Duygusal İhmal	-.04	-.02	.80**	.59**	.37**	.61**	1														
8-Cinsel Taciz	-.06	-.06	.54**	.36**	.42**	.23**	.23**	1													
9-Aşırı Koruma/Kontrol	-.10*	.04	.72**	.61**	.37**	.30**	.50**	.18**	1												
10-Borderline Kişilik Ölçeği	-.16**	-.14**	.56**	.42**	.39**	.37**	.45**	.33**	.43**	1											
11-Dürtüsellik	.07	-.12*	.27**	.15**	.22**	.28**	.21**	.14**	.17**	.54**	1										
12-Duygulanımda Kararsızlık	-.14**	-.09	.37**	.26**	.22**	.19**	.32**	.21**	.32**	.81**	.33**	1									
13-Terk Edilme	-.14**	-.16**	.53**	.42**	.39**	.39**	.43**	.28**	.38**	.79**	.36**	.56**	1								
14-İlişkiler	-.06	-.13*	.48**	.38**	.30**	.34**	.40**	.23**	.38**	.74**	.32**	.56**	.63**	1							
15-Kendilik İmgesi	-.17**	-.07	.47**	.43**	.31**	.25**	.36**	.30**	.36**	.78**	.27**	.54**	.63**	.50**	1						
16-İntihar Kendini Yaralama Davranışı	-.17**	-.10	.51**	.37**	.41**	.31**	.40**	.38**	.35**	.66**	.34**	.47**	.50**	.42**	.53**	1					
17-Boşluk Duygusu	-.14**	-.03	.43**	.35**	.24**	.23**	.38**	.27**	.33**	.80**	.33**	.59**	.64**	.51**	.77**	.48**	1				
18-Yoğun Öfke	-.13*	-.06	.30**	.23**	.20**	.19**	.24**	.16**	.26**	.69**	.29**	.60**	.41**	.41**	.43**	.34**	.42**	1			
19-Psikoz Benzeri Durumlar	-.12*	-.17**	.28**	.15**	.28**	.27**	.14**	.21**	.21**	.56**	.34**	.40**	.36**	.36**	.27**	.31**	.32**	.32**	1		
20-Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon	.04	.16**	-.22**	-.18**	-.12*	-.12*	-.16**	-.11*	-.23**	-.41**	-.19**	-.39**	-.28**	-.20**	-.31**	-.22**	-.35**	-.31**	-.31**	1	
21-Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon	-.04	-.06	.23**	.23**	.21**	.09	.15**	.20**	.12*	.37**	.12*	.38**	.30**	.30**	.24**	.17**	.27**	.25**	.35**	-.23**	1

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$ Uygulanan testin ismi: Pearson ve Spearman Korelasyon Testi

Çizelge 3'teki bulgulara ait sonuçlar ele alındığında, Yaş ile Aşırı Koruma/Kontrol ($r=-.10$, $p<0.05$), Yaş ile Borderline Kişilik Ölçeği ($r=-.16$, $p<0.01$), Yaş ile Duygulanımda Kararsızlık ($r=-.14$, $p<0.01$), Yaş ile Terk Edilme ($r=-.14$, $p<0.01$), Yaş ile Kendilik İmgesi ($r=-.17$, $p<0.01$), Yaş ile İntihar Kendini Yaralama Davranışı ($r=-.17$, $p<0.01$), Yaş ile Boşluk Duygusu ($r=-.14$, $p<0.01$), Yaş ile Yoğun Öfke ($r=-.13$, $p<0.05$), Yaş ile Psikoz Benzeri Durumlar ($r=-.13$, $p<0.05$) değişkenleri arasında düşük düzey negatif korelasyon saptanmıştır.

Fiziksel Taciz ile Gözlerden Zihin Okuma Testi ($r=-.11$, $p<0.05$), Fiziksel İhmal ile Gözlerden Zihin Okuma Testi ($r=-.13$, $p<0.05$), Borderline Kişilik Ölçeği ile Gözlerden Zihin Okuma Testi ($r=-.14$, $p<0.01$), Dürtüsellik ile Gözlerden Zihin Okuma Testi ($r=-.12$, $p<0.05$), Terk Edilme ile Gözlerden Zihin Okuma Testi ($r=-.16$, $p<0.01$), İlişkiler ile Gözlerden Zihin Okuma Testi ($r=-.13$, $p<0.05$), Psikoz Benzeri Durumlar ile Gözlerden Zihin Okuma Testi ($r=-.17$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey negatif korelasyonlar, Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon ile Gözlerden Zihin Okuma Testi ($r=.16$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyon saptanmıştır.

Dürtüsellik ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ($r=.27$, $p<0.01$), Psikoz Benzeri Durumlar ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ($r=.28$, $p<0.01$), Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ($r=.23$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyonlar, Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ($r=-.22$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey negatif korelasyon saptanmıştır.

Borderline Kişilik Ölçeği ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ($r=.56$, $p<0.01$), Duygulanımda Kararsızlık ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ($r=.37$, $p<0.01$), Terk Edilme ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ($r=.53$, $p<0.01$), İlişkiler ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ($r=.48$, $p<0.01$), Kendilik İmgesi ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ($r=.47$, $p<0.01$), İntihar Kendini Yaralama Davranışı ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ($r=.51$, $p<0.01$), Boşluk Duygusu ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ($r=.43$, $p<0.01$), Yoğun Öfke ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ($r=.30$, $p<0.01$) değişkenleri arasında orta düzey pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Dürtüsellik ile Duygusal Taciz ($r=.15$, $p<0.01$), Duygulanımda Kararsızlık ile Duygusal Taciz ($r=.26$, $p<0.01$), Yoğun Öfke ile Duygusal Taciz ($r=.23$, $p<0.01$), Psikoz Benzeri Durumlar ile Duygusal Taciz ($r=.15$, $p<0.01$), Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ile Duygusal Taciz ($r=.23$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyonlar, Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon ile Duygusal Taciz ($r=-.18$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey negatif korelasyon saptanmıştır.

Borderline Kişilik Ölçeği ile Duygusal Taciz ($r=.42$, $p<0.01$), Terk Edilme ile Duygusal Taciz ($r=.42$, $p<0.01$), İlişkiler ile Duygusal Taciz ($r=.38$, $p<0.01$), Kendilik İmgesi ile Duygusal Taciz ($r=.43$, $p<0.01$), İntihar Kendini Yaralama Davranışı ile Duygusal Taciz ($r=.37$, $p<0.01$), Boşluk Duygusu ile Duygusal Taciz ($r=.35$, $p<0.01$) değişkenleri arasında orta düzey pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Dürtüsellik ile Fiziksel Taciz ($r=.22$, $p<0.01$), Duygulanımda Kararsızlık ile Fiziksel Taciz ($r=.22$, $p<0.01$), Boşluk Duygusu ile Fiziksel Taciz ($r=.24$, $p<0.01$), Yoğun Öfke ile Fiziksel Taciz ($r=.20$, $p<0.01$), Psikoz Benzeri Durumlar ile Fiziksel Taciz ($r=.28$, $p<0.01$), Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ile Fiziksel Taciz ($r=.21$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyonlar, Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon ile Fiziksel Taciz ($r=-.12$, $p<0.05$) değişkenleri arasında düşük düzey negatif korelasyon saptanmıştır.

Borderline Kişilik Ölçeği ile Fiziksel Taciz ($r=.39$, $p<0.01$), Terk Edilme ile Fiziksel Taciz ($r=.39$, $p<0.01$), İlişkiler ile Fiziksel Taciz ($r=.30$, $p<0.01$), Kendilik İmgesi ile Fiziksel Taciz ($r=.31$, $p<0.01$), İntihar Kendini Yaralama Davranışı ile Fiziksel Taciz ($r=.41$, $p<0.01$) değişkenleri arasında orta düzey pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Dürtüsellik ile Fiziksel İhmal ($r=.28$, $p<0.01$), Duygulanımda Kararsızlık ile Fiziksel İhmal ($r=.19$, $p<0.01$), Kendilik İmgesi ile Fiziksel İhmal ($r=.25$, $p<0.01$), Boşluk Duygusu ile Fiziksel İhmal ($r=.23$, $p<0.01$), Yoğun Öfke ile Fiziksel İhmal ($r=.19$, $p<0.01$), Psikoz Benzeri Durumlar ile Fiziksel İhmal ($r=.27$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyonlar, Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon ile Fiziksel İhmal ($r=-.12$, $p<0.05$) değişkenleri arasında düşük düzey negatif korelasyon saptanmıştır.

Borderline Kişilik Ölçeği ile Fiziksel İhmal ($r=.37, p<0.01$), Terk Edilme ile Fiziksel İhmal ($r=.39, p<0.01$), İlişkiler ile Fiziksel İhmal ($r=.34, p<0.01$), İntihar Kendini Yaralama Davranışı ile Fiziksel İhmal ($r=.31, p<0.01$) değişkenleri arasında orta düzey pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Dürtüsellik ile Duygusal İhmal ($r=.21, p<0.01$), Yoğun Öfke ile Duygusal İhmal ($r=.24, p<0.01$), Psikoz Benzeri Durumlar ile Duygusal İhmal ($r=.14, p<0.01$), Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ile Duygusal İhmal ($r=.15, p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyonlar, Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon ile Duygusal İhmal ($r=-.16, p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey negatif korelasyon saptanmıştır.

Borderline Kişilik Ölçeği ile Duygusal İhmal ($r=.45, p<0.01$), Duygulanımda Kararsızlık ile Duygusal İhmal ($r=.32, p<0.01$), Terk Edilme ile Duygusal İhmal ($r=.43, p<0.01$), İlişkiler ile Duygusal İhmal ($r=.40, p<0.01$), Kendilik İmgesi ile Duygusal İhmal ($r=.36, p<0.01$), İntihar Kendini Yaralama Davranışı ile Duygusal İhmal ($r=.40, p<0.01$), Boşluk Duygusu ile Duygusal İhmal ($r=.38, p<0.01$) değişkenleri arasında orta düzey pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Dürtüsellik ile Cinsel Taciz ($r=.14, p<0.01$), Duygulanımda Kararsızlık ile Cinsel Taciz ($r=.21, p<0.01$), Terk Edilme ile Cinsel Taciz ($r=.28, p<0.01$), İlişkiler ile Cinsel Taciz ($r=.23, p<0.01$), Boşluk Duygusu ile Cinsel Taciz ($r=.27, p<0.01$), Yoğun Öfke ile Cinsel Taciz ($r=.16, p<0.01$), Psikoz Benzeri Durumlar ile Cinsel Taciz ($r=.21, p<0.01$), Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ile Cinsel Taciz ($r=.20, p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyonlar, Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon ile Cinsel Taciz ($r=-.11, p<0.05$) değişkenleri arasında düşük düzey negatif korelasyon saptanmıştır.

Borderline Kişilik Ölçeği ile Cinsel Taciz ($r=.33, p<0.01$), Kendilik İmgesi ile Cinsel Taciz ($r=.30, p<0.01$), İntihar Kendini Yaralama Davranışı ile Cinsel Taciz ($r=.38, p<0.01$) değişkenleri arasında orta düzey pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Dürtüsellik ile Aşırı Koruma/Kontrol ($r=.17, p<0.01$), Yoğun Öfke ile Aşırı Koruma/Kontrol ($r=.26, p<0.01$), Psikoz Benzeri Durumlar ile Aşırı Koruma/Kontrol ($r=.21, p<0.01$), Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ile Aşırı

Koruma/Kontrol ($r=.12$, $p<0.05$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyonlar, Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon ile Aşırı Koruma/Kontrol ($r=-.23$, $p<0.01$), Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon ile Terk Edilme ($r=-.28$, $p<0.01$), Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon ile İlişkiler ($r=-.20$, $p<0.01$), Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon ile İntihar Kendini Yaralama Davranışı ($r=-.22$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey negatif korelasyon saptanmıştır.

Borderline Kişilik Ölçeği ile Aşırı Koruma/Kontrol ($r=.43$, $p<0.01$), Duygulanımda Kararsızlık ile Aşırı Koruma/Kontrol ($r=.32$, $p<0.01$), Terk Edilme ile Aşırı Koruma/Kontrol ($r=.38$, $p<0.01$), İlişkiler ile Aşırı Koruma/Kontrol ($r=.38$, $p<0.01$), Kendilik İmgesi ile Aşırı Koruma/Kontrol ($r=.36$, $p<0.01$), İntihar Kendini Yaralama Davranışı ile Aşırı Koruma/Kontrol ($r=.35$, $p<0.01$), Boşluk Duygusu ile Aşırı Koruma/Kontrol ($r=.33$, $p<0.01$),

Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon ile Dürtüsellik ($r=-.19$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey negatif korelasyon, Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ile Dürtüsellik ($r=.12$, $p<0.05$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyon saptanmıştır.

Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ile Duygulanımda Kararsızlık ($r=.38$, $p<0.01$), Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ile Terk Edilme ($r=.30$, $p<0.01$), Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ile İlişkiler ($r=.30$, $p<0.01$), Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ile Psikoz Benzeri Durumlar ($r=.35$, $p<0.01$), Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ile Borderline Kişilik Ölçeği ($r=.37$, $p<0.01$) değişkenleri arasında orta düzey pozitif korelasyon saptanmıştır.

Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon ile Kendilik İmgesi ($r=-.31$, $p<0.01$), Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon ile Boşluk Duygusu ($r=-.35$, $p<0.01$), Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon ile Yoğun Öfke ($r=-.31$, $p<0.01$), Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon ile Duygulanımda Kararsızlık ($r=-.39$, $p<0.01$), Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon ile Psikoz Benzeri Durumlar ($r=-.31$, $p<0.01$), Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon ile Borderline Kişilik Ölçeği ($r=-.41$, $p<0.01$) değişkenleri arasında orta düzey negatif korelasyon saptanmıştır.

Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ile İntihar Kendini Yaralama Davranışı ($r=.17$, $p<0.01$), Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ile Boşluk Duygusu ($r=.27$, $p<0.01$), Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ile Kendilik İmgesi ($r=.24$, $p<0.01$),

Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ile Yoğun Öfke ($r=.25$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyon saptanmıştır.



Çizelge 4. Dövmesi Olan Katılımcıların Yaş, Dövme Sayısı, Gözlerden Zihin Okuma Becerisi, Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyi, Borderline Kişilik Özellikleri Düzeyi ve Yansıtıcı İşlevsellik Düzeyinin Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1-Yaş	1																					
2-Dövme Sayısı	-.02	1																				
3-Gözlerden Zihin Okuma Testi	-.07	.03	1																			
4-Belirlilik/ Aşırı Mentalizasyon	-.03	.01	.22**	1																		
5-Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon	.13	.10	-.13	-.36**	1																	
6-Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	-.15	.05	.08	-.24**	.30**	1																
7-Duygusal Taciz	-.05	.02	.11	-.18*	.28**	.86**	1															
8-Fiziksel Taciz	-.14	.05	-.14	-.12	.26**	.58**	.49**	1														
9-Fiziksel İhmal	-.19*	.02	.02	-.21*	.17*	.67**	.39**	.49**	1													
10-Duygusal İhmal	-.12	-.01	.18*	-.18*	.24**	.84**	.71**	.42**	.58**	1												
11-Cinsel Taciz	-.07	.13	.04	-.14	.28**	.44**	.32**	.16	.26**	.30**	1											
12-Aşırı Koruma/Kontrol	-.11	.02	.04	-.26**	.09	.77**	.67**	.37**	.39**	.61**	.15	1										
13-Borderline Kişilik Ölçeği	-.12	.11	-.06	-.53**	.47**	.58**	.44**	.42**	.40**	.46**	.35**	.46**	1									
14-Dürtüsellik	.05	.17*	.00	-.18*	.10	.11	.05	.10	.17*	.06	.08	.04	.41**	1								
15-Duygulanımda Kararsızlık	-.02	.12	-.09	-.44**	.47**	.36**	.23**	.21*	.24**	.35**	.20*	.31**	.80**	.26**	1							
16-Terk Edilme	-.13	-.04	-.07	-.38**	.40**	.58**	.44**	.41**	.43**	.46**	.38**	.42**	.80**	.24**	.52**	1						
17-İlişkiler	.04	.09	-.05	-.23**	.33**	.46**	.38**	.30**	.33**	.39**	.22**	.37**	.71**	.20*	.56**	.61**	1					
18-Kendilik İmgesi	-.25**	-.06	-.03	-.43**	.33**	.48**	.40**	.33**	.25**	.38**	.28**	.42**	.78**	.17*	.53**	.62**	.45**	1				
19-İntihar Kendini Yaralama Davranışı	-.14	.21*	-.04	-.29**	.20*	.55**	.40**	.47**	.40**	.44**	.28**	.41**	.72**	.23**	.55**	.61**	.48**	.52**	1			
20-Boşluk Duygusu	-.11	-.04	.09	-.47**	.37**	.47**	.36**	.26**	.30**	.44**	.36**	.32**	.79**	.15	.55**	.65**	.49**	.79**	.52**	1		
21-Yoğun Öfke	-.09	.12	-.02	-.46**	.31**	.34**	.29**	.25**	.19*	.25**	.16	.32**	.70**	.23**	.57**	.43**	.36**	.48**	.35**	.49**	1	
22-Psikoz Benzeri Durumlar	-.10	.21*	-.17	-.35**	.37**	.28**	.15	.31**	.27**	.10	.22*	.22**	.49**	.24**	.38**	.30**	.30**	.22*	.26**	.22*	.26**	1

** $p < 0.01$,

* $p < 0.05$

Uygulanan

testin

ismi:

Pearson

ve

Spearman

Korelasyon

Testi

Yukarıdaki bulgulara ait sonuçlar ele alındığında, Fiziksel İhmal ile Yaş ($r=-.19$, $p<0.05$) ve Kendilik İmgesi ile Yaş ($r=-.25$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey negatif korelasyonlar saptanmıştır.

Dürtüsellik ile Dövme Sayısı ($r=.17$, $p<0.05$), İntihar Kendini Yaralama Davranışı ile Dövme Sayısı ($r=.21$, $p<0.05$), Psikoz Benzeri Durumlar ile Dövme Sayısı ($r=.21$, $p<0.05$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Belirlilik/ Aşırı Mentalizasyon ile Gözlerden Zihin Okuma Testi ($r=.22$, $p<0.01$), Duygusal İhmal ile Gözlerden Zihin Okuma Testi ($r=.18$, $p<0.05$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile Belirlilik/ Aşırı Mentalizasyon ($r=-.24$, $p<0.01$), Duygusal Taciz ile Belirlilik/ Aşırı Mentalizasyon ($r=-.18$, $p<0.05$), Fiziksel İhmal ile Belirlilik/ Aşırı Mentalizasyon ($r=-.21$, $p<0.05$), Duygusal İhmal ile Belirlilik/ Aşırı Mentalizasyon ($r=-.18$, $p<0.05$), Aşırı Koruma/Kontrol ile Belirlilik/ Aşırı Mentalizasyon ($r=-.26$, $p<0.01$), Dürtüsellik ile Belirlilik/ Aşırı Mentalizasyon ($r=-.18$, $p<0.05$), İlişkiler ile Belirlilik/ Aşırı Mentalizasyon ($r=-.23$, $p<0.01$), İntihar Kendini Yaralama Davranışı ile Belirlilik/ Aşırı Mentalizasyon ($r=-.29$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey negatif korelasyonlar saptanmıştır.

