



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı/Klinik Psikoloji Programı

BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA DEPRESİF
SEMPATOM VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ
DÜRTÜSELLİK, KENDİNE ZARAR VERME VE İNTİHAR
DAVRANIŞLARI
ÜZERİNDEKİ YORDAYICI ETKİSİ

Doktora Tezi

Pervin TUNÇ

115601106

Danışman: Prof. Dr. Doğan ŞAHİN

İSTANBUL, 2016



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı/Klinik Psikoloji Programı

**BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA DEPRESİF
SEMPATOM VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ
DÜRTÜSELLİK, KENDİNE ZARAR VERME VE İNTİHAR
DAVRANIŞLARI
ÜZERİNDEKİ YORDAYICI ETKİSİ**

Doktora Tezi

Hazırlayan: **Pervin TUNÇ**

KABUL VE ONAY

Pervin TUNÇ tarafından hazırlanan “Borderline Kişilik Bozukluğunda Depresif Semptom ve Çocukluk Çağı Travmalarının Dürtüsellik, Kendine Zarar Verme Davranışı ve İntihar davranışı üzerindeki yordayıcı Etkisi” başlıklı bu çalışma, Savunma Sınavı tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : [Prof. Dr. Doğan Şahin] (Danışman)

Üye : [Doç. Dr. Ömer Faruk Şimşek]

Üye : [Prof. Dr. Nesrin Aştı]

Üye : [Yard. Doç. Muzaffer Şahin]

Üye : [Yard. Doç. Ceylin Özcan]

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Ümit ATAMAN

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

Not: Bu tezde kullanılan özgün ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge ve şekillerin kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunundaki hükümlere tabidir.

BİLDİRİM

Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- ☐ Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- ☐ Tezim sadece İstanbul Arel yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- ☒ Tezimin 2 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

Pervin TUNÇ

YEMİN METNİ

Doktora tezi olarak sunduğum “Borderline Kişilik Bozukluğunda Depresif Semptom ve Çocukluk Çağı Travmalarının Dürtüsellik, Kendine Zarara Verme ve İntihar Davranışları Üzerindeki Yordayıcı Etkisi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

[Tarih ve İmza]

Pervin Tunç

ÖZET

BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA DEPRESİF SEMPTOM VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ DÜRTÜSELLİK, KENDİNE ZARAR VERME VE İNTİHAR DAVRANIŞLARI ÜZERİNDEKİ YORDAYICI ETKİSİ

Pervin TUNÇ

Doktora Tezi, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Doğan Şahin

Ekim, 2016

Bu araştırmanın temel amacı, Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) tanılı ve BKB tanılı olmayan (kontrol) gruplarda depresif semptom ve çocukluk çağı travmalarının, dürtüsellik, kendine zarar verme ve intihar davranışları üzerindeki yordayıcı rolünü incelemektir. Araştırmanın örneklemini, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi ve Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisinde takipleri devam eden BKB tanılı olgu grubu ($n_1=72$) ve sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubu ($n_2=71$) oluşturmaktadır. Verilerin toplanmasında, Demografik Bilgi Formu, Borderline Kişilik Envanteri (BKE), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Hamilton Depresyon Skalası (HAM-D), Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) ve İntihar Davranışı Ölçeği (İDÖ) kullanılmıştır. Gruplar arası farklılıkların değerlendirilmesinde bağımsız örneklem için t-Testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesi için ise Pearson korelasyon katsayısı ve çoklu doğrusal hiyerarşik regresyon analizinden yararlanılmıştır. Araştırma sonuçlarında, BKB tanılı grupta, çocukluk çağında duygusal istismara maruz kalma ve depresif semptomlar (Beck Depresyon Ölçeği) düzeyi arttıkça dürtüsel davranışların da arttığı saptanmıştır. Yine BKB grubunda, çocukluk çağında duygusal istismara maruz kalma düzeyi arttıkça kendine zarar verme davranışının da arttığı belirlenmiştir. Ayrıca BKB grubunda, çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalma düzeyi ve depresif semptomlar (Beck Depresyon Ölçeği) arttıkça intihar davranışının da arttığı saptanmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular ilgili

literatür çerçevesinde tartışılarak araştırmacılara ve klinisyenlere önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Borderline Kişilik Bozukluğu, depresif semptom, çocukluk çağı travması, dürtüsellik, kendine zarar verme davranışı, intihar davranışı



ABSTRACT

**THE PREDICTOR ROLE OF DEPRESSIVE SYMPTOMS AND
CHILDHOOD TRAUMAS OVER IMPULSIVE, SELF-INJURING AND
SUICIDAL BEHAVIORS IN BORDERLINE PERSONALITY
DISORDER**

Pervin TUNÇ

Doctoral Dissertation, Department of Clinical Psychology

Supervisor: Prof. Doğan Şahin

October, 2016

The main objective of this research is to investigate the predictor role of depressive symptoms and childhood traumas over impulsive, self-injuring and suicidal behaviors, in control groups with and without borderline personality disorder (BPD) diagnosis. The sampling of this research is made up of two groups, first of which consists of individuals with BPD diagnosis who are receiving treatment in Istanbul University, Istanbul Faculty of Medicine and Erenköy Psychiatric and Neurological Diseases Training and Research Hospital ($n_1=72$), and a second group of healthy volunteers ($n_2=71$). During data acquisition, Demographic Questionnaire, Borderline Personality Inventory (BPI), Beck Depression Inventory (BDI), The Hamilton Rating Scale (HAM-D), Barratt Impulsivity Scale (BIS), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)-28, Inventory of Statements About Self Injury (ISAS), Suicide Behavior Questionnaire (SBQ) were used. For independent samples t-test was used in order to evaluate the differences between groups. Pearson's correlation coefficient and hierarchical regression analysis were utilized to determine intervariable relations. In the conclusion, it was determined that the impulsive behavior was observed more frequently among the individuals of the group with BPD diagnosis if they were subjected to emotional abuse during childhood or if they are exhibiting higher levels of depression symptoms (Beck depression inventory). It was found out that the frequency of self-harm increases as individuals were subjected to emotional abuse during childhood. It

was also determined that the frequency of suicidal behavior is higher if the individual was subjected to sexual abuse during childhood or have higher levels of depression symptoms. The findings were discussed within the framework of the literature, and suggestions were made to researchers and clinicians accordingly.

Keywords: Borderline personality disorder, depression symptom, childhood trauma, impulsivity, Non-suicidal self-injury, suicidal behavior



ÖNSÖZ

Borderline kişilik bozukluğu gösterenler toplum ve sağlık profesyonelleri tarafından sıklıkla ‘zor hasta’ olarak etiketlenirler. İ.Ü. Tıp Fakültesi, Sanat psikoterapisi, grup terapisi uygulamalarında tanık olduğum dramatik yaşam öyküleri, duygu durum ve davranışları ile borderline kişilik bozukluğu olgularının özel olarak dikkatimi çektiğini fark ettim. BKB olgularının tedavi süreçlerinde multidisipliner yaklaşım ve ekip çalışmasının daha etkili olabileceği düşüncesi, doktora tezimin konusu için motivasyon oluşturdu. BKB katılımcılarına bu araştırmaya verdikleri gönüllü destekten dolayı teşekkür ederim.

Öncelikle, dinamik psikoterapi eğitimim sırasında kişilik bozuklukları konusundaki bilgi birikimi ile ufku açan, dünya görüşü ve akademik çalışmalarıyla örnek aldığım, tez konusunun oluşturulması aşamasında özgün düşünceleri, değerli yönlendirmeleri ve BKB katılımcılarına ulaşmam konusunda katkılarından dolayı sevgili danışmanım ve hocam Prof. Dr. Doğan Şahin’e çok teşekkür ederim. Tez izleme çalışmalarında ve veri analizi çalışmalarında yardımlarını esirgemeyen sevgili hocam Doç. Dr. Ömer Faruk Şimşek’e öneri, destek ve yönlendirmeleri için çok teşekkür ederim. Hem tez izleme kurulunda, hem de tez jürimde yer alan önerileriyle tez sürecime her zaman katkıda bulunan, zorlu tez sürecimde psikolojik desteğini her zaman hissettiğim sevgili hocam Prof. Dr. Nesrin Aştı’ya çok teşekkür ederim.

Tez komitemde bulunan Yard. Doç. Muzaffer Şahin’e değerli katkı, eleştiri ve yönlendirmelerinden dolayı çok teşekkür ederim. Yard. Doç. Ceylin Özcan’a değerli katkı, eleştiri ve yönlendirmelerinden dolayı çok teşekkür ederim.

Tezimin istatistik analizlerinde verdiği desteklerinden dolayı Uzm. Psikolojik Danışman Ahmet Altınok’a, psikolojik danışmanlığı ile de daima yanımda olduğu için çok teşekkür ederim.

Veri toplama aşamalarında katılımcıların araştırmaya alınmasında vazgeçilmez katkıları olan Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi uzman Doktor Yücel Yılmaz’a, arkadaşım psikolog Aysu Evran’a, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, sekreteri

Esengül Yılmaz’a çok teşekkür ederim. Burada adını sayamadığım psikiyatri kliniği uzman doktor, psikolog ve asistanlarına vaka yönlendirmeleri ile sağladıkları katkı için minnettarım.

Sanat psikoterapisi çalışmaları ve hastalara hümanist yaklaşımı ile ufkumu genişleten Doç. Dr. Nurhan Eren’e tez çalışmalarım sırasında psikolojik desteği ile daima yanımda olduğu için çok teşekkür ederim. Sanat Psikoterapisi Servisi, sosyal hizmet uzmanı Songün Uçar’a katılımcı görüşmelerimde sağladığı destek ve duygudaşlığı için sonsuz teşekkür ederim.

Canım oğlum Deniz Albayrak’a, annelik sorumluluklarımı zaman zaman ihmal ettiğim zamanlarda, sabır ve desteği için yürekten teşekkür ederim.

Pervin TUNÇ

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	iii
BİLDİRİM.....	iv
YEMİN METNİ.....	v
ÖZET	vi
ÖNSÖZ.....	x
İÇİNDEKİLER.....	xii
TABLolar.....	xvi
ŞEKİLLER	xvii
GRAFİKLER.....	xvii
KISALTMALAR.....	xviii
1. BÖLÜM.....	1
GİRİŞ	1
1.1. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB)	5
1.1.1. Borderline Kavramının Tarihsel Gelişimi	5
1.1.2. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Epidemiyolojisi	5
1.1.3. DSM-5 Kriterlerine Göre Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı.....	6
1.1.4. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Etiyolojisi	9
1.1.5. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Tanı Sorunları	10
1.1.6. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Duygu durum Bozuklukları Arasındaki İlişki	11
1.2. Depresyon	13
1.2.1. Major Depresif Bozukluk Tanı Ölçütleri (DSM-5).....	13
1.2.2. Major Depresif Bozukluk ve Epidemiyolojisi.....	14
1.2.3. Risk Etkenleri	14
1.2.4. Borderline Kişilik Bozukluğunda, Depresyon ve Depresif Semptomlar	16
1.3. Dürtüsellik Tanımı	18
1.3.1. Dürtüsellik ve Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB).....	19
1.3.2. Dürtüsellik ve intihar.....	20
1.4. Kendine Zarar Verme Davranışı (KZVD)	22
1.4.1. Kendine Zarar Verme Davranışı Tanım	22
1.4.2. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Epidemiyolojisi	23

1.4.3. Kendine Zarar Verme Davranışının Sınıflandırılması	24
1.4.4. Kendine Zarar Verme Davranışının Etiyolojisi ve Risk Etmenleri.	25
1.4.5. Kendine Zarar Verme Davranışının Görüldüğü DSM Tanıları.....	26
1.4.6. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Borderline Kişilik Bozukluğu .	26
1.4.7. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Depresyon	28
1.4.8. Kendine Zarar Verme Davranışı ve İntihar	28
1.5. İntihar	31
1.5.1. İntihar Davranışı ve Epidemiyolojisi	31
1.5.2. Risk Etmenleri	31
1.5.3. İntihar ve Depresyon	33
1.5.4. İntihar, Kendine Zarar Verme Davranışı ve Borderline Kişilik Bozukluğu	34
1.6. Çocukluk Çağı Travmaları.....	36
1.6.1. Çocukluk Çağı Travmaları ve Epidemiyoloji	37
1.6.2. Çocukluk Çağı Travması Türleri.....	38
1.6.3. Çocukluk çağı travmasının ilişkili olduğu psikopatolojiler ve durumlar	40
1.6.4. Çocukluk Çağı Travması ve Borderline Kişilik Bozukluğu	40
1.6.5. Çocukluk Çağı Travmaları ve Borderline Kişilik Bozukluğu Belirtileri	42
1.6.6. Çocukluk Çağı Travması ve Depresyon.....	43
1.6.7. Çocukluk Çağı Travması, Borderline Kişilik Bozukluğu ve Depresif Semptomlar	44
1.6.8. Çocukluk çağı travması ve Dürtüsellik	45
1.6.9. Çocukluk Çağı Travması ve Kendine Zarar Verme Davranışı	45
1.6.10. Çocukluk Çağı Travması ve İntihar davranışı.....	47
1.7. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	48
1.7.1. ARAŞTIRMA SORULARI	48
2. BÖLÜM.....	49
YÖNTEM	49
2.1. Araştırma Modeli	49
2.2. Çalışma Grubu	49
2.3. Veri Toplama Araçları	57
2.3.1. Demografik Bilgi Formu	57

2.3.2. Borderline Kişilik Envanteri (BKE).....	57
2.3.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	58
2.3.4. Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11).....	59
2.3.5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ).....	59
2.3.6. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE).....	61
2.3.7. İntihar Davranışı Ölçeği (İDÖ).....	61
2.3.8. Hamilton Depresyon Skalası (HAM-D):.....	62
2.4. Verilerin Toplanması ve Analizi.....	62
3. BÖLÜM.....	64
BULGULAR.....	64
3.1. Çocukluk Çağı Travması, Depresif Semptom, Dürtüsellik, Kendine Zarar Verme ve İntihar Davranışının Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Olan ve Olmayan Gruplara Göre Farklılaşması.....	64
3.1.1. Kendine Zarar Verme Davranışlarının Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Olan ve Olmayan Gruplara Göre Farklılaşması.....	65
3.2. Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda.....	68
Depresif Semptom ve çocukluk çağı travmasının Dürtüsellliği, Kendine Zarar Verme ve İntihar Davranışını Yordamasına İlişkin bulgular.....	68
3.2.1. Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda Dürtüsel Davranışların Yordayıcılarına İlişkin Bulgular.....	73
3.2.2. Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda ‘Kendine Zarar Verme Davranış’larının Yordayıcılarına İlişkin Bulgular.....	75
3.2.3. Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda İntihar Davranışının Yordayıcılarına İlişkin Bulgular.....	78
4. BÖLÜM.....	82
TARTIŞMA VE YORUM.....	82
REFERANSLAR.....	112
Ek-1: DEPRESYON DÜZEYİ ARALIKLARI.....	145
EK-2: KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	146
EK-3: BORDERLINE KİŞİLİK ENVANTERİ (BKE).....	147
EK-4: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ).....	149
EK-5: BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ-11.....	151
EK-6: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ.....	152
EK-7: KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI DEĞERLENDİRME ENVANTERİ.....	153

EK-8: İNTİHAR DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ.....	154
EK-9: HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ:.....	155
Ek-10: DAĞILIM GRAFİKLERİ	157
ÖZGEÇMİŞ.....	158



TABLÖLAR

Tablo 1. Çalışma Grubuna Ait Demografik Özellikler	51
Tablo 2. Çalışma Grubuna Ait Klinik Özellikler-İntihar Öyküsü	53
Tablo 3. Çalışma Grubuna Ait Klinik Özellikler-Taciz Öyküsü (Yaş)	55
Tablo 4. Çalışma Grubuna Ait Klinik Özellikler-Taciz Öyküsü (Kim Tarafından Yapıldığı)	55
Tablo 5. Çocukluk Çağı İstismarına Maruz Kalma*	56
Tablo 6. Depresyon Puan Dağılımı- Tanılı ve Tanılı Olmayan Gruplar İçin ...	56
Tablo 7. Değişkenlerin Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Olan ve Olmayan Gruplara Göre Farklılaşması.....	64
Tablo 8. Kendine Zarar Verme Davranışlarının Borderline Tanısı Olan ve Olmayan Gruba Göre Farklılaşması	66
Tablo 9. BKB Tanılı ve Kontrol Gurubu Kendine Zarar Verme Davranış Dağılımları.....	67
Tablo 10. Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Olan ve Olmayan Grupta, Depresif semptom, Çocukluk Çağı İstismarı, Dürtüsellik, Kendine Zarar Verme ve İntihar Davranışları Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları .	72
Tablo 11. Borderline Tanısı Olan Grupta Depresif Semptom ve Çocukluk Çağı Travmalarının Dürtüsel Davranışlar Üzerindeki Yordayıcılığına İlişkin Doğrusal Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi	73
Tablo 12. Borderline Tanısı Olmayan Grupta Depresif Semptom ve Çocukluk Çağı Travmalarının Dürtüsel Davranışlar Üzerindeki Yordayıcılığına İlişkin Doğrusal Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi	74
Tablo 13. Borderline Tanısı Olan Grupta Depresif Semptomlar ve Çocukluk Çağı Travmalarının Kendine Zarar Verme Davranışları Üzerindeki Yordayıcılığına İlişkin Doğrusal Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi.....	76
Tablo 14. Borderline Tanısı Olmayan Grupta Depresif Semptom ve Çocukluk Çağı Travmalarının Kendine Zarar Verme Davranışları Üzerindeki Yordayıcılığına İlişkin Doğrusal Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi.....	77
Tablo 15. Borderline Tanısı Olan Grupta Depresif Semptom ve Çocukluk Çağı Travmalarının İntihar Davranışı Üzerindeki Yordayıcılığına İlişkin Doğrusal Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi.....	78

Tablo 16. Borderline Tanısı Olmayan Grupta Depresif Semptom ve Çocukluk Çağı Travmalarının İntihar Davranışı Üzerindeki Yordayıcılığına İlişkin Doğrusal Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi 79

Tablo 17. Regresyon Modellerinin Özeti (İstatistiksel olarak anlamlı yordayıcılar)..... 80

ŞEKİLLER

Şekil 1. Özet Şema..... 81

GRAFİKLER

Grafik 1. Değişkenlere İlişkin Gruplar Arası Farklılaşma..... 65

KISALTMALAR

BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BİS-11	Barrat Dürtüsellik Ölçeği
BKB	Borderline Kişilik Bozukluğu
BKE	Borderline Karakter Envanteri
ÇÇTÖ	Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
HAM-D	Hamilton Depresyon Skalası
İDÖ	İntihar Davranışı Ölçeği
KZVD	Kendine Zarar Verme Davranış
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı)
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu

1. BÖLÜM

GİRİŞ

Borderline kişilik bozukluğu (BKB), sağlık kuruluşlarına, sıklıkla aile içi şiddet, saldırı, kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi gibi durumlarla başvurması ile karakterize olan psikiyatrik bir bozukluktur (New ve Siever, 2002). BKB olguları öngörülemeyen doğaları, yoğun ve hızlı değişen duygu durumları ve derin ilgi ihtiyaçları ile terapi veya tedavi sürecinde klinisyenler için sıklıkla zorlu vakalar olabilmektedirler.

Kernberg (1977) borderline kişilik örgütlenmesinde, kimlik bütünlüğünün olmadığı, ilkel savunma mekanizmalarının kullanıldığı ve gerçeği değerlendirme yetisinin korunduğunu vurgulamıştır. “Borderline kişilik bozukluğu, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, kişilerarası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellik olduğu sürekli bir örüntü olarak” tanımlanmaktadır (APA, 2013). Erkeklerle oranla kadınlarda üç kat daha fazla görülen BKB’nin, genel popülasyonda % 2 oranında görüldüğü belirtilmiştir (APA, 2013). BKB olgularının % 75’inde intihar girişimi, % 10’unda tamamlanmış intihar, % 69-70 oranında kendine zarar verme davranışı tespit edilmiştir (Skodol ve ark., 2002). Ayrıca, intihar girişiminde bulunanların % 7-38’inde borderline kişilik özelliklerine rastlanmıştır (Chapman ve ark., 2009). BKB olgularının yaşam boyu intihar sonucu ölüm riskinin % 3-10 olduğu, bu oranın genel toplum örnekleminde 50 kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Skodol ve ark., 2002; Paris ve Zweig-Frank, 2001). Bu veriler, BKB olgularının intihar riskini arttıran veya azaltan, muhtemel faktörler üzerinde çalışmalar yapılması ihtiyacını göstermektedir. Ayrıca, klinik uygulamalarda intihar davranışının potansiyel risklerinin belirlenmesine yönelik farkındalığın yükseltilmesi de önemli görünmektedir.

BKB olgularında intihar girişimi ve tamamlanmamış intihar girişimi yüksek oranda görülmesine rağmen, olguların bir kısmında intihar girişimi bulunmadığı da vurgulanmaktadır. Borderline kişilik bozukluğu, duygulanım, dürtü kontrolü, kimlik bütünlüğü ve kişilerarası ilişkilerde bozulma şeklinde heterojen klinik özellikler göstermekte olup pek çok değişkenden

etkilenebilmektedir. BKB olgularında, diğer psikiyatrik bozukluklara göre en yüksek oranda intihar girişiminin görülmesine dair tespit önemlidir.

Çeşitli araştırmalarda BKB olgularını % 50-80'inin KZVD gösterdiği ve bu vakaların % 72'sinin ise birden fazla kendine zarar verme yöntemi kullandıkları rapor edilmiştir (Bohus ve ark., 2000). Kendine zarar verme davranışı gösteren BKB olgularında, psikiyatrik hastane yatışı ve ilaç tedavisine daha fazla ihtiyaç duyulduğu, bu olgularda intihar düşünce ve davranışının daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Dulit ve ark., 1994).

BKB, DSM'de 'duygudurum bozukluğu boyutundan dürtüsellik boyutuna kadar uzanan belirtileri kapsayan patolojik durum şeklinde' tanımlanmaktadır (APA, 2013). BKB olguların duygu durumunun saatler içinde değişebildiği veya nadiren birkaç gün ya da daha uzun süre değişmeden kalabildiği belirtilmektedir. Bu olguların ayrıca, yoğun ve hızlı değişen duygu durumlarını da içeren terk edilme ve terk edilme korkusunun tetiklediği öfke patlamaları da gösterebildikleri (Levy, Beeney ve Temes, 2011); kişilerarası ilişkilere ve çevresel değişimlere son derece duyarlı oldukları vurgulanmaktadır (Linehan, 1993).

Tanı kriterlerinden altıncı madde, hastaların “ duygu durumunda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı affektif instabilitenin (örn. yoğun epizodik disfori, kolay kızma; irrabilite ya da genellikle birkaç saat süren, nadiren birkaç günden daha uzun süren anksiyete) ” varlığını tarif etmektedir (APA, 2013). BKB'de depresif dönemler ve depresif duygu durum oldukça sık rastlanan bir durumdur (Skodol, 2002). Borderline patolojide görülen disfori, depresif semptomlar ile tanı açısından ortak özellikler gösterebilir ve sıklıkla birlikte görülebilmektedir (Skodol ve ark., 2005; Zanarini ve ark., 2012). BKB olgularında görülen bu yoğun disfori halinin depresif semptomlar ile ayrımının iyi yapılması klinik açıdan önemli görünmektedir.

Pek çok araştırmacı tarafından, erken çocukluk çağı travmasının, yetişkinlikte dürtüsellik, kendine zarar verme davranışı, intihar davranışı, erken başlangıçlı depresyon, uzamış depresyon epizotları gibi ruhsal bozuklukların ortaya çıkması ve prognozu olumsuz etkilemesi açısından önemli bir faktör

olduğu rapor edilmiştir (Bernet, 2000; Gladstone ve ark., 2004; Grote ve ark., 2012; Spinhoven ve ark., 2010; Zlotnick, ve ark., 1999). Borderline patolojiyi etkileyen faktörlerin incelendiği araştırmalarda borderline kişilik bozukluğu ve çocukluk çağı travması arasında anlamlı ilişkinin olduğu da bildirilmiştir (Burns ve ark., 2012; Carpenter ve Chung, 2011; Golier ve ark., 2003; Simeon ve ark., 2003; Şar, 1999; Whiffen ve MacIntosh, 2005).

Çocukluk çağı travmasının, toplum ve psikiyatri örneklemelerinde yaygın olduğu erişkin yaşamda farklı psikolojik bozukluklara neden olabildiği ve aynı zamanda var olan psikopatolojinin prognozunu ağırlaştırdığı belirtilmektedir (Grote ve ark., 2012; Read ve ark., 2001). Çocukluk çağı travma öyküsünün, BKB olgularında daha fazla ek psikiyatrik semptom oluşturduğu ve buna paralel olarak prognoz üzerinde olumsuz etkisinin olduğu bildirilmiştir (Van der Kolk, 1996). Zannarini ve arkadaşları (2011) yaptıkları çalışmada, BKB olgularında depresyon ve cinsel istismar öyküsünün kendine zarar verme ve intihar davranışını artıran faktörler olduğunu belirtmişlerdir. BKB olgularında, ilave olarak depresif semptom ve çocukluk çağı travmasının eşlik etmesi bu olgularda daha fazla dürtüsellik, kendine zarar verme ve intihar davranışının görülmesine, aynı zamanda intihar riskinin de artmasına neden olabileceği vurgulanmıştır (Corbitt ve ark., 1996; Soloff ve ark., 1994; Soloff ve ark., 2000; Soloff ve ark., 2002; Trask ve ark., 2011).

Bununla birlikte, bu çoklu komorbid durumun yarattığı psikopatoloji tedavi süreçlerinin daha fazla kesintiye uğramasına hatta hastaların tedaviyi daha fazla yarıda bırakmalarına yol açtığı bilinmektedir. Bu bağlamda, BKB ile depresif semptom, çocukluk çağı travması, dürtüsellik, kendine zarar verme ve intihar davranışı arasındaki ilişkilerin anlaşılmasının önemli olduğu söylenebilir. İntihar riski ile ilgili olarak, depresif bireyler üzerinde yürütülen boylamsal çalışmalar, intihar girişimi riski en yüksek olan grubun BKB olduğunu göstermiştir (May, Klonsky ve Klein, 2012). Ancak, risk faktörlerinin varlığının intihar davranışlarını tamamen açıklamakta yeterli olmadığı da belirtilmiştir (Hawton ve Heeringen, 2009).

Son zamanlarda, intihar araştırmaları intihar risk faktörlerine sahip kişilerin beceri ve inançlarına odaklanarak kişiyi intihar etmekten korumaya

yönelmişlerdir (Johnson, Gooding, Wood ve Tarrier, 2010; Kazdin, 2003). Bu kapsamda, BKB olgularında dürtüsellik, kendine zarar verme ve intihar davranışlarının, depresif semptom ve çocukluk çağı travması tarafından ne şekilde etkilendiğinin belirlenmesi koruyucu psikolojik hizmetlerin de düzenlenmesine katkıda bulunabilir. Bu noktada, BKB olgularında depresif semptom ve çocukluk çağı travmalarının önceden saptanması klinik seyirde dürtüsel, kendine zarar verme ve intihar davranışlarının ön habercisi olup olmayacağı sorusu akla gelmektedir. Eğer BKB’de depresif semptom ve çocukluk çağı travmalarının varlığı dürtüsel davranış, kendine zarar verme davranışı ve intihar davranışı gibi olumsuz klinik gidişin habercisi ise bunların sorgulanması klinisyene avantaj sağlayacaktır. Borderline patolojiyi arttıran veya azaltan değişkenlerin klinisyen tarafından bilinmesinin, belirtilerin azaltılmasına yönelik müdahalenin şekillenmesinde önemli bir yardımı olabilir.

BKB’de dürtüsellik, kendine zarar verme ve intihar davranışları, aynı zamanda bozukluğun şiddeti ve boyutları ile depresif semptomlar ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıdaki araştırmanın ortaya koyduğu farklı sonuçlar, söz konusu olguların ilişkisi üzerine daha fazla araştırma yapılmasının gerekliliğini göstermektedir. BKB’de dürtüsellik, kendine zarar verme ve intihar davranışları ile depresif semptom ve çocukluk çağı travmaları arasında kavramsal açıdan ilişki kurulabilmesine rağmen literatür taramasında bunu desteleyecek az sayıda çalışmanın varlığı gözlemlenmiştir. Bu patolojik davranışların BKB’de nasıl işlediğini, sürece hangi durumların aracılık ettiğini araştırmak klinik uygulamalara fayda sağlayabilir. Türkiye’de, çocukluk çağı travmalarının borderline kişilik bozukluğu üzerindeki etkilerini inceleyen verilerin kısıtlı olması nedeni ile çalışmamızın sonuçları önem taşımaktadır.

Bu araştırmanın amacı, depresif semptom ve çocukluk çağı travmalarının, BKB tanısı olan ve olmayan bireylerde, dürtüsellik, kendine zarar verme davranışları ve intihar davranışını yordaması açısından farklılıkların olup olmadığını belirlemektir.

1.1. Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB)

1.1.1. Borderline Kavramının Tarihsel Gelişimi

Borderline kişilik yapısı geçmiş tarihlerde çoklu anlamlarda kullanılmış olup, kişilik organizasyonu, sendrom ve şimdiki bilinen adıyla bozukluk olarak tıp terminolojisine girmiştir (Gunderson ve Links, 2008). Erken dönem psikanalistler, BKB ile ilgili farkındalıklarının olmadığı dönemlerde geleneksel terapi sırasında bazı hastaların iyileşme göstermediklerini, hatta kötüleştiklerini gözlemişlerdir (Goldstein, 1995). Bu gözlemlerinin de etkisi ile borderline terimi, ilk olarak psikanalist Stern tarafından psikoz ile nöroz arasında bir durum olarak tanımlanmıştır (Oldham, 1991; Pollack, 1999). Daha sonraları spesifik bir bozukluktan ziyade belirli kişilik örgütlenmesi paterni olarak tanımlanmıştır (Kernberg, 1967). İlk defa Kernberg tarafından borderline kişilik bozukluğunun psikoterapi ile tedavi edilebileceği öne sürülmüştür (Gunderson ve Links, 2008). Gunderson ve Singer (1975) BKB tanısında önemli özellikleri vurgulamışlardır. Bunlar; öfke ya da depresyonun ağırlıklı olduğu yoğun affektivite, impulsivite, sosyal ortamlara yüzeysel uyum, geçici psikotik epizotlar, projektif testlerde ya da belirsizliğe, tutarsızlığa tahammülsüzlük ve kişilerarası ilişkilerde aşırı bağımlılık kalıpları şeklinde özetlenebilir.

Borderline psikopatoloji DSM-II'de (APA,1968) latent tip şizofreni olarak tanımlanmıştır. Borderline durumlar ile ilgili yapılan pek çok araştırma sonuçlarının ardından DSM kriterleri ile bağlantılı olarak ilk defa II. Eksen bozukluk kategorisinde DSM-III'te (APA, 1980) yer almıştır (Gunderson, 2001). DSM-III'te tanımlanmasının ardından borderline kişilik bozukluğu birçok araştırmacının dikkatini çekmiş ve geniş bir spektrum da araştırılmaya başlanmıştır (Akiskal, 1981; Gardner, 1989; Gunderson, 1975; Kernberg, 1967). Kişilik bozuklukları kategorisindeki yerini DSM-III-R, (APA, 1987) DSM-IV, (APA, 1994) ve DSM-5'te (APA, 2013) sürdürmüştür.

1.1.2. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Epidemiyolojisi

BKB, genel toplumda % 2 oranında, psikiyatri polikliniklerinde tedavileri süren hastalarda % 10 oranında, psikiyatri servislerinde yatan

hastalarda % 20 oranında görülmektedir (Kroll ve ark.,1982; Sneed ve ark., 2003; Widiger ve Weissman, 1991). ABD’de yapılan araştırmalarda yetişkinlerin yaklaşık % 2’sinde ve kadın popülasyonunda 3 kat daha fazla görülmektedir (National Institute Of Mental Health, 2001). İngiltere’de kişilik bozukluklarının genel oranı % 4.4 olarak bulunmuş, aynı çalışmada BKB oranı % 0.7 olarak tespit edilmiştir (Coid ve ark., 2006). Avrupa ülkelerinde benzer oranların bulunduğu rapor edilmiştir (Pedersen ve Simonsen, 2014). Bununla birlikte batı toplumlarının dışında da (örneğin Hindistan) görülmekte olup (Gupta ve Mattoo, 2010) sağlık kuruluşlarına başvuranlarda BKB oranının % 6 olduğu rapor edilmiştir (APA, 2013). Tanı yöntemlerindeki problemler gerçek BKB oranlarını tahmin etmede zorluklar oluşturmaktadır. Türkiye’de ise yeterli epidemiyolojik veri yoktur.

BKB olgularının % 75’inde intihar girişimi, % 10’unda tamamlanmış intihar, % 69-70’inden fazlasında kendine zarar verici davranış tespit edilmiştir (Skodol, 2002). İntihar girişiminde bulunanların % 7-38’inde borderline kişilik özelliklerine rastlanmıştır (Chapman ve ark., 2009). Stone (1990), BKB tanılı kadın olguların % 7’sinin, erkek olguların % 13’ü ise intihar girişiminde bulunduklarını rapor etmiştir. BKB’de medeni durum araştırmalarında bekâr ya da boşanmış olanların oranı % 63-95 olarak bulunmuştur (Soloff ve ark.,1994).

1.1.3. DSM-5 Kriterlerine Göre Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı

“Borderline kişilik bozukluğu, genç erişkinlik döneminde başlayan ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, kişilerarası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellğin olduğu sürekli bir örüntü olarak” tanımlanmaktadır (APA, 2013). Kernberg (1975) gerçeklik algılaması korunan, ilkel savunmalar ve tutarsız kimlik örüntüleri sergileyen, “borderline” kişilik örgütlenmesinden bahsetmiştir. BKB’nin tipik karakteristik özellikleri arasında saldırganlık, değişkenlik, tutarsızlık, çökkünlük ve şiddete eğilimli olmak gibi sürekli kriz durumları olduğunu vurgulamıştır. Diğerlerine yönelik manipülatif davranışlar, kendine zarar verme davranışları, daha az sıklıkla başkalarına yönelik öfke davranışları ve dürtüsel eyleme vurma (acting out) davranışları gösterdikleri belirtilmiştir (Kernberg, 1967; Kernberg, 1992).

BKB' de affektif instabilite, önemli tanı ölçütlerinden biri olup, olguların duygu durumu saatler içinde değişebilir veya nadiren birkaç gün ya da daha uzun süre değişmeden kalabilir. Yoğun ve hızlı değişen duygu durumlarını da içeren terk edilme ve terk edilme korkusunun tetiklediği öfke patlamaları gösterebilirler (Levy, Beeney ve Temes, 2011). Bununla birlikte, BKB olguları kişilerarası ilişkilere ve çevresel değişimlere son derece duyarlıdırlar (Linehan, 1993). Gerçekte ya da düşüncede terk edilme durumundan kaçınmak için sürekli bir çaba gösterme hali söz konusudur.

Bu durum, sıklıkla diğer kişiler ile olan ilişkilerinde yakın, stabil ve anlamlı kişilerarası ilişki geliştirmelerinde önemli sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır (Gunderson, 2007). Ayrıca benlik bütünlüğünde zayıflık ve boşluk duygusu da mevcut duruma eşlik etmektedir (Kernberg, 1967). Stres altındayken halüsinasyon ve hezeyanların eşlik ettiği geçici psikotik durumlar da rapor edilmiştir (Zanarini, Gunderson ve Frankenburg, 1990). BKB olguları her zaman olmasa da genellikle tekrarlayan kendine zarar verme davranışları, intihar ve para suicidal düşünceler ile meşguldürler (James ve Taylor, 2008). Kendine zarar verme davranışlarının ardında kendini cezalandırma, acı veren duygulardan kurtulma, rahatlama aracı olarak kullanma aynı zamanda kendini daha canlı hissetmek gibi nedenler mevcuttur (Barr, Hodge ve Kirkaldy, 2008; Morris, Simpson, Sampson ve Beesley, 2013). Bu durum kronik boşluk duygusu ile uyumlu olup (Brown, Comtois ve Linehan, 2002) kumar oynama, yeme bozuklukları, tehlikeli araba kullanma gibi öteki yıkıcı davranışlar ile birlikte görüldüğü sıklıkla rapor edilmektedir. BKB olguları genellikle duygusal karmaşa ve kriz içindedirler ve bağlantılı olarak sıklıkla tıbbi yardım başvurusunda bulunurlar.

B Kümesi'nde bulunan BKB ölçütlerinden 4. 5. 6. ve 8. maddesi incelendiğinde, dürtü kontrolünde zorlanma, kendine zarar verme ve intihar davranışlarının sıklıkla görüldüğü vurgulanmaktadır. DSM-5'e göre Borderline Kişilik Bozukluğu Tanı Kriterleri aşağıda belirtilmiştir (APA, 2013).

“1. Gerçek ya da imgesel bir ayrılıktan (terk edilmeden) kaçınmak için çılgınca çabalar gösterirler. Beşinci tanı ölçütü kapsamına giren intihar ya da öz kıyım davranışı buraya dâhil değildir.

2. Gözünde aşırı büyütme (göklere çıkarma) ve yerin dibine sokma uçları arasında gidip gelen, gergin ve tutarsız kişilerarası ilişkiler örüntüsü vardır.

3. Kimlik karmaşası, belirgin ve sürekli bir biçimde tutarsız benlik algısı ya da kendilik duygusu bulunur.

4. Kendine zarar verme olasılığı yüksek en az iki alanda dürtüsellik (örneğin, para harcama, cinsellik, alkol-madde kötüye kullanımı, tehlikeli araba kullanma, tıknırcasına yemek yeme) görülür. Beşinci tanı ölçütünün kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışı buraya dâhil değildir.

5. Yineleyen intihar ile ilgili davranışlar, girişimler, göz korkutmalar ya da kendine zarar verme davranışı görülür.

6. Duygu durumunda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı olarak duygulanımda tutarsızlık vardır (örneğin, yoğun dönemsel disfori, kolay kızma ya da genellikle birkaç saat, ancak seyrek olarak birkaç günden daha uzun süren bunalıtı).

7. Kronik boşluk duygusu mevcuttur.

8. Uygunsuz, yoğun öfke ya da öfkesini kontrol altında tutamama (örneğin, sık sık kızgınlık gösterme, sürekli öfkeli olma, sık sık kavgalara karışma) görülür.

9. Zorlanmayla ilişkili, gelip geçici kuşkucu düşünceler ya da ağır çözülme (disosiyatif) belirtileri” vardır.

Bu kriterlerin birçoğu birbiriyle ilişki içindedir. BKB olguları terkedilme riski olmaksızın kişilerarası ilişki oluşturmak için yoğun çaba gösterirler. Kişilerarası ilişkilerde güven sorunu yaşadıklarından reddedilecekleri düşünceciyle yoğun anksiyete yaşadıkları görülmektedir. Yalnız kalmayı engellemek ve bağlandıkları ya da bağımlı hale geldikleri kişiyi bu yönde manipüle etmek amacıyla kendine zarar verme davranışlarına başvurabilirler. Alkol-Madde kötüye kullanma, yeme bozukluğu davranışı, güvensiz cinsel ilişki gibi diğer sık görülen kendine zarar verici davranışlar sıklıkla BKB olgularında görülmektedir. Diğer insanların ihtiyaçlarına aldırış etmediği algısının sonucunda, duygulanımda dalgalanma, disforik duygular, öfke ve depresyon gelişebilir. İntihar ile ilgili yineleyen davranışlar ve

düşünceler eşlik edebilir. Rastgele cinsel ilişkiler ve madde bağımlılığı gibi dürtüsel davranışlar gerçek ya da imgesel bir ayrılığı önlemeye yönelik olabilir. BKB olguları yüzeysel de olsa kişilerarası ilişki kurabilir ancak kurdukları ilişkilerinin karakteri gereği tutarsız kişiler arası ilişkiler sosyal uyumlarının zayıf olmasına neden olmaktadır. Sık kullandıkları bilişsel çarpıtmalar ile benlik algısında tutarsızlık ve gerçeği değerlendirmede problem yaşayabilir bu durumu kişilerarası ilişkilere yansıtabilirler. Terk edilme ve düşüncesine yönelik aşırı duyarlılık gösterebilir ve gerçek ya da imgesel bir ayrılık söz konusu olduğunda açıkça paronid hale gelebilirler (Skodol ve ark., 2002).