Borderline Kişilik Ölçeği ile Belirlilik/ Aşırı Mentalizasyon ($r=-.53$, $p<0.01$), Duygulanımda Kararsızlık ile Belirlilik/ Aşırı Mentalizasyon ($r=-.44$, $p<0.01$), Terk Edilme ile Belirlilik/ Aşırı Mentalizasyon ($r=-.38$, $p<0.01$), Kendilik İmgesi ile Belirlilik/ Aşırı Mentalizasyon ($r=-.43$, $p<0.01$), Boşluk Duygusu ile Belirlilik/ Aşırı Mentalizasyon ($r=-.47$, $p<0.01$), Yoğun Öfke ile Belirlilik/ Aşırı Mentalizasyon ($r=-.46$, $p<0.01$), Psikoz Benzeri Durumlar ile Belirlilik/ Aşırı Mentalizasyon ($r=-.35$, $p<0.01$) değişkenleri arasında orta düzey negatif korelasyonlar saptanmıştır.

Duygusal Taciz ile Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ($r=.28$, $p<0.01$), Fiziksel Taciz ile Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ($r=.26$, $p<0.01$), Fiziksel İhmal ile Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ($r=.17$, $p<0.05$), Duygusal İhmal ile Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ($r=.24$, $p<0.01$), Cinsel Taciz ile Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ($r=.28$, $p<0.01$), İntihar Kendini Yaralama Davranışı ile

Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ($r=.20$, $p<0.05$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ($r=.30$, $p<0.01$), Borderline Kişilik Ölçeği ile Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ($r=.47$, $p<0.01$), Duygulanımda Kararsızlık ile Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ($r=.47$, $p<0.01$), Terk Edilme ile Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ($r=.40$, $p<0.01$), İlişkiler ile Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ($r=.33$, $p<0.01$), Kendilik İmgesi ile Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ($r=.33$, $p<0.01$), Boşluk Duygusu ile Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ($r=.37$, $p<0.01$), Yoğun Öfke ile Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ($r=.31$, $p<0.01$), Psikoz Benzeri Durumlar ile Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon ($r=.37$, $p<0.01$) değişkenleri arasında orta düzey pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Psikoz Benzeri Durumlar ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ($r=.28$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyon saptanmıştır.

Borderline Kişilik Ölçeği ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ($r=.58$, $p<0.01$), Duygulanımda Kararsızlık ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ($r=.36$, $p<0.01$), Terk Edilme ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ($r=.58$, $p<0.01$), İlişkiler ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ($r=.46$, $p<0.01$), Kendilik İmgesi ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ($r=.48$, $p<0.01$), İntihar Kendini Yaralama Davranışı ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ($r=.55$, $p<0.01$), Boşluk Duygusu ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ($r=.47$, $p<0.01$), Yoğun Öfke ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ($r=.34$, $p<0.01$) değişkenleri arasında orta düzey pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Borderline Kişilik Ölçeği ile Duygusal Taciz ($r=.44$, $p<0.01$), Terk Edilme ile Duygusal Taciz ($r=.44$, $p<0.01$), İlişkiler ile Duygusal Taciz ($r=.38$, $p<0.01$), Kendilik İmgesi ile Duygusal Taciz ($r=.40$, $p<0.01$), İntihar Kendini Yaralama Davranışı ile Duygusal Taciz ($r=.40$, $p<0.01$), Boşluk Duygusu ile Duygusal Taciz ($r=.36$, $p<0.01$) değişkenleri arasında orta düzey pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Duygulanımda Kararsızlık ile Duygusal Taciz ($r=.23$, $p<0.01$), Yoğun Öfke ile Duygusal Taciz ($r=.29$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyon saptanmıştır.

Borderline Kişilik Ölçeği ile Fiziksel Taciz ($r=.42$, $p<0.01$), Terk Edilme ile Fiziksel Taciz ($r=.41$, $p<0.01$), İlişkiler ile Fiziksel Taciz ($r=.30$, $p<0.01$), Kendilik İmgesi ile Fiziksel Taciz ($r=.33$, $p<0.01$), İntihar Kendini Yaralama Davranışı ile Fiziksel Taciz ($r=.47$, $p<0.01$), Psikoz Benzeri Durumlar ile Fiziksel Taciz ($r=.31$, $p<0.01$) değişkenleri arasında orta düzey pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Duygulanımda Kararsızlık ile Fiziksel Taciz ($r=.21$, $p<0.05$), Boşluk Duygusu ile Fiziksel Taciz ($r=.26$, $p<0.01$), Yoğun Öfke ile Fiziksel Taciz ($r=.25$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Dürtüsellik ile Fiziksel İhmal ($r=.17$, $p<0.05$), Duygulanımda Kararsızlık ile Fiziksel İhmal ($r=.24$, $p<0.01$), Kendilik İmgesi ile Fiziksel İhmal ($r=.25$, $p<0.01$), Yoğun Öfke ile Fiziksel İhmal ($r=.19$, $p<0.05$), Psikoz Benzeri Durumlar ile Fiziksel İhmal ($r=.27$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Borderline Kişilik Ölçeği ile Fiziksel İhmal ($r=.40$, $p<0.01$), Terk Edilme ile Fiziksel İhmal ($r=.43$, $p<0.01$), İlişkiler ile Fiziksel İhmal ($r=.33$, $p<0.01$), İntihar Kendini Yaralama Davranışı ile Fiziksel İhmal ($r=.40$, $p<0.01$), Boşluk Duygusu ile Fiziksel İhmal ($r=.30$, $p<0.01$) değişkenleri arasında orta düzey pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Yoğun Öfke ile Duygusal İhmal ($r=.25$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyon saptanmıştır.

Borderline Kişilik Ölçeği ile Duygusal İhmal ($r=.46$, $p<0.01$), Duygulanımda Kararsızlık ile Duygusal İhmal ($r=.35$, $p<0.01$), Terk Edilme ile Duygusal İhmal ($r=.46$, $p<0.01$), İlişkiler ile Duygusal İhmal ($r=.39$, $p<0.01$), Kendilik İmgesi ile Duygusal İhmal ($r=.38$, $p<0.01$), İntihar Kendini Yaralama Davranışı ile Duygusal İhmal ($r=.44$, $p<0.01$), Boşluk Duygusu ile Duygusal İhmal ($r=.44$, $p<0.01$) değişkenleri arasında orta düzey pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Duygulanımda Kararsızlık ile Cinsel Taciz ($r=.20$, $p<0.05$), İlişkiler ile Cinsel Taciz ($r=.22$, $p<0.01$), Kendilik İmgesi ile Cinsel Taciz ($r=.28$, $p<0.01$), İntihar Kendini Yaralama Davranışı ile Cinsel Taciz ($r=.28$, $p<0.01$), Psikoz

Benzeri Durumlar ile Cinsel Taciz ($r=.22$, $p<0.05$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Borderline Kişilik Ölçeği ile Cinsel Taciz ($r=.35$, $p<0.01$), Terk Edilme ile Cinsel Taciz ($r=.38$, $p<0.01$), Boşluk Duygusu ile Cinsel Taciz ($r=.36$, $p<0.01$) değişkenleri arasında orta düzey pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Psikoz Benzeri Durumlar ile Aşırı Koruma/Kontrol ($r=.22$, $p<0.01$) değişkenleri arasında düşük düzey pozitif korelasyon saptanmıştır.

Borderline Kişilik Ölçeği ile Aşırı Koruma/Kontrol ($r=.46$, $p<0.01$), Duygulanımda Kararsızlık ile Aşırı Koruma/Kontrol ($r=.31$, $p<0.01$), Terk Edilme ile Aşırı Koruma/Kontrol ($r=.42$, $p<0.01$), İlişkiler ile Aşırı Koruma/Kontrol ($r=.37$, $p<0.01$), Kendilik İmgesi ile Aşırı Koruma/Kontrol ($r=.42$, $p<0.01$), İntihar Kendini Yaralama Davranışı ile Aşırı Koruma/Kontrol ($r=.41$, $p<0.01$), Boşluk Duygusu ile Aşırı Koruma/Kontrol ($r=.32$, $p<0.01$), Yoğun Öfke ile Aşırı Koruma/Kontrol ($r=.32$, $p<0.01$) değişkenleri arasında orta düzey pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

C. Aracı Rol Analizi

Bu bölümde, aracılık analizi için Process 4.2 kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

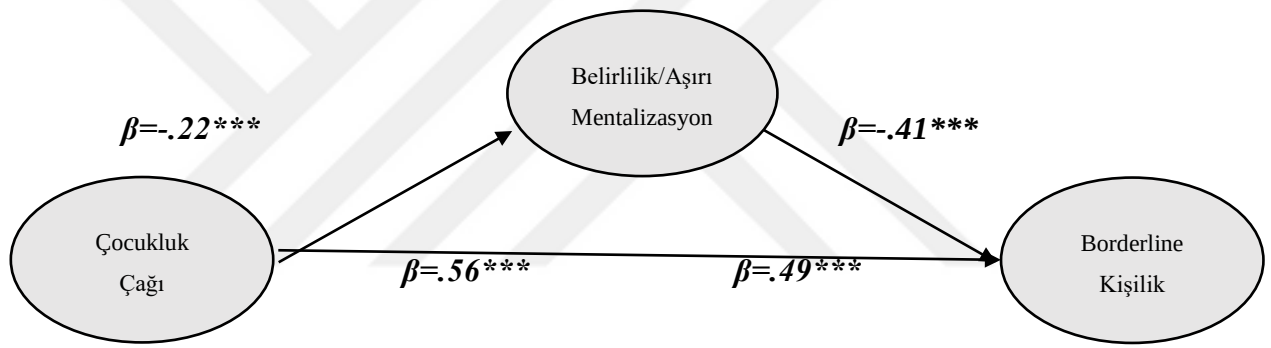
Çizelge 5. Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyi ile Borderline Kişilik Özellikleri Düzeyi Arasındaki İlişkide Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon Aracı Rolüne İlişkin Bulgular

						%95 Güven Aralığı				
Model		B	SH	β	t	p	Alt Sınır	Üst Sınır	F	R ²
1	Sabit	-0.56	1.91		-0.30	0.768	-4.32	3.19	181.88***	.32
	Çocukluk Çağı Travmaları	0.47	0.03	0.56	13.49	<.001***	0.40	0.54		
	Sabit	10.93	2.36		4.63	<.001***	6.29	15.57	131.44***	.40
	Çocukluk Çağı Travmaları	0.41	0.03	0.49	12.37	<.001***	0.35	0.48		
2	Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon	-0.42	0.06	-0.30	-7.47	<.001***	-0.53	-0.31		
	Dolaylı Etki (Aracı)	0.06	0.02				0.02	0.10		

*** $p<.001$, ** $p<.01$, * $p<.05$ Kullanılan test: Process Macro 4.2

Aracı rol analizi sonuçları değerlendirildiğinde, çocukluk çağı travmaları bağımsız değişkeni BKÖ bağımlı değişkenini anlamlı düzeyde yordadığı

görülmektedir. R^2 değeri .32 olup, yordayıcıların sonuç değişkenindeki varyansın %32'sini açıklayabildiği tespit edilmiştir ($F(1,395)=181.88$, $p<.001$). Bulgular sonucunda, çocukluk çağı travmalarının BKÖ anlamlı düzeyde pozitif yönde yordadığı ($\beta=.56$, $t=13.49$, $p<.001$) saptanmıştır. Aracı değişken olan belirlilik/Aşırı Mentalizasyon alındıktan sonraki regresyon modelinde R^2 değeri .40 olup, yordayıcıların sonuç değişkenindeki varyansın %40'ını açıkladığı görülmektedir. Aracı değişken modele alındıktan sonra, modeller arasında açıklanan varyans farkı .08 olarak tespit edilmiştir. Çocukluk dönemi travmalarının β katsayısı, 0.56'dan 0.49'a düşmüştür ve istatistiksel olarak anlamlılığını sürdürerek kısmi aracılık rolü olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda, belirlilik/Aşırı Mentalizasyon değişkeninin toplam kısmi aracılık etkisi ($\beta=0.07$, %95 GA [.02, .10]) olarak elde edilmiştir.



*** $p<.001$, ** $p<.01$, * $p<.05$

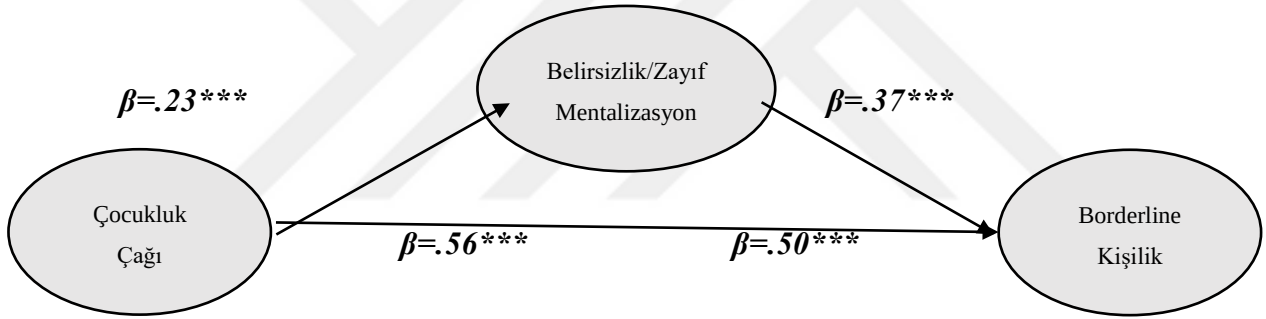
Şekil 1. Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyi ile Borderline Kişilik Özellikleri Düzeyi Arasındaki İlişkide Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon Aracı Rolüne İlişkin Grafik

Çizelge 6. Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyi ile Borderline Kişilik Özellikleri Düzeyi Arasındaki İlişkide Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon Aracı Rolüne İlişkin Bulgular

Model		B	SH	β	t	p	%95 Güven Aralığı		F	R^2
							Alt Sınır	Üst Sınır		
1	Sabit	-0.56	1.91		-0.30	0.768	-4.32	3.19	181.88***	.32
	Çocukluk Çağı Travmaları	0.47	0.03	0.56	13.49	<.001***	0.40	0.54		
2	Sabit	-5.73	2.00		-2.87	0.004**	-9.65	-1.81	119.85***	.38
	Çocukluk Çağı Travmaları	0.42	0.03	0.50	12.29	<.001***	0.35	0.48		
	Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon	0.28	0.04	0.26	6.32	<.001***	0.19	0.37		
	Dolaylı Etki (Aracı)	0.05	0.01				0.03	0.08		

*** $p<.001$, ** $p<.01$, * $p<.05$ Kullanılan test: Process Macro 4.2

Aracı rol analizi sonuçları değerlendirildiğinde, çocukluk çağı travmaları bağımsız değişkeni BKÖ bağımlı değişkenini anlamlı düzeyde yordadığı görülmektedir. R^2 değeri .32 olup, yordayıcıların sonuç değişkenindeki varyansın %32'sini açıklayabildiği tespit edilmiştir ($F(1,395)=181.88, p<.001$). Bulgular sonucunda, çocukluk çağı travmalarının BKÖ anlamlı düzeyde pozitif yönde yordadığı ($\beta=.56, t=13.49, p<.001$) saptanmıştır. Aracı değişken olan Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon alındıktan sonraki regresyon modelinde R^2 değeri .38 olup, yordayıcıların sonuç değişkenindeki varyansın %38'ini açıkladığı görülmektedir. Aracı değişken modele alındıktan sonra, modeller arasında açıklanan varyans farkı .06 olarak tespit edilmiştir. Çocukluk dönemi travmalarının β katsayısı, 0.56'dan 0.50'ye düşmüştür ve istatistiksel olarak anlamlılığını sürdürerek kısmi aracılık rolü olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda, Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon değişkeninin toplam kısmi aracılık etkisi ($\beta=0.06, \%95 \text{ GA } [.03, .08]$) olarak elde edilmiştir.



*** $p<.001$, ** $p<.01$, * $p<.05$

Şekil 2. Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyi ile Borderline Kişilik Özellikleri Düzeyi Arasındaki İlişkide Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon Aracı Rolüne İlişkin Grafik

D. Karşılaştırma Analizi

Bu kısımda, Gözlerden Zihin Okuma Testi, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Borderline Kişilik Ölçeği ve Yansıtıcı İşlevsellik Ölçeğinin dövme ile ilgili verilere göre incelenmesi amacıyla Bağımsız Örneklem t-testi, ANOVA, Mann Whitney U, Kruskal Wallis-H testleri kullanılmıştır. Elde edilen bulgular, ilgili çizelgelerde detaylı bir şekilde sunulmuştur.

Çizelge 7. Dövme Varlığı ve Yokluğuna Göre, Gözlerden Zihin Becerisi, Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyi, Borderline Kişilik Özellikleri Düzeyi ve Mentalizasyon Becerisinin Karşılaştırılması

Bağımlı Değişkenler	Dövmesi Olmayan(n=261)		Dövmesi Olan(n=136)		t/z	p
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Gözlerden Zihin Okuma Testi	12.10	2.26	12.06	2.08	0.19 ^a	0.848
ÇÇTÖ	51.28	16.53	54.01	19.37	-1.47 ^a	0.143
Duygusal Taciz	8.24	3.92	9.34	4.93	-2.25 ^a	0.025*
Fiziksel Taciz	6.26	2.98	6.65	3.52	-0.81 ^b	0.418
Fiziksel İhmal	8.08	3.64	7.56	3.45	1.37 ^a	0.172
Duygusal İhmal	11.70	4.89	12.33	5.32	-1.17 ^a	0.241
Cinsel Taciz	6.66	3.66	6.88	4.11	-0.71 ^b	0.477
Aşırı Koruma/Kontrol	10.33	4.24	11.25	5.04	-1.81 ^a	0.071
Borderline Kişilik Ölçeği	21.39	13.65	28.53	15.34	-4.74 ^a	<.001***
Dürtüsellik	1.76	1.87	2.89	1.93	-5.65 ^a	<.001***
Duygulanımda Kararsızlık	3.70	2.31	4.83	2.72	-4.14 ^a	<.001***
Terk Edilme	2.31	1.96	3.04	2.45	-2.98 ^a	0.003**
İlişkiler	2.49	2.17	3.07	2.38	-2.47 ^a	0.014*
Kendilik İmgesi	1.88	2.17	2.63	2.60	-2.85 ^a	0.005**
İntihar Kendini Yaralama Davranışı	0.87	1.54	1.63	2.07	-3.77 ^a	<.001***
Boşluk Duygusu	3.14	2.55	3.69	2.53	-2.06 ^a	0.040*
Yoğun Öfke	3.21	2.73	4.29	3.13	-3.42 ^a	0.001**
Psikoz Benzeri Durumlar	2.02	1.91	2.46	2.05	-2.04 ^a	0.042*
Belirlilik	21.44	10.78	18.82	9.55	2.38 ^a	0.018*
Belirsizlik	26.30	12.27	29.66	15.01	-2.25 ^a	0.026*

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$ Kullanılan Test: a: Bağımsız Örneklem T-Testi, b: Mann Whitney -U

Çizelge 7'deki bulgulara ait sonuçlar incelendiğinde, Gözlerden Zihin Okuma Testi, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Fiziksel Taciz, Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal, Cinsel Taciz, Aşırı Koruma/Kontrol alt ölçeğinden elde edilen puanlar, dövme durumuna göre ele alındığında, dövmesi olan grup ile olmayan grup arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p > .05$).