BKB olgularının duygu durumlarındaki dalgalanmaya bağlı olarak yoğun duygusal tepkiler verdikleri görülmektedir. Çökkün duygu durumundan bir anda öfkeli ve tartışmacı bir duruma geçebilirler. Sonrasında duygunun olmadığı bir boşluk tarif edebilirler. Bu durum, genellikle borderline davranışlarının kestirilemez olarak görülmesine neden olur (Türkçapar ve Işık, 2000). Zayıf duygu düzenleme kapasitesi, sık sık kendine zarar verme davranışına, zaman zaman duygusal değişkenlik ve dalgalanma ile ilişkili kişilerarası kaotik zorluklara ve manipülatif intihar girişimlerine neden olmaktadır. Yoğun stres altında zorlanma ile birlikte dissosiyatif ve paranoid semptomlar gösterebilirler. Benlik algısındaki instabiliteye bağlı olarak sosyal ve mesleki yaşamda başarısızlıklara sıklıkla rastlanmaktadır (Oltmanns ve ark.,1995).

Widiger (1991), yaptığı meta analizde impulsivite ve affektif instabilitenin BKB'nin en tipik göstergeleri olduğunu ifade etmiştir. Oldham ve arkadaşları (1992) en çok kendine zarar verici davranışlar, tutarsız yoğun kişilerarası ilişkiler ve dürtüsel davranışların kullanıldığına ilişkin durumlara dikkat çekmişlerdir. Bagge ve arkadaşları (2004), 2 yıllık izlem çalışmasında impulsivite ve affektif instabilite özelliklerinin en çok BKB ile ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir.

1.1.4. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Etiyolojisi

BKB, son yıllarda daha fazla araştırma konusu olmakla birlikte etiyolojisini anlama çalışmaları da giderek artış göstermektedir. Bazı kişiler, gelişimsel bozukluklara diğerlerine göre daha savunmasız ve hassas mıdır?

Yoksa bazı kişiler için potansiyel koruyucu faktörler mi vardır? Belki de hepsinden daha önemlisi, ailedeki risk faktörlerine erken müdahale BKB gelişimini önleyebilir mi? BKB, genetik faktörlerin yanı sıra gelişim psikolojisindeki bozukluk olarak görülmekle birlikte yanıtlanmamış pek çok önemli sorunun beklediği gözlemlenmektedir.

BKB'nin gelişmesinde çok çeşitli etkenler sorumlu tutulmaktadır. Erken çocukluk dönemlerindeki yetersiz destek, ilgi ve bakım gibi travma tanımında yer alan etkenler risk faktörleri arasında yer almaktadır. Pek çok bozukluğun etiyolojisinde yer alan kalıtım ve çocukluk çağı travması borderline kişilik bozukluğunun da oluş nedenleri arasında sayılmaktadır (Nehls,1998).

Erken çocukluk yaşantılarında tek bir olay döngüsünden ziyade pek çok olumsuz olay birbirleri ile etkileşime girerek BKB patolojisini tetiklemekte ve gelişmesinde önemli rol oynamaktadır (Cicchetti, 2014). Ancak aynı riskleri taşıyan bütün bireylerde BKB gelişmeyebileceği de belirtilmiştir. Gelişim sürecindeki diğer olumlu yaşantılar olumsuz sonuçlar üzerinde düzenleyici etkileri olabileceği ihtimal dâhilindedir. Genetik yatkınlık da BKB gelişimini önemli düzeyde açıklayabilir ancak aynı zamanda erken çocukluk yaşantıları ve farklı gelişimsel süreçler de dikkate alınmalıdır.

1.1.5. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Tanı Sorunları

BKB olguları sıklıkla farklı semptomlar ve şikâyetler ile kliniğe başvururlar. Bu durum tanı konusunda karışıklıklara neden olmaktadır. Öncelikle bu olguların heterojen grup olduğu ve geniş davranış spektrumu özellikleri gösterdikleri gerçeğini kabul etmek önemlidir. Daha olgun ve işlevsel durumlardan, psikoz sınırında hasta grubuna kadar uzanan geniş bir toplum örnekleme görülebilen süreç ile tanımlanmaktadır (Stone, 2000).

Pope ve arkadaşları (1983), BKB olgularının sıklıkla diğer kişilik bozukluklarının tanı kriterlerini taşıdığını, Widiger (1987) % 55'inin şizotipal kişilik bozukluğu, % 47'sinin antisosyal kişilik bozukluğu ve % 57'sinin de histrionik kişilik bozukluğu tanı kriterlerini taşıdığını rapor etmiştir.

Kişilik bozukluğu, diğer psikiyatrik bozuklukların oluşmasında risk faktörü olarak düşünülmektedir (Kendell, 2002). Bu nedenle, borderline kişilik bozukluğunun erken belirlenmesi önem taşımaktadır. Borderline çekirdek diğer psikiyatrik bozukluklardan majör depresyon, distimik bozukluk, bipolar bozukluk, anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, sosyal fobi, özgül fobi, yeme bozuklukları, somatizasyon bozukluğu, hipokondriyazis, travma sonrası stres bozukluğu ve dismorfik bozukluklara yatkınlık yaratmaktadır (Alnaes ve Torgersen, 1997). BKB'ye en sık eşlik eden psikopatolojik durumlar ise depresyon, madde kötüye kullanımı ve anksiyete bozuklukları olduğu rapor edilmiştir (Nysaeter ve Nordahl, 2012).

Komorbidite oranını araştıran çalışmalara göre BKB olgularına özellikle anksiyete, yeme bozuklukları, duygudurum bozuklukları, alkol-madde kullanım bozuklukları başta olmak üzere çeşitli bozukluklar eşlik etmektedir (Zanarini ve ark., 2004). Öte yandan, bazı araştırmacılar ise BKB'nin duygu durum bozukluğu ve şizofreni kategorisinde sayılamayacağını, ayrı bir tanı sınıflandırması içinde yer alması gerektiğini belirtmişlerdir (Paris, 2005).

1.1.6. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Duygu durum Bozuklukları Arasındaki İlişki

BKB ve duygu durum bozukluklarının sıklıkla birlikte görülmesi, iki patoloji arasındaki ilişki ile ilgili farklı yaklaşımların ortaya çıkmasına neden olmuştur. BKB'nin temel sebep olabileceği, duygudurum bozukluğunun ise ikincil sebep olabileceği ya da tam tersinin doğru olabileceği konusu tartışılmaktadır (Gunderson ve Phillips, 1991).

BKB'nin duygu durum bozukluğu olduğunu savunanlar, BKB'deki 'affektif instabilitenin' biyolojik özellik ve mizaç yatkınlığı temelinde gelişmiş bir yapı olduğunu belirtmişlerdir (Soloff ve ark., 1991). Bazı araştırmacılar ise, gelişimsel travmaların bireyin uyumunu bozarak, dürtüsellğe ve affektif instabiliteye sebep olduğunu savunmuşlardır (Garno ve ark., 2005).

Bipolar örneklem grubu ile karşılaştırmanın yapıldığı çalışmada, hasta grupları arasında dürtüsellik, saldırganlık ve hastalığın şiddeti karşılaştırılmış, dürtüsellik ve saldırganlık özelliklerindeki yüksek puanlar sadece BKB

olgularından elde edilmiştir. Araştırmadaki boyutsal yaklaşım ile BKB olgularının hem bipolar hastalardan ve hem de diğer kişilik bozukluğu hastalarından, dürtüsellik ve saldırganlık özellikleri açısından ayrılmakta olduğu verilerine ulaşılmış ve bu iki özelliğin BKB olgularına özgü olduğu konusunda bulgular bildirilmiştir (Henry ve ark., 2001). Araştırmacılar bu durumun şaşırtıcı olmadığını çünkü saldırganlık ve dürtüsellikle ilişkili olan intihar eğilimi ve kendine zarar verme davranışlarının BKB için çok tipik bir tanı ölçütü olduğunu belirtmişlerdir (Henry ve ark., 2001).

BKB'nin ayırıcı tanısında, duygudurum epizotları, dürtüsel davranışlar, intihar davranışı ve borderline patolojinin uzunlamasına gidişi incelendiğinde BKB'de sıklıkla duygudurum değişkenliği ve affekt hareketliliği görülür. Ancak, duygudurum epizotlarının görünümü diğer bozukluklara göre oldukça farklı seyreder. BKB'de duygu durum sıklıkla iniş ve çıkış şeklinde dalgalanmalar göstermektedir. Bu negatif duygulanım genellikle kişilerarası ilişkilerdeki krizlere bağlı olarak birkaç dakika ile birkaç gün aralığında sürebilen değişkenlik göstermektedir. BKB'de tutarsız duygulanım karakteri yaşam boyu azalan ve artan boyutlarda devam etmektedir (Goodman ve ark., 2010; Stepp ve Pilkonis, 2008). Dürtüsel davranışların görünümü incelendiğinde, sıklıkla sonuçlarını düşünmeden hareket etme şeklinde ve plansız davranma ile belirgin olduğu görülmektedir (Swann ve ark., 2008; Wilson ve ark., 2007). İntihar davranışı ise genellikle ümitsizlikle ilişkilidir ve sıklıkla stres durumları ile başa çıkma becerilerinin yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (Goldberg ve ark., 2009; Paris, 2002). Borderline özelliklerin izlem çalışmalarında, duygulanımda instabilitenin yaşam boyu sürdüğü ve tedaviye direnç gösterdiği düşünülmektedir. Bununla birlikte, olguların bir kısmında süreç içinde psikopatolojinin karakteristik özelliklerini göstermedikleri saptanmıştır (Zanarini ve ark., 2005). Ancak temel semptomlar kronik bir şekilde varlığını sürdürmeye devam etmektedir. Yaş ile birlikte dürtüsel ve kendine zarar verme davranışları artık eskisi gibi yakıcı sorun oluşturmamakla birlikte, duygulanımda değişkenlik, tutarsızlık ve kişiler arası ilişkilerde kriz oluşturan psikopatolojiler görülmeye devam etmektedir. Öte yandan, kısmen de olsa yatışma ve düzelme göstermeyen, dirençli olgulara da rastlanmaktadır (Zanarini ve ark., 2007; Zanarini ve ark., 2004).

1.2. Depresyon

Majör Depresif Atak DSM-5 sınıflandırmasında Depresif Bozukluklar başlığı altında yer almakta, işlevsellikte ciddi bozulmaya yol açan tek bir atak şeklinde olabildiği gibi tekrarlamalarla da gidebilen yaygın duygudurum bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013). Toplumda sık görülen, kronikleşme ve tekrar etme oranları yüksek, hem bedensel hem de psikososyal beceri kaybına yol açan ciddi bir ruhsal hastalıktır (Kessler ve ark., 1994). “Birçok ruhsal ve bedensel semptomun eşlik ettiği depresyon, derin üzüntülü, bazen de üzüntülü ve bunaltılı bir duygu durumla birlikte düşünce, konuşma, hareket ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama ve bunların yanı sıra değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendrom olarak” tanımlanmaktadır (Akt. Öztürk ve Uluşahin, 2008). Depresif bozukluklar altında sayılan rahatsızlıkların hepsinin ortak belirtileri (semptomları) bireyin önemli ölçüde işlev kapasitesini etkileyen somatik ve bilişsel değişiklikler eşliğinde üzgün olma, boşluk, ya da irritabl duygudurum varlığı olarak tarif edilir (APA, 2013).

1.2.1. Majör Depresif Bozukluk Tanı Ölçütleri (DSM-5)

“Ardışık iki hafta boyunca neredeyse her gün ve günün büyük kısmında ortaya çıkan aşağıdaki semptomlardan en az beş tanesinin bulunması gerekir. Semptomlardan biri depresif ruh hali veya ilgi/istek kaybı olmalıdır.

1. Depresif ruh hali, üzüntü, çökkünlük, boşluk, çaresizlik hissi veya ağlamaklı olma
2. İlgi ve zevk kaybı
3. İştah kaybı ya da kilo değişikliği
4. Uykusuzluk veya aşırı uyuma
5. Psikomotor retardasyon veya ajitasyon
6. Yorgunluk ve bitkinlik ya da düşük enerji
7. Değersizlik veya suçluluk düşünceleri
8. Düşüncelerde yoğunlaşamama ve kararsızlık
9. Tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri (Belirli bir plan olmadan tekrarlayan intihar düşünceleri veya planlı intihar girişimi düşünceleri)

Buna ek olarak, bu belirtiler önemli sıkıntıya yol açabilir veya psikososyal fonksiyonlarda bozukluğa sebep olabilir ve bu belirtiler madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun fizyolojik etkilerine bağlı değildir” (APA, 2013).

1.2.2. Majör Depresif Bozukluk ve Epidemiyolojisi

Majör depresif bozukluk, toplumlarda en yaygın görülen psikiyatrik rahatsızlıklardan biri olup giderek artmasına bağlı olarak bir halk sağlığı sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. “Major depresif bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı toplumun bütününde % 15, kadınlarda % 10-25 ve erkeklerde % 5-12 oranları arasında değişmektedir. Kadınlarda iki kat daha sık görülmekte olup, her 4 kadından biri ya da her 8–10 erkekten biri yaşamları boyunca majör depresif bozukluk geçirmektedir. Daha önce depresyon geçirmiş kişilerin de % 50–80’inde hastalığın bir ya da birden çok sayıda tekrarlama olasılığı bulunmaktadır. Kişinin biyolojik ailesinde depresyon geçirmiş kişilerin bulunması, hastalık riskini 1.5–3 kat arttırmaktadır” (Akt. Koroğlu,1997).

1.2.3. Risk Etkenleri

Depresyon kadınlarda erkeklere oranla 2 kat daha fazla görülmekte olup, cinsiyet farkı erken erişkinlikte başlamakta, 30-45 yaşları arasında en belirgin hale gelmekte, yaşlılıkta da devam etmektedir. “Depresyon, kadınlarda en çok 35-45 yaşları arasında, erkeklerde 55 yaşından sonra görülmekte” iken son yıllarda genç yaşlarda da görülme sıklığının arttığı belirtilmektedir (Öztürk, 2008). Bekâr kadınlarda, evlilere göre depresyon oranları daha düşük bulunmuştur, erkekler için ise bu durumun tam tersi geçerlidir (Rihmer ve Angst, 2009). Major depresif bozukluğun boşanmış kişilerde sık olduğu bildirilmiştir. Düşük eğitim düzeyi, düşük gelir, kötü yaşam koşulları, işsizlik, evsizlik gibi etkenler ile depresyon arasında pozitif ilişki olabileceği ileri sürülmüştür (Rihmer ve Angst, 2009). Türkiye’de düşük gelir düzeyine sahip popülasyonda ise depresyonun en yüksek oranda olduğu belirtilmiştir (Doğan, 2000). Genetik faktörler, depresif kişilik özelliklerinin bulunması, travmatik yaşantılar, yakın ilişki azlığı, işlevsellik kaybına yol açan bedensel hastalık ve ruhsal bozuklukların varlığı çeşitli çalışmalarda majör depresyonu tetikleyen faktörler arasında sayılmıştır (Swindle ve ark.,1998). Bu risk etmenlerinin

şiddeti depresyonun türüne göre değişmekte olup ağır vakalarda biyolojik yatkınlık daha belirleyici iken, daha hafif vakalarda çevresel stres faktörlerin rolü belirleyici önem kazanmaktadır (Farmer, 1996). “Kişilik bozuklukları, yaşlanma, alkol ve madde kullanımı, eşlik eden ek tanılar, çevresel stres faktörleri, sık yinleme, distimi üzerine binen depresyon, tedaviyi aksatma, iyileşme beklenti ve çabasının bulunmaması gibi faktörler majör depresyonun seyrini olumsuz yönde etkilemektedir” (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Kişilik bozuklukları, depresyon için önemli risk oluşturan faktörlerden biri olarak sayılmaktadır. Ayakta ve yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında yapılan çalışmalarda majör depresyon ile kişilik bozukluğunun komorbidite sıklığı % 6-87 arasında değişmekte olup, “klinik örneklemelerde kişilik bozukluğu oranının % 30-40 olduğu tahmin edilmektedir” (Enns ve ark., 2001). Tekrarlayıcı depresyonu olan hastaların yaklaşık yarısında kişilik bozukluğu eşlik ettiği bildirilmektedir. Depresyon, B kümesinden BKB (% 30-70), histrionik (% 2-20), antisosyal (% 0-10), narsisistik (% 0-5); C kümesinden obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu (% 0-20); A kümesinden şizotipal (% 0-20), paranoid (% 5) kişilik bozukluğu ile sık birliktelik gösterir. 125 yineleyici depresif kadın hasta ile yapılan çalışmada kişilik bozukluğu ve depresyon arasındaki ilişki incelenmiş ve remisyon döneminde örneklem grubunun % 21.6'sında kişilik bozukluğu tanısı konmuştur. Kişilik bozukluğu ek tanısı söz konusu olduğunda depresyonun daha erken yaşlarda başladığı gözlenmiş olup daha fazla sayıda depresyon epizodu rapor edilmiştir (Cyranowski ve ark., 2004). Eşlik eden kişilik bozukluğu varlığı depresyonun seyrini olumsuz etkilemekte, tedaviye yanıtızsızlık riskini iki kat oranında artırmaktadır (Newton ve ark., 2006). “Özellikle erken başlangıçlı majör depresyon, kronik depresyon, distimi, atipik depresyon ve çifte depresyonda kişilik bozukluğu ek tanısı sıklığı artmaktadır (Enns ve ark. 2001). Black ve arkadaşları (1988), kişilik bozukluğu ile birliktelik gösteren majör depresyon olgularında başlangıç yaşının daha erken, hastaneye yatma sayılarının daha fazla, atakların daha uzun sürdüğünü ifade etmişlerdir. Ayrıca, daha fazla intihar düşünceleri ve girişimleri olup, ailede alkolizm veya antisosyal kişilik bozukluğu oranının daha fazla görüldüğünü belirtmişlerdir” (Akt. Sayın ve Aslan, 2005).

1.2.4. Borderline Kişilik Bozukluğunda, Depresyon ve Depresif Semptomlar

Komorbidite, mevcut olan hastalığın klinik seyri sırasında ortaya çıkabilen farklı ve ilave bir klinik durum olarak tanımlanmıştır (Mintzer-Brawman ve ark., 1992). Kişilik bozukluklarına depresif patolojilerin eklenmesi ile bozukluğun şiddeti artmakta ve prognoz olumsuz etkilenmektedir. BKB ve depresif bozukluklar arasında nispeten yüksek düzeyde örtüşme vardır. BKB’de ek tanı çalışmalarında ölçek türüne bağlı olarak (% 31’e ile % 83) en yüksek oranda depresyon bozukluğu rapor edilmiştir (Comtois ve ark., 1999; Sullivan, 1994; Shea ve ark., 2004; Zimmerman, 1999). Ayrıca BKB’ye depresif deneyimlerin eşlik ettiği pek çok araştırmacı tarafından ortaya konmuştur (Skodol ve ark., 2005; Zanarini ve ark., 2012). Aynı zamanda, BKB olgularının klinik süreçleri depresyonun erken başlangıçlı olması ve çok sayıda depresif atak nedeni ile olumsuz etkilenmektedir (Gallione ve Zimmerman, 2010). Diğer kişilik bozuklukları ile karşılaştırıldığında BKB’de majör depresyonun tekrarlama riskinin daha yüksek oranda olduğu ve depresyon seyri üzerinde daha olumsuz bir etkiye sahip olduğu rapor edilmiştir (Gunderson, 2008). Buna karşın depresif bozukluk komorbiditesi yalnızca BKB’ye özgü değildir ve öteki kişilik bozukluklarında görülmesi de muhtemeldir (Frances ve ark.,1984).

BKB olguları öz bildirim ölçeklerinde Major Depresif tanıli hastalardan daha yoğun depresyon tarif etmektedirler (Corbitt ve ark., 1996; Stanley ve Wilson, 2006). Öz bildirim depresyon ölçekleri kullanıldığında BKB olguları sıklıkla, tam olarak Major depresyon tanı kriterlerini karşılamasalar bile, yoğun depresif semptomlardan yakındıklarını bildirmişlerdir (Comtois ve ark., 1999; Gunderson ve Phillips, 1991; Zittel-Conklin ve Westen, 2005). Bu bulgular klinik uygulamalar açısından dört önemli duruma işaret etmektedir. İlk olarak araştırmalar, öz bildirim ölçeklerinin kişisel olarak deneyimlenen depresif duygu durumunu klinik ölçümlerden daha iyi yakaladığını bildirmektedir. İkinci olarak, bu öz bildirim ölçümlerinden alınan yüksek puanlar BKB olgularının yoğun subjektif depresif duygu durumunu ve yaygın iç huzursuzluğunun varlığına işaret etmektedir.

Üçüncü olarak, BKB olguları tarafından tarif edilen yoğun ‘disfori’ öteki hasta gruplarından ayırıcı faktör olarak tarif edilmektedir (Zanarini ve ark.,1998; Zittel ve ark., 2005). Dördüncü olarak, BKB olgularında depresif durumun düzenli olarak değerlendirilmesi depresyon yoğunluğunun azaltılması yönünde tedavinin önemli parçası olabilir (Berking ark., 2009; Comtois ve ark., 1999; Gunderson ark., 2004). Bu durum, BKB olgularında artmış intihar riskinin tanılanması açısından çok önemli görünmektedir (Corbitt ve ark., 1996; Soloff ve ark.,1994).

BKB olgularında sübjektif olarak deneyimlenen depresif semptomların tanılanmasındaki başarısızlık kişinin şikâyetlerinin gözden kaçmasına neden olabilir. Bu durum ile paralel olarak klinisyenin yetersiz psikoterapi uygulanmasına ve ilaç tedavisine neden olabilir. Tanı konmayan veya fark edilmeyen yoğun depresif semptomların yanı sıra uygun zamanda etkili tedavi süreçlerinin olmaması belki de tedavi direncinin en sık nedeni olacaktır (Phillips ve Nierenberg, 1994). Bu tür riskli gruplarda depresif semptomlar sadece şikâyetleri arttırmakla kalmaz aynı zamanda intihar davranışlarının riskini de arttırabilir. BKB’de depresif semptomları hesaba katmak ve sübjektif depresyon yoğunluğunu ölçmek klinik açıdan önemli olabilir. Klinisyenlerin, BKB olgularının sübjektif acılarını değerlendirmesi ve uygun tedavi hedeflerini belirlemesi klinik uygulama açısından değerli olacaktır.

Araştırmalar BKB olgularındaki yoğun depresif duygu durumun belirgin iki ana özellik taşıdığına işaret etmişlerdir (Cain ve ark., 2012; Zanarini ve Frankenburg, 1994; Zanarini ve ark., 2005). Birincisi, depresif duygu durumunun BKB olgularının sergiledikleri savunmasız, dayanıksız veya abartılı mizaç özelliklerinden kaynaklandığını düşündürmektedir (Zanarini ve Frankenburg, 1994). İkinci olarak depresif duygu durumun erişkinlikte sonradan canlanan kişilerarası ilişkiler ile ilgili olabileceğini düşündürmektedir (Cain ve ark., 2012). Dolayısıyla BKB olgularında yoğun depresif duygu durumun görülmesi yaşamın ilk yıllarındaki çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantılarının yetişkinlikte canlanan kişilerarası ilişkiler ile ilgili olabilir.

BKB olgularında depresif semptomların deneyimlenme şekli ile ilgili yapılan araştırmalarda depresif semptomların, BKB tanısı olmayan

rahatsızlıklardan farklı olduğunu rapor etmişlerdir. Bu durum araştırmacıları BKB olgularının depresif semptomları deneyimleme şeklinin önemini daha dikkatli incelemeye yöneltmiştir. Ek tanı halinde, aslında terapötik hedefler açıkça depresif belirtiler olmasına rağmen, klinikte depresyonun prognozunu etkileyebilecek KZVD ve intihar BKB özelliklerini dikkate almayı gerektirmektedir (Hayashi, 2010).

BKB ve depresyonda benzer mizaç özellikleri ortaya konmuştur. İki bozukluk arasındaki güçlü ilişki bilimsel toplumlar tarafından yaygın olarak kabul edilmektedir (Luca ve ark., 2012). BKB olgularında depresyon kriterlerini inceleyen çalışmalar, BKB ve depresyon tanısı almış olgular ile BKB olmayan olguların depresyonun nitel olarak farklı olduğunu göstermektedir. Böylece, yoğunluğa ek olarak aynı zamanda depresyonun niteliği hastaya özgü tedavi planlarının geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. BKB’de komorbidite durumunda aslında terapötik hedeflerin odağının depresif belirtilerin olması gerektiği belirtilmiştir. Ancak bu yüzden BKB özellikleri ve Depresyonun kendisi prognozu olumsuz etkileyebilir, kendine zarar verme davranışı ve sıklıkla intihar davranışı görülebilir (Hayashi ve ark., 2010).

1.3. Dürtüsellik Tanımı

Dürtüsellik çok boyutlu bir kavram olup, literatürde dürtüsellik farklı yönlerinin vurgulandığı çeşitli tanımlara rastlanmaktadır. Hollander ve Evers (2001), sabırsızlık, dikkatsizlik, kolay risk alma, heyecan ve haz arama gibi davranışların dürtüsel özellikte olabileceğini ifade etmiştir. Bununla birlikte başkalarına verilen zararın küçümsenmesi ve dışa dönük mizaç özellikleri şeklinde de görüntülenebileceğini de eklemiştir. Chamberlain ve Sahakian’a (2007) göre ise dürtüsel davranışın, “eylemlerin sonuçlarını düşünmek için eldeki bilgileri kullanamamak, daha sonra elde edilecek büyük bir ödül için o an elde edilecek küçük bir ödülün vazgeçememek, yerleşmiş güçlü motor tepkileri baskılayamamak olmak üzere çeşitli boyutlardan oluştuğunu” söylemişlerdir (Akt. Yazıcı, ve Yazıcı, 2010). Moeller ve arkadaşları (2001) dürtüsellik kendisi ya da başkaları için ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçları göz önünde bulundurmaksızın, bilişsel süreçlerden geçirilmeden ani davranışlara

yönelme eğilimi, içsel ya da dışsal bir uyarana hızlı ve plansız bir şekilde yanıt verme ve harekete geçme eğilimi olarak tanımlanmıştır.

Patton ve arkadaşları (1995) “dürtüselliği anında içinden geldiği gibi davranmak (motor), eldeki verilere odaklanmamak (dikkat), plansızlık ve dikkatlice düşünmemek (plan) şeklinde” üç bölümde ele almışlardır. Bununla birlikte, dürtüsellik, eyleme yönelmiş kişilik yatkınlığı şeklinde de tarif edilmiştir. Öte yandan yenilik arayışı, tekdüzelikten kaçınma, antisosyal davranışlar gibi eylemsel durumlar olduğuna da vurgu yapılmıştır (Soloff ve ark., 2000).

“BKB, antisosyal kişilik bozukluğu, şizofreni, bipolar bozukluk, yeme bozuklukları, madde kullanım bozuklukları gibi pek çok psikiyatrik bozuklukta dürtüsellik görülmektedir ve bu bozukluklarda tanı” ölçütü olarak yer almaktadır. Ayrıca dürtüsellik, dürtü kontrol bozuklukları tanısı altında tanımlanan “patolojik kumar oynama, aralıklı patlayıcı bozukluk, piromani, kleptomani ve trikotillomanide de tanı” ölçütleri arasında yer almaktadır (APA, 2013).

1.3.1. Dürtüsellik ve Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB)

Dürtüselliğin, intihar davranışının, kendine zarar verme davranışlarının ve bazı ruhsal bozuklukların çekirdek özelliği olduğuna dair vurgu yapılmıştır (Barrat ve ark., 1959; Brady ve ark., 1998; Swann ve ark., 2008). Dürtüsellik, DSM’de tanımlanan pek çok psikopatolojik bozuklukta yer almaktadır ancak dürtüsel davranışlar en yoğun olarak BKB’de görülmektedir. BKB’nin tanı ölçütleri arasında duygusal instabilite ve kimlik karmaşası ile birlikte dürtüsellik yer almaktadır (APA, 2013). BKB’nin ayırt edici kriterlerini tespit etmeye yönelik araştırmalarda, dürtüsellik, tanı koymada ve izlemede en iyi ölçüt olarak saptanmıştır. Links ve arkadaşları (1999) “BKB olguları ile yaptıkları 7 yıllık izlem çalışmasında dürtüselliğin borderline psikopatolojinin belirleyici faktörü olduğu ve stabil kaldığını” rapor etmişlerdir (Akt. Özdemir ve ark., 2012).

Yüksek oranda intihar girişimleri BKB’nin tanı ölçütlerinde doğrudan yer almıştır (APA, 2013). Soloff ve arkadaşlarının (1994), “eşlik eden majör

depresyonu bulunan BKB olgularını, saf depresyon hastaları ile karşılaştırdıkları çalışmada, dürtüsellik, agresyon, ümitsizlik ve BKB tanısının intihar ile ilişkili olduğunu rapor etmişlerdir. Benzer şekilde daha önceki çalışmalarında, BKB olgularında, antisosyal kişilik bozukluğu ve depresyon komorbiditesi durumunda hem dürtüsel davranışların hem de intihar girişim oranlarının arttığını” belirtmişlerdir (Akt. Özdemir ve ark., 2012).

“İntihara yatkınlığın araştırıldığı bir başka çalışmada, Mann ve arkadaşları (1999), duygudurum bozukluğu, psikoz ve diğer psikiyatrik hastalarda intihar girişimlerini araştırmışlar, depresyon ve psikoz hastalarında hastalığın şiddetinin intihar girişimi açısından fark oluşturmadığı yönünde bulgulara ulaşmışlardır . Ancak intihar girişiminde bulunanlarda yaşam boyu agresyon ve dürtüsellik oranı daha fazla bulunmuştur. Araştırmacılar, bu bulgulardan dürtüsellüğün BKB’de intihar girişimi için önemli bir risk faktörü olduğu sonucunu” çıkarmışlardır (Akt. Özdemir ve ark., 2012).

BKB olgularında intihar davranışı ile dürtüsellik arasında doğrudan bir ilişki olduğu araştırmacılar tarafından kabul edilmektedir. Depresif duygudurum, umutsuzluk, dürtüsellik ve intihar eğilimi, majör depresyon gösteren hastaları ile karşılaştırıldığı araştırmada, dürtüsellüğün ya da umutsuzluğun yüksek düzeyleri veya BKB tanısının konmuş olması, intihar davranışını artıran bir faktör olarak yorumlanmıştır (Soloff ve ark., 2000). Başka bir çalışmada, intihar davranışı gösteren BKB olgularında, göstermeyenlere göre dürtüsel davranışlar ve depresyon ek tanılarının daha fazla olduğu rapor edilmiştir (Soloff ve ark.,1994).

1.3.2. Dürtüsellik ve intihar

Dürtüsellik, intihar davranışına eşlik eden önemli bir özellik olarak görülmektedir. Yanı sıra, kendine zarar verme ve intihar davranışı için de yordayıcı bir durum olduğu kabul edilmektedir (Corruble ve ark., 2003; Damy ve ark., 2000; Horesh, 2001; Mann ve ark., 1999). Bununla birlikte, dürtüsellik eylemlerinin sonuçlarını tam olarak dikkate almadan düşüncesizce hareket etme davranışını tetiklediğinden bu durumun kendine zarar verme eğilimi olduğuna işaret edilmiştir. Fawcett (2001), dürtüsel birinin kayıp veya kaygı gibi stres faktörleri ile karşılaştığında göstereceği olumsuz duygulanım ile

dürtüselliğinin artacağını ve dolayısıyla ardından intihar davranışına yönelebileceğini ifade etmektedir. Özellikle intihar girişimlerinin çoğunun dürtüsel olarak gerçekleştirildiğine dair araştırma bulguları mevcuttur (O'Donnell ve ark., 1996; Read, 1997).

Texas eyaletinde dürtüsel intihar girişimlerinin ele alındığı, ölüm riski yüksek intihar girişimleri vakaları ile yapılmış çalışmada, 153 intihar girişiminin % 24'ünün dürtüsel nedeni olduğu bildirilmiştir. Araştırma bulguları, saldırgan dürtülerin kontrolden çıkması ile dürtüsel intihar davranışları görülmekte olduğunu rapor etmiştir. Kişinin intihar girişimi intihar düşüncesinden beş dakikadan az bir süre içinde gerçekleşiyorsa dürtüsel intihar girişimi olarak adlandırılmıştır (Simon ve ark., 2001). Dürtüsellik ve intihar davranışı arasındaki ilişki incelendiğinde, intihar girişiminin impulsif olup olmaması ve intihar eden kişinin impulsif özelliklerinin olup olmaması şeklinde düşünülebilir. Bu iki spektrum, intiharın ölümcül olması açısından ve intihar davranışının diğer özellikleri açısından farklı olabileceği gibi, tamamen örtüşüyor da olabilir (Baca-Garcia ve ark., 2001).

Dürtüsellik, ölümcül olmayan intihar girişimi ve intihar davranışları ile de ilişkili bulunmuştur (Baca-Garcia ve ark., 2001). İntihar davranışının ciddiyeti plan yapma ile ilişkili iken öte yandan hazırlık ve plan yapılan daha ölümcül olan intihar girişimlerinde dürtüsellik saptanmamıştır. Duygudurum bozukluğu vakalarında, dürtüsellik daha ciddi intihar girişimleri ve sonuçlanmış intihar ile bağlantılı olduğu rapor edilmiştir (Beautrais ve ark.,1999). Dürtüsellik, intihar eğilimi olan depresif hastalar ile intihar eğilimi olmayan depresif hastaları birbirinden ayırmak için önemli bir kriter olarak görülmektedir (Corruble ve ark.,1999). Dürtüsel davranış gösteren intihar girişimcilerinin 12 ay ve sonrasında sonuçlanmış intihar davranışında bulunma olasılığının anlamlı derecede yüksek olduğu rapor edilmiştir (Maser ve ark., 2002). Bu bulgular önceden planlanmış intihar girişimlerinde bile girişimi gerçekleştirecek miktarda dürtüselliğe ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Dürtüsellik, depresyon eşlik ettiği durumlarda intihar riskini artırdığı vurgulanmaktadır (Briere ve ark.,1998). Araştırma sonuçları, kavga anında dürtüsel kişilerin intihar girişiminde bulunma olasılıklarının yüksek olduğunu

gösterirken, depresif bireylerin dürtüsel girişimlerde yani intihar girişimi olasılıklarının düşük olduğunu göstermiştir (Simon ve ark., 2001). Depresyonun somatik çökkünlüğünü de yaşayan birey intihar girişimi için gereken aktivasyon ve enerjiyi dürtüsellikte bulacağı düşünülmektedir. Önceden planlanmış intihar girişimlerine göre, dürtüsel intihar girişimlerine daha hafif depresif semptomların eşlik ettiği bildirilmiştir (Issacson, 2001). Dürtüsel intihar girişimcilerinde daha az ölüm beklentisi olduğu ancak daha ciddi girişim yöntemlerini seçtikleri belirlenmiştir. Bu durum, dürtüsel davranışlarda eylem ile niyet arasında doğru bir orantı olmadığını göstermektedir (Issacson, 2001).

1.4. Kendine Zarar Verme Davranışı (KZVD)

Kendine Zarar Verme Davranışı, çeşitli psikiyatrik bozukluklar nedeni ile kliniğine başvuran kişilerde görüldüğü gibi toplum örnekleminde de sıklıkla görülmektedir. KZVD insan yaşamının her döneminde görülebilirken ergenlerde ve genç erişkinlerde daha fazla saptanmıştır (Briere ve Gil, 1998). KZVD geçici bir sıkıntı dönemini temsil ediyor olabileceği gibi, yaşamın sonraki dönemlerinde psikiyatrik sorunların ve yüksek intihar riskinin önemli bir gösterge de olabilir (Portzky ve Heeringen, 2007).

Genellikle impulsif olan kendine zarar verme davranışı ve nedenleri anlaşılmaz görünebilir. Bu konuda yapılan araştırmalarda KZVD'nin altında farklı motivasyonların olabileceği ve bu motivasyonların sorgulanmasının tedavi süreçleri açısından önemli olduğu belirtilmiştir (Favazza,1989). KZVD, acı veren duygulardan kurtulmak amacıyla ve gerilimi azaltma stratejisi veya işlevsel olmayan bir başa çıkma mekanizması ya da duygu düzenleme stratejisi olarak devreye girdiği düşünülmektedir. Ancak KZVD uygunsuz bir telafi mekanizması olup prognozu kötü etkileyen, tedaviyi engelleyen ve kasıtsız da olsa ölüme sebep olan bir durum olarak nitelendirilir (Favazza,1989).

1.4.1. Kendine Zarar Verme Davranışı Tanım

Kendine Zarar Verme Davranışı intihar niyeti olmaksızın, çeşitli türlerde kendini yaralama davranışı olarak tanımlanmış olup BKB'de yaygın bir semptom olarak ortaya çıkmaktadır. Pek çok yazar tarafından KZVD tanımlanmış ancak bu tanımların ortak özellikleri arasında, kişinin kendi

bedenine zarar vermesi, bu eylemin tekrar edici olması, bilinçli olmaması, ölüm ile sonuçlanmaması ve kişinin hayatını tehdit etmemesi gibi özellikler yer almaktadır (Favazza, 1993).

1.4.2. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Epidemiyolojisi

Psikiyatrik olgularda, toplum örnekleme ile kıyaslandığında kendine zarar verme davranışının sıklığının daha yüksek olduğu görülmektedir. KZVD, toplum örnekleminde görülme sıklığının %1, ergen ve genç erişkin yaş grubunda ise %12 kadar olabileceği bildirilmiştir (Suyemoto ve Kountz, 2000; Roberts-Dobie ve Donatelle, 2007).

Kendine zarar verme davranışının yaygınlığı ile ilgili yapılan araştırmalarda; Favazza, (1992) 500 öğrenci ile yaptığı çalışmada % 14; Shea, (1993) erkek mahkûmlar ile yaptığı çalışmada % 6.5-25; Langbehn ve Pfohl, (1993) klinikte yatan hastalar ile yaptığı araştırmada % 5.8 - % 77; Barstow, (1995) erişkin cezaevi mahkûmları ile yaptığı araştırmada % 2-7; Briere ve Gil, (1998) toplum ve klinik örnekleme yaptığı araştırmada % 4-21; Favazza ve Conterio, (1989) toplum örnekleminde kadınlar üzerinde yaptıkları araştırmada % 0.75 şeklinde bulgulara ulaşmışlardır. Türkiye’de yapılan araştırmada ise ortaöğrenim çağındaki gençlerin % 20’sinin yaşamında en az bir kez KZVD gösterdiği saptanmıştır (Zeki ve Çuhadaroğlu, 2012). Başka bir çalışmada ise gençler arasında KZVD oranı % 25.4 olarak rapor edilmiştir (Ögel ve Aksoy, 2006).

Yatarak tedavi gören Psikiyatri hastalarının % 5.8 ile % 77 sinde KZVD görülmektedir (Langbehn ve Pfohl, 1993; Zlotnick ve ark.,1996). Yatarak tedavi gören hastalarda KZVD davranışı yaygınlığı ile ilgili oldukça farklı bulguların ortaya çıkması ile birlikte başka bir araştırmada ise hastanede yatan 54 erişkin psikiyatri hastasının % 44’ü yaşamları boyunca en az bir kez kendini yaralama davranışı gösterdiğine dair bulgular rapor edilmiştir (Nijman, Dautzenberg ve ark., 2002).

Çeşitli araştırmalarda BKB olgularında % 50-80 oranında KZVD görülürken, vakaların %72’si KZVD gösterirken birden fazla yöntem seçtiklerini belirtmişlerdir (Bohus ve ark., 2000). Başka bir araştırmada ise

BKB olgularında KZVD'nin yaygınlık oranları %13 olarak bildirilmektedir (Herpertz,1995).

Başka bir araştırmada kendini kesme davranışı gösterenlerin % 62'si cinsel ve/veya fiziksel tacize uğradığını belirtmişlerdir (Favazza ve Conterio, 1989). Bir başka çalışmada ise tüm kendine zarar verme davranışlarında cinsel istismar en güçlü travma nedeni olarak yer almıştır. Bununla birlikte cinsel istismar ne kadar erken yaşlarda meydana gelmişse, kendini kesme davranışı o kadar belirgin hale gelmektedir (Van der Kolk ve arkadaşları, 1991).