Borderline Kişilik Ölçeği, Dürtüsellik, Duygulanımda Kararsızlık, Terk Edilme, İlişkiler, Kendilik İmgesi, İntihar Kendini Yaralama Davranışı, Boşluk Duygusu, Yoğun Öfke, Psikoz Benzeri Durumlar, Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon, Duygusal Taciz alt ölçeğinden elde edilen puanlar, dövme durumuna göre ele alındığında, dövmesi olan grup ile olmayan grup arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p < .05$). Ölçeklerden alınan ortalama puanlar değerlendirildiğinde dövmesi olanların puanlarının, dövmesi olmayanlara göre daha fazla olduğu gözlemlenmiştir.

Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon alt ölçeğinden elde edilen puanlar, dövme durumuna göre ele alındığında, grupların arasında anlamlı bir farklılık tespit

edilmiştir ($p<.05$). Ölçeklerden alınan ortalama puanlar değerlendirildiğinde, dövmesi olmayanların puanlarının, dövmesi olanlara göre daha fazla olduğu gözlemlenmiştir.

Çizelge 8. Dövme Büyüklüğüne Göre, Gözlerden Zihin Okuma Becerisi, Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyi, Borderline Kişilik Özellikleri Düzeyi ve Mentalizasyon Becerisinin Karşılaştırılması

Bağımlı Değişkenler	Dövmelerin Toplam Büyüklüğü Dövmem yok ¹ (n=261)		2 cm çapından küçük (1 TL'lik madeni para boyutunu göz önünde bulundurunuz.) ² (n=24)		1 kâğıt banknottan küçük (2 cm çapından büyük) ³ (n=71)		Vücudumun belirli bir bölgesi dövmelele kaplı (kol. bacak. sırt vb.) ⁴ (n=41)		X ²	p	Fark
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS			
Gözlerden Zihin Okuma Testi	12.10	2.26	11.63	2.24	12.15	2.03	12.15	2.10	1.31	0.727	-
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	51.28	16.53	45.96	10.64	52.87	18.94	60.68	22.08	9.28	0.026*	4>3,2,1
Duygusal Taciz	8.24	3.92	7.04	2.51	9.00	4.06	11.27	6.52	13.27	0.004**	4>1,2 3>2
Fiziksel Taciz	6.26	2.98	6.08	2.80	6.61	3.68	7.07	3.65	5.74	0.125	-
Fiziksel İhmal	8.08	3.64	6.83	3.27	7.32	3.74	8.39	2.91	13.00	0.005**	4>2,3 3,2>1
Duygusal İhmal	11.70	4.89	11.00	4.90	11.99	4.99	13.71	5.91	4.93	0.177	-
Cinsel Taciz	6.66	3.66	5.63	1.69	6.79	3.73	7.76	5.42	2.54	0.468	-
Aşırı Koruma/Kontrol	10.33	4.24	9.38	3.75	11.17	5.10	12.49	5.32	7.74	0.052	-
Borderline Kişilik Ölçeği	21.39	13.65	21.96	14.61	28.99	16.12	31.59	13.43	26.86	<.001***	3,4>1,2
Dürtüsellik	1.76	1.87	1.88	1.83	2.94	1.82	3.39	1.99	42.74	<.001***	3,4>1,2
Duygulanımda Kararsızlık	3.70	2.31	4.58	3.43	4.80	2.71	5.02	2.30	17.53	0.001**	3,4>1
Terk Edilme	2.31	1.96	1.92	1.59	3.31	2.65	3.22	2.37	12.70	0.005**	3,4>1,2
İlişkiler	2.49	2.17	2.29	1.65	2.87	2.48	3.88	2.38	12.94	0.005**	4>1,2,3
Kendilik İmgesi	1.88	2.17	1.71	1.76	3.01	2.72	2.49	2.72	11.31	0.010**	3>1,2
İntihar Kendini Yaralama Davranışı	0.87	1.54	0.79	1.69	1.65	2.19	2.10	1.95	22.95	<.001***	4>2,3 4,3>1
Boşluk Duygusu	3.14	2.55	2.71	2.01	3.92	2.51	3.88	2.73	9.06	0.028*	3>1
Yoğun Öfke	3.21	2.73	3.88	3.48	4.25	3.15	4.61	2.91	12.21	0.007**	4,3s>1
Psikoz Benzeri Durumlar	2.02	1.91	2.21	2.19	2.23	2.08	3.00	1.84	9.65	0.022*	4>1,3
Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon	21.44	10.78	20.46	12.48	18.70	8.88	18.07	8.85	6.25	0.100	-
Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon	26.30	12.27	31.13	15.48	26.52	14.88	34.24	13.94	12.15	0.007**	4>1,3

*** $p<.001$, ** $p<.01$, * $p<.05$ Kullanılan Test: Kruskal Wallis-H

Çizelge 8'deki bulgulara ait sonuçlar incelendiğinde, Verilen bulgulara ait sonuçlar incelendiğinde, Gözlerden Zihin Okuma Testi, Fiziksel Taciz, Duygusal İhmal, Cinsel Taciz, Aşırı Koruma/Kontrol Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon aldıkları puanlar dövmelerin toplam büyüklüğüne göre değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>.05$).

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinden aldıkları puanlar dövmelerin toplam büyüklüğüne göre incelendiğinde, karşılaştırılan gruplar arasında anlamlı düzeyde

fark tespit edilmiştir ($p<.05$). Grupların karşılaştırmalarına ait sonuçlar ele alındığında, ‘vücudunun belirli bir bölgesi dövmelerle kaplı’ olanların aldığı puanları ‘dövmem yok’, ‘2 cm çapından küçük’ ve ‘1 kâğıt banknottan küçük’ dövmesi olanlara kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı gözlemlenmiştir.

Duygusal Taciz alt ölçeğinden aldıkları puanlar dövmelerin toplam büyüklüğüne göre incelendiğinde, karşılaştırılan gruplar arasında anlamlı düzeyde fark tespit edilmiştir ($p<.05$). Grupların karşılaştırmalarına ait sonuçlar ele alındığında, ‘vücudunun belirli bir bölgesi dövmelerle kaplı’ olanların aldığı puanları ‘dövmesi olmayan’ ve ‘2 cm çapından küçük’ dövmesi olanlara kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı, ‘1 kâğıt banknottan küçük’ dövmesi olanların aldığı puanları ‘2 cm çapından küçük’ dövmesi olanlara kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı gözlemlenmiştir.

Fiziksel İhmal alt ölçeğinden aldıkları puanlar dövmelerin toplam büyüklüğüne göre incelendiğinde, karşılaştırılan gruplar arasında anlamlı düzeyde fark tespit edilmiştir ($p<.05$). Grupların karşılaştırmalarına ait sonuçlar ele alındığında, ‘1 kâğıt banknottan küçük’ ve ‘2 cm çapından küçük’ dövmesi olanların aldığı puanları ‘dövmesi olmayan’ gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı, ‘vücudunun belirli bir bölgesi dövmelerle kaplı’ olanların aldığı puanları ‘2 cm çapından küçük’ ve ‘1 kâğıt banknottan küçük’ dövmesi olanlara kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı gözlemlenmiştir.

Borderline Kişilik Ölçeğinden aldıkları puanlar dövmelerin toplam büyüklüğüne göre incelendiğinde, karşılaştırılan gruplar arasında anlamlı düzeyde fark tespit edilmiştir ($p<.05$). Grupların karşılaştırmalarına ait sonuçlar ele alındığında, ‘vücudunun belirli bir bölgesi dövmelerle kaplı’ ve ‘1 kâğıt banknottan küçük’ dövmesi olanların aldığı puanları ‘dövmesi olmayan’ ve ‘2 cm çapından küçük’ dövmesi olanlara kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı gözlemlenmiştir.

Dürtüsellik alt ölçeğinden aldıkları puanlar dövmelerin toplam büyüklüğüne göre incelendiğinde, karşılaştırılan gruplar arasında anlamlı düzeyde fark tespit edilmiştir ($p<.05$). Grupların karşılaştırmalarına ait sonuçlar ele alındığında,

‘vücudunun belirli bir bölgesi dövmelele kaplı’ ve ‘1 kâğıt banknottan küçük’ dövmelele olanların aldığı puanları ‘dövmelele olmayan’ ve ‘2 cm çapından küçük’ dövmelele olanlara kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı gözlemlenmiştir.

Duygulanımda Kararsızlık alt ölçeğinden aldıkları puanlar dövmelelelerin toplam büyüklüğüne göre incelendiğinde, karşılaştırılan gruplar arasında anlamlı düzeyde fark tespit edilmiştir ($p<.05$). Grupların karşılaştırmalarına ait sonuçlar ele alındığında, ‘vücudunun belirli bir bölgesi dövmelelele kaplı’ ve ‘1 kâğıt banknottan küçük’ dövmelelele olanların aldığı puanları ‘dövmelelele olmayan’ gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı gözlemlenmiştir.

Terk Edilme alt ölçeğinden aldıkları puanlar dövmelelelerin toplam büyüklüğüne göre incelendiğinde, karşılaştırılan gruplar arasında anlamlı düzeyde fark tespit edilmiştir ($p<.05$). Grupların karşılaştırmalarına ait sonuçlar ele alındığında, ‘vücudunun belirli bir bölgesi dövmelelele kaplı’ ve ‘1 kâğıt banknottan küçük’ dövmelelele olanların aldığı puanları ‘dövmelelele olmayan’ ve ‘2 cm çapından küçük’ dövmelelele olanlara kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı gözlemlenmiştir.

İlişkiler alt ölçeğinden aldıkları puanlar dövmelelelerin toplam büyüklüğüne göre incelendiğinde, karşılaştırılan gruplar arasında anlamlı düzeyde fark tespit edilmiştir ($p<.05$). Grupların karşılaştırmalarına ait sonuçlar ele alındığında, ‘vücudunun belirli bir bölgesi dövmelelelele kaplı’ olanların aldığı puanları ‘dövmelelelele olmayan’ ve ‘2 cm çapından küçük’, ‘1 kâğıt banknottan küçük’ dövmelelelele olanlara kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı gözlemlenmiştir.

Kendilik İmgesi alt ölçeğinden aldıkları puanlar dövmelelelerin toplam büyüklüğüne göre incelendiğinde, karşılaştırılan gruplar arasında anlamlı düzeyde fark tespit edilmiştir ($p<.05$). Grupların karşılaştırmalarına ait sonuçlar ele alındığında, ‘1 kâğıt banknottan küçük’ olanların aldığı puanları ‘dövmelelelelele olmayan’ gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı gözlemlenmiştir.

İntihar Kendini Yaralama Davranışı alt ölçeğinden aldıkları puanlar dövmelelelerin toplam büyüklüğüne göre incelendiğinde, karşılaştırılan gruplar

Boşluk Duygusu alt ölçeğinden aldıkları puanlar dövmelerin toplam büyüklüğüne göre incelendiğinde, karşılaştırılan gruplar arasında anlamlı düzeyde fark tespit edilmiştir ($p<.05$). Grupların karşılaştırmalarına ait sonuçlar ele alındığında, ‘1 kâğıt banknottan küçük’ olanların aldığı puanları ‘dövmesi olmayan’ gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı gözlemlenmiştir.

Psikoz Benzeri Durumlar alt ölçeğinden aldıkları puanlar dövmelerin toplam büyüklüğüne göre incelendiğinde, karşılaştırılan gruplar arasında anlamlı düzeyde fark tespit edilmiştir ($p<.05$). Grupların karşılaştırmalarına ait sonuçlar ele alındığında, ‘vücudunun belirli bir bölgesi dövmelerle kaplı’ olanların aldığı puanları ‘dövmesi olmayan’ ve ‘1 kâğıt banknottan küçük’ dövmesi olan gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı gözlemlenmiştir.

83

Çizelge 9. Dövmelerin Yerine Göre, Gözlerden Zihin Okuma Becerisi, Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyi, Borderline Kişilik Özellikleri Düzeyi ve Mentalizasyon Becerisinin Karşılaştırılması

Bağımlı Değişkenler	Dövme yeri Dövme yok ¹ (n=261)		Kol veya bacaklarda ² (n= 71)		Günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde, sırt gibi bölgelerde ³ (n= 16)		Kol veya bacaklarda ve Günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde, sırt gibi bölgelerde ⁴ (n=19)		Ellerde ⁵ (n= 16)		Yüz ve yüze yakın bölgeler ⁶ (n= 14)		X ²	p	Fark
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS			
Gözlerden Zihin Okuma Testi	12.10	2.26	12.15	1.90	11.38	2.33	11.84	2.27	12.63	2.00	12.00	2.54	2.83	0.727	-
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	51.28	16.53	49.89	17.13	55.50	17.85	57.68	21.36	59.50	16.01	61.93	28.33	10.91	0.053	-
Duygusal Taciz	8.24	3.92	8.80	5.04	9.25	4.92	9.00	4.15	10.50	4.00	11.29	6.17	11.07	0.050	-
Fiziksel Taciz	6.26	2.98	5.76	1.76	7.25	3.61	6.53	4.39	8.31	4.00	8.79	6.25	11.20	0.047*	5>1,2,4
Fiziksel İhmal	8.08	3.64	6.79	2.83	7.94	3.99	8.68	3.42	8.00	2.88	9.00	5.36	12.20	0.032*	2>1 4>2
Duygusal İhmal	11.70	4.89	12.01	5.58	11.00	4.52	13.63	4.30	12.69	5.26	13.29	6.23	4.63	0.463	-
Cinsel Taciz	6.66	3.66	5.76	2.25	7.13	4.30	9.79	6.54	8.44	5.56	6.50	3.16	15.49	0.008**	4>1,3 6>4 4>2
Aşırı Koruma/Kontrol	10.33	4.24	10.76	4.93	12.94	4.19	10.05	4.29	11.56	5.77	13.07	6.17	8.47	0.132	-
Borderline Kişilik Ölçeği	21.39	13.65	24.31	14.34	23.94	9.89	33.37	18.46	35.19	9.84	41.00	16.09	37.94	<.001***	5>1,2,3 6>1,2,3 4>1
Dürtüsellik	1.76	1.87	2.35	1.81	2.69	1.66	3.21	2.04	4.25	1.44	3.86	2.11	47.53	<.001***	2,3,4,5,6>1 6,5>2
Duygulanımda Kararsızlık	3.70	2.31	4.23	2.86	3.81	1.80	5.42	2.59	5.81	2.26	7.14	1.79	37.19	<.001***	4,5,6>1 5,6>2,3 4>2
Terk Edilme	2.31	1.96	2.56	2.14	2.63	2.03	3.89	3.25	3.38	1.96	4.36	3.05	14.75	0.011**	4,5,6>1 6>2
İlişkiler	2.49	2.17	2.69	2.26	3.00	2.13	3.00	2.29	3.69	2.73	4.50	2.59	12.28	0.031*	6>1,2
Kendilik İmgesi	1.88	2.17	2.17	2.36	2.00	1.71	3.11	2.94	2.88	2.63	4.71	3.22	17.72	0.003**	6>1,2,3
İntihar Kendini Yaralama Davranışı	0.87	1.54	1.06	1.68	0.94	1.57	2.11	2.18	2.94	2.08	3.21	2.69	33.34	<.001***	4,5,6>1 5,6>2,3 4>2
Boşluk Duygusu	3.14	2.55	3.25	2.42	2.44	1.21	4.84	3.17	4.13	2.31	5.29	2.27	18.78	0.002**	6,4>1,3 6>2
Yoğun Öfke	3.21	2.73	3.80	3.26	3.69	2.41	5.32	2.87	4.75	3.11	5.57	3.11	18.53	0.002**	4,5,6>1 4,6>2
Psikoz Benzeri Durumlar	2.02	1.91	2.20	1.95	2.75	1.44	2.47	2.37	3.38	2.36	2.36	2.21	8.42	0.135	-
Belirlilik/Aşırı Mentalizasyon	21.44	10.78	19.87	10.07	18.19	7.88	16.42	11.22	19.81	8.50	16.36	6.99	8.80	0.117	-
Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon	26.30	12.27	28.14	13.98	24.31	18.61	33.89	16.03	32.25	15.80	34.79	11.47	11.42	0.044*	6>1,2,3

*** $p<.001$, ** $p<.01$, * $p<.05$ Kullanılan Test: Kruskal Wallis-H

Verilen bulgulara ait sonuçlar incelendiğinde, Gözlerden Zihin Okuma Testi, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Duygusal Taciz, Duygusal İhmal, Aşırı Koruma/Kontrol, Psikoz Benzeri Durumlar, Belirlilik/Aşırı Mentalizasyondan aldıkları puanlar dövme yerine göre ele alındığında, grupların arasında bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>.05$).

Fiziksel Taciz alt ölçeğinden aldıkları puanlar dövme yerine göre ele alındığında, grupların arasında bir farklılık tespit edilmiştir ($p<.05$). Grupların karşılaştırmalarına ait sonuçlar ele alındığında, ‘ellerde’ dövmesi olan grubun ‘dövmesi olmayan’, ‘kol veya bacaklarda’ ve ‘kol ve bacaklarda ve günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde, sırt gibi bölgelerde’ dövmesi olan gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı gözlemlenmiştir.

Fiziksel İhmal alt ölçeğinden aldıkları puanlar dövme yerine göre ele alındığında, grupların arasında bir farklılık tespit edilmiştir ($p<.05$). Grupların karşılaştırmalarına ait sonuçlar ele alındığında, ‘kol ve bacaklarda’ dövmesi olan grubun ‘dövmesi olmayan’ dövmesi olan gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı, ‘kol veya bacaklarda ve günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde, sırt gibi bölgelerde’ dövmesi olan grubun ‘kol veya bacaklarda’ dövmesi olan gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı gözlemlenmiştir.

Cinsel Taciz alt ölçeğinden aldıkları puanlar dövme yerine göre ele alındığında, grupların arasında bir farklılık tespit edilmiştir ($p<.05$). Grupların karşılaştırmalarına ait sonuçlar ele alındığında, ‘kol veya bacaklarda ve günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde, sırt gibi bölgelerde’ dövmesi olan grubun ‘kol veya bacaklarda’ ve ‘günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde, sırt gibi bölgelerde’ dövmesi olan gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı, ‘yüz ve yüze yakın bölgeler’ dövmesi olan grubun ‘kol veya bacaklarda ve günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde, sırt gibi bölgelerde’ dövmesi olan gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı, ‘kol veya bacaklarda ve günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde, sırt gibi bölgelerde’ dövmesi olan grubun ‘dövmesi olmayan’ gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı, gözlemlenmiştir.

Borderline Kişilik Ölçeğinden aldıkları puanlar dövme yerine göre ele alındığında, grupların arasında bir farklılık tespit edilmiştir ($p<.05$). Grupların karşılaştırmalarına ait sonuçlar ele alındığında, ‘ellerde’ dövmesi olan grubun ‘dövmesi olmayan’, ‘kol veya bacaklarda ve ‘günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde, sırt gibi bölgelerde’ dövmesi olan gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı, ‘yüz ve yüze yakın bölgelerde’ dövmesi olan grubun ‘dövme olmayan’, ‘kol veya bacaklarda’ ve ‘günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde, sırt gibi bölgelerde’ dövmesi olan gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı, ‘kol veya bacaklarda ve günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde, sırt gibi bölgelerde’ dövmesi olan grubun ‘dövme olmayan’ gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı gözlemlenmiştir.

Dürtüsellik alt ölçeğinden aldıkları puanlar dövme yerine göre ele alındığında, grupların arasında bir farklılık tespit edilmiştir ($p<.05$). Grupların karşılaştırmalarına ait sonuçlar ele alındığında, ‘Kol veya bacaklarda’, ‘günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde. sırt gibi bölgelerde’, ‘kol veya bacaklarda ve hayatta kıyafetle örtülü olan gövde, sırt gibi bölgelerde’, ‘yüz ve yüze yakın bölgelerde’ ve ‘ellerde’ dövmesi olan grubun ‘dövmesi olmayan’ gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı, ‘ellerde’ ve ‘yüz ve yüze yakın bölgeler ‘ dövme olan grubun ‘kol veya bacaklarda’ dövmesi olan gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı gözlemlenmiştir.

Duygulanımda Kararsızlık alt ölçeğinden aldıkları puanlar dövme yerine göre ele alındığında, grupların arasında bir farklılık tespit edilmiştir ($p<.05$). Grupların karşılaştırmalarına ait sonuçlar ele alındığında, ‘kol veya bacaklarda ve günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde. sırt gibi bölgelerde’, ‘ellerde’ ve ‘yüz ve yüze yakın bölgelerde’ dövmesi olan grubun ‘dövmesi olmayan’ gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı, ‘yüz ve yüze yakın bölgelerde’ ve ‘ellerde’ dövmesi olan grubun ‘kol veya bacaklarda’ ve ‘günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde, sırt gibi bölgelerde’ dövmesi olan gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı, ‘kol veya bacaklarda ve günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde. sırt gibi bölgelerde’ dövmesi olan grubun ‘kol veya bacaklarda’ dövmesi olan gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı gözlemlenmiştir.

Terk Edilme alt ölçeğinden aldıkları puanlar dövme yerine göre ele alındığında, grupların arasında bir farklılık tespit edilmiştir ($p<.05$). Grupların karşılaştırmalarına ait sonuçlar ele alındığında, ‘kol veya bacaklarda ve günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde. sırt gibi bölgelerde’, ‘ellerde’ ve ‘yüz ve yüze yakın bölgelerde’ dövmesi olan grubun ‘dövmesi olmayan’ gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı, ‘yüz ve yüze yakın bölgelerde’ dövmesi olan grubun ‘kol veya bacaklarda’ dövmesi olan gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı gözlemlenmiştir.

İlişkiler alt ölçeğinden aldıkları puanlar dövme yerine göre ele alındığında, grupların arasında bir farklılık tespit edilmiştir ($p<.05$). Grupların karşılaştırmalarına ait sonuçlar ele alındığında, ‘yüz ve yüze yakın bölgelerde’ dövmesi olan grubun ‘dövmesi olmayan’ ve ‘kol veya bacaklarda’ dövmesi olan gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı gözlemlenmiştir.

Kendilik İmgesi alt ölçeğinden aldıkları puanlar dövme yerine göre ele alındığında, grupların arasında bir farklılık tespit edilmiştir ($p<.05$). Grupların karşılaştırmalarına ait sonuçlar ele alındığında, ‘yüz ve yüze yakın bölgelerde’ dövmesi olan grubun ‘dövmesi olmayan’ ve ‘kol veya bacaklarda’, ‘günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde. sırt gibi bölgelerde’ dövmesi olan gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı gözlemlenmiştir.

İntihar Kendini Yaralama Davranışı alt ölçeğinden aldıkları puanlar dövme yerine göre ele alındığında, grupların arasında bir farklılık tespit edilmiştir ($p<.05$). Grupların karşılaştırmalarına ait sonuçlar ele alındığında, ‘kol veya bacaklarda ve günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde. sırt gibi bölgelerde’, ‘ellerde’ ve ‘yüz ve yüze yakın bölgelerde’ dövmesi olan grubun ‘dövmesi olmayan’ gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı, ‘yüz ve yüze yakın bölgelerde’ ve ‘ellerde’ dövmesi olan grubun ‘kol veya bacaklarda’ ve ‘günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde, sırt gibi bölgelerde’ dövmesi olan gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı, ‘kol veya bacaklarda ve günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde. sırt gibi bölgelerde’ dövmesi olan grubun ‘kol veya bacaklarda’ dövmesi olan gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı gözlemlenmiştir..

Boşluk Duygusu alt ölçeğinden aldıkları puanlar dövme yerine göre ele alındığında, grupların arasında bir farklılık tespit edilmiştir ($p<.05$). Grupların karşılaştırmalarına ait sonuçlar ele alındığında, ‘kol veya bacaklarda ve günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde. sırt gibi bölgelerde’ ve ‘yüz ve yüze yakın bölgelerde’ dövmesi olan grubun ‘dövmesi olmayan’ ve ‘günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde. sırt gibi bölgelerde’ gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı, ‘yüz ve yüze yakın bölgelerde’ dövmesi olan grubun ‘kol veya bacaklarda’ dövmesi olan gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı gözlemlenmiştir.

Yoğun Öfke alt ölçeğinden aldıkları puanlar dövme yerine göre ele alındığında, grupların arasında bir farklılık tespit edilmiştir ($p<.05$). Grupların karşılaştırmalarına ait sonuçlar ele alındığında, ‘kol veya bacaklarda ve günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde. sırt gibi bölgelerde’, ‘ellerde’ ve ‘yüz ve yüze yakın bölgelerde’ dövmesi olan grubun ‘dövmesi olmayan’ gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı, ‘yüz ve yüze yakın bölgelerde’ ve ‘kol veya bacaklarda ve günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde, sırt gibi bölgelerde’ dövmesi olan grubun ‘kol veya bacaklarda’ dövmesi olan gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı gözlemlenmiştir

Belirsizlik/Zayıf Mentalizasyon alt ölçeğinden aldıkları puanlar dövme yerine göre ele alındığında, grupların arasında bir farklılık tespit edilmiştir ($p<.05$). Grupların karşılaştırmalarına ait sonuçlar ele alındığında, ‘yüz ve yüze yakın bölgelerde’ dövmesi olan grubun ‘dövmesi olmayan’ ‘kol veya bacaklarda’ ve ‘günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde. sırt gibi bölgelerde’ dövmesi olan gruba göre kıyasladığımızda anlamlı seviyede yüksek puan aldığı gözlemlenmiştir.

XI. TARTIŞMA

Bu çalışmanın temel hipotezi, dövmesi olan bireylerin BKÖ düzeylerinin, dövmesi olmayan bireylere göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu ileri sürmektedir. Bu hipotez doğrulanmıştır.

Mevcut çalışmada BKÖ düzeyi yüksekliği, dövmenin varlığı ile ilişkili bulunmuştur. Dahası, tüm borderline kişilik özelliklerinde birden bu ilişki tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlar, BKÖ ve onun alt boyutları ile dövme ilişkisi üzerine yapılan literatürdeki diğer çalışmalarla uyumlu görünmektedir (D'Ambrosio ve ark.,2013; Požgain ve ark., 2004). Blay ve ark., (2023) yoğun duygusal dalgalanmalar yaşayan bireylerin, dövmeyi bir duygu düzenleme aracı olarak kullandıklarını belirtmektedir. Vizgaitis ve Lenzenweger (2019) artan dövme sayısının, kendilik imgesindeki bozulmanın yansıması olduğunu ifade etmektedir. Kertzman ve ark., (2013) dövmesi olan bireylerde daha fazla dürtüsellik tespit etmiştir. Bireylerin ketleme becerilerindeki düzensizliğin dövme yaptırma davranışına yol açtığını belirtmektedirler. Solis-Bravo ve ark., (2019) dövme olan bireylerin kendini yaralama ve intihar davranışlarını daha sık gösterdiklerini bulmuştur. Cardasis ve ark., (2008) dövmeli bireylerin daha fazla intihar girişimi öyküsüne sahip olduklarını tespit etmişlerdir.

Duygusal taciz hariç, çocukluk çağı travmaları ile dövme varlığı arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. Ancak dövmesi olan bireyler, çocukluklarında daha yüksek düzeyde duygusal taciz rapor etmişlerdir. Dövme büyüklüğü arttıkça bildirilen travma düzeyinin arttığı gözlenmiştir. ÇÇT ile dövme arasındaki ilişkiyi araştıran, Ernst ve ark., (2022) dövmesi olan bireylerin çocukluk çağı travma düzeylerinin ölçülen tüm alt boyutlarında dövmesi olmayanlardan oluşan gruba göre daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Araştırmacılar Almanya'da 1060 kişiye ulaşmışlar ve kadın-erkek dağılımını eşite yakın düzeyde sağlamışlardır. Mevcut çalışmanın Türkiye'de yapılmış olması daha az sayıda katılımcıya ulaşmış olması ve katılımcılarının yaklaşık 2/3'ünün kadın olması aradaki farkların olası sebepleri arasında görünmektedir. BKÖ ile ÇÇT arasında ilişki

bulunduğunu belirten çalışmalar, özellikle travmanın duygusal taciz kaynaklı yaşanması halinde borderline patolojiye yol açabileceğini gösteren bulgular öne sürmektedir (Porter ve ark., 2020; Ball ve Links, 2009). Bu tez çalışmasında elde edilen bulgular, dövme ile BKÖ arasındaki ilişkinin varlığını ortaya koyarken, aynı zamanda dövme ile duygusal taciz arasındaki ilişkiyi de göstermektedir.

Mevcut çalışmada, dövmesi olmayan kişilerin mental durumlar üzerine yaptıkları çıkarımlarda daha fazla kendinden emin oldukları sonucu bulunmuştur. Bir başka deyişle, dövmesi olan bireylerin aşırı mentalizasyon ucuna kaymadıkları tespit edilmiştir. Dövmenin varlığında zayıf mentalizasyon düzeylerinin arttığı gözlenmiştir. Bu bulgu Aşırı Mentalizasyon boyutundan elde edilen bulgunun tam tersidir. Aynı boyutun bu iki zıt ucunda, grupların birbirinden tam ters sonuçlar elde etmiş olması son derece tutarlı görünmektedir. Diğer yandan, gözlerden zihin okuma becerisi ile dövmenin varlığı/yokluğu arasında, dövmenin vücutta bulunduğu yer arasında ve dövmenin büyüklüğü arasında bir ilişki tespit edilmemiştir.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre, dövmenin varlığında skalanın aşırı mentalizasyon ucundan uzaklaşıldığı, ancak zayıf mentalizasyon ucuna yaklaşıldığı görülmektedir. Dövmenin yokluğunda ise skalanın aşırı mentalizasyon ucuna daha yaklaşıldığı ve zayıf mentalizasyon ucuna uzaklaşıldığı görülmektedir. Ancak, bu yakınlık ve uzaklık, belli bir patolojiye işaret etmekten çok 2 grubun birbirine görece bulundukları konumları göstermektedir. Literatürde mentalizasyon becerisinin zayıf ve aşırı uçlarıyla, dövme arasındaki ilişki üzerine yapılmış bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte, Gülsün (2021) bu iki boyut ile kendini yaralama davranışı arasındaki ilişki üzerine yaptığı çalışmada Zayıf Mentalizasyon ile kendini yaralama davranışı arasında ilişki tespit etmiştir. Dövmenin bazı açılardan, bir çeşit kendini yaralama davranışı olarak değerlendirilebileceği düşünüldüğünde, Gülsün'ün (2021) elde ettiği bulgular ile mevcut çalışmanın bulgularının uyumlu olduğu görülmektedir.

Mevcut çalışmada, yüzünde ve ellerinde dövmesi olan bireylerde BKÖ düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. İnsan yüzü kimlik algısının en belirgin şekilde ortaya konduğu yer olması bakımından, dövme yaptırma konusunda özel bir anlam taşımaktadır. Psikanalitik literatür borderline örgütlenmedeki bireylerin, kimlik dağınıklığı yaşadıklarını ifade etmektedir

(McWilliams, 1994). Ayrıca DSM-5'te yer alan BKB'nin tanı kriterlerinden birini kimlik dağınıklığı oluşturmaktadır (APA, 2013). İnsan yüzünün, kimliğin en önemli göstereni olduğu düşünüldüğünde, borderline kişilik özellikleri gösteren bireyin, stabil olmayan kendilik algısından rahatsızlık duyması ve bunu yüzüne yaptırdığı dövme ile stabil hale getirmeye çalışıyor olması makul bir açıklama gibi görünmektedir.

Ellere yapılan dövmenin diğer bölgelere yapılan dövmelelerden önemli bir farkı, kişinin kendisinin onu sürekli görüyor olmasıdır. Kişi, yüzü dahil olmak üzere vücudunun her yerine yaptırdığı dövme için kendi görüş alanı dışında tutabilmekteyken, ellerine yaptırdığı dövme için görüş alanı dışında tutabilmesi mümkün değildir. Bu bakımdan ellere yapılan dövme hem ötekilerden saklanması mümkün olmayan hem de kişinin kendinden saklaması mümkün olmayan bir özellik taşımaktadır. Ek olarak, ellerin kemikli yapısından dolayı yapılan dövmelelerin daha fazla acı verdiği bilinmektedir. Borderline patolojinin bir diğer kriteri olan KZV davranışının, dövme yaptırmaya sırasında yaşanan acıyla birlikte örtülü biçimde ortaya çıktığı söylenebilir. Solis-Bravo ve ark., (2019) KZV davranışı gösterenlerin %10'nunun acıyı hissedebilmek amacıyla dövme yaptırdığını tespit etmişlerdir. Kol bacak gibi görece daha yumuşak dokuların bulunduğu bölgelere yapılan dövmelelerin daha az acı verdiği düşünüldüğünde, borderline patolojinin düzeyi arttıkça kişinin acıyı daha çok hissedebileceği bölgelere dövme yaptırmayı tercih etmesi olası görünmektedir. Bu yorum, yüz ve yüze yakın bölgeler -özellikle gırtlak bölgesi- için de geçerlidir. Bu bakımdan mevcut çalışmada, ellerinde dövme olanların, BKÖ düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek çıkması literatürle uyumlu görünmektedir. Tıpkı yüz gibi eller de dövme yapılması bakımından diğer bölgelere göre değişik yönleriyle öne çıkmaktadır.

Mevcut çalışmada dövmesi olmayan bireylerin dürtüsellik düzeyleri anlamlı şekilde düşük çıkmıştır. Bu bulgu, bireylerin daha önceden etraflıca düşünüp dövme yaptırmaya karar vermediklerini, bir anlık dürtüsellik sonucu dövmeye yönelmiş olabileceklerini düşündürmektedir. Ayrıca, ellerine ve yüzüne dövme yaptıran bireylerin dürtüsellik seviyelerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu, ellerinde veya yüzünde dövmesi olanların, kol veya bacaklarında dövmesi olanlara göre daha fazla dürtüsel olduklarını göstermektedir. Yüzünde dövmesi

olan grubun, dokuz borderline kişilik özelliğinin sekizinde -psikoz benzeri durumlar hariç- anlamlı şekilde daha yüksek sonuçlar aldığı tespit edilmiştir. Yüzünde veya ellerinde dövmesi olan bireylerin, sadece dövmesi olmayan bireylere göre değil, aynı zamanda kol, bacak veya sırt gibi bölgelerinde dövmesi olan bireylere göre de BKÖ düzeylerinin anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir.

Yüze yaptırılan dövme ile boşluk duygusu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Buna göre, vücudunun sadece bir bölgesinde dövmesi olanların -örneğin sadece kolunda, ya da sadece sırtında- yaşadığı boşluk duygusu, yüzünde veya yüze yakın bölgelerde dövmesi olan bireylere göre anlamlı şekilde daha azdır. Bir başka deyişle, boşluk duygusunun şiddetinin yüksek olduğu bireylerde, yüze dövme yaptırma davranışının görülme olasılığı yükselmektedir. İnsan yüzünün, kimliğin en önemli göstereni olduğu düşünüldüğünde, mevcut bulgular, kimlik dağınıklığı problemi ile boşluk duygusu arasında yakın bir bağlantı olabileceğini düşündürmektedir. Söz konusu her iki değişken de BKÖ belirleyicileri arasındadır.

Yüze yaptırılan dövme ile kendilik imgesi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Buna göre, yüzünde dövmesi olan bireylerin kendilik imgesi algılarının, anlamlı şekilde daha bozuk olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar BKÖ kriterleri arasında kimlik dağınıklığı bulunduğunu ifade eden literatürle tutarlı görünmektedir. Dövmenin vücutta bulunduğu yer ile intihar, kendini yaralama davranışları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Buna göre dövmenin yüzde veya ellerde olması, bireyin intihar ve kendini yaralama davranışı riskinin daha yüksek olduğuna işaret ederken, aynı zamanda kol, bacak ve gövde gibi birden fazla alana yayılmış olması da riskin yükseldiğine işaret etmektedir. Yüz, gırtlak ve el gibi bölgelerin, dövme yaptırırken daha fazla acı verdiği düşünüldüğünde, bireyin kendini yaralama davranışını, sosyal açıdan daha kabul edilebilir bir formda -dövme formunda- uyguluyor olabileceği varsayımı mevcut bulgularla desteklenmektedir.

Mevcut çalışmada, bireylerin ÇÇT düzeyleri, dövmenin vücutta bulunduğu yere göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Ancak ÇÇT'nin türlerinden olan fiziksel taciz boyutunun, fiziksel ihmal boyutunun ve cinsel taciz boyutunun düzeyinin, dövmenin vücutta bulunduğu yere göre anlamlı şekilde farklılaştığı

tespit edilmiştir. Buna göre, dövmenin ellerde bulunması ile fiziksel taciz düzeyi arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Vücudun birden fazla bölgesinde dövme bulunması ile fiziksel ihmal düzeyi arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Yüze dövme yaptıрма ile cinsel taciz arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, çocuklukta yaşanan travmatik deneyimlerin -en azından bazı türlerinde- şiddeti arttıkça, bireylerin ellerine ve yüzlerine dövme yaptıрма eğilimine girdiklerini göstermektedir. Elde edilen bulgular, alanda çalışan klinisyen ve araştırmacıların, yüzde ve ellerde bulunan dövmelere karşı daha dikkatli olmalarını önermektedir.