En sık görülen KZVD yöntemi kendini kesme şeklinde ve % 70-97 oranında görülmektedir. Kendini kesmeyi takiben sırasıyla kendine vurma (% 21-44) ve kendini yakma (% 15- 35) görüldüğü bildirilmiştir. Çoğunluğun birden fazla yöntem kullandığı rapor edilmiştir (Favazza, 1992).

Klinik popülasyonda kendine zarar verme davranışının tekrarlama sıklığına bakıldığında bireyden bireye değişmekte olduğu görülmektedir. Yapılan bir çalışmada vakaların % 2'si 1 kez, % 3'ü 2-3 kez, % 20'si de 4 kezden fazla kendine zarar verme davranışı gösterdiği rapor edilmiştir (Muehlenkamp ve Gutierrez, 2007). Başka bir çalışmada ise vakaların % 13.0' ı her gün, % 27.9'u haftada 2 kez, % 19.6'sı ayda 2 kez, %18.0'ı 1 kez, % 19.6'sı da ataklar şeklinde kendilerini yaraladıkları rapor edilmiştir (Ross ve Heath, 2002).

1.4.3. Kendine Zarar Verme Davranışının Sınıflandırılması

Kendine zarar verme davranışıyla ilgili farklı tanımlamaların olması araştırma problemlerine neden olmaktadır. KZVD'nin sınırlarının belirlenmesi amacıyla sınıflandırma gerekliliği ortaya çıkmıştır (Favazza,1992). Farklı sınıflandırmalar olmakla birlikte KZVD dört ana grupta sınıflandırılmıştır. İlk olarak, tipik kendine zarar verme davranışları sayılabilir. Kendi kendine vurmak, kafasını sert cisimlere vurmak, kendini ya da dudağını ısırarak, tırnak yemek, derisini çimdiklemek/tırmalamak ve kendi saçını yolmak gibi davranışlar mental retardasyon ve otizm gibi psikiyatrik durumlarda görülmektedir. İkinci olarak, psikotik kendine zarar verme davranışları sayılabilir. Göz çıkarmak ve organ kesmek gibi davranışlar şizofreni, psikotik

bozukluklar, transseksüalizm gibi psikiyatrik durumlarda görülebilir. Üçüncü olarak, kompulsif kendine zarar verme davranışları sayılabilir. Saç yolmak, deriyi çimdiklemek ve tırnak yemek gibi davranışlar trikotillomani gibi psikiyatrik durumlarda görülebilir. Dördüncü olarak, dürtüsel kendine zarar verme davranışları sayılabilir. Kendini kesmek, kendini yakmak ve kendine vurmak gibi davranışlar borderline ve antisosyal kişilik bozukluğu, diğer dürtü denetim bozuklukları, travma, dissosiasyon, postravmatik stres bozukluğu ve yeme bozukluklarında görülebilir (Sieman ve Hollander, 2001).

Dürtüsel kendine zarar verme davranışları beş evreye ayrılmış olup tetikleyen olay genellikle gerçek ya da varsayılan kayıp, reddedilme veya terk edilme durumları ile ilgili olmaktadır. Bu ve benzeri olayları takiben olumsuz duygular oluşur, ardından KZVD'yi engelleme girişimi başarısız olur ve eylem gerçekleşir. Sonrasında genel olarak kısa süreli bir rahatlama hissedilir (Hollander ve ark., 2005).

1.4.4. Kendine Zarar Verme Davranışının Etiyolojisi ve Risk Etmenleri

Psikolojik nedenler açısından baktığımızda, KZVD gösterenlerin erken gelişim dönemlerinde travmatik yaşantılara maruz kalma sonucunda kişilik gelişiminde zarar gördükleri ve bu durumun ilkel savunma mekanizmalarını sık kullanmalarına neden olabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda KZVD'nin travmatik yaşantıları kontrol etme veya disosiyasyon duygularını durdurma girişimi olarak ortaya çıkabildiği öne sürülmüştür. Hastaların bedenlerine yönelik zarar verici davranışlar gösterdiklerinde aslında bu zararın ilk sevgi nesnelerinin içe atılmış temsillerine yöneldiği veya suçluluğu giderme girişimleri olabileceği ileri sürülmüştür. Genellikle KZVD atakları yakın ilişkilerindeki krizlerle bağlantılı olabileceği öne sürülmüştür (Van der Kolk ve ark.,1991).

Biyolojik nedenler açısından baktığımızda, kendine zarar verme davranışı nörobiyolojik çalışmalarda opiyat reseptörlerinin uyarılması sonucunda oluştuğu belirtilmiştir. KZVD gösterenlerde ağrıya duyarsızlık tarif edilmektedir (Van der Kolk ve ark.,1991). Serotonin düzeyinde düşmenin kişide irritabiliteye yol açabileceği ve bunun da kişilerde kendini yaralamaya ve intihara yol açabileceği rapor edilmiştir. Serotonin sistemi ile ilgili

araştırmalarda öfke ve depresyon epizotları sırasında beyindeki serotonin miktarının azalması sonucunda KZVD'nin gelişebileceğine dair bulgular sunulmuştur. Kendine zarar verme davranışı sırasında beyindeki serotonin miktarının azalmasına bağlı olarak kişilerin dürtüsel, agresif, öfkeli, kaygılı davranışlar göstermelerine sebep olduğu belirtilmiştir (Simeon,1992).

1.4.5. Kendine Zarar Verme Davranışının Görüldüğü DSM Tanıları

Kendine zarar verme davranışı, pek çok psikiyatrik bozukluğa eşlik etmekle birlikte BKB, histriyonik ve antisosyal kişilik bozukluğunda sıklıkla görülmektedir (Favazza, 1996; Herpertz, 1995; Tarlacı ve ark.,1997). Kendine zarar verme davranışı sıklıkla depresif bozuklukta da görülmektedir (Olfson ve ark., 2005; Portzky ve ark., 2007). Bununla birlikte KZVD, alkol-madde kullanım bozuklukları, yeme bozuklukları, cinsel kimlik bozuklukları, intihar davranışı, bipolar bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve akut ve kronik psikotik bozukluklarda da görüldüğü bildirilmiştir (Aksoy ve Ögel, 2005; Favvaza ve Rosenthal, 1993; Olfson ve ark., 2005; Toprak ve ark., 2011). İhmal ve istismara uğrayan (Lülecı, 2007; Zoroğlu ve ark., 2003) veya suç işleyen (Aksoy ve Ögel, 2005; Dölger ve ark., 1997) ergenlerde kendine zarar verme davranışının sıklığının arttığına yönelik araştırma bulguları mevcuttur.

1.4.6.Kendine Zarar Verme Davranışı ve Borderline Kişilik Bozukluğu

KZVD ile ilgili yapılan araştırmalarda özellikle BKB ile ilişkisine odaklanmıştır (Brodsky ve ark., 1995; Shearer, 1994; Soloff ve ark., 1994; Suyemoto, 1998; Nijman ve Campo, 2002). KZVD, BKB için bir DSM tanı kriteri olup dokuz ölçütten biridir. BKB'nin ana karakteristik özelliği kendine zarar verici davranışlar olup genel topluma oranla 50 kat daha fazla oranda intihar riski taşımaktadırlar. BKB'de görülen dürtüsel kendini yaralama davranışının altında yatan dinamikler farklı olmasına rağmen yine de ortak noktaları bulunmaktadır. İlk olarak, gerçekte ya da hayali olarak kişinin terkedilme ya da reddedilme gibi tetikleyici bir durum yaşaması. ikinci olarak gittikçe artan irrabilite ve eşlik ettiği keyifsizlik durumu, üçüncü olarak KZVD'yi önleme girişimi, dördüncü olarak KZVD'nin gerçekteşmesi ve ardından beşinci olarak gerilimde azalma şeklinde görülmektedir. KZVD gösteren BKB olguları daha çok gerilimi azaltmak amacıyla, depresif duygu

durumu, kendilik saygısında azalma ve kişiler arası ilişkilerdeki zorluklarla baş edememe sonrasında bu davranışta bulunduklarını belirtmektedirler (Bohus ve ark., 2000).

Araştırmalar, BKB olgularının % 50-8'i KZVD öyküsü rapor etmişlerdir (Bohus ve ark., 2000; Shearer ve ark., 1988). Bununla birlikte, Pattison ve Kahan, (1983) BKB tanısı koyabilmek için ne gerekli ne de yeterli bir koşul olmadığını, KZVD'nin kişilik bozukluklarının zorunlu bir belirtici olmadığını savunmuşlardır. Klinik araştırmalarda, hastanede yatarak tedavi gören KZVD gösterenlerin yalnızca % 48'i BKB ölçütlerini karşılamış, KZVD kriteri dışlandıktan sonra ancak % 28'i BKB tanısı alabilmiştir. KZVD en sık BKB ile birlikte görülmekte ancak tüm kişilik bozukluğu türlerinde de görülebileceği unutulmamalıdır (Herpertz,1995). KZVD gösteren erişkinlerde intihar teşebbüsü geçmişi dikkat çekici olup, BKB olgularında % 58, BKB olmayanlarda % 15 olarak bildirilmiştir (Herpertz, 1995). 12 yaşından önce KZVD başlayan hastaların çoğunda BKB görülme sıklığı artmaktadır (Herpertz, 1995).

Araştırmacılar tarafından, KZVD'nin travmatik yaşantıları kontrol etme veya disosiyasyon duygularını durdurma girişimi olarak ortaya çıkabildiği aynı zamanda intihar amacı taşımadığı, bunun yerine disforik duygu durumun, sıkıntının ve duyguların anlatımı ve disosiyatif durumlarla başa çıkma gibi başka işlevleri olduğu ifade edilmektedir (Joel, 2005). KZVD esnasındaki duygu durumunun, BKB olgularının uzun süreli duygu durum özelliklerine benzemekte olduğu ifade edilmiştir. Kişilik bozukluğundan bağımsız olarak, KZVD öncesinde yükselen disfori ve tırmanan gerilim, sürekli duygu durum özellikleri içinde belirgin bir durumdur (Simeon ve ark., 1992). KZVD rahatsızlık verici bu duygu durumundan geçici olarak da olsa kişiyi kurtarma fonksiyonuna sahiptir (Herpertz,1995). Kendine zarar verme davranışının dinamiğini açıklamaya çalışan yaklaşımlardan bir diğeri ise KZVD' nin intihar davranışından farklı bir durum olduğunu, kendiliğin yaşadığı ayrı bir varlık olabilme krizinden çok, “dağınık bir kimliğin olumsuz duygularla baş edememesi, kendini cezalandırması” olarak değerlendirmektedirler (Akt. Kehrberg, 1997).

1.4.7. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Depresyon

Kendine zarar verme davranışı gösterenlerde sıklıkla depresyonun eşlik ettiğine dair bulgular gözlenmiştir (Groholt ve ark., 2000; Guertin ve ark., 2001; Hawton ve ark., 2003; Wood ve ark., 2001). Depresyonun, kişiye pek çok alanda sorun yaşatarak haz verici etkinliklere karşı ilgi kaybı oluşturduğunu ve bunun da yaşama bağlılıklarını azalttığı bilinmektedir. Kızgınlık, öfke ve intihar düşüncelerinin de eşlik edeceği bu depresif durum KZVD'ye zemin hazırlamaktadır. KZVD gösteren kişilere depresif duygu ve intihar düşüncelerinin eşlik etmesi yaşam doyumlarının düşük olabileceğini düşündürmektedir (Bohus ve ark., 2000; Deiter ve ark., 2000; Hawton ve ark., 2003; Suyemoto, 1998).

KZVD gösterenlerin duygu durumlarını düzenlemedeki yetersizlikleri disfori ve reddedilmeye karşı duyarlılık gibi psikopatolojik bir boyuta işaret etmektedir (Herpertz, 1995). KZVD duygulanım düzenlenmesiyle ilişkili olup, bu kişiler disforik duygu durumu, sinirlilik ve reddedilmeye karşı duyarlılık gösterirler (Herpertz, 1995). Bununla birlikte KZVD gösteren kişilerde, huzursuzluk, gerginlik ve intihar düşüncesi, hastalığı ve tedaviyi reddetme davranışı ve disforik, üzgün, kızgın ve ılımlı düzeyde ümitsiz bir duygu durumunun varlığına işaret edilmiştir (Herpertz, 1995).

1.4.8. Kendine Zarar Verme Davranışı ve İntihar

KZVD gösterenler, ölüm niyeti olmaksızın bedenlerinde kasıtlı olarak hasar oluştururken davranışlarının farkındadır ve bu eylemin kendilerini rahatlattığını, sakinleştirdiğini bildirirler. Buradan yola çıkarak davranıştaki temel amacın kendini öldürmek olmadığını, bireyin içinde bulunduğu olumsuz duygulardan KZVD aracılığı ile kurtulmak olduğu söylenebilir. Ancak yine de, bazı kendine zarar verme davranışlarının ölümle sonuçlandığı görülmektedir fakat bu ölümler çoğu zaman kastın aşılması sonucunda gerçekleşmektedir (Favazza ve Rosenthal, 1993, Herpertz ve ark., 1997).

Bazı araştırmacılar, kendine zarar verme davranışının her ne kadar intihar niyeti taşımadığını belirtse de, niyetin her zaman güvenilir olmayabileceğini vurgulamışlardır. Kendine zarar verme davranışının motivasyonlarının çeşitliliği, hastaların ölme niyetleri ile ilgili olarak çatışmalı

duygular içinde olabileceğini ve/veya intihar niyetlerini gizleyebileceklerini savunmuşlardır (Cooper ve ark., 2005). Bu davranışı gösterenler ölmek istediklerini belirtebilirler ancak KZVD gösterenlerin motivasyonu genellikle sıkıntılarının ifade edilmesinden ve zorlayıcı durumlardan kaçış ile ilişkilidir.

Favazza (1989), kendini yaralamanın intihar davranışından ayrı olduğu fikrine vurgu yapmakta ve aynı zamanda farklı araştırmacılar da bu ayrımı desteklemektedir (Winchel ve Stanley, 1991). Bu yaklaşıma göre intihar girişiminde bulunan kişi tüm duygulara son vermeye çalışmaktayken öte yandan KZVD gösteren kişi ise kendini daha iyi hissetmeye çalışmaktadır. Ancak tekrarlayıcı KZVD gösteren kişilerin davranışlarını her zaman denetleyemedikleri ve kontrolü kaybettikleri durumların olduğu bilinmekte ve yüksek intihar riski altında olduklarını belirtmek gerekmektedir (Favazza ve Conterio, 1989).

KZVD ile intihar arasındaki ilişki oldukça karmaşıktır. Yoğun gerilim duygusu, tolere edilemeyen duygu durumu ve kendini cezalandırma arzusu, ardından kendine zarar verme eylemi gerçekleşir ve sonrasında kişi kendini daha iyi hissetmeye ve rahatlamaya başlar (Favazza, 1992). Öte yandan, intihar davranışında ise kendini daha iyi hissetme ve gerilimden kurtulma arzusu yerine umutsuzluk ve depresyon daha belirgindir. İntihar ve KZVD arasındaki farklılık net bir şekilde belirlenmiş ve KZVD’ de intihar niyeti kapsam dışında bırakılmıştır.

Ayrıca, KZVD gösterenler intihar girişimlerinin ölümcüllüğünü fark edememe eğilimi içindedirler. Bundan dolayı intihar davranışlarının ciddiyetini farkında olmadan minimize etmekte ve klinisyenlere de bu şekilde aktarmaktadırlar. KZVD gösteren intihar girişimcileri tarafından ölüm riskinin hafife alınması ile muhtemel sonuçlardan biri yanlışlıkla ölme olasılığıdır (Stanley ve ark., 2001).

KZVD ölümle sonuçlansa dahi intihar niyeti taşımamış olabilir. KZVD ne kadar fiziksel ciddiyet taşıyorsa intihar niyeti ile orantılı olarak o kadar ciddiyet taşıyor anlamına gelmediği ifade edilmiştir. Kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimleri birbirinden uzak durumlar olmakla birlikte pek çok açıdan benzerlik içeren deneyimler olduğunu belirten görüşlere de

rastlanmaktadır. Bu nedenle kendine zarar verici davranışı olanlarda intihar düşüncesi ayrıntılı sorgulanması gerektiği vurgulanmıştır (Hickey ve ark., 2001).

Öte yandan farklı araştırmacıların değerlendirmeleri de literatürde yer almıştır. İntihar ve KZVD arasındaki belirlenmiş kesin farklılığa rağmen KZVD’de intihar niyetinin kapsam dışında bırakılmasına itiraz eden araştırmacılar, hastaların niyetinin her zaman güvenilir bir değerlendirme olmayabileceğini, ölme niyetleri ile ilgili olarak çatışmalı duygular içinde olabileceklerini ve/veya intihar niyetlerini gizleyebileceklerini savunmuşlardır (Cooper ve ark., 2005).

Stanley ve arkadaşları (2001) KZVD’nin iki türlü sınıflandırılabileceğini belirtmişler. Birinci türü intihar girişimlerinin kısmen olsa da ölme niyeti içerebileceğini, diğer türünün ise ölme niyeti taşımadan KZVD “parasuisidal davranışlar” olarak tanımlanabileceğini ifade etmişlerdir. Bununla birlikte, yazarlar her iki davranış türünün de aynı kişide var olabileceğini vurgularken, KZVD’nin kişinin kontrolünde olduğunu ve kasten yaptığını düşünme hatasına karşı uyanık olmak gerektiğini söylemişlerdir (Oldham, 2006).

KZVD esnasında intihar düşüncelerinin görülme sıklık oranları % 28-41 arasındadır (Patrisson ve Kahan, 1983). Bireyin daha önce göstermiş olduğu KZVD’nin intihar için risk faktörü olarak görüldüğü, özellikle KZVD’yi takip eden ilk 12 ayda intihar girişimi riskinin normal popülasyona göre 50 -100 defa arttığı, intihar girişimi nedeniyle ölenlerin yaklaşık olarak % 50 nin KZVD öyküsüne rastlandığı belirtilmiştir (Foster ve ark.,1997).

KZVD gösterenlerin intihar girişimlerinin daha manipülatif ve dikkat çekmeye yönelik olduğu düşünülür, ancak % 10’undan fazlası tamamlanmış intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (Stanley ve ark., 2001). Buna karşın klinik olarak kendine zarar veren intihar girişimcileri gerçek ölüm isteğinden ziyade dikkat çekmek arzularının olduğu şeklinde bir algı mevcuttur. Stanley ve arkadaşları KZVD gösteren/göstermeyen BKB tanılı intihar girişimcileri ile yaptıkları araştırmada, her iki grupta intihar girişimlerinin objektif olarak ölümcül olma konusunda bir fark saptanmamış ancak intihar girişimlerini algılayış biçimleri farklı bulunmuştur (Stanley ve ark., 2001).

1.5. İntihar

Stres altında kalan normal kişilerden ağır ruhsal bozukluk gösteren hastalara kadar uzanan geniş bir toplum örnekleminde görülebilen, kişinin istemli olarak kendini öldürme eylemi olarak tanımlanmaktadır (Sayıl ve ark., 2002). İntihar davranışı, ölme düşüncesi ve ölümle sonuçlanma arasında uzanan davranış spektrumu ve süreç ile tanımlanmaktadır. İntihar davranışı terimi ise tamamlanmış intiharı, intihar girişimini ve intihar düşüncesini kapsamaktadır (Eskin, 2003).

İntihar girişimleri, kullanılan yöntemine, ölümcül olmasına ve intihar niyetinin ciddiliğine göre çeşitli farklılıklar gösterir (Beck,1976). Genellikle ölümcül intihar girişimleri, planlı hazırlık ve ölümle sonuçlanan yöntemlerin seçilmesi ile gerçekleşir. Daha az ölümcül intihar girişimleri ise daha çok yardım çağrısını ifade ederken, olumsuz yaşam olayları ardından gelişen girişimlerdir. Daha az ölümcül girişimlerde yüksek ölümcül girişimlere göre kurtarılma ve hayatta kalma şansı daha yüksektir (Stengel, 1973). Daha az ölümcül intihar girişimleri daha çok dürtüsel özellikte olup, sorun çözme becerisindeki ve kişiler arası ilişkilerdeki yetersizlikler ile ilişkilidir.

1.5.1. İntihar Davranışı ve Epidemiyolojisi

İntihar sonucu ölenlerin % 70-90'nin psikiyatrik bir tanıya sahip oldukları rapor edilmiştir. Sıklıkla duygudurum bozuklukları ile intihar arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Sudak ve ark., 2007). Buna paralel olarak tamamlanmış intiharların yaklaşık % 50'sinde majör depresif bozukluk olduğu bildirilmiştir (Kutcher ve Chehil, 2007). Psikiyatri acil servislerinde görülen kronik intihar vakalarının yaklaşık yarısının borderline kişilik bozukluğu tanısı aldığı bildirilmiştir. Aynı zamanda bu grubun % 70-78'nin KZVD gösterdiği rapor edilmiştir (Kjellander ve ark., 1998).

1.5.2. Risk Etmenleri

1.5.2.1. Sosyodemografik Risk Faktörleri

Kadınların intihar davranışı erkeklere oranla daha fazla görülürken erkeklerde ölümle sonuçlanan intihar davranışının daha sık olduğu

belirlenmiştir. Ölümle sonuçlanan intihar davranışının daha sık görülmesinin nedeni erkeklerin intihar girişimi için daha öldürücü yöntemler seçmesidir (Sadock, 2007). İntiharlar, yaşlı ve ergen nüfusta da görülmekle birlikte 25-30 yaşları arasında daha fazla oranda gözlenmektedir (Sadock, 2007). Yaşlılarda intihar girişimlerinin sıklığı gençlerle kıyaslandığında aynı oranda yüksek değildir. Fakat girişimin ölümle sonuçlanma olasılığı gençlerde olduğundan çok daha yüksek olup 100.000’de 25’tir (Schmidtke ve ark., 1996; Devrimci, 2008). Evli popülasyonda intihar hızı 100.000’de 11 olarak bildirilmiştir. Bekâr popülasyonda ise intihar hızı yaklaşık iki katı olarak saptanırken dullarda bu oran 100.000’de 24 ve boşanmış kişilerde 100.000’de 40’tır (Devrimci, 2002). İşsizlik ve ekonomik sorunların hem intihar düşüncesi hem de intihar girişimi riskini arttırdığı bildirilmektedir. Düşük sosyal düzey ve yoksulluğun intihar girişiminde bulunanlarda genel topluma oranla daha fazla rastlandığı rapor edilmiştir (Schmidtke ve ark., 1996). Eğitim açısından bakıldığında, tüm dünyada, eğitim seviyesi düştükçe intihar davranışı için risk oluşturduğu rapor edilmiştir (Kaplan ve ark., 2005). İntihar davranışı gösterenlerin eğitim durumları yükseldikçe sebeplerin de değiştiği rapor edilmiştir (Sayıl, 2000). Mevsim döngülerinin intihar ile ilişkili olabileceği rapor edilmiş olup tamamlanmış intihar girişimlerinin bahar ve yaz aylarında yoğunluk kazandığı görülmektedir (Eskin, 2003). Geriye dönük 115 tamamlanmış intihar ve majör depresyon tanılı örneklem çalışmasında B kümesi kişilik bozukluğu komorbiditesi olmayan hastaların intiharları mevsimsel özellik gösterirken, B kümesi kişilik bozukluğu komorbiditesi olanların ise mevsimsel özellik göstermediği rapor edilmiştir (Kim ve ark., 2004).

1.5.2.2. Ailesel Risk Faktörleri

Ailesinde intihar davranışı öyküsü olan kişilerin kendilerinde de intihar davranışı oranı yükselmektedir (Devrimci, 2002). Parçalanmış aileden gelme, boşanma, aile içi şiddet, fiziksel veya cinsel istismara uğrama, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsünün olması ve sosyal desteklerin yetersiz olması intihar için risk faktörleri olarak sayılmaktadır. Bununla birlikte aile içi iletişim sorunlarının varlığı, aile bağlarının zayıf olması ve ailenin sosyoekonomik durumunun kötü olması da intihar riskini artırmaktadır (Agerbo ve ark., 2002; Özgüven ve ark., 2003).

1.5.2.3. Daha Önceki İntihar Girişimleri

Önceki intihar girişimleri, intihar girişim riskinin yüksek olduğunu gösteren en önemli ölçüt ve intihar davranışının güçlü öngörücüleri olarak ele alınmıştır (Devrimci, 2008; Hawton ve Heeringen, 2009). İntihar girişimleri 1/3 oranında tekrarlamaktadır (Doruk ve Özşahin, 2007). Tamamlanmış intiharların % 19-24'ünde daha önce gerçekleştirilmiş intihar girişimleri mevcut olduğu saptanmıştır. İntihar girişimlerinin % 10'u ise 10 yıl içerisinde tamamlanmış intihar ile son bulmaktadır (Saddock ve Saddock, 2007; Owens ve ark., 2002). Girişimden sonraki ilk 12 ay özellikle ilk 3-6 ay intihar riskinin en yüksek olduğu dönemdir (Owens ve ark., 2002). Bu dönemde özellikle iyileşmemiş bir duygudurum bozukluğu ve yakın ilişkilerden kaynaklı stres düzeyinin yüksekliği risk faktörüdür.

1.5.3. İntihar ve Depresyon

Psikiyatrik bozukluklarda intihar girişim riskinin, sağlıklı gruba göre 3-12 kat arttığı rapor edilmiştir (Roy, 2000). Bu riskin derecesi yaş, cinsiyet, tanının türü, bozukluğun şiddetine bağlı olarak değişmektedir (Devrimci, 2008). Bazı çalışmalarda intihar olgularının % 95'ine psikiyatrik bir tanı konduğu ileri sürülmektedir (Kaplan ve Saddock, 2004). Bunlar arasında duygudurum bozuklukları intihar ile en yakın ilişkilendirilen ruhsal bozukluktur. İntihar edenlerin % 60-70'ini, geçmişinde belirgin depresyonu olan hastalar oluşturmaktadır.

Major depresyon, intihar davranışının sıklıkla görüldüğü psikopatolojik bir bozukluktur (Kessler ve ark., 1999; Sarchiapone ve ark., 2007). Araştırmalar, depresyon hastalarının yarısının yaşamında en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu şeklinde bulgular bildirmiştir (Sarchiapone ve ark., 2007). Major Depresyon normal popülasyona göre intihar riskinin 30 kat daha fazla görüldüğü duygu durum bozukluğudur (Roy, 2000). Çalışmalar, depresif hastaların 1/3'ünün hastaneden taburcu olduktan sonraki 6 ay içinde intiharı gerçekleştirdiğini bildirmektedir. Hastanın taburculuğu sonrasındaki ilk aylar intihar açısından risklidir (Saddock ve Saddock, 2007). Depresyon hem tamamlanmış intiharlara hem de intihar girişimlerine eşlik etmektedir

(Devrimci, 2008; Hawton ve Heeringen, 2009). Depresyon şiddeti artıkça intihar girişiminin ciddiyeti ve ölüm niyeti de artmaktadır (Devrimci, 2002). Ancak, majör depresyonu olan bütün hastalar intihar girişiminde bulunmamaktadır (Brodsky ve ark., 2001). Majör depresyonu olan çoğu hastada intihar girişimi öyküsünün bulunmaması depresyonun varlığı gerekli olsa da intihar girişimini tek başına açıklamada yetersiz olduğu rapor edilmiştir (Brodsky ve ark., 2001).

Bu durum, intihar davranışında, mevcut depresif psikopatolojinin dışında tetikleyici başka nedenlerin olabileceğini akla getirmektedir. Kişiyi patolojiye yatkın hale getiren faktörler kronik etkenler olup kişinin stresi tetikleyen durumlara reaksiyonunu da etkiler. Aynı zamanda bu yatkınlaştırıcı faktörler çevresel etkenlerden (erken çocukluk çağı travmaları, kişilik ve mizaç özellikleri) ve kalıtsal faktörlerden kaynaklanabilir (Sher ve ark., 2001).

1.5.4. İntihar, Kendine Zarar Verme Davranışı ve Borderline Kişilik Bozukluğu

Kişilik bozukluklarının dinamikleri, intihar davranışı üzerinde etkili olabilmektedir. Bununla birlikte kişilik bozukluğunun varlığı, depresif bozukluk ya da alkol-madde bağımlılığı gibi psikiyatrik bozuklukların tetiklenmesinde önemli rol oynamakta ruhsal veya fiziksel hastalıklar ile başa çıkma yetisini bozarak ilişki ve sosyal uyum problemlerine sebep olmaktadır (Kaplan ve Sadock, 2004; Sudak, 2007). Kişilik bozukluklarında intihar girişimleri tamamlanmış intiharlara göre daha sık görülmektedir. Bununla birlikte kişilik bozukluğu olanların % 95'inin intihar ettikleri sırada eşlik eden majör depresif atağın bulunduğu rapor edilmiştir (Siever ve Davis,1991).

Aynı zamanda, BKB olgularının yaşam boyu tamamlanmış intihar oranlarının %3-10 arasında değişmekte olduğu rapor edilmiştir (Paris ve Zweig-Frank, 2000; Oldham, 2006). BKB olgularında intihar için riskli olabilecek durumlar; önceki intihar girişimleri, komorbid duygudurum bozukluğu, umutsuzluk, ailede intihar öyküsü, cinsel istismar öyküsü, dürtüsellik ve antisosyal özelliklerin olması, alkol madde kötüye kullanım bozukluğu şeklinde rapor edilmiştir (Oldham, 2006). Ayrıca, BKB' de genç

yaşlarda intihar davranışının daha sık görüldüğü rapor edilmiştir (Höyer, Olesen ve Mortensen, 2004).

BKB'nin DSM-5 tanı kriterlerinden biri de intihara eğilimli davranışlar olarak tanımlanmış olup genellikle anksiyeteden kurtulmayı temsil eder ve ölme isteği olarak yorumlanmaz. Ancak genellikle bu olguların intihar davranışları kendilerini öldürmeyecekleri anlamına gelmemektedir (Saddock ve Saddock, 2007). Buna ek olarak, BKB ile intihar arasındaki ilişkinin majör depresyon ile intihar arasındaki ilişkiden daha güçlü olduğu gösterilmiştir (Yen ve ark., 2004).

BKB'de intihar davranışına katkısı olabilecek özellikler bilişsel katılık, düşüncede dağınıklık, problem çözme becerisinde yetersizlikler, dürtüsellik, affektif instabilite, tekrarlayan intihar tehditleri ve KZVD şeklinde sıralanmaktadır (Kjellander ve ark., 1998). BKB olgularının intihar davranışındaki risk faktörlerinin incelendiği çalışmada, 61 (% 72.6) olguda intihar girişimi öyküsü tespit edilmiş ve önceki intihar girişimlerinin hem intihar davranışı için önemli bir yordayıcı olduğu hem de girişimler tekrarlandıkça ölümcüllük derecesinin arttığı ifade edilmiştir (Soloff ve ark., 2000).

BKB olgularında, intihar açısından önemli risk faktörlerinden biri de dürtüselliktir. Karmaşık bir davranış örüntüsü olan 'dürtüsellik' plan yapmadan refleks olarak eyleme geçme durumu olarak tanımlanmış, bilinçli olmayan ve düşünce süreçlerinden geçmeyen bir durumla ilişkilidir. Dürtüsellik ve intihar davranışı arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla yapılan az sayıda çalışmada, dürtüsellğin, intihara eğilim oluşturduğu aynı zamanda ciddi intihar girişimi ile de ilişkili olduğu ifade edilmiştir. İntihar girişiminde bulunan kişilerin aldıkları kararlarda ve kişilerarası ilişkilerde daha dürtüsel davrandıkları saptanmıştır (Simon ve ark., 2001). Depresif semptomların bilişsel yapı üzerinde bozucu etkisi görülmekte ve bu durum da dürtüsellği arttırmakta olduğu düşünülmektedir (Simon ve ark., 2001).

KZVD ve intihar girişimlerinin birlikteliği diğer kişilik bozukluklarından en çok BKB olgularında görülmekte olup KZVD gösteren BKB olgularında en

çok kullanılan intihar yönteminin ilaç içerek kendini zehirleme ve kendini kesme davranışları olduğu rapor edilmiştir. Bununla birlikte intihar girişimlerinin % 31'inde birden fazla yöntem kullanılmaktadır (Zanarini ve ark., 2008). BKB olgularında KZVD'nin dinamiği tam olarak anlaşılamamakla birlikte, farklı motivasyonlarla ve patolojinin düzeyine ve özgün dönemine bağlı olabileceği belirtilmiştir (Oldham, 2006). Bu grup içinde KZVD'nin intiharı öngörme açısından en riskli davranış olarak değerlendirildiğine dair çalışmalar bulunmakla birlikte (Bohus ve ark., 2000), KZVD'nin BKB olguları için intihar riski oluşturmadığına dair araştırma bulguları da mevcuttur (Oldham, 2006).

BKB, majör depresyon ve her iki bozukluğun komorbid olduğu grupların karşılaştırıldığı bir çalışmada BKB olgularının daha erken yaşta intihar davranışı gösterdikleri yönünde araştırma bulguları rapor edilmiştir (Kjelsberg ve ark., 1991). Bununla birlikte, BKB olgularının depresyon hastalarına oranla yaşam boyu daha fazla intihar girişimi gösterdikleri ancak ölüm niyetinin ciddiyeti, planlı hareket etme, kullanılan yöntemin ölümcüllüğü yönlerinden fark göstermedikleri bildirilmiştir (Kjelsberg ve ark., 1991).

1.6. Çocukluk Çağı Travmaları

Ruhsal travma, genellikle ani, beklenmedik bir zamanda ve karşı konulamaz şiddette duygusal saldırı sonucu stresör etkene verilen cevap şeklinde tanımlanmıştır (Terr, 1990). Ruhsal travmada, içsel ve dışsal kaynaklar, dışardan gelen tehdit unsuru ile başa çıkmada yetersiz kalmaktadır (Van der Kolk, 1989). Ruhsal travmanın yarattığı sonuçlar açısından baktığımızda ise, stres yaratan deneyimi yaşayanın yanı sıra, travmatik deneyim kişi üzerinde şok, çaresizlik ve korku yaratmaktadır (Courtois, 1999).

Çocukluk çağı istismar ve ihmali genellikle yakın ilişki içinde olunan kişiler tarafından yapılıyor olması ve erişkinliğe kadar uzun süreli etkilerinin olması nedeniyle, kişinin ruhsal yapısı üzerine özgül etkiler bırakan travma türü olarak tanımlanmıştır (Johnson, 2000). Başa çıkma becerilerinin henüz gelişmediği çocukluk çağında travma ile karşılaşmak en güç durumdur. Allen (2008), temel bakım veren yetişkinlerin çocukluk çağı travmalarında çok önemli rol oynadıklarını belirtmiştir (Akt. Van Dijke ve ark., 2011). Çocukluk

çağı travmalarının aynı zamanda yineleyici oluşu nedeni ile uzun yıllara kadar uzanmakta ve sonraki süreçlerde psikiyatrik bozukluklara yol açmakta ve genel popülasyonda sıklıkla görülmektedir (Bryer ve ark., 1987; Chu ve ark., 1999).

1.6.1. Çocukluk Çağı Travmaları ve Epidemiyoloji

Çocukluk çağı travmasının yaygınlığı ile ilgili farklı araştırma bulguları mevcut olup, istismar kavramının tanımına, örneklem grubuna ve coğrafya farklılıklarına göre değişkenlik gösterdiği ifade edilmiştir. “Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre dünyada 1-14 yaş grubundaki 40 milyon çocuk istismar/ihmale uğramaktadır” (Şimşek ve ark., 2004). Bununla birlikte Ulusal Çocuk İstismar ve İhmal Merkezi’nin açıkladığı verilere göre vakaların % 54’ünde ihmal, % 22’sinde fiziksel istismar, % 8’inde cinsel istismar, % 4’ünde de duygusal istismara rastlanmaktadır (Bernet, 2000). Jacobson (2008), psikiyatrik hastalarda % 81 oranında cinsel veya fiziksel istismar öyküsünün olduğunu rapor etmiştir. Son yıllarda, çocukluk çağı cinsel istismar oranlarında önemli bir artış görülmektedir. A.B.D.’de 1979-1980 yılları arasında görülen yeni vaka sayısı 44.700 olup 1984’de 150.000-200.000’e, 1993-1994’de 300.000’e ve 1997’de 1.000.000’a ulaşmıştır. Psikiyatri kliniğinde yatan ve ayaktan tedavi gören kadın hastalarda çocukluk çağı travması yaygınlığını inceleyen 40 çalışmayı derleyen bir çalışmada, çocukluk çağı cinsel istismar oranlarının % 22-85 ve çocukluk çağı fiziksel istismarın % 17- 87 oranı arasında değiştiği belirtilmiştir (Read ve ark., 2001).

Ülkemizde çocukluk çağı travması ile ilgili yapılan araştırmalarda, duygusal istismarın (% 78) ilk sırada olduğu belirtilmektedir (Bahar ve ark., 2009). Yine yapılan başka bir araştırmada ilk sırada duygusal istismarı daha sonra fiziksel ve cinsel istismarın takip ettiği bildirilmiştir (Zoroğlu, 2001). Liseli ergenlerle yapılan bir araştırmada çocukluk çağı istismar oranı % 34.8 saptanmış ve ‘ihmal’ en sık saptanan çocukluk travması olarak rapor edilmiştir (Zoroğlu, 2001). Yine Türkiye’de yapılan bir araştırmada “psikiyatri kliniğindeki hastaların % 20.1’de cinsel istismar, % 35.5’de fiziksel istismar, % 33.2’de ihmal, % 34.3’de duygusal istismar, % 10.2’de enstest ilişki saptanmıştır” (Tutkun ve ark., 1995).

Saçarçelik'in (2009) araştırmasında duygusal istismara maruz kalanların oranı % 33, fiziksel ve duygusal ihmale maruz kalanların oranı % 28, fiziksel istismara maruz kalanların oranı % 23.3, cinsel istismara maruz kalanların oranı % 16.3, aile içi cinsel istismara maruz kalanların oranı % 11.3 olarak rapor edilmiştir. Cinsel istismar vakalarının yıllarca tekrarlandığı halde çoğunlukla gizli kaldığı sadece, % 15'inin bildirildiği rapor edilmiştir (Özdemir, 2010).

Springer ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada, çocuklukta fiziksel istismara maruz kalanların depresyon düzeylerinde % 24, kaygı düzeylerinde ise % 23 oranında artış olduğu rapor edilmiştir. BKB'de çocukluk döneminde cinsel ve fiziksel taciz % 70-80 oranlarında bildirilmiştir (Herman, 1989). Fiziksel istismara maruz kalmış çocukların % 41'inde, sağlıklı kontrol grubuna göre, daha sık intihar ve KZVD saptanmıştır (Green, 1978).

1.6.2. Çocukluk Çağı Travması Türleri

1.6.2.1. Fiziksel İstismar

“Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) fiziksel istismarı çocuğa yönelik kasıtlı, fiziksel zor kullanma sonucu çocuğun sağlığı, gelişimi ve onuru bakımından zarar görmesi şeklinde tanımlamıştır” (Akt.Yurdakök, 2010). Bu tanımlara paralel olarak, fiziksel istismar temel bakım verenlerin çocuğun bedeninde 48 saatten daha uzun süre fiziksel bir darp izi bırakması olarak da tanımlanmıştır. Tokat atma, dövme yumruk atma, itip kakma, tekmeleme, vurma, sarsma gibi çocuğa zarar veren davranışlar fiziksel istismar kapsamında değerlendirilmiştir (Ekinci, 2010).

1.6.2.2. Cinsel İstismar

Cinsel istismar, çocuktan en az 6 yaş büyük yetişkin tarafından cinsel haz amacıyla yapılan eylemler olarak tarif edilmiştir (Cappelleri ve ark., 1993; Oral ve ark., 2001). Çocuğun onayı olsun ya da olmasın cinsel ilişkinin gerçekleştirilmesi, cinsel organlarının ellenmesi, cinsellik içeren sözlere maruz kalması, yetişkinin cinsel organını okşamaya zorlanması, pornografide yada fuhuşta kullanılması, pornografik görüntülerin izlettirilmesi ve teşhircilik

çocuğa yönelik cinsel istismar davranışları olarak tanımlanmaktadır (Green, 1996).