Dövme, yaptıran bireyler için pek çok fonksiyonu yerine getirmektedir. Travmatik bir deneyimden sonra yapılan dövme, bazı kişiler için bir tür iyileşme isteğini ortaya koymaktadır ve bu kişiler, dövmelerinin kendilerine, iyileşme yolunda yardımcı olduğunu belirtmektedirler (Wonneberger, 2020). Dövme yaptırmak bireyler için, bir bölümün kapandığını simgelerken, aynı zamanda yeni bir kapının açılmasını ve ilerlemek için açılan bir alanı ifade edebilmektedir. Dövmesi olan pek çok birey, dövmelerini gördüklerinde ya da ona dokunduklarında rahatlama ve güven hissettiklerini ifade etmektedir (Wonneberger, 2020). Dövmenin bu kişiler için bir çeşit sembolik geçiş nesnesi fonksiyonu gördüğü düşünülebilir (Karacaoğlu, 2012). Dövmelerini, vücutlarının hangi bölgesine yaptıracaklarına dair verdikleri karar, onlara kendi bedenleri üzerinde kontrol sahibi olduklarını hissettirmektedir (Lemma, 2010). Bu seçim aynı zamanda, kişinin dövmesini kimlere göstermek istediğini belirlerken, dövmesini gören farklı insanlara da, aynı açıklamanın farklı versiyonlarını anlatma konusunda seçim imkanı tanımaktadır (Wonneberger, 2020). Bu bakımdan dövmenin vücutta bulunduğu yer ile, geçmişte yaşanmış travmanın türü ve yoğunluğu arasında bir ilişki olabileceğini düşünmek son derece makul görünmektedir.

Bu çalışmada, bireylerin Aşırı Mentalizasyon düzeyleri dövmenin vücutta bulunduğu yere göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Mentalizasyon becerisinin aşırı ucu ile dövmenin vücutta bulunduğu yer arasında herhangi bir ilişki kurmak mümkün görünmemektedir. Bununla birlikte, yüzde dövme bulunması ile zayıf mentalizasyon seviyesi arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Zayıf mentalizasyon düzeyinin yükselmesi, kişilerin kendilerinin ya da

başkalarının zihin durumlarından emin olma seviyelerinin azalması anlamına gelmektedir. Buna göre, yüzünde dövmesi olan bireylerin, kendilerinin veya başkalarının zihin durumları hakkında emin olma düzeyleri, anlamlı şekilde daha zayıftır. Zayıf mentalizasyon ile vücudun belli bir bölgesinin dövmelerle kaplı olması arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bir başka deyişle, vücudunda daha büyük dövmesi olan bireylerin, mentalizasyon skalasının zayıf ucuna daha yakın oldukları gözlemlenmiştir. Aşırı mentalizasyon boyutundan elde edilen sonuçlar gruplar arasında herhangi bir farklılığa işaret etmemektedir. ÇÇT'nin genel düzeyinin, duygusal tacizin ve fiziksel ihmalin dövmenin büyüklüğü ile arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bu veriler uyarınca, kişilerin çocukluk travma düzeyleri arttıkça vücutlarında bulunan dövmelerin toplam büyüklükleri de artıyor gibi görünmektedir.

Borderline kişilik özelliklerinden olan dürtüsellik, psikoz benzeri durumlar ve intihar kendini yaralama davranışı ile dövme sayısı arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Mevcut çalışmayla uyumlu olarak, Požgain ve ark., (2004) dürtüsellikle dövme yaptıрма arasında pozitif ilişki tespit etmişlerdir. Brooks ve ark., (2003) dürtüsellik ile dövme yaptıрма arasında güçlü bir ilişki tespit etmişlerdir. Solis-Bravo ve ark., (2019) dövmeli bireylerin dövmesiz bireylere göre, anlamlı şekilde daha fazla intihar niyeti taşıdıklarını ve kendini yaralamaya meyilli olduklarını bulmuştur.

Dövme sayısı -büyüklüğünden bağımsız olarak- kişinin kaç defa dövme yaptıрма girişiminde bulunduğunu göstermektedir. Bu sayının dürtüsellikle arasında ilişki olduğunun tespit edilmesi, kişinin dövme yaptırmaya karar vermesinin, etraflıca düşünülüp tasarlandıktan sonra uygulanan bir karar olmadığını, aksine dürtüsel bir yönü olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, kendini yaralama davranışının bir kereye mahsus bir davranış olmadığı, kişilerde tekrar tekrar ortaya çıktığı dikkate alındığında, dövme sayısının kendini yaralama boyutu ile arasında ilişki tespit edilmiş olması, kendini yaralama eğilimleri yüksek olan bireylerin, bu dürtülerini dövme yaptırarak karşılıyor olabileceklerini düşündürmektedir.

Mevcut çalışmada dövme büyüklüğü ile BKÖ düzeyi arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bu sonuçlar uyarınca, vücutlarında daha büyük dövmesi olan kişilerin BKÖ düzeyleri daha yüksektir. Perrotta (2021) vücutlarında daha büyük

dövmesi olanların, daha fazla borderline semptom sergilediğini bulmuştur. Araştırmacı, dövme yaptırmanın direkt olarak bir psikopatolojiyle ilişkili olmadığını, ancak çok büyük dövme sahibi olmanın olası bir psikopatolojiye yönelik kuvvetli bir işaret olduğunu ifade etmiştir. Bir başka çalışmada, Cardasis ve ark., (2008) daha fazla antisosyal kişilik bozukluğu semptomu gösteren bireylerin dövmelerinin daha büyük olduğunu tespit etmişlerdir. BKB tanısı alanların yaklaşık dörtte birinin aynı zamanda antisosyal kişilik bozukluğu tanısı aldıkları göz önünde bulundurulduğunda literatürdeki bu veriler mevcut çalışmayla uyumlu görünmektedir (Faraji ve Tezcan, 2022).

Bir kağıt banknottan küçük (2 cm'den büyük) dövmesi olanların, boşluk duygusu, kendilik imgesi, duygulanımda kararsızlık, yoğun öfke, intihar kendini yaralama davranışı, terk edilme ve dürtüsellik düzeyleri anlamlı şekilde daha yüksek çıkmıştır. Vücudun belli bir bölgesinin dövme ile kaplı olması ile dürtüsellik, duygulanımda kararsızlık, terk edilme, intihar kendini yaralama, yoğun öfke, psikoz benzeri durumlar ve ilişkiler boyutları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

2 cm çapından küçük dövmesi olanların, hiçbir karşılaştırmada diğer gruplardan anlamlı şekilde yüksek sonuç almamış olması, aksine pek çok karşılaştırmada dövmesi olmayan grup ile birlikte anlamlı şekilde düşük sonuçlar elde etmiş olması, çok küçük boyutlarda dövme sahibi olmanın bir BKÖ belirtisi olarak nitelendirilmesinin mümkün olmadığına işaret etmektedir. BKÖ'nün hiçbir alt boyutunda, 2 cm çapından küçük dövmesi olanlar ve dövmesi olmayanlar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

BKÖ'nün, tamamında, bir kağıt banknottan büyük dövmesi olanlar anlamlı şekilde yüksek sonuçlar elde etmiştir. Buna göre, BKÖ'ye dair semptomlar arttıkça, toplam dövme büyüklüğünün bir madeni paradan daha fazla büyüklüğe ulaşma olasılığının arttığı görülmektedir. Borderline kişilik özelliklerinin, dövme sayısı ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış olmasına rağmen, dövme büyüklüğü ile arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bu durum, çok sayıda dövme sahibi olmanın, vücuttaki dövmelerin kapladığı toplam alanın çok büyük olmasını gerektirmediği şeklinde açıklanabilir. Kişinin çok sayıda, fakat çok küçük boyutlarda dövmesi olabilir ve toplam dövme alanı küçük olabilir. Tam tersi şekilde, kişinin sadece 1 dövmesi olabilir ama çok büyük bir alanı kaplıyor

olabilir. Ayrıca dövme yaptırmanın bir çeşit moda haline gelmiş olması, bireylerin moda uyum sağlamak amacıyla çok küçük boyutlarda dövme yaptırmasını beraberinde getirmektedir. Bu çalışmanın elde ettiği bulgular, bireylerin BKÖ düzeylerinin, kaç kez dövme yaptırdığı ile ilişkili değil, dövme miktarının toplam büyüklükleri ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Bireylerin çocukluk çağı travma düzeyleri yükseldikçe Aşırı mentalizasyon düzeyleri anlamlı şekilde azalmaktadır ve Zayıf mentalizasyon düzeyleri anlamlı şekilde artmaktadır. Bu bulguya göre, bireylerin çocukluk çağı travma düzeyleri arttıkça, zihinsel durumlar üzerine emin olma algıları skalanın aşırı ucundan, zayıf ucuna doğru kaymaktadır. Skacel ve ark., (2022) ÇÇT'nin, mentalizasyon becerisini zayıflattığını bulmuşlardır. Araştırmacılar, travmatik deneyimlerin, kişinin bağlanma sistemine dayalı olarak, stresin dengelenmesi ve düzenlenmesi süreci üzerinde olumsuz etkileri olduğunu ve mentalizasyon becerisinin gelişimini bozduğunu belirtmektedir. Bu bulgular mevcut çalışma ile uyumlu görünmektedir.

Normal düzeyde çalışan mentalizasyon becerisi, zihinsel durumların bir miktar opak olduğunun farkına varmak üzerine kuruludur (Fonagy ve ark., 2016). Bu bakımdan bireyin, bir zihin durumu üzerine yorumu, mentalizasyon skolasında aşırı belirlilik ucunda olduğunda da, aşırı belirsizlik ucunda olduğunda da sağlıklı bir duruma işaret etmektedir. Mevcut çalışmada elde edilen veriler, çocukluk çağında yaşanan travmanın bireyde mentalizasyon becerisini, belirsizlik ucuna doğru ittiğini göstermektedir. Bu veri Fonagy ve Bateman'ın (2008) travma ve mentalizasyon ilişkisiyle ilgili kuramıyla uyumlu görünmektedir. Bu kurama göre çocukluğunda travmaya maruz kalan bireylerin mentalizasyon becerilerinde bozulma görülmektedir.

Bu sonuçlar ayrıca, dövmenin varlığı/yokluğu durumunda mentalizasyon becerisinin ne şekilde değiştiğini inceleyen analizin sonuçlarıyla da uyumludur. Dövmesi olan bireylerden oluşan grup, dövmesi olmayan bireylerden oluşan gruba göre, skalanın zayıf mentalizasyon ucuna yakın, aşırı mentalizasyon ucuna uzak bulunmuştur. Zayıf mentalizasyon seviyeleri ile, yüksek BKÖ seviyeleri arasında ilişki bulunmaktadır. Buna göre, BKÖ seviyesi yüksek bireylerin mentalizasyon skolasında, zihinsel durumlar üzerine emin olmama (zayıf mentalizasyon ucu) durumuna daha yakın oldukları görülmektedir. Bu çalışmanın

sonuçlarına göre, hem borderline patolojinin, hem dövmenin, hem de T'nin, mentalizasyon becerisi ile ilişkisi benzer şekilde çalışmaktadır.

T'nin BK'y anlamlı şekilde ve olumlu olarak yordadığı sonucu elde edilmiştir. Mentalizasyon becerisinin her iki ucunu temsil eden, hem aşırı mentalizasyonun, hem de zayıf mentalizasyonun bu ilişki üzerinde kısmi aracılık rolü olduğu belirlenmiştir.





XII. SONUÇ

Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre, dövmesi olan bireylerin BKÖ düzeyleri anlamlı şekilde daha yüksek çıkmıştır. Ancak, BKÖ düzeylerinin daha yüksek olması mutlak bir bozukluğa işaret etmemektedir. Bulgular, dövmesi olan bireylerin, bir psikopatolojinin varlığını belirten BKB olduğu anlamına gelmemekte, bu kümenin içinde bulunan, ancak sağlıklı bireylerde de görülebilecek belirli kişilik özelliklerinin, dövme ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

ÇÇT düzeyinin dövmenin varlığı/yokluğu ile arasında ilişki tespit edilmemiştir. Ancak çocuklukta yaşanan duygusal taciz düzeyi ile dövme arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Dövmesi olan bireylerin, kendilerinin ya da başkalarının hangi zihin durumunda olduklarını anlama becerilerinin anlamlı şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir.

Elinde ve yüzünde dövmesi olanların BKÖ düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. İntihar kendini yaralama, boşluk duygusu, kendilik imgesi ve dürtüsellikte, patolojinin şiddeti arttıkça, bireylerin el ve yüzlerine dövme yaptırma eğiliminde oldukları bulunmuştur. ÇÇT'nin genel düzeyinin dövmenin vücutta bulunduğu yer ile arasında anlamlı ilişki tespit edilmemekle beraber, fiziksel taciz, fiziksel ihmal ve cinsel taciz öyküleri ile dövmenin yeri arasında ilişki tespit edilmiştir. Söz konusu başlıklarda yaşanan travmanın şiddeti arttıkça bireylerin el ve yüzüne dövme yaptırma eğilimde oldukları bulunmuştur. Yüzünde dövmesi olan bireylerin, başkalarının zihinsel durumlarını anlama becerilerinin anlamlı ölçüde düşük olduğu belirlenmiştir.

Daha büyük dövmesi olan bireylerin, mentalizasyon becerilerinin anlamlı şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir. Daha büyük dövmesi olan bireyler, çocuklukta daha fazla travma yaşadıklarını rapor etmişlerdir. Daha büyük dövmesi olan bireylerin BKÖ belirtilerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. BKÖ'nün tüm alt kırılımlarının, dövme büyüklüğü ile arasında benzer bir ilişki söz konusudur. Borderline kişilik özelliklerinden olan dürtüsellik ve intihar

kendini yaralama davranışları seviyelerinin dövme sayısı ile ilişkisi tespit edilmiştir. ÇÇT ve BKÖ düzeyleri daha yüksek olan bireylerin, mentalizasyon skalasında zayıf uca daha yakın oldukları tespit edilmiştir.

Dövme, yaptıran her birey için aynı anlamı ve fonksiyonu taşımamaktadır. Dövmenin büyüklüğü ve yeri kadar içindeki semboller de önem arz etmektedir. Kişinin silah, yılan ya da çiçek dövmesi yaptırmayı birbirinden çok farklı durumlara işaret edebilmektedir. Saldırgan semboller antisosyal kişiliğe işaret ederken, yıldız, melek, anne ismi gibi sembol ve yazılar daha çok ilişkisel temalara ve BKÖ'ye işaret edebilmektedir. İleride yapılacak çalışmalarda dövme sembolleriyle ve farklı psikopatolojilerle, dövmenin nasıl bir ilişkisi olduğunun araştırılması önem arz etmektedir.



XIII. KAYNAKÇA

KİTAPLAR

AKARSU, Ş. (2022). **Dövme Sanatı (Tattoo) ve Deri**. Ankara, İksad Yayınevi.

AMATO, F. Y. (2004). **Güzel Ol, Bugün Yarın ve Daima**. İstanbul, Doğan Kitapçılık.

American Psychiatric Association: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013

BAUMANN, L. (2003). **Deri Biliminde Temel Kavramlar “Kozmetik Dermatoloji, Prensipler ve Uygulamalar**. (Çev. A. Eken). Ankara, Türkiye Klinikleri Kitabevi.

BECK, J.S. (1995). **Cognitive Therapy Basics and Beyonds**. New York, Guilford Press.

BECK, A.T., & FREEMAN, A. (1990). **Cognitive Therapy of Personality Disorders**. New York, Guilford Press.

BUTCHART, A., PHINNEY HARVEY, A., KAHANE, T., MIAN, M., & FURNISS, T. (2006). **Preventing child maltreatment: a guide to action and generating evidence**. Geneva: World Health Organization.

CAMPBELL, J. (2006). **İlkel Mitoloji**. Ankara, İmge Kitabevi.

CANOVA, A. (2007). **Hem Sağlık Hem Güzellik**. İstanbul, Anahtar Kitaplar Yayınevi.

EATON, A. & OPENSHAW, F. (2000). **Kozmetik Makyaj ver Manikür**. İstanbul, Milli Eğitim Basımevi.

EPLEY, N. (2015). **Mindwise: Why we misunderstand what others think, believe, feel, and want**. New York, Vintage.

- ERAYDIN, S. (2008). **Tasavvuf ve Tarikatlar**. İstanbul, Marmara Üniversitesi İlahiyat Vakfı Yayınları.
- FARAJI, H., & TEZCAN, A. E. (2022). **Borderline Kişilik Bozukluğu**. İstanbul, Nobel Akademik Yayıncılık.
- FIRAT, M. (2019). **Kaybolan İzler, Güneydoğuda Geleneksel Dövme ya da Dek ve Dak**. İstanbul, Yapı Kredi Yayınları.
- GABBARD, G. O. (2004). **Uzun Süreli Psikodinamik Psikoterapi**. (Çev. H Atalay). Ankara, Tuna Matbaacılık.
- GÜRBÜZ, S. & ŞAHİN, F. (2018). **Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri**. Ankara, Seçkin Yayıncılık.
- HABNİT, L. (2003). **Dermagraphics or Marking of the Skin, “Permanent Makeup & Reconstructive Tattooing”**. Pensilvania, Schiffer Book.
- HERMAN, J. L. (2007). **Travma ve İyileşme: şiddetin sonuçları ev içi istismardan siyasi teröre**. (Çev. T. Tosun). İstanbul, Literatür Yayınları.
- HOOLEY, J. M., NOCK, M., & BUTCHER, J. N. (2021). **Abnormal psychology**. London, Pearson Education Limited.
- KALAYCI, Ş. (2009), **SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri**. Ankara, Asil Yayın Dağıtım.
- KAMACI, F. Z. (2012). **H. Peygamber Devrinde Kadınların Süslenmesi**. İstanbul, İnkılap Yayınları.
- KARASAR, N. (2005). **Bilimsel Araştırma Yöntemi**. İstanbul, Nobel Yayın Dağıtım.
- KEÇE, C. (2018). **Psikoterapistin El Kitabı**. Ankara, Pusula Yayınevi.
- KASLOW, F. W. ve MAGNAVİTA, J. J. (2002). **Comprehensive handbook of psychotherapy: Psychodynamic/ Object relations**. New York, John Wiley & Sons.
- KERNBERG, O. F. (1975). **Borderline conditions and pathological narcissism**. Maryland, Rowman & Littlefield.

- KLEİN, M. (1957). **Haset ve Şükran**. (Çev. O. Koçak, Y. Erten). İstanbul, Metis Yayınları.
- KNIGHT, R. P. (1986). **Essential Papers on Borderline Disorders. One Hundred Years at the Border**. M. H. Stone (Ed.), Borderline States (s. 159-174). New York, New York University Press.
- KOÇU, R. E. (1967). **Türk Giyim Kuşam ve Süslenme Sözlüğü**. Ankara, Sümerbank Kültür Yayınları.
- KÖROĞLU, E., BAYRAKTAR S. (2010). **Kişilik Bozuklukları**. Ankara, HYB Basım Yayın.
- LEMMA, A. (2010). **Under the skin: A psychoanalytic study of body modification**. New York, Routledge.
- LİNEHAN, M. M. (1993). **Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder**. New York, Guilford Press.
- MAHLER, M. S. (1975). **İnsan Yavrusunun Psikolojik Doğumu**. İstanbul, Metis Yayınları.
- MASTERSON, J. F. (1976). **Psychotherapy of the borderline adult: A developmental approach**. New York, Brunner/Mazel.
- MCWILLIAMS, N. (1994). **Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process**. New York, Guilford Press.
- NORDMANN, L. (2007). **Beauty Basics: The Official Guide to Level 1**. Hampshire, Cengage Learning EMEA.
- ÖZTÜRK, Ö. (2009). **Folklor ve Mitoloji Sözlüğü**. Ankara, Phoenix Yayınevi.
- PERRY, B. D., & SALAVITZ, M. (2024). **Köpek Gibi Büyütülmüş Çocuk**. İstanbul, Koridor Yayıncılık.
- PİTTS-TAYLOR, V. (Ed.). (2008). **Cultural Encyclopedia of the Body**. New York, Bloomsbury Publishing USA.
- SCHULTZ, D.P. & SCHULTZ, S.E. (2001). **Theories of personality: The study of personality; assessment, research and theory**. (7th ed.), 3-40, Wadsworth, Cengage Learning.
- SERDAROĞLU, F. (2010). **Dövme Kitabı**. İstanbul, Hemen Kitap.

- SOLOMON, E. P. (2002). **İnsan anatomisi ve fizyolojisine giriş**. (Çev. L. B. Süzen). İstanbul, Birol Basın Yayın Dağıtım.
- TERR, L. (2008). **Too scared to cry: Psychic trauma in childhood**. New York, Basic Books.
- TÜRKÇAPAR, M. H., (2018). **Bilişsel Davranışçı Terapi**. İstanbul, Epsilon Yayınevi.
- YOUNG, J.E. (2000). **Schema therapy for borderline personality disorder: Detailed treatment model**. New York, Cognitive Therapy Center of New York
- YOUNG, J.E., KLOSKO, J.S., & WEİSHAAR, M.E. (2003). **Schema therapy: A practitioner's guide**. New York, Guilford Press.
- YOUNG, J.E., KLOSKO, J.S., WEİSHAAR M.E. (2017). **Şema Terapi**. İstanbul, Litera Yayıncılık.

MAKALELER

- ÁLVAREZ-TOMAS, I., RUIZ, J., GUILERA, G., & BADOS, A. (2019). Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: A meta-analysis of prospective studies. **European Psychiatry**, 56(1), 75-83. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.10.010>
- AYTEKİN, A. B. (2011). Aktarım ve Aktarım Nevrozu. Köşkdere, A. A. (Ed.), Psikanalitik Psikoterapiler (s. 438-442). **Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları**.
- BAHAR, G., SAVAŞ, H. A., & BAHAR, A. (2009). Çocuk istismarı ve ihmali: Bir gözden geçirme. **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi**, 4(12), 51-65.
- BAL, F., FARAJİ, H., & GEMİCİ, M. (2018). Travma ve öfke tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi. **International Journal of Social and Humanities Sciences Research**, 5(26), 2470-2482.
- BALL, J. S., & LINKS, P. S. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. **Current Psychiatry Reports**, 11(1), 63-68. <https://doi.org/10.1007/s11920-009-0010-4>

- BARON-COHEN, S., & JOLLIFFE, T. (1997). Another Advanced Test of Theory of Mind: Evidence from Very High Functioning Adults with Autism or Asperger Syndrome. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 38, 813–822. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01599.x>
- BATEMAN, A., & FONAGY, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. **World psychiatry**, 9(1), 11. <https://doi.org/10.1002%2Fj.2051-5545.2010.tb00255.x>
- BATEMAN, A., O'CONNELL, J., LORENZINI, N., GARDNER, T., & FONAGY, P. (2016). A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. **BMC Psychiatry**, 16, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1000-9>
- BERNSTEIN, D. P., FINK, L., HANDELSMAN, L., FOOTE, J., LOVEJOY, M., WENZEL, K., SAPARETO, E., & RUGGERIO, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. **American Journal of Psychiatry**, 151(8), 1132–1136. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132>
- BLANCHARD, M. (1991). Post-Bourgeois Tattoo: Reflections on Skin Writing in Late Capitalist Societies, **Visual Anthropology Review**, 7(2), 11-21. <https://doi.org/10.1525/var.1991.7.2.11>
- BLAY, M., HASLER, R., NICASTRO, R., PHAM, E., WEIBEL, S., DEBBANE, M., & PERROUD, N. (2023). Body modifications in borderline personality disorder patients: prevalence rates, link with non-suicidal selfinjury, and related psychopathology. **Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation**, 10(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40479-023-00213-4>
- BORNSTEIN, R. F., BECKER-MATERO, N., WINARICK, D. J., & REICHMAN, A. L. (2010). Interpersonal dependency in borderline personality disorder: Clinical context and empirical evidence. **Journal of Personality Disorders**, 24(1), 109-127. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.1.109>

- BRASSARD, M. R., HART, S. N., & HARDY, D. B. (1993). The Psychological Maltreatment Rating Scales. **Child Abuse & Neglect**, 17(6), 715-729. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(08\)80003-8](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(08)80003-8)
- BROOKS, T. L., WOODS, E. R., KNIGHT, J. R., & SHRIER, L. A. (2003). Body modification and substance use in adolescents: is there a link?. **Journal of Adolescent Health**, 32(1), 44-49. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(02\)00446-9](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(02)00446-9)
- BRUNNER, H. G., NELEN, M., BREAKFIELD, X. O., ROPERS, H. H., & VAN OOST, B. A. (1993). Abnormal behavior associated with a point mutation in the structural gene for monoamine oxidase A. **Science**, 22, 578–580. <https://doi.org/10.1126/science.8211186>
- CAPPELLERI, J. C., ECKENRODE, J. ve POWERS, J. L. (1993). The epidemiology of child abuse: Findings from the second national incidence and prevalence study of child abuse and neglect. **American Journal of Public Health**, 83 (11), 1622-1624. <https://doi.org/10.2105/ajph.83.11.1622>
- CARDASIS, W., HUTH-BOCK, A., & SILK, K. R. (2008). Tattoos and antisocial personality disorder. **Personality and Mental Health**, 2(3), 171-182. <https://doi.org/10.1002/pmh.43>
- COMTOIS, K. A., & CARMEL, A. (2016). Borderline personality disorder and high utilization of inpatient psychiatric hospitalization: concordance between research and clinical diagnosis. **The Journal of Behavioral Health Services & Research**, 43, 272-280. <https://doi.org/10.1007/s11414-014-9416-9>
- CROWELL, S. E., BEAUCHAINE, T. P., & LINEHAN, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending Linehan's theory. **Psychological Bulletin**, 135(3), 495. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- ÇERİKAN, F. U., & ALANKO, M. R. (2016). "Dövme" nin Çeşitli Dillerdeki Etimolojisi Ve Kısa Tarihçesi. **Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, (Ek1), 166-193.

- D'AMBROSIO, A., CASILLO, N., & MARTINI, V. (2013). Piercings and tattoos: psychopathological aspects. **Activitas Nervosa Superior Rediviva**, 55(4), 143-148.
- DEMİRBAŞ, H., & BULUT, G. (2018). Dövme, Piercing Gibi Beden Uygulamalarının Gerisindeki Güdülenme. **Kesit Akademi Dergisi**, (17), 38-49. <https://doi.org/10.18020/kesit.1557>
- DETER-WOLF, A. (2013). The material culture and middle stone age origins of ancient tattooing. P. D. Casa (Ed.) **Tattoos and Body Modifications in Antiquity** (15-26).
- DEUTSCH, H. (1942). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. **The Psychoanalytic Quarterly**, 11(3), 301-321. <https://doi.org/10.1080/21674086.1942.11925501>
- DEVI, F., SHAHWAN, S., TEH, W. L., SAMBASIVAM, R., ZHANG, Y. J., LAU, Y. W., ... & SUBRAMANIAM, M. (2019). The prevalence of childhood trauma in psychiatric outpatients. **Annals of General Psychiatry**, 18(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12991-019-0239-1>
- DUBE, S. R., ANDA, R. F., FELITTI, V. J., CHAPMAN, D. P., WILLIAMSON, D. F., & GILES, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. **Journal of the American Medical Association**, 286, 3089 –3096. <https://doi.org/10.1001/jama.286.24.3089>
- DUHIG, M., PATTERSON, S., CONNELL, M., FOLEY, S., CAPRA, C., DARK, F., ... & SCOTT, J. (2015). The prevalence and correlates of childhood trauma in patients with early psychosis. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, 49(7), 651-659. <https://doi.org/10.1177/0004867415575379>
- DZIOBEK, I., PREIßLER, S., GROZDANOVIC, Z., HEUSER, I., HEEKEREN, H. R., & ROEPKE, S. (2011). Neuronal correlates of altered empathy and social cognition in borderline personality disorder. **Neuroimage**, 57(2), 539-548. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.05.005>

- ELLISON, W. D., ROSENSTEIN, L. K., MORGAN, T. A., & ZIMMERMAN, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. **Psychiatric Clinics**, 41(4), 561-573. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.008>
- ERIKSON, E. H. (1956). The problem of ego identity. **Journal of the American Psychoanalytic Association**, 4(1), 56-121. <https://doi.org/10.1177/000306515600400104>
- ERNST, M., BORKENHAGEN, A., FEGERT, J. M., BRAHLER, E., & PLENER, P. L. (2022). The association of childhood abuse and neglect with tattoos and piercings in the population: evidence from a representative community survey. **BMC Psychology**, 10(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00811-x>
- ESGUEVILLAS, Á., DIAZ-CANEJA, C. M., ARANGO, C., DEL REY-MEJIAS, Á. L., BERNARDO, E. G., DELGADO, C., ... & CARRASCO, J. L. (2018). Personality organization and its association with clinical and functional features in borderline personality disorder. **Psychiatry Research**, 262, 393-399. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.013>
- FARAJİ, H., & DEMİR, D. S. (2023). The Mediator Role of Borderline Personality Features and Separation Anxiety in the Relationship between Childhood Traumas and Exposure to Abuse in Romantic Relationships. **Current Research in Social Sciences**, 9(2), 130-149.
- FARAJİ, H., & GÜLER, K. (2021). Borderline personality features and jealousy traits in university students. **Aydın İnsan ve Toplum Dergisi**, 2(1), 137-154.
- FISHBAIN, D. A., CUTLER, R. B., ROSOMOFF, H. L., & ROSOMOFF, R. S. (2001). Pain-determined dissociation episodes. **Pain Medicine**, 2(3), 216-224. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4637.2001.01034.x>
- FISHER, J. A. (2002). Tattooing the Body, Marking Culture. **Body & Society**, 8(4), 91-107. <https://doi.org/10.1177/1357034x02008004005>

- FONAGY, P., & BATEMAN, A. (2008). The development of borderline personality disorder—A mentalizing model. **Journal of Personality Disorders**, 22(1), 4-21. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.4>
- FONAGY, P., & GHINAI, R. A. (2008) A self-report measure of mentalizing development and preliminary test of reliability and validity of the Reflective Function Questionnaire (RFQ). Unpublished manuscript. London: University College
- FONAGY, P., & LUYTEN, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. **Development and Psychopathology**, 21(4), 1355-1381. <https://doi.org/10.1017/s0954579409990198>
- FONAGY, P., & TARGET, M. (1997). Attachment and Reflective Function. **Development and Psychopathology**, 9, 679-700. <https://doi.org/10.1017/s0954579497001399>
- FRIEDEL, R. O. (2004). Dopamine dysfunction in borderline personality disorder: a hypothesis. **Neuropsychopharmacology**, 29(6), 1029-1039. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300424>
- GERGELY, G., & WATSON, J. S. (1996). The social biofeedback model of parental affect-mirroring. **The International Journal of Psychoanalysis**, 77(6), 1181.
- GILL, D., & WARBURTON, W. (2014). An investigation of the biosocial model of borderline personality disorder. **Journal of Clinical Psychology**, 70(9), 866-873. <https://doi.org/10.1002/jclp.22074>
- GRANT, B. F., CHOU, S. P., GOLDSTEIN, R. B., HUANG, B., STINSON, F. S., SAHA, T. D., ... & RUAN, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **Journal of clinical psychiatry**, 69(4), 533. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404>
- GUNDERSON, J. G., HERPERTZ, S. C., SKODOL, A. E., TORGENSEN, S., & ZANARINI, M. C. (2018). Borderline personality disorder. **Nature**

- GUNDERSON, J. G., STOUT, R. L., MCGLASHAN, T. H., SHEA, M. T., MOREY, L. C., GRÍLO, C. M., ... & SKODOL, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. **Archives of General Psychiatry**, 68(8), 827-837. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.37
- GURVITS, I. G., KOENIGSBERG, H. W., & SIEVER, L. (2000). Neurotransmitter dysfunction in patients with borderline personality disorder. **Psychiatric Clinics of North America**, 23, 27– 40. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70141-6](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70141-6)
- HANSENNE, M., PITCHOT, W., PINTO, E., REGGERS, J., SCANTAMBURLO, G., FUCHS, S., ... & ANSSEAU, M. (2002). 5-HT1A dysfunction in borderline personality disorder. **Psychological Medicine**, 32(5), 935-941. <https://doi.org/10.1017/s0033291702005445>
- HAZAR, M. (2006). Mardin “Kızıltepe-Bozhöyük” yöresinde beden işaretleri. **Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi**, 8, 293-305.
- HENGARTNER, M. P., AJDACIC-GROSS, V., RODGERS, S., MÜLLER, M., & RÖSSLER, W. (2013). Childhood adversity in association with personality disorder dimensions: New findings in an old debate. **European Psychiatry**, 28(8), 476-482. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.04.004>
- HOOLEY, J. M., HO, D. T., SLATER, J., & LOCKSHIN, A. (2010). Pain perception and nonsuicidal self-injury: a laboratory investigation. **Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment**, 1(3), 170. <https://doi.org/10.1037/a0020106>
- HUGHES, C. H. (1884). Moral (affective) insanity: Psycho-sensory insanity. **Alienist Press. and Neurologist**, 5, 296–315.
- HUGHES, C., JAFFEE, S. R., HAPPÉ, F., TAYLOR, A., CASPI, A., & MOFFITT, T. E. (2005). Origins of individual differences in theory of mind: From

- nature to nurture?. **Child Development**, 76(2), 356-370.
https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2005.00850_a.x
- JACOBSON, C. M., MUEHLENKAMP, J. J., MILLER, A. L., & TURNER, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, 37(2), 363-375. <https://doi.org/10.1080/15374410801955771>
- JENNINGS, W. G., FOX, B. H., & FARRINGTON, D. P. (2014). Inked into crime? An examination of the causal relationship between tattoos and life-course offending among males from the Cambridge Study in Delinquent Development. **Journal of Criminal Justice**, 42(1), 77-84.
<https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2013.12.006>
- JOHNSON, F. J. (2000). Abuse and neglect of children. **Nelson textbook of pediatrics** (110-119).
- JOHNSON, J. G., COHEN, P., GOULD, M. S., KASEN, S., BROWN, J., & BROOKS, J. S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. **Archives of General Psychiatry**, 59, 741-749.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.8.741>
- JØRGENSEN, C. R., KJØLBYE, M., FREUND, C., BØYE, R., JORDET, H., & ANDERSEN, D. (2009). Level of functioning in patients with borderline personality disorder. The Risskov-I study. **Nordic Psychology**, 61(1), 42-60. <https://doi.org/10.1027/1901-2276.61.1.42>
- JOYCE, P. R., MCHUGH, P. C., MCKENZIE, J. M., SULLIVAN, P. F., MULDER, R. T., LUTY, S. E., et al. (2006). A dopamine transporter polymorphism is a risk factor for borderline personality disorder in depressed patients. **Psychological Medicine**, 36, 807-813.
doi.org/10.1017/s0033291706007288
- JOYCE, P. R., MCKENZIE, J. M., LUTY, S. E., MULDER, R. T., CARTER, J. D., SULLIVAN, P. F., & ROBERT CLONINGER, C. (2003). Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality disorders. **Australian &**

- New Zealand Journal of Psychiatry**, 37(6), 756-764.
<https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2003.01263.x>
- KAMALI, M., OQUENDO, M. A., & MANN, J. J. (2002). Understanding the neurobiology of suicidal behavior. **Depression & Anxiety**, 14, 164 – 176. <https://doi.org/10.1002/da.1062>
- KARACAOGLAN, U. (2012). Tattoo and taboo: On the meaning of tattoos in the analytic process. **The International Journal of Psychoanalysis**, 93(1), 5-28. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2011.00497.x>
- KELLOGG, S. H., & YOUNG, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. **Journal of Clinical Psychology**, 62(4), 445-458. <https://doi.org/10.1002/jclp.20240>
- KERTZMAN, S., KAGAN, A., VAINDER, M., LAPIDUS, R., & WEIZMAN, A. (2013). Interactions between risky decisions, impulsiveness and smoking in young tattooed women. **BMC Psychiatry**, 13(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-278>
- KILIÇ, S. (2016). Cronbach's alpha reliability coefficient. **Psychiatry and Behavioral Sciences**, 6(1), 47. <https://doi.org/10.5455/jmood.20160307122823>
- KLİK, E. (2020). Customizing memory: Number tattoos in contemporary Israeli memory work. **Memory Studies**, 13(4), 649-661. <https://doi.org/10.1177/1750698017741932>
- KOCH, J. R., ROBERTS, A. E., ARMSTRONG, M. L., & OWEN, D. C. (2015). Tattoos, gender, and well-being among American college students. **The Social Science Journal**, 52(4), 536-541. <https://doi.org/10.1016/j.soscij.2015.08.001>
- KONAK, A. & AKTAR, O. (2009). Medikal Antropolji Çerçevesinde Tunceli/Ovacık'ta Geleneksel Sağaltma Yöntemleri. **C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi**, 35(2), 156-187.
- KUO, J. R., KHOURY, J. E., METCALFE, R., FITZPATRICK, S., & GOODWILL, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role

- of difficulties with emotion regulation. **Child Abuse & Neglect**, 39, 147-155. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.08.008>
- LAMMEK, M. J. (2022). The body as a reflection of relations with others. **Current Issues in Personality Psychology**, 10(3), 184-189. <https://doi.org/10.5114/cipp.2022.112928>
- LANGDON, R., & COLTHEART, M. (1999). Mentalising, schizotypy, and schizophrenia. **Cognition**, 71(1), 43-71. [https://doi.org/10.1016/s0010-0277\(99\)00018-9](https://doi.org/10.1016/s0010-0277(99)00018-9)
- LENKIEWICZ, K., RACICKA, E., & BRYŃSKA, A. (2017). Self-injury-placement in mental disorders classifications, risk factors and primary mechanisms. Review of the literature. **Psychiatry Polska**, 51(2), 323-34. <https://doi.org/10.12740/pp/62655>
- LENZENWEGER, M. F., LANE, M. C., LORANGER, A. W., & KESSLER, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Biological Psychiatry**, 62(6), 553-564. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.019>
- LESLIE, A. M. (1987). Pretense and representation: The origins of "theory of mind.". **Psychological Review**, 94(4), 412. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.94.4.412>
- LEVY, K. N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. **Development and Psychopathology**, 17(4), 959-986. <https://doi.org/10.1017/s0954579405050455>
- LOBBESTAEL, J., ARNTZ, A., & SIESWERDA, S. (2005). Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, 36, 240-253. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.006>
- MCALISTER, A., & PETERSON, C. C. (2006). Mental playmates: Siblings, executive functioning and theory of mind. **British Journal of Developmental Psychology**, 24(4), 733-751. <https://doi.org/10.1348/026151005x70094>