1.6.2.3. Duygusal İstismar

Duygusal İstismar, çocuğun psikolojik sağlığını tehlikeye atacak düzeyde ağır sözlü tehdit, alay ya da küçük düşürücü davranışlara maruz kalması olarak tanımlanabilir. Çocuğa temel bakım verenlerin kasıtlı ya da hatalı davranışlarını kapsamaktadır. Yanı sıra, temel bakım verenlerin çocuğun ihtiyacı olan ilgi, sevgi ve bakımdan da yoksun bırakması şeklinde de tarif edilmiştir (Bahar ve Savaş, 2009). Bununla birlikte duygusal istismar kavramı, çocuk ile bakım verenleri arasında olağan hale gelmiş ancak zarar verici ve tekrarlayan bir etkileşim örüntüsüne maruz kalması olarak da tanımlanmıştır (Kairys ve Johnson, 2002).

Çocukluk Çağı İhmalleri

Çocukluk Çağı İhmali, “çocuğun beslenme, güvenlik, eğitim, tıbbi bakım gibi fiziksel bakımının ya da sevgi, destek, ilgi ve bağlanma gibi duygusal bakımının yapılmaması olarak” tanımlanmıştır (Akt. Evren ve Evren, 2005; Zoroğlu ve ark., 2003).

1.6.2.4. Fiziksel İhmal

Çocuğun bedenine yönelik gerçekleşen fiziksel ihmal, temel bakım verenlerin çocuğa yeterli beslenme, giyecek, sağlık bakımı, gözetim ve kontrol sağlamaması ya da geciktirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte, dışlanma, yalnız bırakılma ve evden kovulma gibi terk edilme davranışlarını da kapsayabilmektedir (Yurdakök ve İnce, 2010).

1.6.2.5. Duygusal İhmal

Duygusal ihmal, temel bakım verenlerin çocuğa duygusal yakınlık ve duygusal destek sağlamakta yetersiz kalması şeklinde tarif edilmektedir (Aust ve ark., 2012). Ayrıca, çocuğun duygusal ihtiyaçlarını karşılamama, gelişim ve sosyalleşme süreçlerine yeterli destek vermeme davranışları ile kendini göstermektedir (Yurdakök ve İnce, 2010).

1.6.3. Çocukluk çağı travmasının ilişkili olduğu psikopatolojiler ve durumlar

Yaşamın ilk yıllarındaki çocukluk çağı travma yaşantılarının erişkin dönemde çeşitli psikopatolojilerin ortaya çıkması ve kronik hale gelmesinde önemli bir risk etmeni olarak görülmektedir (Grote ve ark., 2012; Read ve ark., 2001). Travmaya maruz kalan çocukların, kettlendikleri, yaşamlarının devamında da bu travma anına kilitlendikleri ve psikososyal gelişimlerini tamamlayamadıkları görülmektedir (Vahip, 2002). İhmal ve istismar sonucu bu çocukların gelişim dönemindeki algı ve bağlantıları bozularak erişkin yaşamda tekrarlayan benzer travmatize edici ortamlar ya da ilişkiler oluşturmalarına neden olmaktadır (Herman, 2007).

Çocukluk çağı travması ile travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) depresif bozukluklar (Turner ve Butler, 2003), borderline kişilik bozukluğu (Golier ve ark., 2003; Simeon ve ark., 2003), kendine fiziksel zarar verme davranışı (Akyüz ve ark., 2005; Van der Kolk ve ark. 1991), intihar girişimi (Akyüz ve ark., 2005; Tutkun ve ark., 1995; Van der Kolk, 1991) ve dürtüsellik (Roy, 2005) arasında ilişki bulunmuştur. Aslında çocukluk çağı travması pek çok psikopatolojik durumlar için zemin oluşturmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

1.6.4. Çocukluk Çağı Travması ve Borderline Kişilik Bozukluğu

Herman, Perry ve Van der Kolk (2000), BKB olgularının % 81'inde önemli çocukluk çağı travma öyküsü rapor etmişlerdir. Bu bulgular ile tutarlı olarak, BKB olgularının % 71'nin fiziksel, % 67'sinin cinsel istismara uğramış olduğu ve % 62'sinin aile içi şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir. Oldman ve arkadaşları (1993), yaptıkları araştırmada BKB tanılı olguların % 75'inde istismar öyküsü saptarken, BKB tanılı olmayan olgularda bu oranı % 33 olarak bulmuşlardır. Ayrıca BKB ve çocukluk çağı cinsel travma arasında güçlü bir ilişki olmasına rağmen tek başına BKB'nin ortaya çıkmasına yeterli olup olmadığının net olmadığını da belirtmişlerdir (Herman, Perry ve Kolk, 1989). Farklı bir araştırmada BKB olgularının depresif hastalara ve kontrol grubuna oranla daha fazla çocukluk çağı cinsel istismarı yaşantıladıklarına dair bulgular

bildirilmiştir. Bununla birlikte, çocukluk çağı travması öyküsü olanların ihmal ve istismarın birden fazla türüne maruz kaldıklarını, bu çoklu ihmal ve istismarın hem fiziksel ve hem de cinsel istismar olduğunu göstermişlerdir (Ogata ve ark.,1990). Herman ve arkadaşları (1989), BKB olguları ile yaptıkları araştırmada örneklemin, % 81'nde önemli çocukluk çağı travması öyküsü görüldüğünü, bunlardan (% 71) fiziksel istismar, (% 68) cinsel istismar öyküsü bildirdiklerini rapor etmişlerdir. Türkiye'de yapılan araştırmada ise BKB olgularının çocukluklarında travma yaşantılarının sık olduğunu, olguların % 72.2' si en azından bir tür, % 41.4' ü birden çok türde çocukluk çağı travması yaşantıları bildirmişlerdir (Aslan ve ark.,1997).

Çocukluk çağı travması ve duygu düzenleme mekanizmaları gelişimsel kavramlar olup bu alanlarda yaşanan sorunların diğer alanları da etkilemesi şaşırtıcı değildir. Çocukluk çağı travmasının çocuğun fizyolojik, psikolojik, sosyal gelişim dinamiklerini olumsuz olarak etkilemesi nedeni ile spesifik gelişim döneminde edinmesi beklenen birtakım becerileri sekteye uğratması söz konusu olmaktadır. Doğumdan itibaren kişilik gelişimi, duygu düzenleme, dürtü kontrolü ve diğer bilişsel/davranışsal beceriler yavaş yavaş kazanılmaya başlamakta ancak araya giren travmatik olaylar bu becerilerin kazanılmasını engelleyebilmektedir. Bu durum kişilik örgütlenmesinde bozukluklara, yetişkinlikte duygu durum bozukluğuna ve depresif duygu durum geliştirmeye yatkın hale getirebilir. Çocukluk çağı travmalarına maruz kalmak, kişilik bütünlüğü oluşturma, bilişsel beceriler kazanma, duygu düzenleme becerisi kazanma, sorun çözme becerisi kazanmada yetersiz kalma anlamına gelebilir. Çocuğun ergenlik döneminden itibaren borderline kişilik özellikleri, dürtüsellik, kendine zarar verme ve intihar davranışı gibi psikopatolojik durumlar geliştirmesine zemin hazırlayabilir. Bununla birlikte BKB'de çocukluk çağı travmasının daha fazla olması borderline kişilik özelliklerinin ve bu özelliklerle ilişkili davranış sorunlarının daha fazla olmasıyla ilişkili olabileceği de ileri sürülmüştür (Garno ve ark., 2005).

BKB gelişiminde erken olumsuz çocukluk yaşantılarının önemli bir faktör olduğu hatta etiyojisinde önemli rol oynayabileceğine işaret edilmiştir. Çocukluk çağında yetersiz ebeveyn desteği, ilişki nesnelerinin sık değişmesi,

aile içi şiddet, terkedilme, ebeveyn kaybı, temel bakım verenlerin fiziksel, cinsel ya da duygusal istismarı çocuğun gelişiminde travmatik rol oynamaktadır (Herman ve ark., 1989; Karlıdağ ve Ünal,1997; Kora ve Tüzün, 1997; Odağ, 1999; Salzman ve ark.,1993). Çocukluk, merkezi sinir sistemi (MSS) gelişiminin en hızlı olduğu dönemdir. MSS olumlu/olumsuz çevresel etkenlere fazlasıyla açık olması nedeni ile zedelenebilir olma olasılığı yüksektir (Etain ve ark., 2008). Çocukluk çağındaki travmatik yaşantılar erişkin dönemde hem psikiyatrik bozukluk için zemin oluşturmakta hem de bozukluğun prognozunun daha da kötüleşmesine neden olmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Öte yandan BKB ile çocukluk çağı travması arasındaki ilişki farklı bir bakış açısı ile değerlendirilmiş, borderline özellikler ortaya çıkmadan önceki eşik altı belirtiler çocukluk çağında travmatik yaşantıların yüksek olmasına neden olabileceğine işaret edilmiştir. Davranışsal sorunlar nedeniyle BKB olguları çocukluklarında temel bakım verenlerle daha fazla sorun yaşıyor olabilecekleri ve bu durumun travma kaynağı olan kişilerin daha fazla fiziksel ve duygusal şiddet uygulamasına yol açıyor olabileceği değerlendirilmesi yapılmıştır (Etain ve ark., 2008).

1.6.5. Çocukluk Çağı Travmaları ve Borderline Kişilik Bozukluğu Belirtileri

BKB gelişimi ve özellikle çocuklukta cinsel istismar arasında önemli göz ardı edilemez bir bağ olduğu rapor edilmiştir. Çocukluk çağı travması ve BKB belirtileri arasında ilişkinin olup olmadığı incelendiğinde, erken çocukluk travmasının yol açtığı problemlerin yetişkinlikte yeniden sahnelenme eğilimi göstermeye devam ettiği gözlenmiştir (Perry ve ark., 1990). BKB’de kişiliğin erken gelişimi sırasında kronik dehşet yaşantıları benlik bütünlüğü üzerinde yıkıcı özellik göstermektedir. Yakın ilişkilerden kaynaklanan erken çocukluk travması ile erişkinlikte yaşanan yakın ilişkilerdeki güncel sorunlar arasındaki bağlantı BKB olgularının sıklıkla farkındalıkları dışında kalır. Tekrarlayıcı tehdit senaryoları, saldırıya maruz kalma veya istismar eden durumların tekrar tekrar hatırlanması ile öfke atakları yaşantılayabilirler. Ardından karakteristik KZVD ve kaotik kişilerarası ilişki davranışları ortaya çıkabilir. Travmanın

sembolik olarak yeniden yaşantılanması ile bağlantılı ortaya çıkan öfke, utanç ve suçluluk gibi dayanılmaz duygular ile başa çıkmak için diğer olumsuz girişimlerin ortaya çıktığı görülür (Perry ve ark., 1990).

BKB psikopatolojinin derecesi ile çocukluk çağı travmasının şiddeti arasında yüksek bir ilişki vardır (Van der Kolk, 1996). Özellikle uzamış tekrarlayan travma öyküsü söz olduğu zaman borderline kişilik bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğunun klinik tanımları çok benzerdir. BKB ve kronik Travma Sonrası Stres Bozukluğu arasındaki en önemli farklılık BKB olguları çocukluk yaşantılarında ayırt edilebilir bir stres öyküsü bildirmemektedirler (Van der Kolk, 1987). Bununla birlikte, BKB olguları erken çocukluk çağı travması ve erişkinlikte yaşadıkları ilişkisel zorluklar arasında bağlantı kuramazlar, bu bağlantı farkındalıkları dışındadır (Perry ve ark., 1990). Artmış saldırganlık, tetikte olma ve artan irkilme tepkisi gibi duygu düzenleme, depresyon ve disforik duygudurum, risk alma davranışları, KZVD, madde-alkol kötüye kullanımı, zayıf dürtü kontrolü, dissosiyatif ataklar ve paranoid düşünce ve istila edici anılar gibi problemler borderline kişilik bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğunda oldukça benzerdir. Çocukluk çağı travması ve Borderline Kişilik Bozukluğunun bir arada olması, tanı ve değerlendirme açısından karmaşık durum yaratmaktadır. Çocukluk çağı travma belirtilerinin varlığı veya travmanın yeniden deneyimlenmesi aynı zamanda BKB belirtilerini taklit eden belirtilerin varlığıdır (Perry ve ark., 1990).

1.6.6. Çocukluk Çağı Travması ve Depresyon

Literatürdeki araştırmalarda, çocukluk çağı travmasının, depresyonun gelişimi, şiddeti, erken başlama yaşı, kronik hale gelmesinde tetikleyici dinamik olduğu rapor edilmiştir (Hovens ve ark., 2012; Spinhoven ve ark., 2010). Çocukluk çağı travmasının olumsuz psikososyal etkileri erişkin yaşamda varlığını sürdürmektedir. İstismar ve ihmale maruz kalan çocuğun erişkinlik döneminde depresyon ve diğer psikopatolojik bozuklukların gelişmesi olası görünmektedir (Browne ve Finkelhor, 1986). Diğer araştırma bulguları ile paralel olarak, Bifulco ve arkadaşları (2002) çocukluk çağı travması şiddetinin erişkinlikteki kronik ve tekrarlayan depresyon ile yüksek oranda ilişkili olduğunu bildirmişlerdir.

Çocukluk çağı travma yaşantısı ile depresyon arasındaki ilişkinin, istismarcıların sayısı açısından değerlendirildiği araştırmada, çocukluk çağında birden fazla sayıda kişi tarafından duygusal ve cinsel istismara maruz kalmanın erişkin dönemde depresyon geliştirme olasılığını daha da artırdığı saptanmıştır. Bununla birlikte çocukluk çağı travmasına maruz kalınan süre ve sıklık uzadığında ise depresif semptomların şiddetinin daha fazla olduğu bulunmuştur (Liu ve ark., 2012).

Çocukluk çağı travmasının erişkin dönemde depresyon ve kaygı bozukluklarıyla ilişkisini analiz eden araştırmada duygusal ihmalin özellikle depresif bozukluk ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Spinhoven ve ark., 2010). Bununla birlikte, öğrenciler ile yapılan araştırmada duygusal ihmal ile erişkinlikte kaygı ve depresyon semptomları arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir (Wright ve ark., 2009).

Yanı sıra, cinsel istismar ve duygusal ihmale maruz kalan çocukların erişkin dönemlerinde birden daha fazla duygudurum bozukluğu geliştirmelerinin olasılıklı olduğu rapor edilmiştir (Spinhoven ve ark., 2010). Buna ek olarak başka bir araştırmada, çocukluk çağı cinsel istismarın, erişkinlikte depresif bozukluk, kaygı bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) için tetikleyici dinamik olduğu sonucu rapor edilmiştir (Whiffen ve MacIntosh, 2005). Çocukluk çağı travma türlerinin birey üzerindeki etkilerini inceleyen araştırmada ise duygusal ve fiziksel istismara maruz kalan kadınlar sadece cinsel istismara maruz kalan kadınlara göre daha fazla depresyon semptomu geliştirdiklerine dair bulgular rapor edilmiştir (Hobfoll ve ark., 2002).

1.6.7. Çocukluk Çağı Travması, Borderline Kişilik Bozukluğu ve Depresif Semptomlar

Çocukluk çağı travmasının varlığı, BKB olgularını diğer kişilik özellikleri ve ruhsal bozukluğu olanlardan ayırt etmede kullanılan en önemli yaygın kriter olduğunu söyleyen araştırma bulguları mevcuttur (Paris ve ark., 1994). Çocukluk çağı travması alt türlerinden cinsel istismara maruz kalmış olanlar olmayanlara göre daha yüksek seviyede depresif semptom

bildirmişlerdir (Gladstone ve ark.,2004; Zlotnick ve ark., 2001). Dahası, çocukluktaki cinsel istismar öyküsü intihar davranışı, kendine zarar verme davranışı, erken başlangıçlı depresyon ve uzamış depresyon periyodları ile ilişkili olabileceğine dair araştırma bulguları da mevcuttur (Gladstone ve ark., 2004; Zlotnick ve ark., 1995). Literatürdeki araştırmalar, BKB olgularında yoğun depresif duygu durumunun, BKB'nin iki temel özelliğinin yansıtıcısı olduğunu ifade etmişlerdir (Cain ve ark., 2012; Zanarini ve ark., 2005). Bunlardan ilki, BKB olgularının hassas mizaç özellikleri, diğeri ise kişiler arası çatışmalar ile ilişkili olarak geçmiş eski travmatik olayların erişkin ilişkilerde yeniden canlanması şeklinde tarif edilmiştir (Cain ve ark., 2012).

1.6.8. Çocukluk çağı travması ve Dürtüsellik

Hollander ve Evers (2001) yaptıkları çalışmada, çocukluk çağı travması ile dürtüsellik arasında bir bağlantı olduğunu ortaya koymuş, travma öyküsü olanların daha fazla dürtüsel davranış gösterdiklerini, daha fazla dürtüsel kararlar aldıklarını ve genelde düşünmeden hareket ettiklerini rapor etmişlerdir. Aynı zamanda patolojik boyuttaki dürtüsellüğün kişilerin yaşam kalitesini bozduğunu ve işlevselliği azalttığını ve dürtüsel davranışlarının sonuçlarından zarar gördüklerine dair bulgular bildirmişlerdir.

Çocukluk çağında yaşanan travmaların, madde bağımlılığı ve antisosyal kişilik bozukluğu başta olmak üzere, dürtüsellik ve intihara eğilimi arttırdığı gösterilmiştir (MacMillan ve ark., 2001; Davidson ve ark., 1996; Santa ve Gallop, 1998). Brodsky ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında ise çocuklukta fiziksel veya cinsel şiddet görmüş depresif hastaların intihar girişimi riskinin daha fazla olduğunu, bu kişilerin BDÖ-11 (Barrat Dürtüsellik Ölçeği) puanlarının da daha yüksek olduğunu rapor etmişlerdir. Dolayısıyla, çocukluk çağında yaşanan travmaların, dürtüsel kişilik oluşmasında ve intihar davranışında çevresel risk faktörü oluşturduğu söylenebilir.

1.6.9. Çocukluk Çağı Travması ve Kendine Zarar Verme Davranışı

Çocukluk çağı travmasının, bireylerin yaşamı boyunca duygudurum düzenleme ve dürtüsel davranış kontrolü üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Aynı zamanda kendine zarar verme davranışında önemli bir

etken olarak değerlendirilmiştir. Çocukluk çağı travması ve davranışsal uyumsuzluklardan biri olan kendine zarar verme davranışı arasındaki ilişkiyi saptamak amacı ile yapılan çalışmalarda, fiziksel/cinsel travmaya maruz kalmak, erişkin yaşamda kişilik bozukluklarına ve KZVD'ye sebep olduğu yönünde bulgular saptanmıştır (Favazza ve Conterio, 1989; Van der Kolk ve ark., 1991). Pek çok çalışmada, KZVD, cinsel istismar en fazla olmak üzere çocukluk çağı travma ve alt türleri ile ilişkili bulunmuştur (Shearer, 1994; Stone, 1987; Van der Kolk, Perry ve Herman, 1991; Zlotnick ve ark., 1996). Kendine zarar verme davranışı gösteren bireylerin % 60'ında fiziksel ve/veya cinsel travma öyküsü olduğu bildirilmiştir (Brodsky, 1995).

Van der Kolk ve arkadaşlarının (1991) yaptığı çalışmada, kendine zarar verme davranışı gösteren kadınlarda, göstermeyenlere göre çocukluk döneminde daha fazla sıklıkta cinsel istismar bulgularına ulaşmışlardır. Yine başka bir araştırmada KZVD'de cinsel istismar en güçlü travma nedeni olarak gösterilirken istismarın gerçekleştiği dönem ne kadar erken yaşlarda başlamışsa KZVD'nin görülme yoğunluğunun o kadar ön planda olduğu bildirilmiştir (Van der Kolk ve arkadaşları, 1991). Bu araştırma bulguları ile paralel olarak, KZVD ile cinsel istismar arasında önemli bağlantı olduğu ve buna dayanarak kendine zarar verme davranışının cinsel istismarın varlığı için yordayıcı işlev gördüğü belirtilmiştir (Shapiro, 1987). Çocukluğunda cinsel istismara maruz kalan kadınların duygusal acılarını bastırmak için KZVD gösterdikleri rapor edilmiştir. KZVD gösteren intihar girişimcileri arasında daha fazla çocukluk istismarı öyküleri görüldüğü, daha fazla agresif davranış gösterdikleri aynı zamanda kişilerarası ilişkilerde daha fazla problem yaşadıkları ve duygusal instabilite ile bağlantılı daha fazla borderline özellikler gösterdikleri bildirilmiştir. Bu faktörlerin intihar davranışını daha fazla tetikleyebileceği işaret edilmiştir (Mann, 1999).

Temel bakım verenler ile ilişki sırasında çocukluk çağı travmasına maruz kalanlarda görülen KZVD'nin daha basit canlılarda da gözlenebilen ilkel bir davranış örüntüsü olduğu belirtilmektedir (Van der Kolk, 1996). Travma sonucu oluşan biyolojik kendini düzenleme kapasitesindeki ortaya çıkacak olan sorunlar çocuğun merkezi sinir sisteminin yeterince gelişmemiş

olmasına bağılı olduğu ifade edilmiştir. İstismara uğrayan kişi yaşadığı travmatik yaşam deneyimlerini hatırladığında sıkıntı yaşamaya başlar ve ardından öfkesini ve agresyonunu azaltmak için kendisine zarar verme davranışı göstermektedir (Favazza,1996). Travmaya maruz kalan çocuklar ciddi bir şekilde vücutlarını sarsmayı öğrenmekte ve bu durumu yaşadıkları dayanılmaz duygulardan çıkış yolu olarak kullandıkları görülmektedir (Herman, 1992). Bununla bağlantılı olarak, kendine zarar verme davranışı gösterenler, başkalarının davranışlarını etkilemekten ziyade dayanılmaz duygularını düzenlemek için kendilerine zarar verdiklerini ifade etmişlerdir.

Stone (1987), BKB olgularından KZVD’de bulunanların genellikle, yaşamının daha erken evrelerinde cinsel istismara maruz kaldığını kaydetmiştir. Stone, bu kişilerin sonraki yaşamlarındaki cinsel arzularının aşırı suçluluk doğurduğunu, KZVD’nin yalnızca kendini değil, aynı zamanda cinsel tacizi gerçekleştiren kişiye de yönelik olduğunu belirtmiştir (Winchel ve Stanley, 1991).

Travma yaşamış bireylerin çoğunluğu KZVD göstermese de, dürtüsel KZVD’ de bulunanların çoğunluğunda (% 62-79) çocukluk çağı travma öyküsü mevcut olduğu düşünülmektedir. Ancak cinsel istismarın varlığı mutlaka KZVD’ye yol açar demek mümkün olmayabileceği gibi KZVD gösteren çocukların tümünün istismara uğramış olduğunu göstermez. Klonsky ve arkadaşları (2003), istismar ve KZVD arasında nedensel bir ilişki olmadığını, ancak her ikisinin de benzer psikiyatrik risklerle ilişkileri sebebiyle birbirleri ile karşılıklı ilişkiye girebilecekleri şeklinde yorumlar yapmıştır.

1.6.10. Çocukluk Çağı Travması ve İntihar davranışı

Çocukluk çağı travmaları, erişkin dönemdeki psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkışını tetiklemekte ve aynı zamanda bu psikopatolojilerdeki intihar riskini artırmaktadır. Çocukluk çağı travmasının, erişkinlikte intihar için risk faktörü olduğu pek çok çalışma ile ortaya konmuştur (Enns ve ark., 2006; Demirel ve Eşel, 2003). Bununla birlikte, çocukluk çağı ihmal ve istismarına uğramış B kümesi kişilik bozukluklarında ve majör depresyon olgularında intihar davranışı görülme oranı daha yüksek olarak bildirilmiştir (Brodsky ve

Stanley, 2008). İntihar girişiminde bulunan kişilerde cinsel istismar % 35, fiziksel istismar % 18, ihmal % 27 saptanmış olup fiziksel ve cinsel istismar tekrarlayan intihar girişimleri ile yüksek oranda ilişkili bulunmuştur (Joiner ve ark., 2007). Başka bir araştırmada ise çocukluk çağı travma türlerinden fiziksel ve cinsel istismarın tekrarlayıcı intiharlar ve kendini yaralama davranışları ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır (Ystgaard ve ark., 2004). Sağlıklı çocuklardan oluşan grup ile karşılaştırmanın yapıldığı araştırmada, çocukluk çağı travması yaşayan grupta daha fazla oranda KZVD ve intihar davranışı görülmekte olup fiziksel istismara maruz kalanların % 41'inin intihar girişimi ve KZVD gösterdikleri ifade edilmiştir (Akt. Saçarçelik, 2009). İntihar davranışını tetikleyen etmenlerden birinin de stres faktörleri ile etkileşen çocukluk çağı travmasının olduğu ortaya konulmuştur (Fuller-Thomson ve ark., 2012). Çocukluğunda fiziksel/cinsel istismara maruz kalan depresif erişkinlerin, istismara maruz kalmayan bireylere göre intihar davranış oranı daha yüksek bulunmuştur (Brodsky ve ark., 2001).

1.7. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmada Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) tanılı ve BKB tanılı olmayan gönüllülerden oluşan (kontrol) gruplarda, depresif semptom ve çocukluk çağı travmalarının dürtüsellik, kendine zarar verme ve intihar davranışları üzerindeki yordayıcı etkisinin rolü incelenecektir. Bu amaç kapsamında ilgili değişkenler arası ilişkiler değerlendirilmiş ve aşağıdaki sorulara literatür eşliğinde cevap bulunmaya çalışılmıştır.

1.7.1. ARAŞTIRMA SORULARI

1. Dürtüsellik davranışı değişkeninin yordayıcıları, çocukluk çağı travması ve depresif semptomlar, BKB tanılı ve kontrol gurubunda farklılaşmakta mıdır?
2. Kendine Zarar Verme davranışı değişkeninin yordayıcıları, çocukluk çağı travması ve depresif semptomlar, BKB tanılı ve kontrol gurubunda farklılaşmakta mıdır?
3. İntihar davranışı değişkeninin yordayıcıları, çocukluk çağı travması ve depresif semptomlar, BKB tanılı ve kontrol gurubunda farklılaşmakta mıdır?

2. BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, evreni, örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama araçları, veri toplama işlemleri ve toplanan verilerin analiz edilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemlere ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

2.1. Araştırma Modeli

Araştırma, Borderline Kişilik Bozukluğu tanılı ve BKB tanılı olmayan grupta, dürtüsellik, kendine zarar verme, intihar davranışı, depresif semptom ve çocukluk çağı travması arasındaki ilişkileri ortaya koymak üzere ilişkisel tarama modeline göre tasarlanmış betimsel bir çalışmadır. İlişkisel tarama modeli, iki ya da daha çok sayıdaki değişken arasındaki birlikte değişimin varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelidir (Karasar, 2002).

2.2. Çalışma Grubu

Bu araştırma, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sosyal Psikiyatri Servisi'nde (SPS) ve Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisinde takipleri devam eden Borderline Kişilik Bozukluğu tanılı olgular ile gerçekleştirilmiştir. Psikiyatri kliniğinde takipleri devam eden BKB tanılı 72 ve daha önce herhangi bir psikiyatrik teşhis ve tedavi almamış 71 kişiden oluşan kontrol grubu ile yapılmıştır.

BKB tanılı olgu grubu ($n_1 = 72$) Araştırmaya, Mart 2015 ve Mayıs 2016 tarihleri arasında İ.Ü. Tıp Fakültesi ve Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisinde takipleri devam eden olgular arasından başvuru sırasına göre psikiyatrik öykü, psikometrik değerlendirme, tanı ve tıbbi tedavi yönünden klinik ekip tarafından değerlendirilen, DSM-5 ölçütlerine göre Borderline Kişilik Bozukluğu tanılı 72 olgu dahil edilmiştir. Araştırmaya, bilgilendirilmiş katılım onayı verenler, 18-65 yaş aralığında olanlar, kişilik bozukluğu dışında komorbid tanısı

olmayanlar, zihinsel geriliği olmayanlar, açık psikoz ve organik mental bozukluğu olmayanlar, 3 aydan daha fazla psikoterapi almamış olanlar, madde-alkol kötüye kullanımı bozukluğu olmayanlar, Borderline Kişilik Envanterinden (BKE) aldıkları puanın 15 üstü olanlar dahil edilmiştir. Bu anlamda örneklem, hastalıkları ağır seyreden ancak sosyal destekleri, hastalık hakkındaki bilgileri, tedavi ihtiyaçlarını karşılama arayışları ve eğitim seviyeleri yüksek olan bir alt grup olabilir. BKE'den 15 altında puan alan 8 BKB tanılı katılımcının verileri kapsam dışında bırakılmıştır.

Kontrol grubu (n₂ =71) Katılımcılar cinsiyet, eğitim ve yaş değişkenleri açısından BKB tanılı grup ile eşleştirilmiş olup 71 gönüllüden oluşmaktadır. Araştırmaya, bilgilendirilmiş katılım onayı verenler, 18-65 yaş aralığında olanlar, zihinsel geriliği olmayanlar, herhangi psikiyatrik tanı almamış olanlar, psikoterapi almamış olanlar, madde-alkol kötüye kullanımı bozukluğu olmayanlar, BKE'den 15 altında puan alanlar dâhil edilmiştir. Kontrol grubu da aynı tanılarda araçlarla değerlendirilmiştir. BKE'den 15 puan üstünde alan 35 tanısız katılımcının verileri kapsam dışında bırakılmıştır.

Çalışmaya başlamadan önce Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar kapsamında İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurulundan onay alınmıştır (Etik Kurul Karar No: 22.05.2015 -10; Karar Tarihi: 22.05.2015). Ayrıca, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan onay alınmıştır (Karar No: 04.04.2016 -10629; Karar Tarihi: 04.04.2016).

Çalışma grubunda yer alan bireylerin demografik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Çalışma Grubuna Ait Demografik Özellikler

Demografik Özellikler			Tanılı Grup (n ₁ =72)	Kontrol Grubu (n ₂ =71)	Toplam
Cinsiyet	Erkek	n	16	22	38
		%	22.2	31.0	26.6
	Kadın	n	56	49	105
		%	77.8	69.0	73.4
Medeni Durum	Evli	n	19	15	34
		%	26.4	21.1	23.8
	Bekar	n	43	53	96
		%	59.7	74.6	67.1
	Boşanmış	n	9	3	12
		%	12.5	4.2	8.4
	Dul (Eşi Ölmüş)	n	1	0	1
		%	1.4	0.0	0.7
Çocuk Sahibi Olma	Yok	n	54	58	112
		%	76.1	81.7	78.9
	1	n	9	8	17
		%	12.7	11.3	12.0
	2	n	7	4	11
		%	9.9	5.6	7.7
	3	n	1	1	2
		%	1.4	1.4	1.4
Eğitim Durumu	İlkokul Mezunu	n	2	1	3
		%	2.8	1.4	2.1
	Ortaokul Mezunu	n	10	0	10
		%	13.9	0.0	7.0
	Lise Mezunu	n	18	15	33
		%	25.0	21.1	23.1
	Üniversite	n	38	46	84
		%	52.8	64.8	58.7
	Yüksek Lisans	n	4	9	13
		%	5.6	12.7	9.1

Tablo 1’de çalışma grubuna ilişkin demografik özellikler incelendiğinde, tanılı grubunun % 77.8’inin kontrol grubunun ise % 69’unun kadın olduğu, tanılı grubun % 59.7’sinin kontrol grubunun % 74.6’sının bekâr olduğu, ayrıca tanılı grubun % 76.1’inin, kontrol grubunun ise % 81.7’sinin çocuk sahibi olmadığı; tanılı grubun % 52’sinin kontrol grubunun ise % 64.8’inin üniversite mezunu olduğu görülmektedir.

Tablo 1. Çalışma Grubuna Ait Demografik Özellikler- Devamı

Demografik Özellikler			Tanılı Grup (n ₁ =72)	Kontrol Grubu (n ₂ =71)	Toplam
Sosyo Ekonomik Düzey	Üst	n	2	3	5
		%	2.8	4.2	3.5
	Orta	n	60	65	125
		%	83.3	91.5	87.4
	Alt	n	10	3	13
		%	13.9	4.2	9.1
Hayatını Geçirdiği Yerleşim	Köy- Kasaba	n	5	1	6
		%	6.9	1.4	4.2
	İlçe	n	7	15	22
		%	9.7	21.1	15.4
	Şehir	n	18	12	30
		%	25.0	16.9	21.0
	Büyükşehir	n	41	43	84
		%	56.9	60.6	58.7
Aile Tipi	Yurtdışı	n	1	0	1
		%	1.4	0.0	0.7
	Çekirdek Aile	n	58	60	118
		%	80.6	84.5	82.5
	Geniş Aile	n	6	9	15
		%	8.3	12.7	10.5
Diğer	n	8	2	10	
	%	11.1	2.8	7.0	
Toplam	n	72	71	143	
	%	100	100		

Tablo 1’de verilen demografik özellikler genel olarak değerlendirildiğinde tanıli grup ile kontrol grubunun benzer özellikler gösterdiği söylenebilir. Tanılı grupta yer alan kişilerin yaşları 18 ile 55 arasında değişmektedir ve yaş ortalamaları 27.86 (Ss±8.49)’dır. Kontrol grubunda yer alan kişilerin yaşları ise 19 ile 52 arasında değişmektedir ve yaş ortalamaları 26.80 (Ss±11.02)’dir.

Tablo 2. Çalışma Grubuna Ait Klinik Özellikler-İntihar Öyküsü

			Tanılı Grup (n ₁ =72)	Kontrol Grubu (n ₂ =71)	Toplam
Erkek	İntihar Girişimi Yok	n	11	21	32
		%	68.8	95.5	84.2
	Atlama (Camdan, Araba	n	1	-	1
	Önüne, v.b.)	%	6.3	-	2.6
	İlaç İçerek	n	3	1	4
Kadın		%	18.8	4.5	10.5
	İlaç İçmek, Kendin Asma	n	1	-	1
		%	6.3	-	2.6
	İntihar Girişimi Yok	n	15	47	62
		%	26.8	95.9	59.0
	Bilek Kesme	n	2	-	2
		%	3.6	-	1.9
	İlaç İçme	n	27	2	29
		%	48.2	4.1	27.6
	İlaç İçme, Atlama (Camdan,	n	4	-	4
	Araba Önüne, v.b.)	%	7.1	-	3.8
	İlaç İçme, Bilek Kesme	n	4	-	4
		%	7.1	-	3.8
	İlaç İçme, Bilek Kesme,	n	3	-	3
	Atlama (Camdan, Araba				
	Önüne, v.b.)	%	5.4	-	2.9
	İlaç İçme, Bilek Kesme,	n	1	-	1
	Çamaşır Suyu İçme	%	1.8	-	1.0

Tablo 2’de verilen bilgilere göre, hem kadın hem erkek grupta en çok kullanılan intihar şeklinin ilaç içme olduğu, aynı zamanda her iki grupta da kadınların intihar girişimi sayısının erkeklerden fazla olduğu görülmektedir. Tanılı grupta intihar şeklinde en büyük oran, kontrol grubu ile paralel olarak ilaç içme şeklindedir.

Tablo 2. Çalışma Grubuna Ait Klinik Özellikler-İntihar Öyküsü (Devamı)

		Tanılı Grup (n ₁ =72)		Kontrol Grubu (n ₂ =71)	Toplam
İntihar Sayısı	1	n	13	3	16
		%	28.3	100.0	32.7
	2	n	11	-	11
		%	23.9	-	22.4
	3	n	4	-	4
		%	8.7	-	8.2
	4	n	5	-	5
		%	10.9	-	10.2
	5	n	2	-	2
		%	4.3	-	4.1
	6	n	2	-	2
		%	4.3	-	4.1
	7	n	5	-	5
		%	10.9	-	10.2
	8	n	1	-	1
		%	2.2	-	2.0
	9	n	1	-	1
		%	2.2	-	2.0
	10	n	1	-	1
		%	2.2	-	2.0
	11	n	1	-	1
		%	2.2	-	2.0
Ailede İntihar Girişimi	Olmayan	n	52	63	115
		%	72.2	88.7	80.4
	Olan	n	20	8	28
		%	27.8	11.3	19.6
Toplam		n	71	71	143
		%	100	100	100

Tablo 2’de verilen bilgiler incelendiğinde, kontrol grubunda bulunan bireylerin yaşamlarında bir defa intihar girişimleri olduğu görülmekte, tanıli grupta ise oranlar sırasıyla, bir, iki, dört ve yedi şeklindedir. Tanılı grupta ailede intihar girişimi oranı % 27.8 iken bu oran kontrol grubunda % 11.8’dir.

Tablo 3. Çalışma Grubuna Ait Klinik Özellikler-Taciz Öyküsü (Yaş)

			Tanımlı Grup (n ₁ =72)	Kontrol Grubu (n ₂ =71)	Toplam
Çocukluk Çağı Cinsel Taciz Öyküsü	Evet	n	42	3	45
		%	58.3	4.2	31.5
	Hayır	n	30	68	98
		%	41.7	95.8	68.5
Yaş?	<7	n	14	-	14
		%	33.3	-	31.1
	7-13	n	21	3	24
		%	50	100	53.3
	13<	n	7	-	7
		%	16.7	-	15.6

Tablo 3'te verilen bilgiler değerlendirildiğinde, tanımlı grupta cinsel istismara uğrama oranı % 58.3 iken bu oran kontrol grubunda % 4.2'dir. Tanımlı grupta ve kontrol grubunda istismara uğrama, en fazla 7-13 yaşları arasında gözlenmektedir.

Tablo 4. Çalışma Grubuna Ait Klinik Özellikler-Taciz Öyküsü (Kim Tarafından Yapıldığı)

Kim Yaptı?		Tanımlı Grup (n ₁ =72)	Kontrol Grubu (n ₂ =71)	Toplam
Taciz Öyküsü Yok	n	30	68	98
	%	21.7	47.6	68.5
Aile İçi (1. Derece Yakınları); Anne, Baba, Kardeşler	n	5	1	6
	%	3.5	0.7	4.2
Akrabalar (2. Derece Yakınları); Amca, Dayı, Hala, Kuzen, v.b.	n	17	-	17
	%	11.9	-	11.9
Tanıdıklar; Bakkal, Kasap, Öğretmen, v.b.	n	14	1	14
	%	9.8	0.7	9.8
Yabancı; Yoldan Geçenler	n	9	1	10
	%	6.3	0.7	7.0

*Yüzdelere genel örneklem üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4'de verilen bilgilere göre, tanımlı grupta, çocuklukta istismara uğrayan kişilerin büyük oranının 2. Derecede akrabaları, yakınları tarafından istismara uğradıkları görülmektedir. Bu oranı tanıdıklar ve yabancılar izlemektedir, en az oran ise birinci derece yakınlarında görülmektedir.

Tablo 5. Çocukluk Çağı İstismarına Maruz Kalma*

		Tanılı Grup (n ₁ =72)	Kontrol Grubu (n ₂ =71)	Toplam
Duygusal İhmal	n	57	15	72
	Grup içi %	79.2	21.1	50.3
Fiziksel İhmal	n	43	11	54
	Grup içi %	59.7	15.5	37.8
Duygusal İstismar	n	64	11	75
	Grup içi %	88.9	15.5	52.4
Fiziksel İstismar	n	44	11	55
	Grup içi %	61.1	15.5	38.5
Cinsel İstismar	n	47	12	59
	Grup içi %	65.3	16.9	41.3
Çocukluk Çağı İstismarı Toplam Puanı	n	67	15	82
	Grup içi %	93.1	21.1	57.3
Toplam	n	72	71	143

*Kesme puanlarında Şar, Öztürk ve İkikardeş (2012) tarafından önerilen puanlar kullanılmıştır.

Tablo 5'e göre, tanılı grubun % 79.2'sinin kontrol grubunun ise % 21.1'inin duygusal ihmale maruz kaldığı; tanılı grubun % 59.7'sinin kontrol grubunun ise % 15.5'inin fiziksel ihmale maruz kaldığı; tanılı grubun % 88.9'unun kontrol grubunun ise % 15.5'inin duygusal istismara maruz kaldığı; tanılı grubun % 61.1'inin kontrol grubunun ise % 15.5'inin fiziksel istismara maruz kaldığı; tanılı grubun % 65.3'ünün kontrol grubunun ise % 16.9'unun cinsel istismara maruz kaldığı; tanılı grubun % 93.1'inin kontrol grubunun ise % 21.1'inin çocukluk çağı istismarına maruz kaldığı belirlenmiştir.

Tablo 6. Depresyon Puan Dağılımı- Tanılı ve Tanılı Olmayan Gruplar İçin

	Düzye	Grup		Toplam	Kesme Noktaları	
		Tanılı Grup (n ₁ =72)	Kontrol Grubu (n ₂ =71)			
Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanı	1	6 (% 8.3)	51 (% 71.8)	57	1 - 10	Normal
	2	11 (% 15.3)	8 (% 11.3)	19	11 - 16	Orta Derecede
	3	4 (% 5.6)	10 (% 14.1)	14	17 - 20	Klinik
	4	20 (% 27.8)	2 (% 2.8)	22	21 - 30	Orta Düzeyde
	5	24 (% 33.3)	-	24	31 - 40	Ciddi Düzeyde
	6	7 (% 9.7)	-	7	40 - 63	Ağır
Toplam		72	71	143		
Hamilton Depresyon Toplam Puanı	1	5 (% 6.9)	54 (% 76.1)	59	0 - 7	Normal
	2	17 (% 23.6)	15 (% 21.1)	32	8 - 15	Hafif Derecede
	3	33 (% 45.8)	2 (% 2.8)	35	16 - 28	Orta Derecede
	4	17 (% 23.6)	-	17	29 <	Ağır
Toplam		72	71	143		

Tablo 6'ya göre tanıılı grubun % 33.3'ünün Beck Depresyon Ölçeğine göre ciddi düzeyde depresyon puanı aldıkları; kontrol grubunun ise % 71.8'inin normal düzeyde puan aldıkları görülmektedir. Hamilton Depresyon Ölçeğinden alınan puanlar açısından değerlendirildiğinde, tanıılı grubun % 45.8'inin orta derecede depresyon puanı aldıkları; kontrol grubunun ise % 76.1'inin normal düzeyde puan aldıkları belirlenmiştir.

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, Demografik Bilgi Formu, Borderline Kişilik Envanteri (BKE), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-Kısa Formu (ÇÇTÖ), Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE), İntihar Davranışı Ölçeği (İDÖ) ve Hamilton Depresyon Skalası (HAM-D) ölçekleri kullanılmıştır.

2.3.1. Demografik Bilgi Formu

Tüm olgularda, çalışmanın amacına yönelik olarak sosyodemografik özellikler ve klinik öyküsüne ilişkin sorular içermektedir. Araştırmacı tarafından geliştirilen form, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ailenin gelir düzeyi, ailede intihar girişim öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, yaşadığı yer, cinsel istismar, alkol madde kullanımı, intihar girişimi, psikoterapi alma durumlarının araştırıldığı soruları kapsamaktadır.

2.3.2. Borderline Kişilik Envanteri (BKE)

Borderline Kişilik Envanteri Kernberg'in borderline kişilik organizasyonu kuramına dayanmakta olup BKB olgularında kimlik karmaşası, ilkel savunma mekanizmaları, yakınlık kurma korkusu ve gerçeği değerlendirmede bozulma gibi belirgin borderline semptomları ölçmekte ve BKB'nin bütün belirti boyutlarını içermektedir. Bununla birlikte, Gunderson'un BKB tanısal görüşme ve DSM ölçütlerini de kapsamaktadır (Aydemir ve ark., 2003; Gunderson, 1975).

Borderline Kişilik Envanterinin 53 maddesi doğru-yanlış biçiminde yanıtlanır ve tüm soruların toplam puanı üzerinden hesaplanır. BKE'nin 13.45.49.52.53. maddeleri klinik amaç doğrultusunda kullanılmakta ve ilk 51 madde analize sokulmaktadır. Borderline Kişilik Envanterindeki, son 2 madde

alkol-madde kullanımı ile ilişkili olarak düzenlenmiştir. Envanterdeki işaretlenen toplam doğru sayısı borderline kişilik organizasyonunun düzeyini gösterir. Orijinal ölçekte kesme puanı 20 olarak belirlenmiş ancak ölçeğin kesme puanından bağımsız olarak boyutsal amaçlar için de kullanılabileceği belirtilmiştir (Leichsenring, 1999).

BKE, Leichsenring (1999) tarafından geliştirilmiş olup Türkçe'ye uyarlanması Aydemir ve arkadaşları (2003) tarafından yapılmıştır. Güvenilirlik analizinde tüm çalışma grubunun Cronbach alfa değeri .92, yalnızca BKB grubunun ise .84 olarak saptanmıştır. Geçerlilik analizinde özgüllük ve duyarlılığa bakılmış, ROC analizinde 15/16 kesme puanı olarak elde edilmiştir. Tanı gruplarının Borderline Kişilik Envanterinden elde ettikleri puan sırasıyla BKB için (s=40) 23.2 ± 8.3 , majör depresif bozukluk için (s=35) 12.3 ± 7.7 , şizofreni için (s=30) 11.0 ± 8.1 ve sağlıklı kontrol denekleri için (s=61) 5.1 ± 3.7 olarak saptanmıştır ve aralarındaki fark anlamlıdır ($p < 0.0001$). Envanter BKB grubunu diğer hasta gruplarından ve sağlıklı kontrol gruplarından iyi bir biçimde ayırt etmektedir. BKB'de hem kesitsel aynı zamanda boyutsal değerlendirmede de kullanılabileceği ileri sürülmektedir (Aydemir, 2003). Ölçeğin bu araştırma için iç tutarlılık katsayısı .94 olarak hesaplanmıştır.

2.3.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilen, depresyonda görülen duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel belirtileri ölçmekte kullanılan kişinin kendi kendisine cevapladığı bir ölçektir. Beck Depresyon ölçeğinin Türkçe'ye çevrilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmış olup, amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini belirlemektir.

15'i psikolojik, 6'sı somatik belirtileri içeren 21 maddeden oluşan Beck Depresyon Ölçeği; duygu durum, kötümserlik, başarısızlık duygusu, doyumsuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırılma duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal içedönüklük, kararsızlık, bedensel imge, çalışabilirliğin ketlenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk, bitkinlik, iştah azalması, kilo kaybı,

somatik yakınmalar ve cinsel dürtü kaybı durumlarını sorgulamaktadır (Savaşır ve Şahin, 1997). Her madde 0-3 arasında puanlanarak toplam puan elde edilir. Beck Depresyon Ölçeği; 1-10 arası normal, 11-16 arası orta derecede, 17-20 arası klinik depresyon; 21-30 arası orta düzeyde depresyon; 31- 40 arası ciddi düzeyde depresyon; 41-63 arası ağır depresyon biçiminde değerlendirilmektedir. Alınabilecek en yüksek puan 63 olup toplam puanın yüksek oluşu depresyon şiddetinin yüksek olduğunu göstermektedir (Savaşır ve Şahin, 1997). Poliklinik hastalarıyla yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında 17 puan BDÖ için kesim noktası olarak belirlenmiştir. Ölçeğin bu araştırma için iç tutarlılık katsayısı .93 olarak hesaplanmıştır.

2.3.4. Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11)

Barratt Dürtüsellik Ölçeğinin ilk versiyonu Barratt (1959), günümüzdeki versiyonu BIS-11 ise Patton ve arkadaşları (1995) tarafından geliştirilmiş ve Türkiye’de geçerlik güvenilirlik çalışması ise Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Güleç ve ark., 2008).

30 maddeden oluşan impulsivitenin ölçüldüğü öz bildirim ölçeği olup 4’lü Likert ölçeği maddelerden elde edilen puanlar toplanır. Yüksek puanlar yüksek dürtüsellik düzeyini gösterir. Dikkatsel dürtüsellik, motor dürtüsellik ve plansızlık dürtüselligi olmak üzere 3 alt ölçeği vardır. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlama çalışmasında alt boyutlarda ölçeğin orijinal formundan farklı bir faktör yapısı elde edilmiş ve her bir alt boyutun iç tutarlılık katsayısı düşük hesaplanmıştır. Ancak ölçeğin tamamına ilişkin iç tutarlık katsayısının. 80 olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle ölçek bu çalışmada tek boyutlu olarak ele alınmış ve değerlendirmeler ölçekten elde edilen toplam puan üzerinden yapılmıştır (Güleç ve ark., 2008). Ölçeğin bu araştırma için iç tutarlılık katsayısı ise .83 olarak hesaplanmıştır.

2.3.5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Çocukluk çağındaki istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak taramaya yönelik beşli likert tipi öz bildirim ölçeğidir. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) Bernstein (1994) tarafından geliştirilmiş, Şar tarafından kısa versiyonu Türkçe’ye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlik

çalışması yapılmıştır (Şar, Öztürk ve İkikardeş, 2012). Uygulamada herhangi bir yaş sınırı bulunmamaktadır. Bu ölçek ile 18 yaş öncesindeki çocukluk çağı fiziksel, cinsel ve duygusal istismar, ihmal ve ensest yaşantıları sorgulanmaktadır (Evren ve Evren, 2005; Zoroğlu ve ark., 2003).

“Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) puanlarının hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden (madde 4, 6, 12, 18, 27, 15) elde edilen puanlar ters çevrilir (örneğin, 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana döndürülür, 3 puan sabit kalır). Beş alt puanın toplamı Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) toplam puanını verir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25-125 arasındadır. Minimizasyonla ilgili (madde 11, 21 ve 25) 3 madde travmanın inkârını ölçmekte olup puanları ters çevrilmez ve toplam puanı etkilememektedir. Minimizasyon puanını hesaplamak için bu 3 maddenin her birinden alınan sadece 5 puan (en yüksek) cevapları hesaba katılır ve bunların hepsi 1 puan olarak sayılır. Bunların toplanması ile 0-3 puan arasında bir minimizasyon puanı elde edilir (Aydemir ve Köroğlu, 2012). Duygusal istismar 2, 7, 13, 17, 24 numaralı maddelerle, fiziksel istismar 8, 9, 10, 14, 16 numaralı maddelerle, cinsel istismar 19, 20, 22, 23, 26 numaralı maddelerle fiziksel ihmal 1, 3, 5, 15, 28 numaralı maddelerle, duygusal ihmal 4, 6, 12, 18, 27 numaralı maddeler ile değerlendirilmektedir (Aydemir ve Köroğlu, 2012). Bu ölçek ile çocukluk çağı fiziksel, cinsel, duygusal istismarı ve fiziksel, duygusal ihmalini konu alan beş alt puan ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir” (Aydemir ve Köroğlu, 2012).

“Ölçeğin Türkçe versiyonu için kesme puanı hesaplanmamıştır. Ancak, bu çalışmanın bulguları cinsel ve fiziksel istismar için 5 puan ve üstü, yani sorulardan herhangi birine en alt düzeyde de olsa evet yanıtı verilmesinin pozitif bildirim olarak sayılması gerektiğini düşündürmektedir. Fiziksel ihmal ve duygusal istismar için bu sınırın 7 puan, duygusal ihmal için de 12 puan düzeyine çekilebileceği anlaşılmaktadır. Toplam puan için ise bu sınırın 35 civarında olabileceği görülmektedir” (Şar, Öztürk ve İkikardeş, 2012).

Ölçeğin bu araştırma için iç tutarlılık katsayısı, duygusal ihmal alt boyutu için .88, fiziksel ihmal alt boyutu için .66, fiziksel istismar alt boyutu

için .82, duygusal istismar alt boyutu için .86 ve cinsel istismar alt boyutu için .94 ve ölçeğin tamamı için .72 olarak hesaplanmıştır.

2.3.6. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE)

Klonsky ve Glenn (2009) tarafından geliştirilen KZVDDE, iki bölümden oluşan bir ölçek olup 1. Bölüm (Davranışlar); “kasıtlı olarak yapılan ve intihar amacı taşımayan 12 çeşit KZVD’nin yaşam boyu sıklığı sorgulanır. Kendini kesme, kendini ısırma, cilde harf/şekil kazıma, yakma, çimdikleme, saç kopartma, tırnaklama, kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma, yara iyileşmesine engel olma, cildi sert bir yere sürme, kendine iğne batırma, tehlikeli/zararlı madde içme/yutma kendine zarar verme davranışları ölçekte yer almaktadır. Katılımcılara, her davranışı kaç kez gerçekleştirdiği sorulur”. Bununla birlikte, ilk zarar verme yaşı, kendine zarar verme sırasında acı hissi, kendine zarar verme davranışının yalnız ya da başkalarıyla beraberken gerçekleştirilmesi durumu, istek ve eylem arasında geçen süre ve kişinin kendine zarar verme davranışını sonlandırma isteği gibi davranışlar sorgulanır.

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2012 yılında 529 lise öğrencisi üzerinde yapılmış, KZVDDE’nin Davranışlar Bölümü için cronbach katsayısı .79 olarak rapor edilmiştir. KZVDDE puan ortalamasının artması, patolojik özelliklerin ve risklerin arttığını göstermektedir (Bildik ve ark., 2012). Bu araştırmada kendine zarar verme davranışlar bölümü için iç tutarlık katsayısı .83 olarak hesaplanmıştır.

2.3.7. İntihar Davranışı Ölçeği (İDÖ)

Linehan ve arkadaşları (1981) tarafından geliştirilmiş olan İntihar Davranışı Ölçeğinin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Bayam ve ark., 1995). Ölçek 4 maddedir ve Likert tipi 0-4 arasında puanlanır. İntihar davranışı ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 14 olup, toplam puan aritmetik toplama ile hesaplanır. En yüksek puan en ciddi intihar davranışını belirtir. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği .92, ölçeğin tümü için Cronbach alfa katsayısı .73 olarak bulunmuştur (Bayam ve ark., 1995). Bu araştırma için iç tutarlılık katsayısı .65 olarak hesaplanmıştır.

2.3.8. Hamilton Depresyon Skalası (HAM-D):

Ölçek Hamilton (1960) tarafından geliştirilmiş olup depresyon ölçekleri içinde en yaygın şekilde kullanılmaktadır. Depresyonun şiddetini ölçmek ya da semptomlarını saptamak için kullanılan ve görüşmeci tarafından doldurulan 17 sorudan oluşan bir ölçektir. Son bir hafta içerisinde yaşanan depresyon semptomlarını sorgulayan HAM-D ilk kez hastanede yatan hastalar için geliştirilmiş olduğu için daha çok depresyonun melankolik ve fiziksel semptomlarını sorgular. Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, sabah erken ve gece yarısı uyanma, somatik ve genital semptomlar, kilo kaybı ve içgörü ile ilgili maddeleri 0-2, diğer maddeleri 0-4 arasında derecelendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 53 olup, 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir.

Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış; Ölçeğin Türkçe formunun güvenirliği, iç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değerleri .75, Sperman Brown güvenirlik katsayısı .76'dır. Değerlendiriciler arası güvenirlik katsayısı .86 ile .98 değerleri arasındadır. Kesme noktaları $23 <$; çok şiddetli, 19-22; şiddetli, 14-18; orta derecede, 8-13; hafif derecede ve $7 \geq$ normal olarak saptanmıştır. (Akdemir ve ark., 1996). Ölçeğin bu araştırma için iç tutarlılık katsayısı .88 olarak hesaplanmıştır.

2.4. Verilerin Toplanması ve Analizi

Araştırma verileri, İstanbul Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sosyal Psikiyatri Servisi'nde (SPS) ve Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisinde takipleri devam eden BKB olgularından araştırma amaçları doğrultusunda oluşturulan ölçekler aracılığıyla toplandı. Verileri toplama işlemine geçilmeden önce ilgili etik kurul izinleri alınmıştır.

Ölçek uygulamaları, katılımcı ve araştırmacının birlikte olduğu özel klinik ortamda yüz yüze görüşme şeklinde yapılmıştır. Katılımcılara, kayıtlarının gizliliği konusunda güvence verilmiş, araştırmanın amacı anlatılarak bilgilendirilmiş katılım onayları alınmıştır. Sırası ile bilgilendirilmiş

onam formu, Demografik Bilgi formu, BKE ve diğerk ölçekler katılımcının öz bildirimi şeklinde uygulanmıştır. Oturumun en sonunda, ölçek uygulaması sırasında ve sonrasında katılımcı ile birlikte eksik kalan bölümler kontrol edilip tamamlanmasının ardından, Hamilton Depresyon Ölçeğı araştırmacı-katılımcı görüşmesi şeklinde uygulanmıştır. Uygulamalar 60-90 dakika arasında sürmüştür.

Araştırma kapsamında toplanan verilerin analiz edilmesinde IBM SPSS 21 paket programı kullanılmıştır. Gruplar arası farklılıkların değerdendirilmesinde bağımsız örneklemeler için t-Testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkilerin değerdendirilmesi için ise Pearson korelasyon katsayısı ve çoklu doğrusal hiyerarşik regresyon analizinden yararlanılmıştır. Araştırma kapsamında istatistiksel işlemlerde anlamlılık düzeyi .05 olarak alınmıştır.

3. BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde, araştırma kapsamında toplanan verilerin analiz edilmesi sonucunda elde edilen bulgulara ve bulguların yorumlanmasına yer verilmiştir. Öncelikle betimsel istatistik sonuçları verildikten sonra gruplar arası farklılaşmalar ve değişkenler arası ilişkiler test edilmiştir.

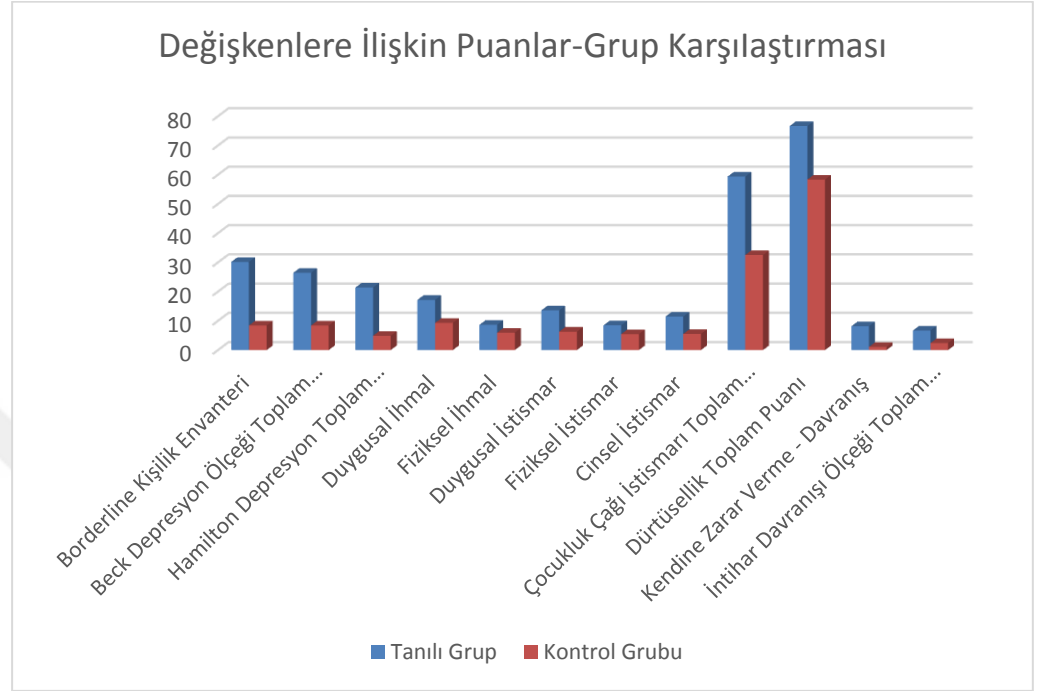
3.1. Çocukluk Çağı Travması, Depresif Semptom, Dürtüsellik, Kendine Zarar Verme ve İntihar Davranışının Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Olan ve Olmayan Gruplara Göre Farklılaşması

Çocukluk çağı travması, depresif semptom, dürtüsellik, kendine zarar verme ve intihar davranışının borderline kişilik bozukluğu tanısı olan ve olmayan gruplarda farklılaşması bağımsız örneklemeler için t Testi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Değişkenlerin Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Olan ve Olmayan Gruplara Göre Farklılaşması

Değişkenler	Grup	n	$\bar{X}$	t	p
Borderline Kişilik Envanteri Toplam Puanı	Tanılı Grup	72	30.17±8.08	19.60	.00
	Kontrol Grubu	71	8.41±4.74		
Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanı	Tanılı Grup	72	26.44±11.16	11.80	.00
	Kontrol Grubu	71	8.35±6.54		
Hamilton Depresyon Toplam Puanı	Tanılı Grup	71	21.66±9.23	13.70	.00
	Kontrol Grubu	71	4.96±4.39		
Duygusal İhmal	Tanılı Grup	72	17.17±5.28	9.96	.00
	Kontrol Grubu	71	9.30±4.09		
Fiziksel İhmal	Tanılı Grup	72	8.64±3.13	6.57	.00
	Kontrol Grubu	71	5.96±1.43		
Duygusal İstismar	Tanılı Grup	72	13.61±5.48	10.48	.00
	Kontrol Grubu	71	6.30±2.15		
Fiziksel İstismar	Tanılı Grup	72	8.46±4.59	5.25	.00
	Kontrol Grubu	71	5.46±1.42		
Cinsel İstismar	Tanılı Grup	72	11.47±6.51	7.53	.00
	Kontrol Grubu	71	5.51±1.48		
Çocukluk Çağı İstismarı Toplam Puanı	Tanılı Grup	72	59.35±18.49	11.18	.00
	Kontrol Grubu	71	32.52±8.25		
Dürtüsellik Toplam Puanı	Tanılı Grup	72	76.52±10.54	10.22	.00
	Kontrol Grubu	71	59.15±9.76		
Kendine Zarar Verme - Davranış	Tanılı Grup	72	8.17±6.37	8.86	.00
	Kontrol Grubu	71	1.07±2.24		
İntihar Davranışı Ölçeği Toplam Puanı	Tanılı Grup	71	6.70±3.02	11.21	.00
	Kontrol Grubu	71	2.41±1.15		

Tablo 7’de verilen analiz sonuçları incelendiğinde, tanılı grubun depresif semptom, çocukluk çağı travması, dürtüsellik, kendine zarar verme ve intihar davranış puanları kontrol grubu puanlarına göre farklı ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<.001$).



Grafik 1. Değişkenlere İlişkin Gruplar Arası Farklılaşma

3.1.1. Kendine Zarar Verme Davranışlarının Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Olan ve Olmayan Gruplara Göre Farklılaşması

Kendine zarar verme davranışının değerlendirilmesi, kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri (KZVDDE) ile gerçekleştirilmiştir. Davranış boyutunda 12 tür kendine zarar verme davranışı sorgulanmıştır. Öncelikle her davranışın frekansları sorgulanmış daha sonra frekanslar değerlendirilerek her bir kendine zarar verme davranışı; 0 (hiç), 1 (az), 2 (orta) ve 3 (çok) olmak üzere yeniden puanlanmıştır. Bu değerlendirme sürecinde gruplandırmalar kümülatif yüzdeler üzerinden yapılmıştır, kendine zarar verme davranışlarının sayıları ve frekanslarında, ilk % 25’lik kısım için 1, % 25’den % 75’e kadar olan kısım için 2 ve üst % 75’den sonraki kısım için ise 3 şeklinde yeniden derecelendirilmiştir. Buna göre kendine zarar verme davranışlarının BKB tanılı olan grup ve olmayan grupta farklılaşmasının

değerlendirilmesi için bağımsız gruplar için t-Testi uygulanmış ve analiz sonuçları Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 8. Kendine Zarar Verme Davranışlarının Borderline Tanısı Olan ve Olmayan Gruba Göre Farklılaşması

Kendine Zarar Verme	Grup	n	$\bar{X}$	t	p
Kesme	Tanılı Grup	72	1.03±1.19	6.58	.00
	Kontrol Grubu	71	.07±.31		
Isırma	Tanılı Grup	72	.49±.98	3.24	.00
	Kontrol Grubu	71	.08±.37		
Yakma	Tanılı Grup	72	.35±.84	3.08	.00
	Kontrol Grubu	71	.03±.24		
Cilde Bir Harf Yazı Şekil Kazıma	Tanılı Grup	72	.60±1.03	3.95	.00
	Kontrol Grubu	71	.08±.37		
Çimdikleme	Tanılı Grup	72	.67±1.09	3.99	.00
	Kontrol Grubu	71	.11±.43		
Saç Kopartma	Tanılı Grup	72	.82±1.15	3.77	.00
	Kontrol Grubu	71	.23±.66		
Tırnaklama	Tanılı Grup	72	.60±1.04	4.35	.00
	Kontrol Grubu	71	.04±.26		
Kendini Çarpma Vurma	Tanılı Grup	72	1.21±1.21	7.31	.00
	Kontrol Grubu	71	.10±.42		
Yarının İyileşmesine Engel Olma	Tanılı Grup	72	1.21±1.07	6.16	.00
	Kontrol Grubu	71	.30±.64		
Cildi Sert Bir Yüzeye Sürtme	Tanılı Grup	72	.22±.68	2.77	.06
	Kontrol Grubu	71	.00±.00		
Kendine İğne Batırma	Tanılı Grup	72	.28±.74	2.72	.07
	Kontrol Grubu	71	.03±.24		
Tehlikeli Madde İçme	Tanılı Grup	72	.71±1.04	5.74	.00
	Kontrol Grubu	71	.00±.00		

Tablo 8’de verilen analiz sonuçlarına göre, tüm kendine zarar verme davranışları borderline kişilik bozukluğu olanlarda (tanılı grupta) kontrol grubuna (borderline kişilik bozukluğu olmayan) göre daha fazla olduğu görülmekte olup fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<.01$).

BKB tanılı grupta ve kontrol grubunda kendine zarar verme davranışlarının sıklığı Tablo 9’da verilmiştir. Her bir kendine zarar verme davranışı yeniden puanlanarak değerlendirilmiştir.

Tablo 9. BKB Tanılı ve Kontrol Gurubu Kendine Zarar Verme Davranış Dağılımları

Kendine Zarar Verme Davranışı	Davranış Sıklığı	Gruplar		Toplam
		Tanılı Grup (n ₁ =72)	Kontrol Grubu (n ₂ =71)	
Kesme	Hiç	38	67	105
	Az	5	3	8
	Orta	18	1	19
	Çok	11	0	11
Isırma	Hiç	56	67	123
	Az	3	2	5
	Orta	7	2	9
	Çok	6	0	6
Yakma	Hiç	60	70	130
	Az	3	0	3
	Orta	5	1	6
	Çok	4	0	4
Cilde Bir Harf, Yazı ve Şekil Kazıma	Hiç	51	67	118
	Az	6	2	8
	Orta	8	2	10
	Çok	7	0	7
Çimdikleme	Hiç	50	66	116
	Az	4	2	6
	Orta	10	3	13
	Çok	8	0	8
Saç Kopartma	Hiç	45	62	107
	Az	5	4	9
	Orta	12	3	15
	Çok	10	2	12
Tırnaklama	Hiç	52	69	121
	Az	4	1	5
	Orta	9	1	10
	Çok	7	0	7
Kendini Çarpma, Vurma	Hiç	32	67	99
	Az	7	1	8
	Orta	19	3	22
	Çok	14	0	14
Yaranın İyileşmesine Engel Olma	Hiç	30	56	86
	Az	2	10	12
	Orta	35	4	39
	Çok	5	1	6
Cildi Sert Bir Yüzeye Sürtme	Hiç	64	71	135
	Az	2	0	2
	Orta	4	0	4
	Çok	2	0	2
Kendine İğne Batırma	Hiç	62	70	132
	Az	2	0	2
	Orta	6	1	7
	Çok	2	0	2
Tehlikeli Madde İçme	Hiç	45	71	116
	Az	10	0	10
	Orta	10	0	10
	Çok	7	0	7

Tablo 9’da verilen değerler incelendiğinde, tanılı grupta ve kontrol grubunda kendine zarar verme davranışı en fazla “yaranın iyileşmesine engel olma” şeklindedir ancak kontrol grubunda bu davranışı “saç koparma” ve “çimdikleme” izlerken, tanılı grupta bu davranışı; “kendini çarpma vurma” ve “kesme” izlemektedir. Kontrol grubunda ve tanılı grupta, benzer olarak, en az tercih edilen kendine zarar verme şekli “cildi sert bir yere sürme” ve “tehlikeli madde içmedir”.

3.2. Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda Depresif Semptom ve çocukluk çağı travmasının Dürtüselliği, Kendine Zarar Verme ve İntihar Davranışını Yordamasına İlişkin bulgular.

Araştırma kapsamında, her bir değişkenin yordayıcılarının belirlenmesi için ayrı ayrı regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir. Regresyon analizleri borderline kişilik bozukluğu tanısı olan ve olmayan gruplar için ayrı ayrı gerçekleştirilmiştir. İlgili değişkenler (depresif semptom, çocukluk çağı travması) ile dürtüsellik, kendine zarar verme davranışı ve intihar davranışı arasındaki ilişkilerin doğrusal olup olmadığı saçılma diyagramlarına bakılarak değerlendirilmiştir. Ayrıca puanların normal dağılım gösterip göstermediği histogram ve normal dağılım grafikleri incelenerek değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda değişkenler arasında doğrusal bir ilişki olduğu ve normallikten önemli sapmalar olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca çok değişkenli normallik varsayımını incelemek için Mahalanobis uzaklık değerleri hesaplanmıştır. Mahalanobis uzaklık değerlerinin ölçüt değerin [$X^2(7)= 24.32$, $p=.001$] altında olduğu gözlenmiştir. Böylece verinin çok değişkenli normallik varsayımını karşıladığı söylenebilir.

Ayrıca bağımsız değişkenler arası korelasyonlar incelenerek, yordayıcı değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı olup olmadığı değerlendirilmiş ve araştırmadaki tüm değişkenler arasındaki korelasyon değerleri Tablo 10’da sunulmuştur.

Tablo 10’da verilen, borderline kişilik bozukluğu tanısı olan grupta yordayıcı değişkenler (duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar ve depresif semptom) arasındaki ilişkiler

incelendiğinde en yüksek anlamlı ilişkinin ‘cinsel istismar’ ile ‘Hamilton depresyon ölçeğinden’ alınan toplam puanı arasında olduğu ($r=.36, p<.01$) belirlenmiştir. Tablo 10’da verilen, borderline kişilik bozukluğu tanısı olmayan grupta, yordayıcı değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise en yüksek ilişkinin ‘duygusal istismar’ ile ‘Beck depresyon’ ölçeğinden alınan puan arasında olduğu ($r=.46, p<.01$) belirlenmiştir. Elde edilen korelasyon katsayıları, çoklu bağlantı probleminin olmadığını göstermektedir. Araştırmanın hipotezlerinin test edilmesi için, her bir yordanan değişkenin yordayıcılarının belirlenmesi için bir dizi çoklu doğrusal hiyerarşik regresyon analizi gerçekleştirilmiştir.

Tablo 10’da verilen korelasyon değerleri incelendiğinde, Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı olan grupta; Borderline Kişilik Envanteri Toplam Puanı ile, Beck Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puan arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.43, p<.05$); Hamilton Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puan arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.32, p<.05$); duygusal ihmal arasında pozitif yönde düşük düzeyde ($r=.24, p<.05$); duygusal istismar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.47, p<.05$); fiziksel istismar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.34, p<.05$); cinsel istismar arasında pozitif yönde düşük düzeyde ($r=.24, p<.05$); çocukluk çağı istismarı toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.41, p<.05$); dürtüsellik toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.51, p<.05$); kendine zarar verme davranışı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.50, p<.05$); intihar davranışı arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($r=.27, p<.05$) ifade edilebilir. Ayrıca; dürtüsellik ile duygusal istismar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.30, p<.05$); kendine zarar verme davranışı arasında pozitif yönde düşük düzeyde ($r=.29, p<.05$); Beck Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puan arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.31, p<.05$) anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Kendine zarar verme davranışının ise; Beck Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puan ile pozitif yönde orta düzeyde ($r=.25, p<.05$); duygusal istismar ile pozitif yönde orta düzeyde ($r=.44, p<.05$); cinsel istismarla pozitif yönde orta düzeyde ($r=.30, p<.05$) ve çocukluk çağı istismarı toplam puanı ile pozitif yönde orta düzeyde ($r=.37, p<.05$) anlamlı ilişkiler gösterdiği görülmektedir.

Beck Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puan ile; Hamilton Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puan arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.55$, $p<.05$); duygusal ihmal arasında pozitif yönde düşük düzeyde ($r=.29$, $p<.05$); duygusal istismar arasında pozitif yönde düşük düzeyde ($r=.26$, $p<.05$); cinsel istismar arasında pozitif yönde düşük düzeyde ($r=.25$, $p<.05$); çocukluk çağı istismarı toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.30$, $p<.05$); dürtüsellik toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.31$, $p<.05$); kendine zarar verme davranışı arasında pozitif yönde düşük düzeyde ($r=.25$, $p<.05$) ve intihar davranışı arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu ($r=.46$, $p<.05$); Hamilton Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puan ile; duygusal ihmal arasında pozitif yönde düşük düzeyde ($r=.29$, $p<.05$); duygusal istismar arasında pozitif yönde düşük düzeyde ($r=.23$, $p<.05$); cinsel istismar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.36$, $p<.05$); çocukluk çağı istismarı toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.33$, $p<.05$) ve intihar davranışı arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($r=.39$, $p<.05$) belirlenmiştir.

Tablo 10'da verilen korelasyon değerleri incelendiğinde, Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı olmayan grupta; Borderline Kişilik Envanteri Toplam Puanı ile, Beck Depresyon Ölçeğinden alınan toplam arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.46$, $p<.05$); Hamilton Depresyon Ölçeğinden alınan toplam arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.42$, $p<.05$); dürtüsellik toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.36$, $p<.05$) ve kendine zarar verme davranışı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.26$, $p<.05$) anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir. Ayrıca; dürtüsellik ile Beck Depresyon Ölçeğinden alınan toplam arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.31$, $p<.05$) ve Hamilton Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puan arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($r=.43$, $p<.05$) belirlenmiştir. Kendine zarar verme davranışının ise; Hamilton Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puan ile pozitif yönde orta düzeyde ($r=.35$, $p<.05$) anlamlı ilişkiler gösterdiği görülmektedir.

Beck Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puan ile; Hamilton Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puan arasında pozitif yönde orta düzeyde

($r=.48$, $p<.05$); duygusal ihmal arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.37$, $p<.05$); duygusal istismar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.46$, $p<.05$); çocukluk çağı istismarı toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.38$, $p<.05$); dürtüsellik toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.31$, $p<.05$) ve intihar davranışı arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu ($r=.37$, $p<.05$); Hamilton Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puan ile; duygusal istismar arasında pozitif yönde düşük düzeyde ($r=.29$, $p<.05$); cinsel istismar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.32$, $p<.05$); çocukluk çağı istismarı toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.30$, $p<.05$); dürtüsellik toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.43$, $p<.05$); kendine zarar verme davranışı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.35$, $p<.05$) ve intihar davranışı arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ($r=.32$, $p<.05$); intihar davranışı ile, duygusal ihmal arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.30$, $p<.05$); fiziksel ihmal arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.34$, $p<.05$); duygusal istismar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.57$, $p<.05$); cinsel istismar arasında pozitif yönde orta düzey ($r=.30$, $p<.05$); çocukluk çağı istismarı toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.42$, $p<.05$) anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir.

Tablo 10'da verilen korelasyon değerleri incelendiğinde, tanıılı grupta, Borderline Kişilik Envanterinden alınan toplam puanın, fiziksel ihmal dışında tüm değişkenler ile anlamlı düzeyde pozitif ilişki gösterdiği ancak kontrol grubunda anlamlı düzeyde ilişkilerin depresyon ölçek puanları, kendine zarar verme davranışı ve dürtüsellik toplam puanı ile sınırlı olduğu görülmektedir. Tanılı grupta, Borderline Kişilik Envanterinden alınan toplam puanın en yüksek korelasyon gösterdiği değişkenin, kendine zarar verme toplam puanı olduğu gözlenirken ($r=.50$, $p<.01$), kontrol grubunda, Beck Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puanı olduğu gözlenmiştir ($r=.46$, $p<.01$).

Tablo 10. Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Olan ve Olmayan Grupta, Depresif semptom, Çocukluk Çağı İstismarı, Dürtüsellik, Kendine Zarar Verme ve İntihar Davranışları Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları

Değişkenler													
		1. Borderline Kişilik Envanteri TP	2. Beck Depresyon Ölçeği TP	3. Hamilton Depresyon TP	4. Duygusal İhmal	5. Fiziksel İhmal	6. Duygusal İstismar	7. Fiziksel İstismar	8. Cinsel İstismar	9. Çocukluk Çağı İstismarı TP	10. Dürtüsellik Toplam Puanı	11. Kendine Zarar Verme – Davranış	12. İntihar Davranışı Ölçeği TP
Borderline Kişilik	1. Borderline Kişilik Envanteri TP	-	.46**	.42**	.10	.01	.20	-.04	-.03	.09	.36**	.26*	.12
Depresyon	2. Beck Depresyon Ölçeği TP	.43**	-	.48**	.37**	.16	.46**	.11	.21	.38**	.31*	.01	.37**
	3. Hamilton Depresyon TP	.32**	.55**	-	.23	.17	.29*	.16	.32**	.30**	.43**	.35**	.32**
Çocukluk Çağı İstismarı	4. Duygusal İhmal	.24*	.29*	.29*	-	.47**	.59**	.33**	.51**	.88**	.12	-.14	.30**
	5. Fiziksel İhmal	.18	.18	.15	.46**	-	.45**	.49**	.51**	.70**	-.03	.14	.34**
	6. Duygusal İstismar	.47**	.26*	.23*	.56**	.60**	-	.32**	.54**	.78**	.21	-.11	.57**
	7. Fiziksel İstismar	.34**	.08	.11	.32**	.45**	.62**	-	.50**	.59**	-.07	-.11	.05
	8. Cinsel İstismar	.24*	.25*	.36**	.27*	.30**	.46**	.29*	-	.75**	.05	-.05	.30*
Dürtüsellik	9. Çocukluk Çağı İstismarı TP	.41**	.30**	.33**	.70**	.70**	.87**	.70**	.69**	-	.11	-.10	.42**
	10. Dürtüsellik Toplam Puanı	.51**	.31**	.12	.15	.19	.30**	.08	.1	.22	-	.08	.35**
İntihar Davranışı	11. Kendine Zarar Verme – Davranış	.50**	.25*	.21	.18	.18	.44**	.22	.30**	.37**	.29*	-	.19
	12. İntihar Davranışı Ölçeği TP	.27*	.46**	.39**	.20	.16	.24*	.17	.46**	.36**	.13	.29*	-
Tanılı Grup	$\bar{X}$	30.17±8.08	26.44±11.16	21.37±9.51	17.17±5.28	8.64±3.13	13.61±5.48	8.46±4.59	11.47±6.51	59.35±18.49	76.51±10.54	8.17±6.37	6.7±3.02
Kontrol Grubu	$\bar{X}$	8.41±4.74	8.41±6.47	4.89±4.4	9.3±4.09	5.96±1.43	6.3±2.15	5.46±1.42	5.51±1.48	32.52±8.25	59.15±9.76	1.07±2.24	2.41±1.15

*p<.05, **p<.01, TP: Toplam Puanı, Korelasyon Tablosunun Üst Yarısında Kontrol Grubuna, Alt Yarısında İse Tanılı Gruba ait Korelasyonlar Yer Almaktadır.

Her bir regresyon analizi hem tanıılı grupta hem de kontrol grubunda değerlendirilmiştir. Regresyon modellerine öncelikle depresyon ölçeklerinden alınan puanları daha sonra çocukluk çağı travması alt boyutu puanları alınmıştır.

3.2.1. Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda Dürtüsel Davranışların Yordayıcılarına İlişkin Bulgular

Dürtüsel davranışların yordayıcıları, borderline kişilik bozukluğu tanısı olan ve olmayan gruplar için ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Bağımlı değişken olarak Barratt dürtüsellik ölçeğinden alınan toplam puan alınmıştır. Borderline kişilik bozukluğu olan grupta dürtüsellik yordayıcılarının belirlenmesi için yapılan çoklu doğrusal hiyerarşik regresyon analizi Tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11. Borderline Tanısı Olan Grupta Depresif Semptom ve Çocukluk Çağı Travmalarının Dürtüsel Davranışlar Üzerindeki Yordayıcılığına İlişkin Doğrusal Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi

Aşama	Bağımsız Değişkenler	β	t	R	R^2	$R^2\Delta$	$F_{Değişim}$	F_{Model}
1	(Sabit)		15.72*					
	Beck Depresyon Ölçeği TP	.35	2.65*	.33	.11	.11	4.05*	4.05*
	Hamilton Depresyon TP	-.06	-.46					
2	(Sabit)		12.29*					
	Beck Depresyon Ölçeği TP	.31	2.28*					
	Hamilton Depresyon TP	-.07	-.47					
	Duygusal İhmal	-.12	-.82	.45	.20	.10	1.53	2.30*
	Fiziksel İhmal	.09	.59					
	Duygusal İstismar	.43	2.33*					
	Fiziksel İstismar	-.18	-1.20					
	Cinsel İstismar	-.10	-.72					

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

Tablo 11’de verilen hiyerarşik regresyon analizinin ilk bloğunda depresyon ölçeklerinden alınan puanları girilmiştir. Model gözlenen varyansın yaklaşık olarak % 11’ini açıklamıştır [$F=4.05$, $p<.05$]. Beck Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puanın ($\beta=.35$, $p<.05$) modele anlamlı katkısının olduğu ancak, Hamilton Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puanın modele anlamlı bir katkısının olmadığı ($\beta=-.06$, $p>.05$) belirlenmiştir.