- MEANEY, R., HASKING, P., & REUPERT, A. (2016). Prevalence of borderline personality disorder in university samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. **PloS One**, 11(5), e0155439. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155439>
- MIER, D., LIS, S., ESSLINGER, C., SAUER, C., HAGENHOFF, M., ULFERTS, J., ... & KIRSCH, P. (2013). Neuronal correlates of social cognition in borderline personality disorder. **Social Cognitive and Affective Neuroscience**, 8(5), 531-537. <https://doi.org/10.1093/scan/nss028>
- NEW, A. S., ROT, M. A. H., RİPOLL, L. H., PEREZ-RODRÍGUEZ, M. M., LAZARUS, S., ZİPURSKY, E., ... & SİEVER, L. J. (2012). Empathy and alexithymia in borderline personality disorder: clinical and laboratory measures. **Journal of Personality Disorders**, 26(5), 660-675. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.5.660>
- NORMAN, R. E., BYAMBAA, M., De, R., BUTCHART, A., SCOTT, J., & VOS, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. **PloS Medicine**, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- O'HARE, A. E., BREMNER, L., NASH, M., HAPPÉ, F., & PETTİGREW, L. M. (2009). A clinical assessment tool for advanced theory of mind performance in 5 to 12 year olds. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 39, 916-928. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0699-2>
- PERROTTA, G. (2020). Borderline Personality Disorder: definition, differential diagnosis, clinical contexts and therapeutic approaches. **Annals of Psychiatry Treatment**, 4(1), 043-056. <https://doi.org/10.17352/apt.000020>
- PERROTTA, G. (2021). Massive use of tattoos and psychopathological clinical evidence. **Archives of Community Medicine and Public Health**, 7(2), 079-085. <https://doi.org/10.17352/2455-5479.000144>
- PETERSEN, R., BRAKOULÍAS, V., & LANGDON, R. (2016). An experimental investigation of mentalization ability in borderline personality

- disorder. **Comprehensive Psychiatry**, 64, 12-21.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.10.004>
- POREH, A. M., RAWLINGS, D., CLARIDGE, G., FREEMAN, J. L., FAULKNER, C. and SHELTON, C. (2006). The BPQ: A Scale for the Assessment of Borderline Personality Based on DSM-IV Criteria. **Journal of Personality Disorders**, 20(3), 247-260.
 DOI:10.1521/pedi.2006.20.3.247
<https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.3.247>
- PORTER, C., PALMIER-CLAUS, J., BRANIŤSKY, A., MANSELL, W., WARWICK, H., & VARESE, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: A meta-analysis. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 141(1), 6-20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>
- POŽGAİN, I., BARKIĆ, J., FIŁAKOVIĆ, P., & KOIĆ, O. (2004). Tattoo and personality traits in Croatian veterans. **Yonsei Medical Journal**, 45(2), 300-305. <https://doi.org/10.3349/ymj.2004.45.2.300>
- PREIßLER, S., DZIÖBEK, I., RITTER, K., HEEKEREN, H. R., & ROEPKE, S. (2010). Social cognition in borderline personality disorder: evidence for disturbed recognition of the emotions, thoughts, and intentions of others. **Frontiers in Behavioral Neuroscience**, 4, 182. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2010.00182>
- REED, L. I., & ZANARINI, M. C. (2011). Positive affective and cognitive states in borderline personality disorder. **Journal of Personality Disorders**, 25(6), 851-862. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.6.851>
- REICH, J., YATES, W., & NDUAGUBA, M. (1989). Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 24, 12-16.
<https://doi.org/10.1007/bf01788194>
- RICHARDS, G., NEWMAN, M., BUTLER, A., LECHLER-LOMBARDI, J., OSU, T., KRZYCH-MIŁKOWSKA, K., & GALBARCZYK, A. (2023). Birth order, personality, and tattoos: A pre-registered empirical test of the 'born to rebel' hypothesis. **Personality and Individual Differences**, 204, 112043.

- ROZYCKI LOZANO, A. T., MORGAN, R. D., MURRAY, D. D., & VARGHESE, F. (2011). Prison tattoos as a reflection of the criminal lifestyle. **International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology**, 55(4), 509-529. <https://doi.org/10.1177/0306624x10370829>
- RYAN, R. M. (2005). The developmental line of autonomy in the etiology, dynamics, and treatment of borderline personality disorders. **Development and Psychopathology**, 17, 987-1006. <https://doi.org/10.1017/s0954579405050467>
- SAMUELS, J., EATON, W. W., BIENVENU, O. J., BROWN, C. H., COSTA, P. T., & NESTADT, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. **The British Journal of Psychiatry**, 180(6), 536-542. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.6.536>
- SCHILLING, L., WINGENFELD, K., LÖWE, B., MORITZ, S., TERFEHR, K., KÖTHER, U., & SPITZER, C. (2012). Normal mind-reading capacity but higher response confidence in borderline personality disorder patients. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, 66(4), 322-327. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02334.x>
- WAGNER-SKACEL, J., RIEDL, D., KAMPLING, H., & LAMPE, A. (2022). Mentalization and dissociation after adverse childhood experiences. **Scientific Reports**, 12(1), 6809. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-10787-8>
- SKODOL, A. E., SIEVER, L. J., LIVESLEY, W. J., GUNDERSON, J. G., PFOHL, B., & WIDIGER, T. A. (2002). The borderline diagnosis II: Biology, genetics, and clinical course. **Biological Psychiatry**, 51, 951-963. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01325-2](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01325-2)
- SLAUGHTER, V. (2015). Theory of mind in infants and young children: A review. **Australian Psychologist**, 50(3), 169-172. <https://doi.org/10.1111/ap.12080>
- SOLÍS-BRAVO, M. A., FLORES-RODRÍGUEZ, Y., TAPIA-GUÍLLÉN, L. G., GATICA-HERNÁNDEZ, A., GUZMÁN-RESÉNDÍZ, M., SALINAS-TORRES, L. A., ... & ALBORES-GALLO, L. (2019). Are tattoos an

- indicator of severity of nonsuicidal self-injury behavior in adolescents?. **Psychiatry Investigation**, 16(7), 504-512. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.03.06>
- SOLOFF, P., NUTCHE, J., GORADÍA, D., & DÍWADKAR, V. (2008). Structural brain abnormalities in borderline personality disorder: a voxel-based morphometry study. **Psychiatry Research: Neuroimaging**, 164(3), 223-236. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2008.02.003>
- STERN, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. **The Psychoanalytic Quarterly** 7.4. 467-489. <https://doi.org/10.1080/21674086.1938.11925367>
- SWARTZ, M., BLAZER, D., GEORGE, L., & WİNFİELD, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. **Journal of Personality Disorders**, 4(3), 257-272. <https://doi.org/10.1521/pedi.1990.4.3.257>
- ŞAR, V., NECEF, I., MUTLUER, T., FATİH, P., & TÜRK-KURTÇA, T. (2021). A revised and expanded version of the Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33): Overprotection-overcontrol as additional factor. **Journal of Trauma & Dissociation**, 22(1), 35-51. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760171>
- TASSİE, G. (2003). Identifying the practice of tattooing in ancient Egypt and Nubia. **Papers from the Institute of Archaeology**, 14. <https://doi.org/10.5334/pia.200>
- TAYLOR, S. F., LİBERZON, I., FİG, L. M., DECKER, L. R., MİNOSHİMA, S., & KOEPPE, R. A. (1998). The effect of emotional content on visual recognition memory: a PET activation study. **Neuroimage**, 8(2), 188-197. <https://doi.org/10.1006/nimg.1998.0356>
- TEİCHER, M. H., ANDERSEN, S. L., POLCARİ, A., ANDERSON, C. M., & NAVALTA, C. P. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. **Psychiatric Clinics of North America**, 25, 397–426 [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(01\)00003-x](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(01)00003-x)

- Ten HAVE, M., VERHEUL, R., KAASENBROOD, A., VAN DORSSELAER, S., TUÏTHOF, M., KLEINJAN, M., & de GRAAF, R. (2016). Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. **BMC Psychiatry**, 16, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0939-x>
- TOMKO, R. L., TRULL, T. J., WOOD, P. K., & SHER, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. **Journal of Personality Disorders**, 28(5), 734-750. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093
- TORGERSEN, S. (2000). Genetics of patients with borderline personality disorder. **Psychiatric Clinics of North America**, 23(1), 1-9. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70139-8](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70139-8)
- TORGERSEN, S., KRİNGLEN, E., & CRAMER, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. **Archives of General Psychiatry**, 58(6), 590-596. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>
- TRULL, T. J., JAHNG, S., TOMKO, R. L., WOOD, P. K., & SHER, K. J. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. **Journal of Personality Disorders**, 24(4), 412-426. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.4.412>
- TRULL, T. J., FREEMAN, L. K., VEBARES, T. J., CHOATE, A. M., HELLE, A. C., & WYCOFF, A. M. (2018). Borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review. **Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation**, 5(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40479-018-0093-9>
- TUNÇ, P., & ŞAHİN, D. (2019). Sınır kişilik bozukluğunda dürtüsellik, kendine zarar verme ve intihar davranışlarının yordayıcıları. **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 20(4), 341-349. <https://dx.doi.org/10.5455/apd.17298>
- VAN Der KOLK, B. A., PERRY, J. C., & HERMAN, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. **American Journal of Psychiatry**, 148, 1665-1671.

- VÍZGAÍTIS, A. L., & LENZENWEGER, M. F. (2019). Pierced identities: Body modification, borderline personality features, identity, and self-concept disturbances. **Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment**, 10(2), 154. <https://doi.org/10.1037/per0000309>
- VOGT, K. S., & NORMAN, P. (2019). Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review. **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, 92(4), 441-464. <https://doi.org/10.1111/papt.12194>
- WIDOM, C. S., CZAJA, S. J., & PARÍS, J. (2009). A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. **Journal of Personality Disorders**, 23(5), 433-446. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.5.433>
- WOHLRAB, S., STAHL, J., & KAPPELER, P. M. (2007). Modifying the body: Motivations for getting tattooed and pierced. **Body Image**, 4(1), 87-95. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2006.12.001>
- XIE, P., WU, K., ZHENG, Y., GUO, Y., YANG, Y., HE, J., ... & PENG, H. (2018). Prevalence of childhood trauma and correlations between childhood trauma, suicidal ideation, and social support in patients with depression, bipolar disorder, and schizophrenia in southern China. **Journal of Affective Disorders**, 228, 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.011>
- YAMAMOTOVÁ, A., HRABAK, P., HŘÍBEK, P., & ROKYTA, R. (2017). Do multiple body modifications alter pain threshold. **Physiological Research**, 66(4), S493-S500. <https://doi.org/10.33549/physiolres.933804>
- YILDIRIM, E. A., KAŞAR, M., GÜDÜK, M., ATEŞ, E., KÜÇÜKPARLAK, İ., & ÖZALMETE, E. (2011). Investigation of the reliability of the “Reading the Mind in the Eyes Test” in a Turkish population. **Turkish Journal of Psychiatry**, 22, 1-8. <https://doi.org/10.5080/u6500>
- YÜCEL, Ö. D., & ÇEVİK, A. (2015). Kimlik ifadesi olarak dövme. **Kriz Dergisi**, 23(1), 17-26. https://doi.org/10.1501/kriz_00000000343

- ZANARINI, M. C., FRANKENBURG, F. R., RIDOLFI, M. E., JAGER-HYMAN, S., HENNEN, J., & GUNDERSON, J. G. (2006). Reported childhood onset of self-mutilation among borderline patients. **Journal of Personality Disorders**, 20(1), 9. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.1.9>
- ZANARINI, M. C., FRANKENBURG, F. R., REICH, D. B., & FITZMAURICE, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. **American Journal of Psychiatry**, 169(5), 476-483. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11101550>
- ZANARINI, M. C., FRANKENBURG, F. R., REICH, D. B., & FITZMAURICE, G. M. (2016). Fluidity of the subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. **American Journal of Psychiatry**, 173(7), 688-694. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15081045>
- ZANARINI, M. C., HORWOOD, J., WOLKE, D., WAYLEN, A., FITZMAURICE, G., & GRANT, B. F. (2011). Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6,330 English 11-year-olds and 34,653 American adults. **Journal of Personality Disorders**, 25(5), 607-619. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.5.607>
- ZHANG, S., LIN, X., LIU, J., PAN, Y., ZENG, X., CHEN, F., & WU, J. (2020). Prevalence of childhood trauma measured by the short form of the Childhood Trauma Questionnaire in people with substance use disorder: A meta-analysis. **Psychiatry Research**, 294, 113524. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113524>
- ZIMMERMAN, M., CHELMINSKI, I., DALRYMPLE, K., & ROSENSTEIN, L. (2017). Principal diagnoses in psychiatric outpatients with borderline personality disorder: Implications for screening recommendations. **Annals of clinical psychiatry: Official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists**, 29(1), 54-60.

ZİMMERMAN, M., MARTÍNEZ, J. H., MORGAN, T. A., YOUNG, D., CHELMİNSKİ, I., & DALRYMPLE, K. (2013). Distinguishing bipolar II depression from major depressive disorder with comorbid borderline personality disorder: demographic, clinical, and family history differences. **The Journal of Clinical Psychiatry**, 74(9), 4572. <https://doi.org/10.4088/jcp.13m08428>

ZİMMERMAN, M., & MORGAN, T. A. (2013). Problematic boundaries in the diagnosis of bipolar disorder: the interface with borderline personality disorder. **Current Psychiatry Reports**, 15, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0422-z>

TEZLER

CARTWRIGHT-JONES, C. (2009). “The Techniques of Persian Henna”, (Doktora tezi), Kent State University.

CEYLAN, V. (2017). “Borderline Kişilik Ölçeği (Türkçe BPQ): Geçerlik, Güvenirliliği, Faktör Yapısı”, (Yüksek lisans tezi), Hasan Kalyoncu Üniversitesi.

GÜLSÜN, B. (2021). “An investigation of the non-suicidal self-injury in the context of psychological pain, mentalization, and false self”, (Yüksek lisans tezi), İzmir Ekonomi Üniversitesi.

KÖKSAL, G. (2017). “The Moderator Effect of Mentalization on The Link Between Attachment and Somatization”. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), İstanbul Bilgi Üniversitesi.

SAÇARÇELİK, G. G. (2009). “Kasıtlı kendine zarar verme davranışı olan ergen ve genç erişkin hastalarda çocukluk çağı travmaları”. (Tıpta uzmanlık tezi), Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

SHUKUROV, B. (2020). “Sınırdurum Kişilik Bozukluğu Olan Hastalarda Beden İmgesinin Değerlendirilmesi”. (Tıpta uzmanlık tezi), İstanbul Üniversitesi.

TEZGEÇ, M. S. (2015). “Kendini İfade Aracı Olarak Dövmeler: Nitel Bir Araştırma”. (Yüksek lisans tezi), Marmara Üniversitesi.

TUNÇELLİ, B. (2008). “Sınır kişilik bozukluğu tanısı almış ve almamış kadınların benlik saygısı, öfke, kendini ayarlama ve kaygı değişkenleri bakımından karşılaştırılması”. (Yüksek lisans tezi), İstanbul Üniversitesi.

WONNEBERGER, S. (2020). “Tattoo After Trauma: Investigating Tattoos as a form of Healing after Psychological Trauma”. (Doktora tezi), University of Colorado Boulder.

ANSİKLOPEDİLER

YARAN, R. (1994). “Dövme”, **İslam Ansiklopedisi**, IX. Cilt, İstanbul, Türkiye Diyanet Vakfı, s. 521-522.

ELEKTRONİK KAYNAKLAR

DALE, C. “Colin Dale and The Forbidden Tattoo”, <https://www.larskrutak.com/colin-dale-and-the-forbidden-tattoo> (Erişim Tarihi: 1 Haziran 2013)

URL-1 “Auschwitz’in dövme aletleri bulundu”, Şalom, <https://www.salom.com.tr/arsiv/haber/90423/auschwitzin-dovme-aletleri-bulundu>, (Erişim Tarihi: 19 Mart 2014).

DİĞER KAYNAKLAR

BİLİCİ, S., IRMAK, H. & BUZGAN, T. (2008). “Sağlık Personeline Yönelik El Yıkama ve El Dezenfeksiyonu Rehberi”, Ankara, Sağlık Bakanlığı.

DUNN, J., & BROPHY, M. (2005). Communication, Relationships, and Individual Differences in Children's Understanding of Mind. In Why Language Matters for Theory of Mind, Apr, 2002.. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195159912.003.0003>

ERTAN, C. (2013). Kültürel Bir İfade Aracı Olarak Dövme ve Farklı Toplumsal Bağlamlardaki Görünümleri. VII. Ulusal Sosyoloji Kongresi, 189.

- FARAJI, H., & DURAK, R. (2023). Çocukluk çağı travmaları ile kendini susturma arasındaki ilişkinin incelenmesi. International Interdisciplinary Congress of Women in Science, 531.
- PEHLİVAN, Y. (2006). Kalıcı Makyaj Endikasyonları ve Kontraendikasyonları. I.Kozmetoloji Kongresi, Kalıcı Makyaj Kursu, Eylül, Ankara
- SHİSHLİNA, N. I., BELKEVİCH, E. V., & USACHUK, A. N. (2010). Bronze age tattoos: sympathetic magic or decoration. In Tattoos and Body Modifications in Antiquity: Proceedings of the Sessions at the Annual Meetings of the European Association of Archaeologist in The Hague and Oslo (Vol. 11, pp. 67-74).
- TORGERSEN, S. (2014). American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders (2nd ed., s. 109-129). Oldham, J. M., Skodol, A. E., Bender, D. S. (Eds.) American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781585625031.rh25>
- World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines (Vol. 1). World Health Organization
- World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization.
- ZİDAROV, P. (2017). The antiquity of tattooing in southeastern Europe. L, Krutak & Deter-Wlof (Eds.), Ancient ink: The archaeology of tattooing (137-149). University of Washington Press.



EKLER

Ek 1: Etik Kurul Onayı

Ek 2: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Ek 3: Sosyodemografik Veri Formu

Ek 4: Borderline Kişilik Ölçeği

Ek 5: Yansıtıcı İşlevsellik Ölçeği

Ek 6: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

Ek 7: Gözlerden Zihin Okuma Testi



Ek:1 Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 26.12.2023-106018



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : E-88083623-020-106018
Konu : Etik Onayı Hk.