İkinci blokta çocukluk çağı travması puanları modele eklenmiş, model gözlenen varyansın % 20'ini açıklamıştır [$F=2.30$, $p<.05$]. Duygusal istismar puanının modele etkisinin ($\beta=.43$, $p<.05$) anlamlı olduğu ancak modeldeki değişime katkısının ($R^2\Delta=.10$, $F_{Değişim}=1.53$, $p>.05$) anlamlı olmadığı görülmektedir. Son aşamada, Beck Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puanın ve duygusal istismar puanının Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı olan grupta dürtüsel davranışları yordadığı belirlenmiştir. Buna göre, borderline kişilik bozukluğu tanısı olan grupta, duygusal istismara maruz kalma ve depresif semptomların (Beck Depresyon Ölçeği) düzeyi arttıkça dürtüsel davranışların da arttığı ifade edilebilir.

Borderline kişilik bozukluğu tanısı olmayan grupta, dürtüsellüğün yordayıcılarının belirlenmesi için korelasyonlar çerçevesinde yapılan regresyon analizine ilişkin bulgular Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12. Borderline Tanısı Olmayan Grupta Depresif Semptom ve Çocukluk Çağı Travmalarının Dürtüsel Davranışlar Üzerindeki Yordayıcılığına İlişkin Doğrusal Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi

Aşama	Bağımsız Değişkenler	β	t	R	R^2	$R^2\Delta$	$F_{Değişim}$	F_{Model}
1	(Sabit)		15.68*					
	Beck Depresyon Ölçeği TP	.13	.95	.49	.24	.24	9.55**	9.65**
	Hamilton Depresyon TP	.41	3.10*					
2	(Sabit)		9.22*					
	Beck Depresyon Ölçeği TP	.04	.29					
	Hamilton Depresyon TP	.46	3.28*					
	Duygusal İhmal	.04	.25	.53	.28	.04	.64	3.13*
	Fiziksel İhmal	-.06	-.39					
	Duygusal İstismar	.19	1.15					
	Fiziksel İstismar	-.11	-.81					
	Cinsel İstismar	-.12	-.76					

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

Tablo 12'de verilen hiyerarşik regresyon analizinin ilk bloğunda depresyon ölçeklerinden alınan puanlar girilmiştir. Model gözlenen varyansın yaklaşık olarak % 24'ünü açıklamıştır [$F=9.65$, $p<.01$]. Hamilton Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puanın ($\beta=.41$, $p<.05$) modele anlamlı katkısının olduğu ancak, Beck Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puanın modele anlamlı bir katkısının olmadığı ($\beta=.13$, $p>.05$) belirlenmiştir.

İkinci blokta çocukluk çağı istismarı puanları modele eklenmiş, model gözlenen varyansın % 28'ini açıklamıştır [$F=3.13$, $p<.05$]. Çocukluk çağı istismarı puanlarının modele ve modeldeki değişime katkısının ($R^2\Delta=.28$, $F_{Değişim}=.64$, $p>.05$) anlamlı olmadığı görülmektedir. Son aşamada, Hamilton Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puanın Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı olmayan grupta dürtüsel davranışları yordadığı belirlenmiştir. Buna göre, borderline kişilik bozukluğu tanısı olmayan grupta, depresif semptomların (Hamilton Depresyon Ölçeği) düzeyi arttıkça dürtüsel davranışların da arttığı ifade edilebilir.

Dürtüselliğin yordanması ile ilgili bulgular genel olarak değerlendirildiğinde, borderline kişilik bozukluğu tanısı olan grupta, depresif semptomlar (Beck Depresyon Ölçeği) ve duygusal istismar anlamlı birer yordayıcı iken, kontrol grubunda sadece depresif semptomlar (Hamilton Depresyon Ölçeği) anlamlı bir yordayıcıdır.

3.2.2. Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda Kendine Zarar Verme Davranışlarının Yordayıcılarına İlişkin Bulgular

Kendine zarar verme davranışlarının yordayıcıları, borderline kişilik bozukluğu olan ve olmayan gruplar için ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Bağımlı değişken olarak, kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanterinin, davranışlar alt boyutundan alınan toplam puan değerlendirilmiştir.

Borderline kişilik bozukluğu olan grupta kendine zarar verme davranışların yordayıcılarının belirlenmesi için yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi Tablo 13'de sunulmuştur.

Tablo 13. Borderline Tanısı Olan Grupta Depresif Semptomlar ve Çocukluk Çağı Travmalarının Kendine Zarar Verme Davranışları Üzerindeki Yordayıcılığına İlişkin Doğrusal Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi

Aşama	Bağımsız Değişkenler	β	t	R	R^2	$R^2\Delta$	$F_{Değişim}$	F_{Model}
1	(Sabit)		.85					
	Beck Depresyon Ölçeği TP	.18	1.35	.27	.08	.08	2.80	2.80
	Hamilton Depresyon TP	.13	.98					
2	(Sabit)		.15					
	Beck Depresyon Ölçeği TP	.12	.89					
	Hamilton Depresyon TP	.07	.56					
	Duygusal İhmal	-.13	-.93	.50	.25	.18	3.01**	3.06**
	Fiziksel İhmal	-.11	-.76					
	Duygusal İstismar	.53	2.96**					
	Fiziksel İstismar	-.06	-.39					
	Cinsel İstismar	.09	.71					

** $p<.01$

Tablo 13’de verilen hiyerarşik regresyon analizinin ilk bloğunda depresyon ölçeklerinden alınan puanlar girilmiştir. Model gözlenen varyansın yaklaşık olarak % 8’ini açıklamıştır [$F=2.80$, $p>.05$]. Hamilton Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puanın ($\beta=.13$, $p>.05$) ve Beck Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puanın modele anlamlı bir katkısının olmadığı ($\beta=.18$, $p>.05$) belirlenmiştir.

İkinci blokta çocukluk çağı istismarı puanları modele eklenmiş, model gözlenen varyansın % 25’ini açıklamıştır [$F=3.06$, $p<.01$]. Duygusal istismar puanının modele etkisinin ($\beta=.53$, $p<.05$) ve modeldeki değişime katkısının ($R^2\Delta=.18$, $F_{Değişim}=3.01$, $p<.01$) anlamlı olduğu görülmektedir. Son aşamada, duygusal istismar puanının Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı olan grupta kendine zarar verme davranışlarını yordadığı belirlenmiştir. Buna göre, borderline kişilik bozukluğu tanısı olan grupta, çocukluk çağında duygusal istismara maruz kalma düzeyi arttıkça kendine zarar verme davranışların da arttığı ifade edilebilir.

Borderline kişilik bozukluğu tanısı olmayan grupta, kendine zarar verme davranışlarının yordayıcılarının belirlenmesi için korelasyonlar

çerçevesinde yapılan regresyon analizine ilişkin bulgular Tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 14. Borderline Tanısı Olmayan Grupta Depresif Semptom ve Çocukluk Çağı Travmalarının Kendine Zarar Verme Davranışları Üzerindeki Yordayıcılığına İlişkin Doğrusal Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi

Aşama	Bağımsız Değişkenler	β	t	R	R^2	$R^2\Delta$	$F_{Değişim}$	F_{Model}
1	(Sabit)		-1.04					
	Beck Depresyon Ölçeği TP	-.21	-1.67	.41	.16	.16	6.68**	6.68**
	Hamilton Depresyon TP	.47	3.65**					
2	(Sabit)		-.23					
	Beck Depresyon Ölçeği TP	-.11	-.83					
	Hamilton Depresyon TP	.51	4.01**					
	Duygusal İhmal	-.20	-1.42	.55	.30	.14	2.50*	3.90**
	Fiziksel İhmal	.38	2.76**					
	Duygusal İstismar	-.13	-.82					
	Fiziksel İstismar	-.20	-1.59					
	Cinsel İstismar	-.12	-.78					

** $p < .01$

Tablo 14'te verilen hiyerarşik regresyon analizinin ilk bloğunda depresyon ölçeklerinden alınan puanlar girilmiştir. Model gözlenen varyansın yaklaşık olarak %16'sını açıklamıştır [$F=6.68$, $p < .01$]. Hamilton Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puanın ($\beta=.47$, $p < .01$) modele anlamlı katkısının olduğu ancak Beck Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puanın modele anlamlı bir katkısının olmadığı ($\beta=-.21$, $p > .05$) belirlenmiştir.

İkinci blokta çocukluk çağı istismarı puanları modele eklenmiş, model gözlenen varyansın % 30'unu açıklamıştır [$F=3.90$, $p < .01$]. Fiziksel ihmal puanının modele etkisinin ($\beta=.38$, $p < .01$) ve modeldeki değişime katkısının ($R^2\Delta=.14$, $F_{Değişim}=2.50$, $p < .05$) anlamlı olduğu görülmektedir. Son aşamada, fiziksel ihmale maruz kalma puanının ve Hamilton Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puanın Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı olmayan grupta kendine zarar verme davranışlarını yordadığı belirlenmiştir. Buna göre, borderline kişilik bozukluğu tanısı olmayan grupta, çocukluk çağında fiziksel ihmale maruz kalma ve depresif semptomların (Hamilton Depresyon Ölçeği) düzeyi arttıkça kendine zarar verme davranışların da arttığı ifade edilebilir.

Kendine zarar verme davranışının yordanması ile ilgili bulgular genel olarak değerlendirildiğinde, borderline kişilik bozukluğu tanısı olan grupta, sadece duygusal istismar anlamlı bir yordayıcı iken, kontrol grubunda fiziksel ihmal ve depresif semptomlar (Hamilton Depresyon Ölçeği) anlamlı birer yordayıcıdır.

3.2.3. Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda İntihar Davranışının Yordayıcılarına İlişkin Bulgular

İntihar davranışının yordayıcıları, borderline kişilik bozukluğu olan olmayan gruplar için ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Bağımlı değişken olarak, intihar davranışı değerlendirme ölçeğinden alınan toplam puan değerlendirilmiştir.

Borderline kişilik bozukluğu olan grupta intihar davranışının yordayıcılarının belirlenmesi için yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi Tablo 15'te sunulmuştur.

Tablo 15. Borderline Tanısı Olan Grupta Depresif Semptom ve Çocukluk Çağı Travmalarının İntihar Davranışı Üzerindeki Yordayıcılığın İlişkin Doğrusal Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi

Aşama	Bağımsız Değişkenler	β	t	R	R^2	$R^2\Delta$	$F_{Değişim}$	F_{Model}
1	(Sabit)		1.53					
	Beck Depresyon Ölçeği TP	.35	2.73**	.49	.24	.24	10.90**	10.90**
	Hamilton Depresyon TP	.21	1.62					
2	(Sabit)		.97					
	Beck Depresyon Ölçeği TP	.33	2.67*					
	Hamilton Depresyon TP	.09	.71					
	Duygusal İhmal	.01	.07					
	Fiziksel İhmal	-.02	-.13	.59	.35	.11	2.14	4.89**
	Duygusal İstismar	-.07	-.43					
	Fiziksel İstismar	.08	.61					
	Cinsel İstismar	.36	2.98**					

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

Tablo 15'te verilen hiyerarşik regresyon analizinin ilk bloğunda depresyon ölçeklerinden alınan puanlar girilmiştir. Model gözlenen varyansın yaklaşık olarak % 24'ünü açıklamıştır [$F=10.90$, $p < .01$]. Beck Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puanın ($\beta=.35$, $p < .01$) modele anlamlı katkısının

olduğu ancak Hamilton Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puanın modele anlamlı bir katkısının olmadığı ($\beta=.21$, $p>.05$) belirlenmiştir.

İkinci blokta çocukluk çağı istismarı puanları modele eklenmiş, model gözlenen varyansın % 35'ini açıklamıştır [$F=4.89$, $p<.01$]. Cinsel istismar puanının modele etkisinin ($\beta=.36$, $p<.01$) anlamlı olduğu ancak modeldeki değişime katkısının ($R^2\Delta=.11$, $F_{Değişim}=2.14$, $p>.05$) anlamlı olmadığı görülmektedir. Son aşamada, cinsel istismar puanının ve Beck Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puanın Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı olan grupta kendine zarar verme davranışlarını yordadığı belirlenmiştir. Buna göre, borderline kişilik bozukluğu tanısı olan grupta, depresif semptomlar (Beck Depresyon Ölçeği) ve cinsel istismara maruz kalma düzeyi arttıkça intihar davranışının da arttığı ifade edilebilir.

Borderline kişilik bozukluğu tanısı olmayan grupta, intihar davranışının yordayıcılarının belirlenmesi için korelasyonlar çerçevesinde yapılan regresyon analizine ilişkin bulgular Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16. Borderline Tanısı Olmayan Grupta Depresif Semptom ve Çocukluk Çağı Travmalarının İntihar Davranışı Üzerindeki Yordayıcılığına İlişkin Doğrusal Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi

Aşama	Bağımsız Değişkenler	β	t	R	R^2	$R^2\Delta$	$F_{Değişim}$	F_{Model}
1	(Sabit)		3.70**					
	Beck Depresyon Ölçeği TP	.30	2.32*	.41	.17	.17	7.01**	7.01**
	Hamilton Depresyon TP	.18	1.39					
2	(Sabit)		.36					
	Beck Depresyon Ölçeği TP	.09	.75					
	Hamilton Depresyon TP	.14	1.25					
	Duygusal İhmal	-.11	-.84	.65	.43	.26	5.59**	6.66**
	Fiziksel İhmal	.24	1.93					
	Duygusal İstismar	.52	3.79**					
	Fiziksel İstismar	-.24	-2.08*					
	Cinsel İstismar	.01	.09					

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

Tablo 16'da verilen hiyerarşik regresyon analizinin ilk bloğunda depresyon ölçeklerinden alınan puanlar girilmiştir. Model gözlenen varyansın yaklaşık olarak % 17'sini açıklamıştır [$F=7.01$, $p<.01$]. Beck Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puanın ($\beta=.30$, $p<.05$) modele anlamlı katkısının

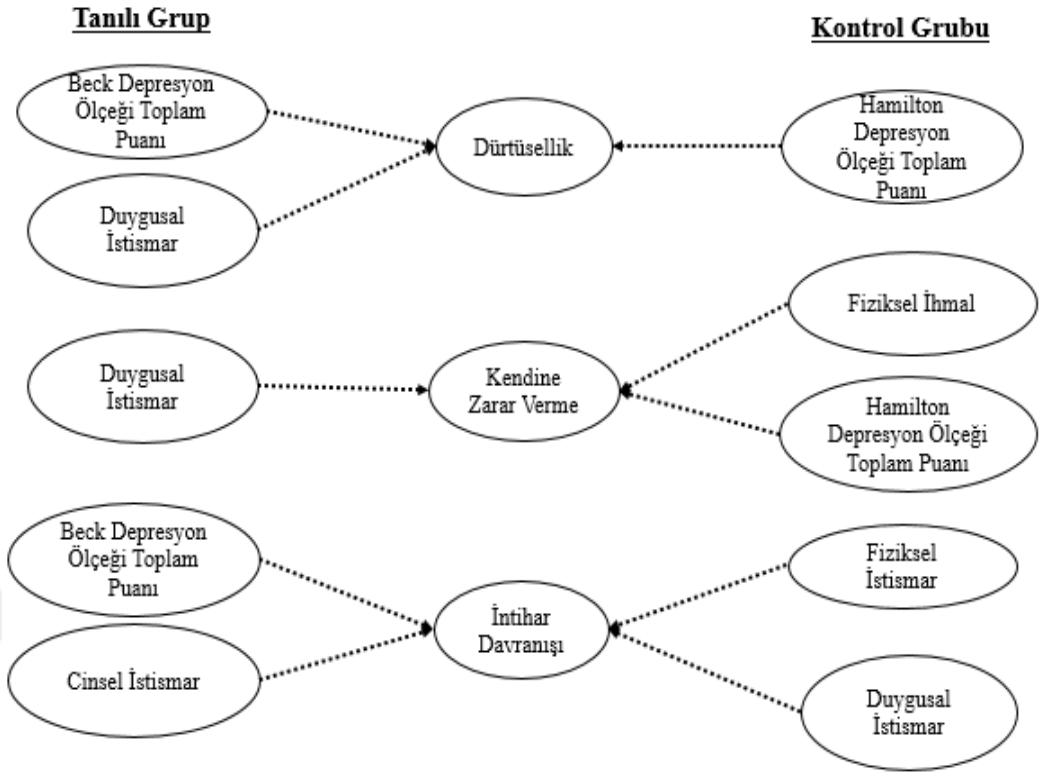
olduğu ancak Hamilton Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puanın modele anlamlı bir katkısının olmadığı ($\beta=.18$, $p>.05$) belirlenmiştir.

İkinci blokta çocukluk çağı istismarı puanları modele eklenmiş, model gözlenen varyansın % 43'ünü açıklamıştır [$F=6.66$, $p<.01$]. Duygusal ($\beta=.52$, $p<.01$) ve fiziksel istismar ($\beta=-.24$, $p<.05$) puanlarının modele etkisinin ve modeldeki değişime katkılarının ($R^2\Delta=.26$, $F_{Değişim}=5.59$, $p<.01$) anlamlı olmadığı görülmektedir. Son aşamada, duygusal istismar ve fiziksel istismar puanlarının Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı olmayan grupta İntihar Davranışını yordadığı belirlenmiştir. Buna göre, borderline kişilik bozukluğu tanısı olmayan grupta, duygusal istismar ve fiziksel istismara maruz kalma arttıkça intihar davranışının da arttığı ifade edilebilir.

İntihar davranışının yordanması ile ilgili bulgular genel olarak değerlendirildiğinde, borderline kişilik bozukluğu tanısı olan grupta, depresif semptomlar (Beck depresyon ölçeğinden alınan puan) ve cinsel istismar anlamlı birer yordayıcı iken, kontrol grubunda ise duygusal istismar ve fiziksel istismar anlamlı birer yordayıcıdır.

Tablo 17. Regresyon Modellerinin Özeti (İstatistiksel olarak anlamlı yordayıcılar)

BKB Tanısı Olan Grup	β	R^2	Yordanan Değişken	R^2	β	Kontrol Grubu
Beck Depresyon Ölçeği TP	.31	.20	Dürtüsellik	.28	.46	Hamilton Depresyon Ölçeği TP
Duygusal İstismar	.43					
Duygusal İstismar	.53	.25	Kendine Zarar Verme Davranışı	.30	.38	Fiziksel İhmal
					.51	Hamilton Depresyon Ölçeği TP
Beck Depresyon Ölçeği TP	.33	.35	İntihar Davranışı	.43	.52	Duygusal İstismar
Cinsel İstismar	.36				.24	Fiziksel İstismar



Şekil 1. Özet Şema

4. BÖLÜM

TARTIŞMA VE YORUM

Bu araştırmada, Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı ile takibi yapılan olgularda ve BKB tanısı olmayan (kontrol grubu) kişilerde depresif semptom ve çocukluk çağı travmalarının dürtüsellik, kendine zarar verme ve intihar davranışları üzerindeki yordayıcılığı değerlendirilmiştir.

4.1. Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda Dürtüsel Davranışların Yordayıcılarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Dürtüsel davranışların yordayıcıları, BKB tanılı olan grup ve BKB tanılı olmayan kontrol grubu için ayrı ayrı değerlendirilmiştir. BKB tanılı grupta; Beck Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puan ve duygusal istismar dürtüsel davranışların yordayıcısı iken tanılı olmayan grupta sadece Hamilton Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puanı dürtüsel davranışların anlamlı bir yordayıcıdır.

Dürtüsellik ve düşük tolerans eşiği borderline kişilik bozukluğu olgular için tipik tanı kriterlerinden birisidir (Skodol, 2002). Dürtüsellik genellikle madde bağımlılığı, riskli cinsel davranışlar ve ani öfke patlamaları gibi tekrarlayan ağır davranış bozukluğu ile ifade edilir (Links ve arkadaşları, 1999). Mevcut araştırmalar dürtüsel davranışların psikiyatrik bozukluklar içinde en yüksek oranda BKB ve depresyon tanısı almış grupta görüldüğünü vurgulamaktadır (Soloff ve arkadaşları, 2000; Links ve arkadaşları, 1999). Paris ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada benzer olarak, BKB olgularında dürtüsel davranışların yüksek olduğu bildirilmiştir. Depresyon ve dürtüsellik arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda da depresif bozukluklarda sıklıkla dürtüsel davranışların görüldüğü, öte yandan dürtüsel davranış gösterenlerde de sıklıkla depresif bozuklukların eşlik ettiği tespit edilmiştir (Lejoyeux ve arkadaşları, 2002; Grant ve arkadaşları, 2005). Bipolar bozukluk örneklemleri bir başka araştırmada da dürtüsellik depresyonla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Swann ve arkadaşları, 2008).

BKB tanı kriterlerinden biri de “Kendine zarar verme olasılığı yüksek en az iki alanda dürtüsellik (örneğin, para harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, güvensiz araba kullanma, tıknırcasına yemek yeme) görülmesidir” şeklinde tanımlanmıştır (APA, 2013). Dürtüsel davranış olarak kabul edilen, tıknırcasına yeme bozukluğunun görüldüğü olguların, kontrol grubu ile karşılaştırıldığı bir araştırmada, depresyonun eşlik ettiği vakalarda, dürtüsellik puanlarının anlamlı oranda daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Fernandez-Aranda ve arkadaşları, 2008). Tıknırcasına yeme bozukluğunun, DSM tanı kriterlerinde belirtildiği gibi, BKB’de sıklıkla görülen dürtüsel bir davranış olduğu göz önüne alındığında, depresif semptomu yüksek olanlarda dürtüsellik puanının anlamlı oranda yüksek olduğu sonucunun araştırmanın bulguları ile uyumlu olduğu söylenebilir. Bununla birlikte, bu araştırma bulgusunun aksine depresif bireylerin dürtüsel girişimlerde bulunma olasılığının düşük olduğunu gösteren araştırma da mevcuttur (Simon ve arkadaşları, 2001).

Bu araştırmada, depresif semptomların dürtüsellliği yordaması açısından gruplar arasında benzerlik bulunmuş, ancak depresyon ölçekleri açısından farklılıklar olduğu belirlenmiştir. BKB tanılı grupta Beck Depresyon Ölçeği, kontrol grubunda ise Hamilton depresyon ölçeğinden alınan puanların dürtüsellliği yordadığı ortaya konmuştur.

Bu durum, ölçeklerin depresyon ile ilgili ölçmeyi amaçladıkları temel niteliklerin farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Hastanede yatan hastalar için geliştirilmiş HAM-D ölçeği daha çok depresyonun melankolik ve fiziksel semptomlarını sorgulamaktadır. Ölçek, uykuya dalma, gece yarısı ve sabah erken uyanma sorunları, somatik ve genital semptomlar, kilo kaybı ve içgörü ile ilgili depresif semptomları sorgulamaktadır (Hamilton, 1960). BDÖ ise daha çok depresif semptomların bilişsel karakterini ölçmektedir (Beck ve arkadaşları, 1961).

İlgili literatür incelendiğinde depresif semptomların bilişsel ve somatik yönleri ile ilgili farklı bulguların rapor edildiği benzer çalışmalara rastlanmıştır. Karataş ve arkadaşlarının (2012) araştırmalarında depresif semptomları bilişsel boyut ve somatik-afektif boyut şeklinde ayrı ayrı

değerlendirmişler ve farklı semptomların farklı mizaç türleri ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

Depresyon ölçeklerinin (HAM-D, BDÖ) dürtüselliği yordaması açısından gruplar arasında farklılıkların ortaya çıkmasının olası nedeni depresif semptomların her iki grupta klinik olarak farklı yaşandığı şeklinde de açıklanabilir. Beck Depresyon ölçeğinden alınan puanların yüksek olması, BKB tanılı grupta depresif semptomların daha çok bilişsel bozulmalara işaret ettiği, depresyonun melankolik ve fiziksel semptomlarına daha az işaret edebileceği söylenebilir. Depresif semptomlar BKB olgularında sık görülür ancak bu daha çok olumsuz duygulanım olup, depresyonun diğer belirtilerini içermez (Gunderson ve Phillips, 1991). Ayrıca, yetersiz bilişsel kapasite BKB psikopatolojisi açısından dürtüselliği artırıcı nitelikte rol oynuyor olabilir (Gunderson ve Phillips, 1991). BKB olgularının sıklıkla yaşadıkları kişilerarası krizler, duygusal aktivasyon uyandırmak yolu ile dürtüselliklerini tetikleyebileceği söylenebilir. Bu durum, BKB prognozunu da farklı etkileyecektir. BKB'de dürtüselliğin, ancak duygusal bir bağlam içinde mümkün olabileceği göz önüne alınırsa, dürtüsel davranışların, duygusal tetikleyici durumlar olmaksızın ortaya çıkamayacağı, duyguların da bilişler üzerinde önemli rol oynadığı söylenebilir (Kim, 2006; Eysenck ve Calvo, 1992).

Depresyonun bilişsel işlevler üzerindeki bozucu etkisi bilinmektedir. BKB olgularının, yaşamakta oldukları depresyona bağlı bilişsel işlevlerinde bir bozulma olup olmadığını ayırt etmek amacıyla yapılan çalışmalarda BKB olgularının bilişsel işlevselliğindeki bozukluğun depresyona bağlı olmadığına; depresyon normale döndükten sonra bile belirlenen bozuklukların devam ettiğine dair araştırma bulgularına ulaşılmıştır (O'Leary, 2000). Ayrıca komorbid tanısı olmayan BKB olgularıyla yapılan araştırmada da yine görsel belleğe ve akıl yürütmeye ilişkin bozukluk saptanmıştır (Akt. O'Leary, 2000). Bir başka deyişle, BKB olgularının depresyona bağlı olmaksızın bilişsel işlevlerinde sorun yaşadıkları ileri sürülmektedir. BKB ve depresyon tanılı örneklemde, her iki grup için de depresyon puanları eşit derecede ağır durumu göstermekte iken, depresyon hastaları depresyonun fizyolojik patolojisini daha

fazla yaşarken BKB tanılı olguların depresyonun bilişsel patolojisini daha fazla yaşadığına dair bulgular rapor edilmiştir (Judd ve Ruff, 1993). Bu bulgular, BKB olgularında depresif kriterlerin doğasının nitel olarak farklı olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla depresif bireyde bilişsel bozulmalar olabileceği gibi bilişlerin bozulduğu bireyde depresyonun bilişsel bozulması daha ağır basıyor olabilir.

Depresyonun bedensel işlevler üzerindeki bozucu ve yavaşlatıcı etkisi de bilinmektedir. Aynı zamanda, depresif bireylerin dürtüsel girişimlerde bulunma olasılığının düşük olduğu rapor edilmiştir (Simon ve arkadaşları, 2001). Ancak, BKB’de depresif semptomların, bilişsel bozulma ile daha fazla ilişkili olduğunu ve somatik bozulma ile daha az ilişkili olduğu bulgusu göz önüne alındığında dürtüsellik baskılayacak (inhibe) fizyolojik etmenler BKB’de azalmıştır yönünde yorum yapılabilir.

Dürtüsellikte görülen nörobiyolojik değişiklikler serotonininde azalma ve dopamin ve noradrenalinde artma şeklinde görülür. Bu bulgular kendine zarar verme davranışının, intihar davranışının ve BKB’nin nörobiyolojisinde de ortaktır (Oquendo ve Mann, 2000). Serotonin azaldığı depresif duygu durumunda, depresif semptomların bilişsel özellikleri, somatik-afektif yapıya göre, borderline kişilik özellikleri ile daha fazla ilişkili olduğu söylenebilir. Yanısıra, biyolojik nedenler ile de BDÖ’den alınan puanların BKB tanılı grupta dürtüsellik yordaması açıklanabilir.

Bu araştırmadaki bulgular, dolaylı olarak, BKB tanılı ve BKB tanılı olmayan gruplar arasında depresif semptomların doğasının nitel olarak farklı olabileceğini göstermektedir. Her iki grupta da, depresif semptomlar dürtüsel davranışları yordarken, yordayan ölçekler açısından farklılıklar olması kontrol grubunda depresif semptomların fizyolojik özelliklerinin daha fazla yaşantılandığını, BKB tanılı grupta ise depresif semptomların bilişsel boyutunun yaşantılandığını göstermektedir.

Bununla birlikte BKB olgularındaki depresif semptomlar, boşluk duygusu, kendine zarar verme davranışı ve kendini kötü hissetme duyguları ile birlikte giderken depresyonda ise suçluluk duyguları yoğundur ve kayıplarla

ilgilidir. Depresif semptomlar BKB olgularında sık görülür ancak bu daha çok olumsuz duygulanım olup depresyonun diğer belirtilerini içermez. BKB olgularında görülen affektif ve davranışsal instabilite ile kişilerarası ve bilişsel bozukluklar ayırt edicidir (Gunderson ve Phillips, 1991; Gunderson ve Elliot, 1985). Bu konu üzerindeki çalışmaların azlığı dürtüsel davranışların depresif semptomlarla olan ilişkisinin doğası konusunda kesin bir yargıya varmamızı güçleştirmekle birlikte, BKB tanılı grupta hangi depresif semptomların daha belirgin olduğunu anlamak literatürde önemli bilgi kaynağı olabilir. BKB olgularında depresif semptom kriterlerinin nasıl yaşantılandığı konusunu derinlemesine anlamak için yapılacak çalışmalar konuyla ilgili literatüre katkı sağlayabilir, aynı zamanda daha doğru tedavi yaklaşımları geliştirilmesine katkıda bulunabilir.

Bu araştırmada, Borderline Kişilik Bozukluğu Tanılı Grupta dürtüsel davranışların yordayıcılardan bir diğerinin ise çocukluk çağı travması alt türlerinden duygusal istismar olduğu saptanmıştır. Bulgular BKB olgularında çocukluk döneminde duygusal istismara maruz kalma oranının artması ile dürtüsel davranışların da arttığını göstermektedir.

Çocukluk çağı duygusal istismar ve ihmalinin toplumlarda görülme sıklığının cinsel ve fiziksel istismardan çok daha fazla olduğu vurgulanmaktadır. Fark edilmesinde ve ölçülmesinde güçlüklerin olması ve miktarını belirlemenin daha zor olması nedeniyle duygusal istismar sonuçları daha az önemsenmektedir (Reddy ve arkadaşları, 2006; Saveane ve Nemeroff, 2012). Ayrıca duygusal istismarın olumsuz sonuçlarının diğer istismar türlerine göre daha geç ortaya çıkması ya da ortaya çıkan olumsuz durumlarla duygusal istismar arasında ilişkinin kurulamaması gibi sebepler ile bu istismar türünün fark edilmesi, ölçülmesi ve kayıt altına alınması sıkıntılı olabilmektedir. Bu sebepler ile duygusal istismar önlenemediği ve fark edilemediği için diğer istismar türlerine görece daha fazla maruz kalınıyor olabilir.

Çocukluk çağı travmasının yaygınlığı ile ilgili farklı araştırma bulguları mevcut olup istismar kavramının tanımına, örneklem grubuna ve coğrafya farklılıklarına göre değişkenlik gösterdiği söylenebilir. Bu bağlamda

Ülkemizde ocukluk ağı travmasının yaygınlığı ile ilgili yapılan çalışmalarda, duygusal istismarın (% 78) ilk sırada olduğu rapor edilmiştir (Bahar ve arkadaşları, 2009). Yine yapılan başka bir yaygınlık araştırmasında ilk sırada duygusal istismar, ardından fiziksel ve cinsel istismarın takip ettiği bildirilmiştir (Zoroğlu, 2001).

Çocukluk ağında cinsel, fiziksel ve duygusal travmaya maruz kalanların daha fazla rtsel davranış gösterdikleri, daha fazla rtsel kararlar aldıkları ve genellikle kararlarını bilişsel süreçlerden geçirmeden eylemsel davrandıkları belirlenmiştir (Brotsky ve arkadaşları, 2000; Narvaez ve arkadaşları, 2011; Roy, 2005). Brezilya’da çocukluk ağı travmasının birey üzerindeki yıkıcı etkisinin incelendiği boylamsal bir araştırmada ise, çocukluk ağı travma öyküsü ile rtsel davranış arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Narvaez ve arkadaşları, 2011). Türkiye’de yapılan araştırmada ise çocukluk döneminde fiziksel, cinsel ve duygusal istismara uğrama oranı arttıkça, rtsel davranışlarda bulunma oranının da arttığı araştırma bulguları rapor edilmiştir (Erel ve Gölge, 2015).

BKB olgularının % 75’inde çocukluk döneminde istismar ya da ihmal öyküsüne rastlanmaktadır (Oldham ve arkadaşları, 1996). Brotsky ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları araştırmada çocukluk ağı travma öyküsü olan BKB olgularının rt kontrollerinde zorlandıklarını ve saldırganlık davranışı gösterdikleri rapor edilmiştir.

Pek çok araştırmada ise çocukluk ağı travmalarının, erişkin dönemdeki rtsellikte etkin olabileceği rapor edilmiştir (Cuomo ve ark., 2008). Hollander ve Evers (2001), yaptıkları çalışmada, çocukluk ağı travması ile rtsellik arasında bir bağlantı olduğunu ortaya koymuş, travma öyküsü olanların daha fazla rtsel davranış gösterdiklerini, daha fazla rtsel kararlar aldıklarını ve genelde düşünmeden hareket ettiklerini rapor etmişlerdir. Travmaya maruz kalmanın kısa ve uzun vadeli olumsuz psikososyal sonuçları görülmektedir (Hovens ve arkadaşları, 2012). Travmaya maruz kalan çocukların, kettlendikleri, yaşamlarının devamında da bu travma anına kilitlendikleri ve psikososyal gelişimlerini tamamlayamadıkları görülmektedir

(Vahip, 2002). İhmal ve istismar sonucu bu çocukların gelişim dönemindeki algı ve bağlantıları bozularak erişkin yaşamda tekrarlayan benzer travmatize edici ortamlar ya da ilişkiler oluşturmalarına neden olmaktadır (Herman, 2007). Travma anında henüz belirgin olmayan ancak sonraki süreçte çocuğun engelli gelişimi ile ilgili sonuçlar önemlidir (Tracy, 2004). BKB’de kişiliğin erken gelişimi sırasında kronik dehşet yaşantılarının benlik bütünlüğü üzerinde tahrip edici bir etki bıraktığı belirtilmiştir. (Perry ve arkadaşları, 1990).

Bununla birlikte, duygusal istismarın potansiyel olarak birey üzerinde diğer istismar türlerinden cinsel ve fiziksel istismara göre daha yıkıcı etkisinin görüldüğü rapor edilmiştir (Wright, Crawford ve Castillo, 2009; Özmert, 2010). Duygusal istismarın bir ilişki ve etkileşim paterni olarak, sürekliliği ve tahrip edici özelliği ile çocuğun kendilik algısını olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir. Aynı zamanda, çocukluktan erişkinliğe kadar kalıcı travmatik tahribatlar bırakan ve kuşaklar arası yüksek ailesel geçiş riski gösteren bir istismar türü olduğu düşünülmektedir (Dursunkaya, 2008). Özellikle duygusal istismara bağlı travmatik olayların sürekli ve yaygın olduğu durumlarda birey olumsuz kendilik algısı ve fonksiyonel olmayan bilişler geliştirmektedir. (Dursunkaya, 2008). Diğer istismar ve ihmal biçimlerinden biri de bu olumsuz sonuçlara neden olabilmesine rağmen olumsuz bilişler en çok duygusal istismar ile (çocuğun benliğinin aşağılanması ve değersizleştirilmesi) bağlantılıdır. Duygusal istismarda; olumsuz bilişler doğrudan doğruya çocuğu istismara maruz bırakan kişi tarafından ilişki yolu ile yansıtılır (Dursunkaya, 2008). Fiziksel ve cinsel istismarda ise çocuk kendi olumsuz duygu durumuna yol açacak çıkarımlarını yapar ancak daha iyi olumlu çıkarımlar yapma olasılığı da mevcuttur (Abrahamson ve arkadaşları, 1989). Bu kapsamda değerlendirildiğinde duygusal istismar sonucunda gelişen ve dürtüsel davranışlar üzerinde etkisi olan bilişsel bozulmalar, BKB’de görülen bilişsel bozulmalar ile benzer içerikte görünmektedir. Bu bulgular eşliğinde BKB’de bilişsel bozulmanın duygusal istismardan kaynaklanabileceği, dolaylı olarak, dürtüsel davranışlara yol açabileceği söylenebilir. Duygusal istismar ile ilgili olarak, yarattığı olumsuz sonuçların cinsel istismar ya da fiziksel istismardan

daha az travmatik olduğuna dair yaklaşımlar da mevcuttur (Hornor, 2012). Ancak bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Dürtüsel davranışın ortaya çıkmasında rol oynayan en güçlü nedenlerinden birinin de travma anısı ve travma sonrasında yaşanan stres duygusu olduğu rapor edilmiştir (Casada ve Roache, 2005; Dileo, 2008). BKB psikopatolojinin derecesi ile çocukluk çağı travmasının şiddeti arasında yüksek bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Van der Kolk, 1996). Özellikle uzamış tekrarlayan travma öyküsü söz olduğunda Borderline kişilik bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğunun klinik tanımları çok benzerdir. BKB ve kronik travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) arasındaki en önemli açıklayıcı farklılık BKB olgularının geçmişinde ayırt edilebilir bir stres öyküsünün bulunmamasıdır (Van der Kolk, 1987). Başka bir deyişle BKB olguları belirgin bir travma öyküsü ile ilgili anıları dile getirmezler. Travma sonrası stres bozukluğunda ise tam olarak bilinen ve hatırlanan strese yol açan bir olay mevcuttur. Bununla birlikte, erken çocukluk travması ve erişkin ilişkisel zorluklar arasında bağlantı, TSSB'den farklı olarak, BKB olguları için tipiktir ve tamamen farkındalık dışındadır (Perry ve arkadaşları, 1990). Artmış saldırganlık, tetikte olma ve artan irkilme tepkisi gibi duygu düzenleme, depresyon ve disforik duygudurum, risk alma davranışları, KZVD, madde-alkol kötüye kullanımı, zayıf dürtü kontrolü, dissosiyatif ataklar ve paranoid düşünceler ve istila edici anılar gibi problemler borderline kişilik bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğunda oldukça benzer klinik tablodur. Öte yandan BKB olguları, TSSB da olduğu gibi, geçmişteki fiziksel, cinsel ve duygusal istismar yaşantılarını erişkinlikte de yeniden sahneleme eğilimi göstermektedir (Perry ve arkadaşları,1990). BKB olguları gerçek ya da imgesel bir ayrılıktan (terk edilmeden) kaçınmak için çılgınca çabalar gösterme ve göklere çıkarma ve yerin dibine sokma uçları arasında gidip gelen, gergin ve tutarsız kişilerarası ilişkiler göstermeleri (APA, 2013) çocukluk çağı travmasının yeniden yaşantılanması anlamına gelebilir. Bu durumda, çocuklukta aile içindeki kişilerarası ilişki örüntüsünün yeniden yaşantılanması en fazla duygusal istismar ile ilişkili olabileceği söylenebilir.

Dürtüselliğin çocukluk çağı travması ile ilişkisini açıklayan nörobiyolojik çalışmalar da dikkat çekmektedir. Psikiyatrik bozukluklar ile dürtüsellik arasındaki ilişki incelendiğinde, dürtüselliğin bu bozukluklardaki mevcut davranışsal inhibisyon eksikliğine bağlı olabileceğine işaret edilmiştir (Rachlin, 2000). Erken yaşam olaylarının, merkezi sinir sisteminde özellikle serotonerjik sistemde işlev bozukluklarına yol açtığı düşünülmektedir. Nörobiyolojik çalışmalar, çocukluk çağı travmasının frontal korteksin inhibe edici işlevlerini bozduğunu ortaya koymaktadır. (Baraqehais, 2010; Sher ve arkadaşları, 2005). Bu bulguların bazıları, dürtüsellik ve intihar davranışının özellikleriyle de örtüşmektedir. BKB tanılı olguların çocuklukta yaşanan travmanın ardından oluşan duygu düzenleme sorunlarının ileride de tekrarlanabileceğini, erişkin dönemlerinde duygularını kontrol altına almakta zorlanarak, işlevsel olmayan davranışlar ve dürtüsel davranışlar gösterme eğiliminde olabilecekleri söylenebilir.

4.2. Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda Kendine Zarar verme Davranışı Yordayıcılarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada BKB tanılı grupta, kendine zarar verme davranışını duygusal istismarın, kontrol grubunda ise fiziksel ihmal ve Hamilton Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puanın yordadığı saptanmıştır.

Çocukluk çağı travması ve kendine zarar verme davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarda çocukluk çağı travmasının farklı alt türleri ile KZVD arasında ilişkiye işaret eden bulgular mevcuttur. KZVD gösteren yetişkinlerle yapılan araştırmada çocukluklarında fiziksel istismar ve duygusal ihmal yaşayanlarda, KZVD'nin daha sık görüldüğü rapor edilmiştir (Fliege ve arkadaşları, 2009). Cinsel istismarın da KZVD için risk faktörü olduğu belirtilmiş ve yapılan çalışmaların hemen hemen tamamında KZVD gösterenlerde, göstermeyenlere göre daha sık cinsel istismar öyküsü rapor edilmiştir (Fliege ve arkadaşları, 2009; Van der Kolk ve arkadaşları, 1991). KZVD gösteren kadınlarla yapılan başka bir çalışmada ise katılımcıların % 62'sinin çocukluk çağı travmasına maruz kaldığı, % 29'unun hem fiziksel hem

cinsel istismara, % 17'sinin cinsel istismara ve % 16'sının fiziksel istismara uğradığı rapor edilmiştir (Ghaziuddin ve arkadaşları, 1992). Başka bir araştırmada kendini kesme davranışı gösterenlerin % 62'sinin cinsel ve/veya fiziksel istismara uğradığı belirtilmiştir (Favazza ve Conterio, 1989).

Türkiye'de, KZVD hem klinik hem de klinik dışı popülasyondan sıklıkla görülmesine rağmen yaygınlığını ve çocukluk çağı travmaları ile ilişkisini inceleyen çalışmaların kısıtlı olduğu görünmektedir. KZVD gösteren hastalarda çocukluk çağı travmasının etkilerinin incelendiği bir araştırmada, KZVD gösteren grupta çocukluk çağı travması oranı % 71.3 iken, KZVD göstermeyen grupta % 42.7'dir, KZVD gösteren grupta duygusal istismara uğrayanların oranı % 33, fiziksel ve duygusal ihmale uğrayanların oranı % 28, fiziksel istismara uğrayanların oranı % 23.3, cinsel istismara uğrayanların oranı % 16.3 ve aile içi cinsel istismara uğrayanların oranı ise % 11.3 bulunmuştur (Saçarçelik, 2009). Son dönemlerde, KZVD ve çocukluk çağı travması bazı alt türlerinin arasındaki ilişkiyi inceleyen tekli çalışmalar da mevcuttur. Örneğin cinsel istismar ile KZVD arasında güçlü bir ilişki olduğunu gösteren bulgular rapor edilmiştir (Nock ve Kessler, 2006). Bununla birlikte, başka bir çalışmada da sadece fiziksel istismar ile KZVD arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Evren, 2005; Nock ve Kessler, 2006).

Kendine zarar verme davranışı gösteren ve göstermeyen kişilik bozukluğu olgularını karşılaştıran çalışmalarda, KZVD gösterenlerin daha ağır kişilik patolojisi gösterdiği bildirilmiştir. Bu durum ile bağlantılı olarak kendine zarar verme davranışı, özellikle ağır kişilik bozukluğu için bir belirteç olarak değerlendirilmiştir (Dulit ve arkadaşları, 1994; Simeon ve arkadaşları, 1992; Soloff ve arkadaşları, 1994). Başka bir çalışmada ise tekrarlayan kendine zarar verme davranışlarının yeme bozukluklarına benzer bir dürtü bozukluğu olduğuna işaret ettiği belirtilmiştir (Favazza ve arkadaşları, 1989).

BKB tanısında kullanılan dokuz ölçütten biri tekrarlayan intihar davranışları, tehditleri ya da KZVD'dir (APA, 2013). KZVD gösteren klinik örneklemde yapılan çalışmalarda BKB belirtileri % 37-52 oranında saptanmıştır (Feldman, 1998; Jacobson ve arkadaşları, 2008). BKB ile KZVD

arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmalar çocukluk çağı travmalarının BKB’de kendine zarar verme davranışının gelişimine katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir (Van der Kolk ve arkadaşları, 1991). KZVD ve BKB arasında önemli örtüşme olmasına rağmen (Grilo ve arkadaşları, 2004; Zannarini ve arkadaşları, 2006), BKB’nin yordayıcısı olarak çok az çalışmada kendine zarar verme davranışı araştırılmıştır. BKB olgularında KZVD’nin dinamiği tam olarak anlaşılamamakla birlikte, farklı motivasyonlarla ve patolojinin düzeyine ve özgün dönemine bağlı olabileceği belirtilmiştir (Oldham, 2006).

KZVD ile çocukluk çağında fiziksel ve cinsel istismara maruz kalma arasında ilişki olduğunu (Stone,1987; Şar ve arkadaşları, 1997; Van der Kolk ve arkadaşları, 1991) ve KZVD gösteren BKB olgularında çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismarın daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar olduğu görülmektedir (Herman ve arkadaşları, 1989; Ogata ve arkadaşları,1990). Öte yandan, KZVD gösteren ve göstermeyen BKB olgularında çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismar açısından bir farklılık olmadığını bildiren çalışmalara da rastlanmaktadır (Zweig-Frank ve arkadaşları, 1994). Her ne kadar literatürdeki çalışmalarda çocukluk çağı travmasının alt türleri ile KZVD arasında ilişki ile ilgili farklı sonuçlara (örneklem, ölçek, yöntem farklılığı) rastlansa da bu araştırma bulgularının literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada, BKB ve kontrol grubunda çocukluk çağı travması alt türlerinin KZVD’yi yordaması açısından farklılık saptanmıştır. BKB grubunda duygusal istismar, kontrol grubunda ise fiziksel ihmal yordayıcı faktör olarak saptanmıştır. Gruplardaki çocukluk çağı travma alt türlerinin KZVD yordamasına ilişkin farklılık kendine zarar verme davranışının çeşitli problemler ve bozukluklarla da ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. KZVD’yi tam olarak anlayabilmek için psikolojik işlevinin iyi bilinmesi yararlı olacaktır (Klonsky, 2007). BKB tanılı ve BKB tanılı olmayan bireylerin gösterdiği KZVD’nin işlevinin ardında farklı patolojik dinamikler olabileceği göz önünde bulundurmak gerekebilir. BKB’de sıklıkla rastlanan KZVD’nin altında yatan bilişsel örüntüler incelenmiş ve bunun intihar davranışından farklı bir durum olduğu, daha çok ’dağınık bir kimliğin olumsuz duygularla baş edememesi ve kendini cezalandırması’’ olarak değerlendirilmiştir (Akt.

Kehrberg, 1997). Ayrıca BKB tanılı olgularda, KZVD riskini artıran depresyon, cinsel istismar öyküsü ve disforik bilişlerin şiddeti gibi çeşitli belirleyici faktörlerin varlığı da vurgulanmaktadır (Zanarini ve arkadaşları, 2011).

Duygusal istismarın, aile içi yakın ilişki ve etkileşim paterni olarak, sürekliliği ve tahrip edici özelliği ile çocuğun kendilik algısını olumsuz yönde etkileyebileceği vurgulanmıştır. Özellikle duygusal istismara bağlı travmatik olayların sürekli ve yaygın olduğu durumlarda birey olumsuz kendilik algısı ve fonksiyonel olmayan bilişler geliştirebilmektedir. Duygusal istismarda; olumsuz bilişler, doğrudan doğruya çocuğu istismara maruz bırakan kişi/kişiler, özellikle temel bakım verenler tarafından ilişki yolu ile oluşturulabilmektedir. Bu kapsamda değerlendirildiğinde duygusal istismar sonucunda gelişen ve KZVD üzerinde etkisi olan bilişsel bozulmalar BKB’de görülen bilişsel bozulmalar ile benzer içerikte görünmektedir.

KZVD gösterenlerin duygusal instabilite ile bağlantılı olarak daha fazla borderline kişilik bozukluğu özellikleri ve daha fazla agresyon gösterdikleri bildirilmiştir (Stanley ve ark., 2001). Olumsuz kendilik ve duygudurum düzenleme bozukluğunun hem BKB’de hem de KZVD’de temel çekirdek özellikler olarak yer alması iki durum arasındaki yoğun ilişkiyi açıklayabilir (Klonsky ve Muehlenkamp, 2007). Bu görüşü destekler şekilde BKB tanılı kişilerin % 96’sı olumsuz bir duygulanım ardından kendilerine zarar verdiklerini ve sonrasında rahatladıklarını belirtmişlerdir (Brown ve arkadaşları, 2002). Dolayısıyla, duygusal istismarın olumsuz benlik algısı, kişilerarası ilişkiler ve olumsuz bilişler aracılığı ile bireyin olumsuz duygulanımı için zemin hazırlamış olabileceği, bunun da özellikle duygusal ve kişilerarası ilişkilerdeki bozulmalarla karakterize olan BKB’de daha etkili olabileceği yorumu yapılabilir. Dolayısıyla, travmaya maruz kalan çocuk duygu düzenleme becerilerini ya da kişilerarası sorunlar ile başa çıkmayı öğrenememektedir. Bu durum, olumsuz duygular ile başa çıkarken özellikle kendine zarar verme davranışı ile sonuçlanmaktadır (Linehan, 1993). Kendine zarar verme davranışları bu örüntünün bir sonucu olarak olumsuz başa çıkma yöntemi şeklinde ortaya çıkabileceği ifade edilebilir.

Çeşitli araştırmalarda istismar ve KZVD arasındaki ilişkide duygu düzenlemenin bozulmasına vurgu yapılmıştır (Brotsky, 1995; Muehlenkamp ve arkadaşları, 2010). Çocukluğunda istismara uğrayan yetişkin bireyde söz konusu travmatik yaşam deneyimleri, güncel olaylar nedeniyle tetiklendiğinde travma ile ilgili anıları tekrar yaşanır hale gelir ve bu durum ruh sağlığında bozulma ile sonuçlanabilir. KZVD'nin genellikle bu ruh halinin ardından görüldüğü disfori gibi olumsuz duyguların ortaya çıktığı belirtilmiştir. Genellikle olumsuz duyguların BKB olguları tarafından korku, utanç, öfke, yalnızlık ve panik olarak tanımlandığı ve yakın ilişkilerdeki kaotik krizler ile bağlantılı olarak ortaya çıktığı belirtilmiştir. Birçok olgu KZVD göstermeden hemen önce uyuşukluk, boşluk, ölüm hissi gibi dissosiyatif yaşantılar ifade etmiştir. Kendini yaralama öncesi giderek artan anksiyete hem gözlemciler hem de hastalar tarafından vurgulanmaktadır (Favvaza ve Rosentha, 1993). Dolayısıyla, BKB olgularının, artan psikolojik sıkıntılarını kendilerine zarar vererek azalttıkları görülmektedir.

Literatüre bakıldığında, çocukluk çağı travmasına maruz kalan çocukların yoğun olumsuz ruh hallerine reaksiyon olarak vücutlarını sarsmayı öğrendikleri yönünde bulgulara rastlanmaktadır (Herman, 1992). Ayrıca KZVD gösterenlerde bu girişimi genellikle yüksek kaygı durumunun ardından diğer insanların tanık olmadıkları mekânlarda gerçekleştirdikleri ve yara izlerini saklama eğilimi içinde oldukları gözlenmektedir. KZVD bu bakış açısı ile incelendiğinde yüksek derecedeki kaygının ve acının bedene aktarılması ve acının azaltılmasına yardımcı olan bir mekanizma olarak işlev gördüğü belirtilmiştir (Langbehn ve Pfohl, 1993).

BKB olguları, öfke ile hareket edip, sonuçlarını düşünmeksizin kendine zarar verme davranışı gösterebilmektedir (APA, 2013). Dürtüsel kendine zarar verme davranışlarında tetikleyen olay genellikle gerçek ya da varsayılan kayıp, reddedilme veya terk edilme durumları gibi yakın ilişkiler ile ilgili olabilmektedir (Bohus ve arkadaşları, 2000). Bu ve benzeri olayları takiben olumsuz duygular ardından kendine zarar verme davranışını engelleme girişimi başarısız olabilmekte ve eylem gerçekleşebilmektedir. Sonrasında ise genel olarak kısa süreli bir rahatlama hissedildiği bildirilmiştir (Hollander ve Stein,

2005). Buna göre kendine zarar verme davranışının, BKB’de “eyleme geçiş” niteliği taşıdığı söylenebilir. Eyleme geçiş, burada dürtüsel olma ile ilişkili bir kavramdır. Bu dürtüsel eylemsellik davranışı ise kendine zarar verme davranışı ile sonuçlanabilmektedir (Joyce ve arkadaşları, 2003).

Nörobiyolojik olarak bakıldığında, KZVD gösterenlerin öfkeli, dürtüsel ve saldırgan davranışlar gösterdikleri ve bunun beyindeki serotonin miktarının azalması ile bağlantılı olduğu belirlenmiştir (Simeon, 1992). Serotonin düzeyinin düşük olması hafif uyarılara karşı bile şiddetli cevap vermelerine (irritabilite) neden olduğu ve bunun da kişilerde KZVD ve intihar davranışına yol açabileceği belirtilmiştir (Favazza ve Rosenthal, 1993). KZVD anında duygu durumunun, BKB olgularının uzun süreli duygu durum özelliklerine benzemekte olduğu ifade edilmiştir. BKB tanı kriterlerinden biri de uygunsuz, yoğun öfke ya da öfkesini kontrol altında tutamama (örneğin sık sık kızgınlık gösterme, sürekli öfkeli olma, sık sık kavgalara karışma)’ şeklinde tanımlanmıştır. Borderline kişilik bozukluğu olguları öfke krizi ile sonuçlarını düşünmeksizin kendine zarar verme davranışı göstermektedir. Özellikle çocukluk çağı travmasına maruz kalanların kendilerine zarar verme nedenleri öfkeden kaynaklanabileceği ifade edilmiştir (Feldman, 1988). Kendine zarar verme davranışı gösteren BKB olgularında sürekli öfke, öfkenin ifade şekli ve kontrolü gibi değişkenlerin cinsiyet, çocukluk çağı travması ve intihar ile ilişkisinin incelendiği çalışmada, kendine zarar verme davranışının çocukluk çağı travması ve intihar girişimi öyküsü ile ilişkili bulunduğu bildirilmiştir (Ebrinç ve arkadaşları, 2001).

Son yıllarda az sayıda da olsa ihmal ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde en sık görülen çocukluk çağı travmasının % 54 ile ihmal olduğu ve fiziksel istismarın % 22, cinsel istismarın % 8 ve duygusal istismarın % 4 ile bunu takip ettiği belirtilmektedir (Bernet ve arkadaşları, 2000). Psikiyatri kliniğinde hastaların çocukluk çağı travmaya maruz kalma yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada duygusal ihmalin % 81.6 oranında olduğu saptanmıştır (Örsel, Karadağ, Kahiloğulları ve Aktaş, 2011). Liseli ergenlerle yapılan araştırmada ise çocukluk çağı travma alt türlerinden ihmal’

en sık bildirilen travma olarak rapor edilmiştir (Dağlı ve İnancı, 2011; Zoroğlu, 2001).

Çocukluk çağı travmaları alt türlerinden özellikle fiziksel ihmal ile KZVD arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların da oldukça az olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, KZVD'nin fiziksel istismar/ihmal durumlarında da görüldüğüne ilişkin araştırma bulguları rapor edilmiştir (Walsh ve Rosen, 1988). İhmale maruz kalan çocuklar, istismara maruz kalan çocuklara göre daha fazla içlerine kapanık oldukları ancak erişkinlik döneminde dışavurum davranışlarının daha belirgin hale geldiği rapor edilmiştir (Altıntaş, 2008). Ayrıca, çocukluğunda fiziksel ihmal yaşantılarına maruz kalan yetişkinlerin, daha çok KZVD gösterdikleri, daha çok alkol-madde kullandıkları ve duygu düzenleme güçlükleri yaşadıklarına dair araştırma bulguları elde edilmiştir (Karagöz, 2010).

KZVD, toplum örnekleminde görülme sıklığının % 1, ergen ve genç erişkin yaş grubunda ise % 12 kadar olabileceği bildirilmiştir (Suyemoto ve Kountz, 2000; Roberts-Dobie ve Donatelle, 2007). Bu bağlamda, KZVD ergen ve genç erişkin yaş grubunda daha fazla görülüyor olması aynı zamanda fiziksel ihmale maruz kalan çocukların ancak ergenlik ve genç erişkinliklerinde dışa vurumcu davranıyor olmaları kendine zarar verme davranışı ile bağlantılı olabilir. Ülkemizde kesinleşen ve resmiyet kazanan istismar olgularının sıklığı ve dağılımı ile ilgili herhangi bir veri yoktur. Dolayısıyla ülkemizdeki istismar türlerinin dağılımı ile ilgili sistemli bir karşılaştırma olanağı bulunmamaktadır.

Gruplardaki yordayıcı çocukluk çağı travma alt türlerindeki farklılık kendine zarar verme davranışının çeşitli problemler ve bozukluklarla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. KZVD'nin genellikle zamansal olarak kendisi için önem taşıyan kişilerle olan ilişkilerdeki krizlerle bağlantılı olabileceği öne sürülmüştür (Van der Kolk ve arkadaşları, 1991). KZVD'nin bu şekildeki işlevselliğinin BKB olgularında daha fazla görülebileceği söylenebilir. Öte yandan, Favazza (1992) ise KZVD'nin dinamiğini 'boşluk duygusu, depresyondan kurtulmak, rahatlama duygusunu aramak, duygusal acıları bastırmak ve boşluk duygusundan uzaklaşarak yaşadığını hissetmek' şeklinde

açıklamıştır. KZVD ‘nin bu şekildeki işlevselliğinin BKB olgularından farklı gruplarda daha fazla görüldüğü söylenebilir. Genellikle yalnız kaldıklarında anksiyeteden kurtulmak amacıyla KZVD gösterdikleri bildirilmiştir. Kendine zarar verme davranışının bu şeklinin manipülasyon amaçlı olmayabileceği ancak güçlü bir yardım çağrısı anlamına da gelebileceği şeklinde yorumlanmıştır (Langbehn ve Pfohl,1993). Bu araştırmada kontrol grubunda fiziksel ihmale maruz kalanların, bedenlerine zarar verme davranışı ile olumsuz da olsa ihmal edilmiş bedenlerine yönelik ilgilerinin arttığı şeklinde yorumlanabilir. Her ne kadar literatürdeki az sayıdaki çalışmalarda çocukluk çağı travmasının alt türleri ile KZVD arasında ilişkide farklı sonuçlara rastlansa da bu araştırma bulgularının literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada ayrıca, kontrol grubunda Hamilton depresyon ölçeğinden alınan puanlar arttıkça KZVD’nin arttığı yönünde bir bulguya da ulaşılmıştır. Kendine zarar veren ergenlerle yapılan toplum örneklemleri çalışmalarda, depresif belirtiler sağlıklı ergenlere göre anlamlı oranda daha fazla bulunmuş ve depresif belirtilerin kendine zarar verme davranışı için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (Hawton ve arkadaşları, 2002).

Araştırmacılar, psikiyatri kliniğinde takip edilen ergen hastalarda KZVD’nin “rol yapma” ya da kişilik bozukluğu semptomu olmaktan çok, yardım isteği ya da depresyon semptomu olarak değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır (Ghaziuddin ve arkadaşları, 1992). KZVD gösteren, hastanede yatarak tedavi edilen ve intihar girişimde bulunan ergenlerin depresif semptom düzeyi, kendini yaralama davranışı göstermeyen ancak intihar girişiminde bulunan ergenlerin depresif semptom düzeyi ile kıyaslanmış, KZVD gösterenler, göstermeyenlere göre daha ağır düzeyde depresyon, yalnızlık ve öfke bildirmişlerdir (Guertin ve arkadaşları, 2001). Bir yıl içinde en az iki kez KZVD gösteren ergenlerle yapılan bir araştırmada da, kendine zarar verme davranışı gösteren ergenlerde daha fazla depresyon ve intihar girişiminin olduğu saptanmıştır (Wood ve arkadaşları, 2001). Benzer şekilde başka bir çalışmada da depresyonun, özellikle tekrarlayan kendine zarar verme davranışında bulunan ergenlerde en önemli risk faktörlerden biri olduğu rapor edilmiştir (Groholt ve arkadaşları, 2000; Hawton ve arkadaşları, 2003).

Russ ve arkadaşları (1993) kendini yaralama süresince acı hissetmemenin nedenini anksiyete, depresyon veya içsel çözülme ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (Akt. Bohus ve arkadaşları, 2000). Depresif duygu durumu bozukluğu gösteren olgularda çoğunlukla, üzüntü, yorgunluk, ümitsizlik, çaresizlik ve isteksizlik gibi semptomlar eşlik ettiği bildirilmektedir (Stanley ve arkadaşları, 2001). Ayrıca, uyku ve iştah değişiklikleri, haz verici yaşam olaylarına olan ilginin kaybolması ve bu durumun da yaşama bağlılıklarını olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. Dolayısıyla böyle bir tablonun KZVD için uygun ortamı oluşturduğu yorumu yapılabilir.

Öfke, saldırganlık ve kızgınlık duyguları eşliğinde kendine yöneltilen saldırganlık ile intihar düşüncelerinin de ortaya çıkması, KZVD için uygun ortam hazırlamaktadır. Pek çok araştırmacı, KZVD gösterenlerin depresif duygu durumu içinde olmaları ile kendi bedenlerine zarar verme davranışında bulunma eğilimleri arasında ilişki olduğuna işaret etmişlerdir (Bohus ve arkadaşları, 2000; Deiter ve arkadaşları, 2000; Hawton ve arkadaşları, 1999; Suyemoto, 1998). Yine başka bir araştırmada KZVD gösterenlerin daha depresif olduğu ve Hamilton Depresyon ölçeğinden daha fazla puan aldıkları rapor edilmiştir (Stanley ve arkadaşları, 2001). Buna göre araştırma bulgularının literatür ile uyumlu olduğu ifade edilebilir.

Toplum örneklemleri gruplarda görülen KZVD'nin işlevinin daha çok depresif semptomlar ile bağlantılı olduğu BKB olgularında ise yakın ilişki krizlerini çözüme ulaştırmadaki bilişsel yetersizliklerle bağlantılı olduğu şeklinde yorumlanabilir. KZVD gösteren BKB olgularında ise daha çok gerilimi azaltmak, kendilik saygısındaki azalma ve kişiler arası ilişkilerde karşılaşılan zorluklarla baş edememe sonrasında bu davranışta bulunduklarını belirtmektedirler (Bohus ve arkadaşları, 2000).

4.3. Borderline Kişilik Bozukluğu Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda İntihar Davranışı Yordayıcılarına İlişkin Bulguların tartışılması

Bu araştırmada, BKB tanılı grupta intihar davranışını Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı ve cinsel istismarın; kontrol grubunda ise duygusal istismar ve fiziksel istismarın yordadığı belirlenmiştir. Buna göre, BKB tanılı

grupta, cinsel istismara maruz kalma ve Beck Depresyon Ölçeğinden alınan puanlar arttıkça intihar davranışlarının da anlamlı bir şekilde arttığı ifade edilebilir.

Literatür incelendiğinde, Borderline kişilik bozukluğu tanılı kişilerin sıklıkla intihar davranışında bulundukları (Brodsky ve arkadaşları, 1997; Yen ve arkadaşları, 2003) ancak bu grupta manipülatif intiharların daha fazla görüldüğü rapor edilmiştir (Gunderson, 1994). Birçok araştırmada, BKB olgularında depresif semptom düzeyinin artmasının intihar girişimi için risk oluşturduğuna dair araştırma bulguları mevcuttur (Corbitt ve arkadaşları, 1996; Soloff ve arkadaşları, 1994). 16 yıllık boylamsal bir çalışmada BKB’de intihar oranının % 9 olduğu, BKB’ye depresyon eşlik ettiğinde bu oranın % 18.5’e, depresyon ve alkol- madde kullanım bozuklukları eşlik ettiğinde ise bu oranın % 45’e kadar çıktığı bulunmuştur (Stone ve arkadaşları, 1987). Paris (1989) ise bu bulguların tersine depresyonu olan ve olmayan BKB olgularında intihar riski yönünden bir fark bulamamıştır. Kjelsberg ve arkadaşları (1991), ise BKB tanılı olgular ile yaptıkları araştırmada intihar girişiminde bulunanlarda, bulunmayanlara göre dürtüsellik, alkol-madde kullanım bozuklukları ve depresif semptomatoloji açısından farklılık saptanmadığını ancak BKB patolojisinin şiddetinin artmasının intihar davranışı üzerinde daha etkili olduğunu belirtmişlerdir. Komorbiditenin etkisi ile farklı sonuçlar bildirildiği görülmektedir. Literatürdeki çalışmalarda, BKB olgularında eşlik eden depresif semptom ile intihar davranışı arasındaki ilişkide farklı sonuçlara rastlanması bu alanda daha fazla klinik çalışmanın gerekli olduğunu düşündürmektedir.

Bu araştırmada depresyon ölçeklerinin intihar davranışını yordaması açısından BKB tanılı ve tanılı olmayan grup arasında farklılık olduğu belirlenmiştir. BKB tanılı grupta depresyon ölçeklerinden sadece BDÖ puanları intihar davranışını yordadığı, kontrol grubunda ise depresyon ölçeklerinden alınan puanların hiç birinin intihar davranışının anlamlı bir yordayıcısı olmadığı saptanmıştır. Elde edilen bulgular intihar motivasyonlarının her iki grupta klinik olarak farklı yaşandığı şeklinde açıklanabilir. BKB tanılı olgularda Beck Depresyon Ölçeği toplam puanların

kontrol grubuna göre yüksek olması depresif semptomların borderline patolojiye eşlik ettiğini desteklemektedir. Ancak BDÖ'nün anlamlı yordayıcı çıkması eşlik eden depresif semptomların daha çok bilişsel bozulmalara işaret ettiğini melankolik ve fiziksel bozulmaların daha az söz konusu olabileceğini göstermektedir. Bu durum BKB prognozunu da farklı etkileyerek intihar davranışının karakteristiğini oluşturmuş olabilir.

BKB'nin tanı kriterlerinden biri de intihara eğilimli davranışlar olarak tanımlanmıştır. İntihar davranışının anksiyeteden kurtulmayı temsil ettiği ve ölme isteği olarak yorumlanamayacağı söylenebilir. Ancak genellikle bu kişilerin intihar davranışları göstermeleri kendilerini öldürmeyecekleri anlamına gelmemektedir (Saddock ve Saddock, 2007). BKB olgularında görülen yüksek intihar davranışının altında genellikle diğerlerine yönelik intikam alma, cezalandırma ve panikten kurtulma amacının yattığı bildirilmektedir (Corbitt ve arkadaşları, 1996; Coryell ve Young, 2005). Bu bulgulara dayanarak BKB olgularının ilişkilerinde kriz yaşadıklarında eski travmatik deneyimlerin yeniden canlanmasına bağlı olarak daha fazla duygusal instabilite gösterdikleri ve intihar davranışı gösterdikleri söylenebilir. BKB olgularında benlik bütünlüğündeki sorunların varlığı düşük özsaygıya neden olması ve yaşam olaylarından daha fazla etkilenip daha kolay depresyona girebileceklerini açıklayabilir. Sorun çözme becerilerindeki yetersizlikleri ve kendilerini ifade etme güçlükleri manipülatif amaçlı intiharları işaret edebilir. Yanı sıra, komorbid depresif bozukluk eklendiğinde BKB olgularında intihar girişimlerinin daha da arttığı vurgulanmıştır (Gunderson, 1994).

Briere ve arkadaşları (1998) dürtüsellüğün depresif bozukluklara eşlik ettiği durumlarda intihar riskini artırdığını belirtmişlerdir. Simon ve arkadaşları (2001) yaptıkları araştırmada öfke anında dürtüsel kişilerin intihar girişiminde bulunma olasılıklarının yüksek olduğunu gösterirken, depresif kişilerin dürtüsel intihar girişimlerinde bulunma olasılıklarının düşük olduğunu bildirmiştir. Dolayısıyla, depresyon tanılı olguların dürtüsel girişimlerde ve intihar davranışında bulunma olasılığının düşük olduğu söylenebilir. Depresyonun somatik çökkünlüğünü de yaşayan kişi intihar girişimi için gereken aktivasyon ve enerjiyi dürtüsellüğünde bulabileceği belirtilmiştir. Önceden planlanmış

intihar girişimlerine göre, dürtüsel intihar girişimlerine daha hafif depresif semptomların eşlik ettiği bildirilmiştir (Issacson, 2001). Dürtüsel intihar girişimcilerinde daha az ölüm beklentisi olduğu ancak daha ciddi girişim yöntemlerini seçtikleri belirlenmiştir. Bu da dürtüsellikte eylem ile niyet arasında doğru bir orantı olmadığını göstermektedir (Issacson, 2001).

Depresyon puanının intihar girişimi olanlarda daha düşük olduğu ve yatarak tedavi gören depresyon hastalarının taburculuk sonrasındaki ilk aylarda intihar açısından daha riskli olduğu belirtilmiştir. Maser ve arkadaşları (2002) dürtüsel davranış gösteren intihar girişimcilerinin taburcu olduktan 12 ay ve sonrasında sonuçlanmış intihar davranışında bulunma olasılığının anlamlı derecede yüksek olduğunu rapor etmişlerdir. Bu bulgular önceden planlanmış intihar girişimlerinde bile girişimi gerçekleştirecek miktarda dürtüsellığe ihtiyaç olduğunu gösterebilir. Tedavi sonrası süreçlerde intihar girişimi oranının artması, depresyonun bedensel çökkünlüğünün azalması ile hastanın intihar girişimi için gereken enerjiyi kullanabilir hale gelebilmesine bağlı olabileceği belirtilmiştir (Saddock ve Saddock, 2007). İntihar girişimi olmayanlarda, depresyon puanının yüksek olmasının nedeni kişinin bilişsel düzeyde depresif semptomları yaşadığını ancak somatik enerji düzeyinin intihar girişiminde bulunmaya yetecek düzeyde olmadığı şeklinde açıklanabilir (Özgüven, 2008). Pompili ve arkadaşları (2008) ise, dürtüsellüğün depresyon ve intihar arasındaki nedensel ilişkiyi açıklayabileceğini öne sürmüştür. Dürtüsellik, depresyonla birlikte olduğunda intihar riskini artırmaktadır (Mann ve ark., 1999). Dolayısıyla dürtüsellüğün diğer gruplara göre daha fazla görüldüğü BKB olgularında, bireyler depresyonun yavaşlatıcı etkisine maruz kalmadan intihar davranışlarında bulunuyor olabilirler.

HAM-D yerine BDÖ'den alınan puanların intihar davranışlarını yordaması, BKB'de depresif semptomların daha çok bilişsel bozulma ile ilişkili olması, somatik bozulmaya daha az neden olması şeklinde açıklanabilir. Bu durumda depresif semptomların daha çok bilişsel bozulmalar şeklinde ortaya çıktığını destekler görünmektedir. Dolayısıyla, bu araştırmada, BKB olgularında, HAM-D puanları yerine BDÖ alınan puanların intihar davranışını yordaması literatür bilgisi ile uyumlu görünmektedir. Ancak BKB olgularında

depresif semptomların bilişsel bozulma ve yaşanan krizin kişilerarası ilişkilerle ilgili olduğu dolayısıyla bu araştırmalarda, depresif semptomların karakterini saptamak için buna yönelik ölçeklerin kullanılması daha açıklayıcı bilgiler elde edilmesine katkı sağlayabilir.

Bu araştırmada, BKB tanılı grupta intihar davranışı üzerinde etkili olan diğer önemli faktörün çocukluk çağı travma alt türlerinden cinsel istismar olarak bulunmuştur.

Literatürde ulaşılan çalışmalar, çocukluk çağı travmasının intihar davranışı üzerinde arttırıcı etkisine işaret etmektedir (Brodsky ve arkadaşları, 1997; Brown ve arkadaşları, 1999; Trask ve arkadaşları, 2011). Çocukluk çağı travmalarından cinsel istismarın da kendine zarar verici davranışlara yol açan en önemli nedenlerden biri olduğu belirtilmektedir (Brodsky ve arkadaşları, 1997; Soloff ve arkadaşları, 2002; Van der Kolk ve arkadaşları, 1991). Links ve arkadaşları (2003) yaptıkları araştırmada, BKB olgularında eşlik eden depresyon, madde-alkol bağımlılığı gibi psikiyatrik bozuklukların varlığında çocukluk çağı cinsel istismarının, intihar davranışı için önemli risk olduğunu bildirmişlerdir. Çocukluk çağı travmasının yetişkinlikte intihar davranışları ile ilişkili olabileceği ancak yalnızca çocukluk çağı travma alt türlerinden cinsel istismarın intihar için en güçlü bağımsız risk faktörü olduğu rapor edilmiştir (Ratikan, 1992). Çocukluk çağı travma alt türlerinden cinsel istismar öyküsünün, depresyon, alkol-madde bağımlılığı, intihar davranışı, BKB ve post travmatik stres bozukluğu gibi psikiyatrik sorunlara yol açabildiği de belirtilmiştir (Bedi, 2011). Bu saptama ile paralel olarak, çocukluğunda cinsel istismara maruz kalan ve kalmayan depresif erişkinlerden oluşan örnekleme, cinsel istismara maruz kalan depresif erişkinlerin intihara daha yatkın olduğu rapor edilmiştir (Bedi, 2011).

BKB’de çocukluk çağı travmasının daha fazla görülmesi borderline kişilik özelliklerinin ve bu özelliklerle ilişkili davranış sorunlarının daha fazla olmasıyla ilişkili olabileceği de ileri sürülmüştür (Garno ve ark., 2005). BKB’de çocukluk çağı cinsel istismarının yüksek prevalansı nedeniyle bazı araştırmacılar bu bozukluğun etiyolojisinde gelişimsel sonuçları üzerinde

durmuşlardır (Bandelow ve arkadaşları, 2005; Zanarini and Frankenburg, 1997). Özellikle BKB’de çocukluk çağı cinsel istismarı intihar için önemli bir risk faktörü olabildiği ve aynı zamanda kendine zarar verici davranışların gelişiminde muhtemel etiyolojik faktörlerden biri olduğu vurgulanmıştır (Soloff ve arkadaşları, 2000; Soloff ve arkadaşları, 2002; Trask ve arkadaşları, 2011). Çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olan hastalarda, hemen hemen hepsinde yaşam boyu en az bir kez intihar girişimi bulunduğu rapor edilmiştir. Ayrıca BKB olgularında çocukluk çağı cinsel istismarının varlığı, tekrarlayan intihar girişimi ve intiharın ölümcül olması açısından da önemli risk olarak belirtilmiştir (Soloff ve arkadaşları, 2000; Soloff ve arkadaşları, 2002; Trask ve arkadaşları, 2011).

Kuritárné (2005), çalışmasında çocukluk çağı travmasının, benlik duygusu, kişilik organizasyonu ve kişilerarası ilişkiler de dâhil olmak üzere kişilik gelişiminin belirli yönlerini etkileyebileceğine işaret etmiştir. Paris (2005) BKB olgularında gözlenen dürtüsellik ve intihar davranışlarının mizaç yatkınlığı ve stresli yaşam olayları arasındaki karmaşık etkileşimlerden ortaya çıkabileceğini öne sürmüştür. Soloff ve arkadaşları (2008) da yaptıkları araştırmada BKB’ de mizaç ve çocukluk çağı travmasının intihar davranışı için risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir. Olumsuz çocukluk deneyimlerinin, özellikle de çocukluk çağı cinsel istismarının, mevcut mizaç (impulsivite ve saldırganlık) özellikleri ile etkileşerek stres durumlarına toleransı bozan kalıcı psikolojik anormalliklere neden olabileceği de belirtilmiştir (Ladd ve arkadaşları, 2000).

Toplum örneğine göre BKB olgularında hayat boyu intihar davranışları daha fazla görülmekte, çocukluk çağı travmasının varlığı ise, intihar riskine ek katkı yaptığı düşünülmektedir. Birden fazla ihmal ve istismarın bulunması, birbirlerinin etkilerini arttırarak, yetişkinlik çağında psikopatoloji zeminini oluşturmakta dolayısıyla intihar davranışını arttırabilmektedir (Read ve arkadaşları, 2005). Ayrıca, özellikle cinsel istismarın intihar riskinin yüksek olduğu psikiyatrik bozuklukları daha da şiddetlendirdiği için intihar ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Klonsky ve Mayer, 2008). BKB ile intihar davranışı arasındaki ilişkinin incelendiği

boylamsal araştırmalarda, çocukluk çağı cinsel istismarın anlamlı düzeyde intihar girişimleri ile ilişkili olduğu, çocukluk çağı cinsel istismar düzeyinin intihar girişimlerinin habercisi olduğu bildirilmiştir (Links ve arkadaşları, 2013; Yen ve arkadaşları, 2004). Crowell ve arkadaşları (2009), BKB olgularının çevrenin olumsuz özelliklerini içselleştirdiklerini ve kendi kendilerini geçersiz hale getirme ve kendilerini yok etme eğiliminde olduklarını ifade etmişlerdir. Kendini yaralama ve intihar davranışı örüntüsünün, bu olguların yaşadığı yoğun ve acılı duygular ile başa çıkma aracı olarak gelişebileceğini de belirtmişlerdir. “ Orbach ve arkadaşları (2001) BKB olgularında sık görülen çocukluk çağı travmalarının bireyin bedeninden defansif olarak uzaklaşmasına yol açabileceğine işaret etmişlerdir. Bu reaktif uzaklaşma bedeni reddetme, bedenden nefret etme, bedensel ayrılma, hislere duyarsızlık ve aldırılmazlık, kontrolü kaybetme ve bedensel sınırların kaybolması gibi bedene yönelik çeşitli olumsuz duygular, tutumlar ve davranışlar haline dönüşebilir ya da olumsuz bedensel deneyimlere yol açabileceğini” vurgulamışlardır (Akt. Semiz ve ark., 2005).

BKB’de, kontrol grubundan farklı olarak, intihar davranışını cinsel istismarın yordamasına ilişkin nedenleri BKB örnekleminin farklı psikopatolojik özelliklerinden kaynaklanabileceği şeklinde açıklanabilir. Bununla birlikte BKB tanılı grupta dürtüselliliği yordayan faktörlerden duygusal istismar ile intihar davranışını yordayan cinsel istismar arasında ilişkinin yakından incelenmesi bu konuda daha derinlemesine bilgi sağlayabilir. Çocukluk çağı duygusal istismar ve ergenlik döneminde cinsel istismara maruz kalma arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmada, çocukluk çağı duygusal istismarın ergenlik dönemindeki yakın ilişkilerde cinsel istismar için bir risk faktörü olduğu şeklinde sonuçlara ulaşılmıştır (Zurbriggen, Gobin ve Freyd, 2010). Dolayısıyla, farklı ruhsal sorunlarda spesifik yaşam olayları, intihar girişimlerini önceliyor, onlara zemin hazırlıyor olabilir (Horesh ve arkadaşları, 2003). Bu sonuçlar, bu araştırmadaki BKB olgularında çocukluk çağı cinsel istismarının BKB’nin prognozu üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu, bu kişilerde bozukluğın daha ağır seyredebileceği yönünde yorumlanabilir.

Cinsel istismarda tehditin kullanılması ve şiddetin varlığı psikopatolojinin oluşumunda önemli bir risk etmeni olarak vurgulanmaktadır (Fossati ve arkadaşları, 1999). Diğer istismar türlerinden farklı olarak çocuğa uygulanan cinsel istismar aynı zamanda bedeni de hedef alırken (Brown ve arkadaşları, 1999), travmatik cinsellik, mahremiyet ve gizlilik ihlali ve de utanç duygusuna yol açabilmektedir. Aynı zamanda duygusal ve fiziksel istismarı da kapsayabilen cinsel istismarın, maruz kalan çocuk üzerinde çarpan etkisi ile daha yüksek düzeyde olumsuz etki bıraktığı söylenebilir. Cinsel istismara yönelik tepkileri içselleştiren çocuk içe kapanma, depresyon, üzüntü ve kendini suçlama belirtileri sergileyebilir. Cinsel istismar gelişmekte olan bir çocuğun kişilerarası ilişkiler ile bağlantılı olan güven gibi konularda temel inançlarını bozabilir, böylece ergenlik ve yetişkinlikte tatmin edici sağlıklı ilişkiler kurmasının önünde engel teşkil edebilir.