26.12.2023

Sayın MUHAMMET MUSTAFA FİDAN

Tez çalışmanızda kullanmak üzere yapmayı talep ettiğiniz anketiniz İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Komisyonu'nun 21.12.2023 tarihli ve 2023/10 sayılı kararıyla uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim

Dr.Öğr.Üyesi Mehmet Sencer GİRGİN
Müdür Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSD4P6T3FP Pin Kodu : 42372

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-aydin-universitesi-ebys?>

Adres : Beşyol Mah. İnönü Cad. No:38 Sefaköy , 34295 Küçükçekmece / İSTANBUL

Telefon : 444 1 428

Web : <http://www.aydin.edu.tr/>

Kep Adresi : iau.yazisleri@iau.hsk03.kep.tr

Bilgi için : Tuğba SÜNNETÇİ

Unvanı : Yazı İşleri Uzmanı

Tel No : 31002





Ek 2: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu

Değerli Katılımcı, Bu çalışma İstanbul Aydın Üniversitesi Klinik Psikoloji Programı, Yüksek Lisans tezi kapsamında Mustafa Fidan tarafından, Dr. Haydeh Faraji danışmanlığında yürütülmektedir. Bu araştırmanın amacı dövme yaptırma ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırmaya 18-50 yaş aralığı kişilerin katılması istenmektedir. Çalışmada kimlik bilgileriniz talep edilmemektedir. Cevaplarınız sadece araştırmacı tarafından toplu olarak değerlendirilecek ve elde edilecek olan bilgiler bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Araştırma kapsamında sizden bir dizi ölçek doldurmanız istenecek ve bu işlem yaklaşık olarak 15 dakikanızı alacaktır. Araştırmaya katılımınız sırasında, sorulardan veya herhangi başka bir sebepten dolayı kendinizi rahatsız hissederseniz hiçbir gerekçe göstermeksizin cevaplandırma işlemini yarıda kesebilir ve çalışmadan ayrılabilirsiniz.

Yukarıdaki bilgileri okudum. Söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.



Ek 3: Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik Veri Formu

1. Doğum yılınız

2. Cinsiyet

a. Kadın

b. Erkek

3. Eğitim Durumunuz

a. İlköğretim

b. Ortaöğretim

c. Yüksek Öğretim

d. Lisansüstü Eğitim

4. Medeni Durumunuz

a. Evli

b. Bekar

5. Kaç adet dövmeniz var (Dövmeniz yoksa 0 yazınız)?

6. Vücudunuzdaki dövmelerin toplam büyüklüğü ne kadar?

a. Dövmem yok

b. 2 cm çapından küçük (1 TL'lik madeni para boyutunu göz önünde bulundurunuz.)

c. 1 kağıt banknottan küçük (2 cm çapından büyük)

d. Vücudumun belirli bir bölgesi dövmelerle kaplı (kol, bacak, sırt vb.)

7. Eğer dövmeniz varsa vücudunuzun neresinde? (Birden fazla şık belirtebilirsiniz)

a. Yüz ve yüze yakın bölgelerde (yüzde, boyunda, ensede veya kafada)

b. Ellerde

c. Kol veya bacaklarda

d. Günlük hayatta kıyafetle örtülü olan gövde, sırt gibi bölgelerde

e. Günlük hayatta kıyafetle örtülü olan genitaler ve çevresindeki bölgelerde



Ek 4: Borderline Kişilik Ölçeği

Borderline Kişilik Ölçeği

Aşağıdaki cümlelerden size uygun olanlarını işaretleyiniz. D Y

1. İşleri çoğu kez üzerinde fazla düşünmeden yaparım. D Y
2. Çoğu kez 'birden bire' depresif ve anksiyeteli hissederim. D Y
3. İnsanlar çoğu kez beni terk ederler. D Y
4. Arkadaşlarım tarafından nadiren hayal kırıklığına uğrarım. D Y
5. Kendimi diğer kişilerden (derece olarak) daha aşağıda hissederim. D Y
6. Geçmişte kendine zarar verme davranışında bulunmakla tehdit ettiğim oldu. D Y
7. Hayatımla ilgili bir şeyler yapmak için becerilerimin var olduğuna inanmıyorum. D Y
8. Nadiren diğer insanlara kızarım. D Y
9. Bazen gerçek olmadığım duygusuna kapılırım. D Y
10. Uzunca bir süre tanımadığım birisiyle cinsel ilişkide bulunmam. D Y
11. Bazen kendimi anksiyeteli ya da gergin hissederim, bir kaç saat sonra da üzgün hissederim. D Y
12. Bana yakın olan insanlar öldüğünde ya da beni bıraktıklarında, kendimi terk edilmiş hissederim. D Y
13. Potansiyel dostlukları çoğu kez abartır, sonra da yürümeyeceklerini anlarım. D Y
14. Diğer insanlar gibi olsaydım kendimi iyi hissederdim. D Y
15. Kasıtlı olarak kendimi öldürmeye çalışmaksızın, kendime zarar vermeye çalıştım. D Y
16. Genel olarak, hayatım çok sıkıcıdır. D Y
17. Sık sık fiziksel kavgalar ederim. D Y
18. Bazen birilerinin peşimde olduğu hissine kapılırım. D Y
19. Arkadaşlarım duygularımın çok hızlı bir şekilde değiştiğini söylerler. D Y

20. Yalnız zaman geçirmekten korkarım. D Y
21. Güvenilir görünen insanlar çoğu kez beni hayal kırıklığına uğratırlar. D Y
22. Geçmişte intihar girişiminde bulundum. D Y
23. Çoğu kez başkalarına sunacak hiçbir şeyim yok gibi hissederim. D Y
24. Öfkelendiğimde kendimi kontrol edememe sorunum var. D Y
25. Başkalarının zihnini okuyabilirim. D Y
26. Kokain, eroin gibi ağır uyuşturucu maddeler denedim. D Y
27. Duygu durumum gün boyunca mutluluk, öfke, anksiyete ve depresyon arasında sık sık gider gelir. D Y
28. Arkadaşımdan ayrıldığımda, onları tekrar göreceğimden eminimdir. D Y
29. Arkadaşımla çoğu kez beni hayal kırıklığına uğratırlar. D Y
30. Kendimi bilerek kestim. D Y
31. Çoğu kez kendimi yalnız ve terk edilmiş hissederim. D Y
32. Öfkelendiğimde kendimi kontrol etmede hiç bir zorluk çekmem. D Y
33. Bazen başkalarının görmediği ya da duymadığı şeyler görür ve duyarım. D Y
34. İlk buluşmada cinsel ilişkide bulunmak benim için alışılmamış değildir. D Y
35. Bazen kendimi çok üzgün hissederim ama bu duygu hızlı bir şekilde geçer. D Y
36. İnsanlar çoğu kez beni hayal kırıklığına uğratırlar. D Y
37. Keşke bazı arkadaşlarım gibi olabilsem. D Y
38. Dikkat çekmek için kendime zarar verdiğim oldu. D Y
39. Farklı insanlarla farklı ortamlarda bulunduğumda bazen kim olduğumdan emin olmayacak derecede kendimi farklı hissederim. D Y
40. Başkaları tarafından kolayca kızdırılırım. D Y
41. Bazen başkalarının ne düşündüğünü gerçekten duyabilirim. D Y

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

64. Çoğu kez aşırı hız nedeniyle trafik cezası alırım. D Y
65. Çoğu kez duygusal açıdan bir ‘lunapark treninin’ üzerindeymiş gibi hissedirim. D Y
66. Ailem tarafından terk edilmiş gibi hissediyorum. D Y
67. Kim olduğum konusunda kendimi çok rahat hissediyorum. D Y
68. Çoğu kez işleri fazla düşünmeden, dürtüsel olarak yaparım. D Y
69. Hayatımın bir amacı yoktur. D Y
70. Gelecekte ne yapmak istediğimden emin değilim. D Y
71. Bazen o kadar çok yiyorum ki, ya çok sancım oluyor ya da kendimi kusmak için zorlamak zorunda kalıyorum. D Y
72. İnsanlar huysuz, geçimsiz bir kişi olduğumu düşünürler. D Y
73. Sevdiğim insanlar beni çoğu kez bırakırlar. D Y
74. Sosyal durumlarda, çoğu kez başkalarının zihninden geçenleri sezeceklerini ve onlara sunabileceğim pek bir şey olmadığını fark edeceklerini hissedirim. D Y
75. Kendime zarar vermeye çalıştığım için hastanede yattığım olmuştur. D Y
76. Çoğu kez boşluk duygusu hissedirim. D Y
77. Başkaları beni çoğu kez öfkelenendirir. D Y
78. Değer verdiğim birisinin beni bırakacağını düşünmek beni çoğu kez çılgına çevirir. D Y
79. Uzun vadeli amaçlarım konusunda kafam karışıktır. D Y
80. Başkaları çok çabuk öfkelendiğimi söylerler. D Y

Ek 5: Yansıtıcı İşlevsellik Ölçeği

Yansıtıcı İşlevsellik Ölçeği

Lütfen aşağıdaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her bir cümle için, cümleye ne kadar katıldığınızı ifade etmek üzere 1 ile 7 arasında bir numara seçip cümlelerin yanına yazınız. Cümleler üzerinde çok fazla düşünmeyin- ilk tepkiniz genellikle en iyisidir. Teşekkür ederiz.

1'den 7'ye kadar olan aşağıdaki ölçeği kullanın:

Kesinlikle Katılmıyorum	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle Katılıyorum
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

1. ___ İnsanların düşünceleri benim için bir bilinmezdir.
2. ___ Bir başkasının ne düşündüğünü ya da nasıl hissettiğini anlamak benim için kolaydır.
3. ___ Ben değiştikçe ebeveynlerimin zihnindeki resmi de değişir.
4. ___ İnsanların duygu ve düşünceleri hakkında çok fazla endişelenirim.
5. ___ Davranışlarımın başkalarının duyguları üzerindeki etkisine dikkat ederim.
6. ___ Başkalarının duygu ve düşüncelerini anlamam uzun zaman alır.
7. ___ Yakın arkadaşlarımdan ne düşündüğünü tam olarak bilirim.
8. ___ Ne hissettiğimi her zaman bilirim.
9. ___ Kendimi nasıl hissettiğim, bir başkasının davranışını nasıl yorumladığımı kolayca etkileyebilir.
10. ___ Birisinin gözlerinin içine bakarak nasıl hissettiğini anlayabilirim.
11. ___ En iyi arkadaşlarımdan tepkilerini bazen yanlış anlayabileceğimi fark ediyorum.
12. ___ Ne hissettiğim konusunda sıklıkla kafam karışır.
13. ___ Rüyalarımın anlamını merak ederim.

14. ___ Bir başkasının aklından geçenleri anlamak benim için asla zor değildir.
15. ___Ebeveynlerimin bana karşı davranışlarının, onların yetiştirilme biçimiyle açıklanmaması gerektiğine inanıyorum.
16. ___Neyi neden yaptığımı her zaman bilmem.
17. ___İnsanların başkalarına verdiği tavsiyelerin, genellikle kendi yapmak istedikleri şeyler olduğunu fark ettim.
18. ___İnsanların aklından neler geçtiğini anlamak benim için gerçekten zordur.
19. ___Diğer insanlar bana iyi bir dinleyici olduğumu söyler.
20. ___Sinirlendiğimde, neden söylediğimi gerçekten bilmediğim şeyler söylerim.
21. ___Sıklıkla başkalarının davranışlarının ardında yatan anlamı merak ederim.
22. ___Diğer insanların duygularını anlamlandırmak için gerçekten çok çabalarım.
23. ___Sıklıkla, istediğim şeyleri yapmaları için insanları zorlamak zorunda kalırım.
24. ___Genellikle yakınlarım, yaptığım şeyleri neden yaptığımı anlamakta zorluk çekerler.
25. ___Eğer dikkatli olmazsam, bir başkasının hayatına çok fazla karışabileceğimi hissediyorum.
26. ___Başkalarının duygu ve düşünceleri benim için kafa karıştırıcıdır.
27. ___Bir başkasının ne yapacağını çoğunlukla tahmin edebilirim.
28. ___Güçlü duygular genellikle düşüncelerimi bulanıklaştırır.
29. ___Anladım ki, birisinin tam olarak ne hissettiğini bilmek için bunu ona sormam gerekir.
30. ___Bir kişi hakkındaki sezgilerim neredeyse hiç yanlış çıkmaz.
31. ___İnanıyorum ki, insanlar kendi inanç ve deneyimlerine bağlı olarak bir durumu çok farklı şekillerde görebilirler.

32. ___Bazen kendimi bir şeyler söylerken bulurum ve onları neden söylediğim hakkında hiç fikrim olmaz.
33. ___Davranışlarımın ardındaki nedenler üzerine düşünmeyi severim.
34. ___Normalde insanların aklından geçenleri tahmin etmede iyiyimdir.
35. ___Hislerime güvenirim.
36. ___Sinirlendiğimde, sonradan pişman olacağım şeyler söylerim.
37. ___İnsanlar duyguları hakkında konuştuklarında kafam karışır.
38. ___İyi bir zihin-okuyucuyumdur.
39. ___Sık sık zihnim boşmuş gibi hissedirim.
40. ___Eğer güvensiz hissedersen, diğerlerini sinirlendirecek şekilde davranırım.
41. ___Başkalarının bakış açılarını anlamakta zorlanırım.
42. ___Genellikle diğer insanların tam olarak ne düşündüğünü bilirim.
43. ___Güçlü duygular beslediğim şeyler hakkındaki hislerimin bile zamanla değişebileceğini öngörebilirim
44. ___Bazen neden yaptığımı gerçekten bilmediğim şeyler yaparım.
45. ___Duygularımı dikkate alırım.
46. ___Bir tartışmada, diğer kişinin bakış açısını aklımda tutarım.
47. ___Bir başkasının düşünceleri hakkındaki içgüdülerim genellikle çok doğrudur.
48. ___İnsanların davranışlarının nedenlerini anlamak onları affetmeme yardımcı olur.
49. ___Herhangi bir durumu değerlendirmenin DOĞRU bir yolu olmadığını düşünüyorum.
50. ___İçgüdülerimden çok mantığımla hareket ederim.
51. ___Çocukluğuma dair çok şey hatırlamıyorum.
52. ___Başkasının aklından geçenleri tahmin etmeye çalışmanın bir anlamı olmadığına inanırım.

53. ___ Benim için insanın davranışları söylediklerinden daha önemlidir.
54. ___ Diğer insanların, çözmeye kalkışmak için fazla karmaşık olduklarına inanırım.



Ek 6: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

Her bir madde için aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyiniz

	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
1. Yeterli yemeğim olurdu.					
2. Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu					
3. Anne ya da babam kendilerine layık olmadığımı ifade ederlerdi.					
4. Fiziksel ihtiyaçlarım tam olarak karşılanırdı.					
5. Ailemde sorunlarımı paylaşabileceğim biri vardı					
6. Üst baş açısından bakımsızdım.					
7. Sevildiğimi hissediyordum.					
8. Anne ya da babam kendimden utanmama neden olurdu.					
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
10. Ailemde değiştirmek istediğim şeyler vardı.					
11. Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
13. Anne ya da babam fikirlerimi önemserdi.					
14. Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
15. Fiziksel bakımdan hırpalanmış olduğuma inanıyorum.					
16. Çocukluğum mükemmeldi.					
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.					
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
19. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissedilerdi.					
20. Biri bana cinsel amaçla dokunmaya ya da kendisine dokundurmaya çalıştı.					

21. Kendisi ile cinsel ilişki kurmadığım takdirde bana zarar vermekle tehdit eden biri vardı.					
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
25. Ailemdelikler bana karşı suçlayıcıydı.					
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.					
27. Cinsel istismara uğradığım kanısındayım.					
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					
29. Ailemdelikler yaşıtırlarımla ve arkadaşlarımla görüşmemi kısıtlardı.					
30. Ailemdelikler her şeyime karıştırdı.					
31. Anne ve babam bir işi kendi başıma yapmama fırsat verirlerdi.					
32. Ailemdelikler rahat vermeyecek derecede peşimdeydiler.					
33. Anne ya da babam beni kontrol etmek için kişisel eşyalarımı benden habersiz karıştırdı.					

Ek 7: Gözlerden Zihin Okuma Testi

Gözlerden Zihin Okuma Testi

Resimdeki kişinin düşündüğü veya hissettiğini en iyi tarif eden kelimeyi seçin. Lütfen sadece en uygun olduğunu düşündüğünüz tek bir kelimeyi seçin. Testi olabildiğince çabuk yapmaya çalışın fakat zaman tutulmayacaktır.

test

kıskanç

paniklemiş



kibirli

nefret dolu

1)

neşeli

teselli eden

2)

korkmuş

üzüntülü



rahatsız

sıkılmış

kibirli

kızgın

3)

şakacı

telaşlı

4)

şakacı

ısrarcı



arzulu

ikna olmuş

keyifli

gevşemiş

5)

rahatsız

iğneleyici



endişeli

arkadaş canlısı

6)

donakalmış

hayal kuran



sabırsız

diken üstünde

7)

özür dileyen

arkadaş canlısı



tedirgin

şevksiz

8)

kötümser

rahatlamış



utangaç

heyecanlı

9)

kızgın

düşmanca



dehşete düşmüş

zihni meşgul

10)

temkinli

ısrarcı



sıkılmış

donakalmış

11)

korkmuş

keyifli



pişman

işveli

12)

aldırmaz

mahcup



şüpheli

şevksiz

13)

kararlı

bekleyen



tehditkar

utangaç

14)

rahatsız

hayal kırıklığına uğramış



keyifsiz

suçlayıcı

15)

mütefekkir

telaşlı



cesaret veren

keyifli

16)

rahatsız

düşünceli



cesaret veren

cana yakın

17)

şüphelenmiş

şefkatli



neşeli

donakalmış

18)

kararlı

keyifli



donakalmış

sıkılmış

19)

baskın

arkadaş canlısı



suçlu

dehşete düşmüş

20)

zihni meşgul

minnettar



ısrarcı

yalvaran

21)

memnun

özür dileyen



küstah

ilgili

22)

tereddütlü

rahatsız



heyecanlı

düşmanca

23)

diken üstünde

utangaç



düşmanca

gergin

24)

şakacı

temkinli



kibirli

güven verici

25)

merak eden

şakacı



şefkatli

memnun

26)

sabırsız

donakalmış



rahatsız

dalgın

27)

minnettar

işveli



düşmanca

hayal kırıklığına uğramış

28)

utanmış

kendinden emin



şakacı

şevksiz

ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyad: Muhammet Mustafa Fidan

ÖĞRENİM DURUMU:

Lisans : 2021, İstanbul 29 Mayıs Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü

SUNUMLAR VE BİLDİRİLER

‘Narsisizm ve Yürütücü İşlevler’ adlı çalışmanın poster sunumu.

‘Borderline Kişilik Örgütlenmesinin ve Dürtüselliğin, Dövme Yaptırma ile İlişkisi’ adlı bildiri sunumu.