Sonuç olarak; BKB olgularının yetersiz bilişsel becerileri nedeni ile psikolojik çatışmalarını beden işlevleri aracılığı ile dile getirdikleri, çatışmalarıyla başa çıkmak ve kabul edilmeyen dürtülerini kontrol altına almak amacıyla olumlu savunma mekanizmalarını yeterince kullanamadıkları bilinen bir durumdur. Bu patolojik durum, olumsuz kendilik algısı ve yetersizlik duygularıyla birleştirilerek, çevresel engellerin tetiklediği stres durumlarına kolaylıkla maruz kalmaları ve dürtü kontrol zayıflığı nedeniyle olumsuz yaşam olaylarının pekiştirici gücü ile de birleşerek, intihar davranışına yöneldikleri yönünde yorumlanabilir. Dolayısıyla BKB olgularında intihar risk faktörlerini belirleyebilmek için çocukluk çağı travma öyküsü ve özellikle cinsel istismarın varlığına yönelik sorgulama önemli olabilir. Ülkemizde klinik örneklemde BKB’de cinsel istismar ve intihar davranışını temel alan bir çalışmaya rastlanılmamış olması sebebi ile daha fazla çalışma yapılması gerekliliği önemli görünmektedir.

Bu araştırmada, kontrol grubunda fiziksel istismar alt ölçeğinden alınan puanlar arttıkça intihar davranışının arttığı yönünde bulgulara ulaşılmıştır. Alanda yapılmış ilk çalışmalardan birinde fiziksel istismara maruz kalmış çocukların sağlıklı kontrol grubuna göre erişkinliklerinde anlamlı derecede daha fazla (% 41) intihar davranışı ve KZVD gösterdiği rapor edilmiştir

(Green, 1978). Toplum örneklemleri araştırmada çocukluk çağı cinsel istismar ve fiziksel istismara maruz kalan kadınların sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla depresif ve kaygı semptomları geliştirdikleri ve daha sık intihar girişimlerinde bulundukları rapor edilmiştir (McCauley ve arkadaşları, 1997). Yine benzer şekilde çocukluk çağı fiziksel istismarın erişkinlikte diğer psikiyatrik bozukluklardan bağımsız olarak intihar davranışı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Enns ve arkadaşları, 2006).

Toplum örneklemleri ve çeşitli psikopatolojik tanılar ile yapılan çalışmaların pek çoğunda, cinsel istismar (Briere ve arkadaşları, 1995; Davidson ve arkadaşları, 1996; Maniglio, 2011; Molnar ve arkadaşları, 2001) ve fiziksel istismar öyküsünün (Brezo ve arkadaşları, 2008; Brodsky ve arkadaşları, 2001; Fuller-Thomson ve arkadaşları, 2012; Joiner ve arkadaşları, 2007; Thakkar ve arkadaşları, 2000; Ystgaard, 2004) intihar riski üzerinde anlamlı etkisi olduğu rapor edilmiştir. Fuller-Thomson ve arkadaşları (2012) toplum örneklemleri çalışmasında, çocukluk çağı fiziksel istismarının yaşam boyu intihar düşüncesini belirleyen bir risk faktörü olduğunu rapor etmişlerdir. Genel olarak bakıldığında araştırmamızdaki kontrol grubunda intihar davranışını yordayan fiziksel istismar bulguları ile literatür bulguları uyumlu görünmektedir.

Brodsky ve Oquendo (2001) hem çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismar öyküsünün hem de dürtüsellik ve agresyon düzeyinin, depresyon hastalarında intihar girişimleri ile ilişkili olduğunu rapor etmişlerdir. Aynı zamanda çocukluk çağı travmalarının, hem intihar davranışı açısından hem de dürtüsellik ve agresyonun gelişimi açısından da çevresel bir risk faktörü olabileceğini öne sürmüşlerdir.

Türkiye’de çocukluk çağı travması alt türlerinden fiziksel istismarın daha fazla görüldüğüne dair çalışmalar mevcuttur (Ayan ve Kocacık, 2009; Bilir ve ark., 1991). Bununla birlikte ülkemizde disiplin yöntemi olarak fiziksel şiddetin çocuk eğitiminde yaygın bir eğitim aracı olarak görülmeleri çocuk istismarı olarak algılanmamasına neden olmaktadır. Dolayısıyla bu sebepler ile fiziksel istismar önlenemediği için toplumda yaygın bir şekilde görülmekte

olup bu araştırmanın kontrol grubunda da yaygın şekilde görüldüğü söylenebilir. Fiziksel ve cinsel istismarın bedene yönelik şiddet içerdiği dolayısıyla ağırlı deneyimler olduğu intihar davranışı için daha yüksek risk taşıdığı rapor edilmiştir (Brown ve arkadaşları, 1999).

Bu araştırmada ayrıca, kontrol grubunda duygusal istismarın intihar davranışını yordadığı yönünde bulgulara ulaşılmıştır. Toplum örneklemleri çalışmalarda, duygusal istismarın erişkinlikte yaşam boyu depresyon ve intihar girişimi ile anlamlı bir ilişki gösterdiği bildirilmiştir (Mullen ve ark., 1996). Türkiye’de yapılan bir çalışmada intihar edenlerin en çok maruz kaldıkları ihmal ve istismar türlerinin; duygusal ihmal (% 24.7), cinsel istismar (% 22), duygusal istismar (% 18.7) fiziksel ihmal (% 17.3) ve fiziksel istismar (% 15.3) şeklinde olduğu bulunmuştur (Yanık ve Özmen, 2002).

Çocuklarda duygusal istismar, fiziksel veya cinsel istismarla birlikte görülebileceği gibi bunlardan bağımsız olarak tek başına da görülebilmektedir. Fiziksel veya cinsel istismara maruz kalan çocuğun aynı zamanda duygusal yönden de etkilenmemesi düşünülemez. Birden fazla kötüye kullanımın bulunması, birbirlerinin etkilerini artırarak, erişkinlik çağında ortaya çıkan geniş bir psikopatoloji zeminini ya da intihar davranışı oluşturabilir (Read ve arkadaşları, 2005).

Duygusal istismar/duygusal ihmal çocukluk çağı travma alt türlerinin birlikteliği duygusal ve cinsel istismar çocukluk çağı travma alt türlerinin birlikteliği ile karşılaştırıldığında bireyi daha çok depresyon ve kaygı geliştirmeye yatkın hale getirebildiği belirtilmiştir (Honor, 2012). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisinin incelendiği bir araştırmada çocukluluğunda duygusal istismara maruz kalanlarda daha fazla duygu durum ve anksiyete bozuklukları rapor edilmiştir (Örsel ve ark., 2011).

Çocukluk çağı duygusal istismar ve duygusal ihmale maruz kalan erişkinler ile yapılan araştırmada duygusal, fiziksel ve cinsel istismar ile depresyonun somatik belirtileri arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir (Güleç ve ark., 2012). Toplum örneklemleri bir araştırmada ise, bireyde duygusal

istismar/ihmal öyküsünün olmasının anksiyete, depresyon, ömür boyu travmaya maruz kalma, travma sonrası stres bozukluğu ve fiziksel belirtiler ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir (Spertus ve ark., 2003). Diğer taraftan Miniati ve arkadaşları (2010) duygusal istismara maruz kalan ve kalmayan depresif hastaları kıyasladığı araştırmada, duygusal istismar ile yaşam boyu intihar girişimleri arasında anlamlı farklılık bulamamıştır.

Bu bulgular duygusal istismarın özellikle duygu durum bozuklukları için anlamlı nitelikte risk faktörü olabileceğini destekler niteliktedir. Duygusal istismarın, aile içi yakın ilişki ve etkileşim paterni olarak, sürekliliği ve tahrip edici özelliği ile çocuğun kendilik algısını olumsuz yönde etkileyebileceği söylenebilir. Özellikle duygusal istismara bağlı travmatik olayların sürekli ve yaygın olduğu durumlarda birey, olumsuz kendilik algısı ve fonksiyonel olmayan bilişler geliştirebilmektedir. Duygusal istismarda; olumsuz bilişler doğrudan doğruya çocuğu istismara maruz bırakan kişi/kişiler, özellikle temel bakım verenler, tarafından ilişki yolu ile yansıtılır.

İstismara maruz kalan çocukların bu travmatik yaşantıyı nasıl algıladıkları, değerlendirdikleri ve içselleştirdikleri kritik önemde gözükmemektedir (Webb ve arkadaşları, 2007). Kendileri ile ilgili negatif inanç ve bilişsel çarpıtmalardan dolayı erişkin dönemlerinde herhangi bir stres faktörü ile karşılaştıklarında çocukluk çağında istismar öyküsü olanların, intihar, depresyon ya da anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklara daha yatkın olabilecekleri düşünülmektedir (Webb ve arkadaşları, 2007). Çocukluk çağı duygusal istismarın, kişiler arası ilişkiler ve duygusal instabilitenin bağımsız, güçlü bir belirleyicisi olduğu da belirtilmektedir (Allen, 2008). İstismarcı temel bakım verenler ile duygusal istismara maruz kalan çocuğun etkileşiminin yıkıcı etkisinin olduğu ve bu durumun çocuk tarafından içsel hale getirildiği ve olumsuz bilişler yolu ile uzun dönem etkiler şeklinde kendini gösterebileceği öne sürülmüştür (Egeland, 2009).

4.5. Sonuç, Araştırmanın Sınırlıkları ve Öneriler

BKB tanılu grupta dürtüselliği Beck Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puan ve duygusal istismarın, kontrol grubunda ise sadece Hamilton

Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puanın yordadığı belirlenmiştir. BKB tanılı grupta kendine zarar verme davranışını duygusal istismarın, kontrol grubunda ise Hamilton Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puanın ve fiziksel ihmalin yordadığı belirlenmiştir. BKB tanılı grupta intihar davranışını Beck Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puan ve cinsel istismarın, kontrol grubunda ise duygusal istismarın ve fiziksel istismarın yordadığı belirlenmiştir.

Sonuç olarak, BKB tanılı grupta, duygusal istismara maruz kalma ve depresif semptomların düzeyi arttıkça dürtüsel davranışların da arttığı; çocukluk çağında duygusal istismara maruz kalma düzeyi arttıkça kendine zarar verme davranışların da arttığı; cinsel istismara maruz kalma ve depresif semptomların düzeyi arttıkça intihar davranışının da arttığı saptanmıştır.

Araştırma çerçevesinde ulaşılan BKB tanılı grupla ilgili betimsel özellikler şu şekildedir:

1. Bu araştırmada, BKB tanılı grubun % 93.1'nde en az bir çocukluk çağı istismarına maruz kaldığı saptanmıştır.

2. Bu araştırmada, BKB tanılı grubun % 79.2'sinin duygusal ihmale; % 59.7'sinin fiziksel ihmale; % 88.9'unun duygusal istismara; % 61.1'inin fiziksel istismara; % 65.3'ünün ise cinsel istismara maruz kaldığı saptanmıştır.

3. Bu araştırmada, BKB tanılı grubun % 63.9'unun geçmişte bir ve birden fazla sayıda intihar girişimi olduğu ancak toplum örneklemleri kontrol grubunda bu oranın % 4.2 olduğu saptanmıştır.

4. Bu araştırmada, BKB tanılı grupta ailede intihar girişimi oranı % 27.8 iken bu oran kontrol grubunda % 11.8 olduğu saptanmıştır.

5. Bu araştırmada, BKB tanılı grubun % 41.7'sinin intihar yöntemlerinden ilaç içme yöntemini kullandığı saptanmıştır.

6. Bu araştırmada, BKB tanılı grupta cinsel istismara uğrama oranı % 58.3 iken toplum örneklemleri kontrol grubunda % 4.2 olarak saptanmıştır.

Sınırlılıklar

Araştırmada yer alan BKB tanılı grup İstanbul ilinde yaşayan bireylerden oluşmaktadır. Örneklemenin çeşitli illeri kapsıyor olması ve daha büyük bir örnekleme yapılması faydalı olabilir.

BKB’de çocukluk çağı travmalarının geriye dönük ve öz bildirime dayalı şekilde değerlendirmiş olması bir sınırlılık olarak görülebilir. Sonraki yapılacak araştırmalarda nicel değerlendirmelere ek olarak nitel değerlendirmeler de yapılabilir. Özellikle çocukluk çağı travmasına maruz kalma şekli ile ilgili bilgiler aydınlatıcı olabilir.

Araştırma kesitsel bir çalışmadır ve 2015-2016 yıllarını kapsamaktadır. Bu konuda yapılacak boylamsal çalışmalar çocukluk çağı travmalarının ve depresif semptomların BKB örneklemindeki seyri ile ilgili daha ayrıntılı bilgiler sağlayabilir.

BKB’ de depresif semptomların karakterini saptamak üzere özgül bir ölçek kullanmak önemli görünmektedir. Depresyonun bilişsel ve somatik boyutu ayrı ayrı değerlendirilebilir.

Araştırmacılara Öneriler:

Bu çalışmada kendine zarar verme ve intihar davranışları öz bildirim ölçekleri ile değerlendirilmiştir. Değerlendirmelerde nitel araştırma yöntemlerinin de kullanılarak karma desenlerle yapılacak olan çalışmalar, BKB olgularının yaşadığı duygu, düşünce ve davranış motivasyonlarını daha detaylı tarif etmelerini sağlayabilir.

BKB’de intihar için risk oluşturabilen depresif semptomların karakteristiğini belirlemek amacıyla özgün ölçekler geliştirilmesi değerlendirme anlamında alana katkı sağlayabilir.

Türkiye’de BKB olgularında çocukluk çağı travmalarının yaygınlığı ile ilgili istatistiksel çalışmaların yapılması da literatüre katkı sağlayabilir.

Bu araştırmada, BKB olgularının çoğunluğunun birden fazla sayıda intihar girişiminde bulundukları aynı zamanda geleceğe yönelik intihar düşünceleri taşıdıkları belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarında intihar davranışı ile cinsel istismar ve yüksek depresif semptomlar arasındaki anlamlı ilişki dikkati çekmektedir. Dolayısıyla, BKB ile cinsel istismar ilişkisinin daha derinlemesine sorgulanması borderline kişilik örgütlenmesinin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayabilir.

Klinisyenlere neriler:

BKB olgularında, çocukluk ağı travmalarından özellikle cinsel istismar ve duygusal istismar gibi ilave risk faktörlerin varlığının depresif duygudurum yoğunluğuna katkıda bulunabileceği göz önüne alınmalıdır. BKB'ye eşlik eden depresif semptomların şiddetinin düzenli olarak hem klinisyen merkezli ölçüm hem de öz bildirim ölçekleri ile takip edilmesi tedavi açısından önemli olabilir.

Bununla birlikte, BKB'de eşlik eden depresif semptomların sebep olduğu bilişsel bozulmanın somatik bozulmalardan daha fazla görüldüğünü ve tedavinin de buna yönelik düzenlenmesi gerektiğini, mutlaka psikoterapinin eklenmesinin gerektiğini araştırma sonuçlarına göre söylenebilir. Daha yeterli bilişsel kapasite BKB psikopatolojisi açısından koruyucu nitelikte olabilir. Bu durum, BKB prognozunu da farklı etkileyecektir.

BKB'de çocukluk ağı travmasının bilişsel işlevler üzerindeki bozucu etkisini göz önüne alındığında psikoterapi yoluyla travma toleransı, dürtü kontrolü, olumlu başa çıkma mekanizmalarının geliştirilmesine yönelik yeniden yapılanmaya ihtiyaç olduğu görünmektedir. Buna karşılık, travma sorgulanması öz benlik ve kişilerarası ilişki geliştirme kapasitesinin restorasyonu için önemli görünmektedir. BKB olgularının, kendilik algısının mağdur ve fail rolleri ötesinde genişletilmesi kıymetli bir yardım olacaktır.

REFERANSLAR

- Abrahamson, L.Y., Metalsky, G.I. ve Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theorybased subtype of depression. *Psychological Review*, 96 (2), 358-372.
- Agerbo, E., Nordentoft, M. ve Mortensen, P.B. (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study, 325, 7355-74.
- Akdemir, A., Örsel, S. D., Dağ, İ. ve ark. (1996). Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin (HDDÖ) geçerliği-güvenirliliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4, 251-259.
- Akiskal, H.S. (1981). Subaffective Disorders: Dysthmic, cyclothymic and bipolar II disorders in the "borderling" Realm. *Psychiatr Clin North Am*, 4, 25-49.
- Akiskal, H.S., Chen, S.E. ve Davis, G.C. (1985). Borderline: an adjective in search of a noun. *J Clin Psychiatry*, 46, 41-48.
- Aksoy, A. ve Ögel, K. (2005). Sokakta yaşayan çocuklarda kendine zarar verme davranışı ve madde kullanımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 163-169.
- Akyüz, G., Şar, V., Kuğu, N. ve ark. (2005). Reported childhood trauma, attempted suicide and self-mutilative behavior among women in the general population. *Eur Psychiatry* 20 (3), 268-73.
- Allen, B. (2008). An analysis of the impact of diverse forms of childhood psychological maltreatment on emotional adjustment in early adulthood. *Child Maltreat*, 13, 307-312.
- Alnaes, R. ve Torgersen, S. (1997). Personality and personality disorders predict development and relapse of major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 336-342.
- Altıntaş I. (2008). Dissosiyatif Bozuklukta Psikiyatrik Eş Tanılar. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC. American Psychiatric Publishing.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı*, 5. Baskı (DSM-V) (E Köroğlu, Çev.). Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

- Angst, F. Stassen, H.H., Clayton, P.J. ve Angst, J. (2002). Mortality of Patients with Mood Disorders: Follow-up over 34-38 Years, *J Affect Disord.* 68, 167-181.
- Aslan, S.H., Evlice, Y.E.(1997). Borderline kişilik bozukluğunun sağaltımında bilişsel ve davranışçı yöntemler. *Psikiyatri Bülteni*,4, 68-74.
- Aust, S., Hartwig, E. A., Heuser, I. ve Bajbouj, M. (2012). The role of early emotional neglect in alexithymia. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1-8.
- Ayan, S. ve Kocacık, F. (2009).Çocuk İstismarı: Sivas (Türkiye) örneği. *Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1, 953-68.
- Aydemir, Ö. ve Köroğlu, E. (2012). *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler*. Ankara: HYB Basım Yayın.
- Aydemir, Ö., Demet, M.M., Esen. D. A., Deveci, A., Taşkın, E.O., Mızrak, S. ve Şimşek, E. (2003). Borderline kişilik envanterinin Türkçe'ye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerliliği. *Bahar Sempozyumları VII*, Antalya,179-181.
- Baca-Garcia, E., Diaz-Sastre, C., Basurte, E., Prieto, R., Ceverino, A., Saiz-Ruiz, J. ve de Leon J.(2001). A prospective study of the paradoxical relationship between impulsivity and lethality of suicide attempts. *J Clin Psychiatry*, 62, 560–564.
- Bagge, C., Nickell, A., Stepp, S., Durrett, C., Jackson, K. , ve Trull, T. J. (2004) . Borderline personality disorder features predict negative outcomes 2 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 2, 79-88.
- Bahar, G., Savaş, H.A. ve Bahar, A. (2009).Çocuk istismarı ve ihmali: Bir gözden geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4 (12), 51-65.
- Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, D. ve ark. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history and birth factors in patients with borderline personality disorders and healthy controls. *Psychiatry Res*, 139, 169-179.
- Baraquehais, M. D., Oquendo, M.A., Baca-Garcia, E. ve Sher, L. (2010). Is impulsivity a link between childhood abuse and suicide? *Compr Psychiatry*, 51(2),121-9.
- Barr, W., Hodge, S. ve Kirkcaldy, A. (2008). Evaluation of the day services run by agency partnerships and therapeutic community service north. *Research Report. Therapeutic Community Services North*.

- Barratt, E.S.(1959). Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Percept MotSkills*, 9, 191-198.
- Barstow, D.G.(1995). Self-injury and self-mutilation. *Nursing approaches. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 33,19-32.
- Bayam, G., Dilbaz, N., Bitlis, V., Holat, H. Ve Tüzer, T. (1995). İntihar davranışı ile depresyon, ümitsizlik, intihar düşüncesi ilişkisi: İntihar Davranış Ölçeği geçerlik, güvenirlik çalışması. *Kriz Dergisi*, 3(1-2), 223-225.
- Beautrais, A.L., Joyce P.R. ve Mulder R.T.(1999). Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide Life Threat Behav*; 29,37–47.
- Beck, A.T., Weissman, A. ve Lester, D. (1976). Classification of suicidal behaviors, II: dimensions of suicidal intent. *Arch Gen Psychiatry*, 835-837.
- Bedi, S., Nelson, E.C., Lynskey, M.T., McCutcheon ,V.V., Heath, A.C., Madden, P.A. ve Martin, N.G. (2011). Risk for suicidal thoughts and behavior after childhood sexual abuse in women and men. *Suicide Life Threat Behav*, 41, 406-415.
- Berber, S. (2008). Özkıyım (İntihar). Öztürk MO, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Yenilenmiş 11. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 428-447.
- Berking, M., Neacsiu, A., Comtois, K. A., ve Linehan, M. M. (2009). The impact of experiential avoidance on the reduction of depression in treatment for borderline personality disorder. *Behaviour, Research, and Therapy*, 47(8), 663-670.
- Bernet, W. (2000). Child maltreatment. B Sadock, V Sadock (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*'de, 7. baskı, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2878- 2889.
- Bernstein, D.P., Fink, L., Handelsman, L. ve ark.(1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*, 151,1132-1136.
- Bifulco, A., Moran, P. M., Baines, R., Bunn, A. ve Stanford, K. (2002). Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66, 241-258.

- Bildik, T., Somer, O.,Başay, B.K.,Başay, Ö. ve Özbaran, B. (2012). Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23, 49-57.
- Bilir, Ş., Arı, M., Dönmez, N.B. ve Güneysu, S. (2001).4-12 Yaşları Arasında 16.100 Çocukta, Örselenme Durumları İle İlgili Bir İnceleme. I. Ulusal Kongresi, Serbest BildirilerKitabı, Gözde Repro Ofset, 45-53.
- Black, D.W., Bell, S., Hulbert, J. ve ark. (1988). The importance of Axis II in patients with major depression: a controlled study. *J Affect Disord*, 14, 115-122.
- Bohus, M., Limberger, M., Ebner, U. ve ark. (2000). Pain Perception During Self-reported Distress and Calmness in Patients with Borderline Personality Disorder and Self-mutilating Behavior. *Psychiatry Research*, 95 (3), 251-260.
- Brady,K.T.,Myrick,H., ve McElroy, S. (1998).The relationship between substance use disorders, impulse control disorders, and pathological aggression *Am. J. Addict.*, 7, 221–230.
- Brezo, J., Paris, J., Vitaro ,F., Hebert, M., Tremblay, R.E. ve Turecki, G. (2008). Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *Br J Psychiatry*, 193,134-139.
- Briere, J., Gil, E.(1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry*, 68,609-620.
- Briere, J. ve Runtz, M. (1995). Suicidal thoughts and behaviours in former sexual abuse victims. *Can J Behav Sci*, 18, 413-423.
- Brodsky, B.S. Oquendo, M. Ellis, S.P. Haas, G.L. Malone, K.M. ve Mann, J.J. (2001). The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *Am J Psychiatry*, 158, 1871–1877.
- Brodsky, B.S., Cloitre, M. ve Dulit, R.A. (1995). Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 152, 1788-92.
- Brodsky, B.S. ve Stanley, B. (2008). Adverse childhood experiences and suicidal behavior *Psychiatr Clin N Am*, 31, 223-235.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J.G. ve Smailes, E.M. (1999). Childhood abuse and neglect: Specifisity and effects on adolescent and young adult

- depression and suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38, 1490-1496.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., ve Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 198–202.
- Browne, A. ve Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99 (1), 66-77.
- Bryer, J.B., Nelson, B.A., Miller, J.B. ve Kroll, P.A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry*, 144, 1426-1430.
- Burns, E. E., Fischer, S., Jackson, J. L. ve Harding, H. G. (2012). Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 36, 32–39.
- Cain, N. M., Ansell, E. B., Wright, A. G., Hopwood, C. J., Thomas, K. M., Pinto, A., Markowitz, J. C., Sanislow, C. A., Zannarini, M. C., Shea, M. T., Morey, L. C., McGlashan, T. H., Skodol, A. E., ve Grilo, C. M. (2012). Interpersonal pathoplasticity in the course of major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 78-86.
- 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.
- Carpenter, L. ve Chung, M. C. (2011). Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: The roles of alexithymia and attachment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 367–388.
- Casada, J.H. ve Roache, J.D. (2005). Behavioral inhibition and activation in posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis*, 193, 102-109.
- Chamberlain, S.R. ve Sahakian, B.J. (2007). The neuropsychiatry of impulsivity. *Curr Opin Psychiatr*, 20, 255-261.
- Chapman, A. ve Chiristina, M. ve Derbidge, M.S. (2009). Temperament as a prospective predictor of self-injury among patients with borderline personality disorder, *Journal Of Personality Disorders*, 23(2), 122-140.
- Chu, J.A., Frey, L.M., Ganzel, B.L. ve Matthews, J.A. (1999). Memories of childhood abuse dissociation, amnesia and corroboration. *Am J Psychiatry*, 156, 749-55.

- Cicchetti, D. (2014). Illustrative developmental psychopathology perspectives on precursors and pathways to personality disorder: Commentary on the special issue. *Journal of Personality Disorders*, 28 (1), 172-179.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A. ve Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*, 188, 423-431
- Comtois, K. A., Cowley, D. S., Dunner, D. L., ve Roy-Byrne, P. P. (1999). Relationship between borderline personality disorder and Axis I diagnosis in severity of depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(11), 752-758.
- Comtois, K. A., Cowley, D. S., Dunner, D. L., ve Roy-Byrne, P. P. (1999). Relationship between borderline personality disorder and Axis I diagnosis in severity of depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(11), 752-758.
- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R. ve ark. (2005). Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry*, 162, 297-303.
- Corbitt, E. M., Malone, K. M., Haas, G. L., ve Mann, J. J. (1996). Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorders. *Journal of Affective Disorders*, 39(1), 61-72.
- Corruble, E., Damy, C. Ve Guelfi, J.D.(1999). Impulsivity: a relevant dimension in depression regarding suicide attempts? *J Affect Disord*, 53, 211–215.
- Corruble, E., Hatem, N., Damy, C, Falissard, B., Guelfi, J., Reynaud, M. ve Hardy, P. (2003). Defence styles, impulsivity and suicide attempts in major depression. *Psychopathology*, 36, 279-284.
- Coryell, W. ve Young, E.A. (2005).Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*, 66, 412-417.
- Courtois, C.A. (1999). *Recollections of Sexual Abuse, Treatment Principles and Guidelines*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Crowell, S., Beauchaine,T. Ve Linehan, M.(2009).A biosocial developmental model of borderline personality:Elaborating and extending Linehan's theory.*Psychological Bulletin*, 1, 35, 495–510.
- Cuomo, C., Sarchiapone, M., Giannantonio, M.D., ve ark. (2008).Aggression, impulsivity personality traits, and childhood trauma of prisoners with

- substance abuse and addiction. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 34(3), 339-45.
- Cyranowski, J.M., Frank, E., Winter, E. ve ark. (2004). Personality pathology and outcome in recurrently depressed women over 2 years of maintenance interpersonal psychotherapy. *Psychol Med*, 34(4), 659-669.
- Dağlı, E.T. ve İnanıcı M.A. (2011). Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı: İhmal ve İstismara Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım. Ankara.
- Damy, A., Hatem, N., Corruble, E., ve Guelfi, J. (2000). Retrospective study of suicide and impulsivity. *Annates Medico-Psychologiques*, 158, 673-676.
- Davidson, J., Hughe, D., George, L. ve Blazer, D.G. (1996). The association of sexual assault and attempted suicide with community. *Arch Gen Psychiatry*, 53, 550-555.
- Deiter, J.P., Nicholls, S.S. ve Pearlman, A.L. (2000). Self-Injury and Self-Capacities: Assisting an Individual in Crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 56(9), 1173-1191.
- Deltito, J., Martin, L., Riefkohl, J. ve ark. (2001). Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum? *J Affect Disord* 67, 221-228.
- Demirel, Ö. S. ve Eşel, E.(2003). İntihar (Özkıym). *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 175–185.
- Devrimci-Özgüven, H. (2002). İntiharların ve İntihar Girişimlerinin Epidemiyolojisi. I Sayıl (Ed). İntihar’da. Ege Psikiyatri Yayınları, İzmir, 7–22.
- Devrimci-Özguven, H. (2008). İntihar Davranışının Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 1 (3), 1–7.
- Dileo, J.F., Brewer, W.J., Hopwood, M., Anderson, V. ve Creamer, M. (2008). Olfactory identification dysfunction, aggression and impulsivity in war veterans with post-traumatic stress disorder. *Psychol Med*, 38, 523-531.
- Doğan, O. (2000). Depresyonun epidemiyolojisi. *Duygudurum Dizisi*, 1, 29-38.
- Doruk, A. ve Özşahin, A. (2007). İntihar. E Köroğlu, C Güleç (Ed). *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2. Baskı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 556–561.

- Dülger, H.E., Tokdemir, M., Tezcan, E.A., Kuloğlu, M. ve Doğan, I. (1997). Elazığ İslahevi'ndeki çocuk ve ergen hükümlülerde kendini yaralama davranışı. *Düşünen Adam*, 10, 18-21.
- Dulit, R.A., Fyer, M.R., Leon, A.C., Brodsky, B.S. ve Frances, A.J. (1994). Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder *American Journal of Psychiatry*, 151, 1305-1311.
- Dursunkaya, D. (2008). Duygusal örselenme ve ihmal. In: Çetin FÇ, Coşkun A, İşeri E, Miral S, Motavallı N, Pehlivan Türk B (eds). *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 478-487.
- Ebrinç, S., Başoğlu, C., Semi, Z. B.Ü. ve Çetin, M. (2001). Bedenine zarar veren sınır kişilik bozukluğu hastalarında dissosiyasyon, hipnoza yatkınlık ve çocukluk çağı cinsel kötüye kullanımı. *3P Dergisi*, 9, 377-386.
- Egeland, B. (2009). Taking stock: childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology. *Child Abuse Negl*, 33, 22-26.
- Ekinci, S. (2010). Fiziksel çocuk istismarı. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32 (5), 625-631.
- Enns, M.W., Cox, B.J., Afifi, T.O., De Graaf, R., Ten Have, M. ve Sareen, J. (2006). Childhood adversities and risk for suicidal ideation and attempts: a longitudinal population-based study. *Psychol Med*, 36, 1769-1778.
- Enns, M.W., Swenson, J.R., McIntyre, R.S ve ark. (2001). Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders: comorbidity. *Can J Psychiatry*, 46 (Suppl 1), 77-90.
- Erel, Ö. ve Gölge, Z.B. (2015). Üniversite öğrencilerinde riskli davranışlar ile çocukluk çağı istismar, dürtüsellik ve riskli davranışlar arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 16, 189-197.
- Eskin, M. (2003). İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Bölüm 5: Risk Etmenleri, Ankara, 133-222.
- Etain, B., Henry, C., Bellivier, F., Mathieu, F. ve Leboyer M. (2008). Beyond genetics: Childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 10, 867-876.
- Evren, C. ve Evren, B. (2005). Self-Mutilation in Substance-Abuse Patients and Relationship with Child Abuse and Neglect, Alexithymia and

Temperament and Character Dimensions of Personality, Drug and Alcohol Dependence, 80, 15-22.

Eysenck, M. W., ve Calvo, M.G. (1992). Anxiety and performance: The processing efficiency theory. *Cognition and Emotion*, 6, 409-434.

Farmer, A. E. (1996). The genetics of depressive disorders. *International Review of Psychiatry*, 8, 369-372.

Favazza, A.R. (1998). The Coming Of Age of Self- Mutilation. *The Journal of Nervous Mental Disease*, 186, 5.

Favazza, A. R. ve Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 134-140.

Favazza, A. R., ve Conterio, K. (1988). The plight of chronic self-mutilators. *Community Mental Health Journal*, 24, 22-30.

Favazza, A. R., ve Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 283-289.

Favazza, A. R., DeRosear, L., ve Conterio, K. (1989). Self-mutilation and eating disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19, 352-361.

Favazza, A. R. (1992). Repetitive self-mutilation. *Psychiatric Annals*, 22, 60-63.

Favazza, A. R. (1996). *Bodies Under Siege*. İkinci baskı, Baltimore, John Hopkins University Press.

Favazza, A. R. (1989) Why patients mutilate themselves. *Hosp Community Psychiatry*; 40, 137-145.

Favazza, A.R.ve Conterio K. (1989). Female habitual selfmutilators. *Acta Psychiatr Scand*; 79, 283-289.

Favvaza, A. R. ve Rosenthal, R.J. (1993). Diagnostic Issues In Self-Mutilation. *Hospital and Community Psychiatry*, 44,134-140.

Fawcett, J. (2001). Treating Impulsivity and Anxiety in the Suicidal Patient, *Clinical Science of Suicide Prevention*, H. Hendin ve JJ Mann (Ed.), New York: New York Academy of Sciences, 932, 94-105.

Feldman, M.D. (1988).The challenge of self-mutilation: a review. *Compr Psychiatry*, 29,252-269.

Fernandez-Aranda, E., Pinheiro, A.R., Thornton, L.M. ve ark. (2008). Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Res*, 15, 147-57.

- Fliege, H., ve ark. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(6), 477-493.
- Fossati, A., Madeddu, F. ve Maffei, C.(1999). Borderline Personality Disorder And Childhood Sexual Abuse: A meta-analytic study. *J Personality Disorders*, 13, 268–280.
- Foster, T., Gillespie, K. Ve Mc Clelland, R. (1997). Mental Disorders and suicide in Northern Ireland, *Br. J.Psychiatry*, 170, 447-452.
- Frances, A., Clarkin, J.F., Gilmore, M., Hurt, S.W., ve Brown, R. (1984). Reliability of criteria for borderline personality disorder. A comparison of DSM-III and the Diagnostic Interview for Borderline Patients. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1080-1084.
- Fuller-Thomson, E., Baker, T. ve Brennenstuhl, S. (2012). Evidence supporting an independent association between childhood physical abuse and lifetime suicidal ideation. *Suicide Life Threat Behav*, 42, 279-291.
- Galione, J. ve Zimmerman, M. (2010). A comparison of depressed patients with and without borderline personality disorder: implications for interpreting studies of the validity of the bipolar spectrum. *Journal of Personality Disorders*, 24, 763–772.
- Gardner, D. L.(1989). Borderline personality disorder: A research challenge. *Biol Psychiatry*, 26, 655-658.
- Garno, J.L., Goldberg, J.F., Ramirez, M. ve ark. (2005). Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry*. 186, 121–125.
- Ghaziuddin, M., Naylor, M., Tsai, L. ve Ghaziuddin, N. (1992). Mood Disorder in a Group of Self Cutting Adolescents. *Acta Paedopsychiatrica*, 55, 103-105.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort ,M. ve Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 649-658.
- Gladstone, G.L., Parker, G.B. ve Mitchell, P.B. (2004). Implication of childhood trauma for depressed women; an analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self harm and revictimization, *Am J Psychiatry*, 16, 1417- 1425.

- Goldberg, J.F., Perlis, R.H., Bowden, C.L., Thase, M.E., Miklowitz, D.J., Marangell, L.B., Calabrese, J.R., Nierenberg, A.A. ve Sachs, G.S. (2009). Manic symptoms during depressive episodes in 1,380 patients with bipolar disorder: findings from the STEP-BD. *Am J Psychiatry*, 166, 173-181.
- Goldstein, W. N. (1995). The borderline patient: Update on the diagnosis, theory, and treatment from a psychodynamic perspective. *American Journal of Psychotherapy*, 49, 317-337.
- Golier, J.A., Yehuda, R., Bierer, L.M., Mitropoulou, V., New, A.S., Schmeidler, J., Silverman, J.M. ve Siever, L.J. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2018-2024.
- Goodman, M., Patil, U., Triebwasser, J., Diamond, E., Hiller, A., Hoffman, P., Goldberg, S., Koenigsberg, H., Siever, L. ve New, A. (2010). Parental viewpoint of trajectories to borderline personality disorder in female offspring. *J Pers Disord*, 24, 204-216.
- Grant, J.E., Levine, L., Kim, D., ve ark., (2005). Impulse Control Disorders in Adult Psychiatric Inpatients. *Am J Psychiatry*, 162, 2184-8.
- Green, A. (1996). Child sexual abuse and incest. In: Lewis M, ed. *Child and adolescent psychiatry. A comprehensive textbook* 2nd ed. Baltimore, MA: Williams & Wilkins, 1041-48.
- Green, A.H. (1978). Self-destructive behaviour in battered children. *Am J Psychiatry* 135, 579-582.
- Grilo, C.M., Shea, M.T., Sanislow, C.A., Skodol, A.E, Gunderson, J.G, Stout, R.L., Pagano, M.E., Yen, S., Morey, L.C., Zanarini, M.C. ve McGlashan, T.H. (2004). Two-year stability and change in schizotypal, borderline, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 767-775.
- Groholt, B., Ekeberg, O., Wichstrom, L. ve ark. (2000). Young Suicide Attempters: A Comparison Between a Clinical and an Epidemiological Sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39 (7), 868-875.
- Grote, N. K., Spieker, S. J., Lohr, M. J., Geibel, S. L., Swartz, H. A., Frank, E., Houck, P. R. ve Katon W. (2012). Impact of childhood trauma on the outcomes of a perinatal depression trial. *Depression and Anxiety*, 29, 563-573.

- Guertin, T., Richardson, E.L., Spirito, A., Donaldson, D. Ve Boergers, J. (2001). Self-Mutilative Behavior in Adolescents Who Attempt Suicide by Overdose. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40, 9.
- Güleç, H., Tamam, L., Guleç, M.Y., Turhan, M., Karakuş, G., Zengin, M. ve Stanford, M.S. (2008). Psychometric properties of the Turkish version of the Barratt impulsiveness scale-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 18, 251-258.
- Güleç, M., Altıntaş, M., İnanç, L. ve ark. (2012) Effects of childhood trauma on somatization in major depressive disorder: The role of alexithymia. *J Affect Disord*, 146, 137-41.
- Gunderson, J.G., Stout, R.L., Sanislow, C.A. ve ark. (2008). New episodes and new onsets of major depression in borderline and other personality disorders. *Journal of Affective Disorders* 111, 40–45.
- Gunderson, J. G., Morey, L. C., Stout, R. L., Skodol, A. E., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Zanarini, M. C., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Yen, S., Daversa, M. T., ve Bender, D. S. (2004). Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(8), 1049-1056.
- Gunderson, J.G. (2001). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Washington, D.C: American Psychiatric Press,
- Gunderson, J.G. (2007). Disturbed relationships as a phenotype for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164 (11), 1637-1640.
- Gunderson, J.G. ve Links, P.S. (2008). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Second edition. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Gunderson, J.G.(1994). Building structure for the borderline construct. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 12–18.
- Gunderson, J.G. ve Elliot, G.R. (1985). The interface between borderline personality disorder and affective disorder. *Am J Psychiatry*, 142, 277-288.
- Gunderson, J.G. ve Phillips, K.A. (1991). A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry*, 148, 967-975.
- Gunderson, J.G. ve Singer, M.T. (1975). Defining borderline patients: an overview. *Am J Psychiatry*, 132:1-10.

- Gupta, S. ve Mattoo, S.K. (2010). Personality disorders: Prevalence and demography at a psychiatric outpatient in North India. *International Journal of Social Psychiatry*, 58 (2), 146-152.
- Hawton, K., Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372–1381.
- Hawton, K., Rodham. K., Evans, E. ve Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*, 325, 1207-11
- Hawton, K., Zahl, D. Ve Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Brit J Psychiat*, 182, 537–542.
- Hawton. K., Kingsbury. S., Steinhardt, K. ve ark. (1999). Repetition of Deliberate Self-harm by Adolescents: The Role of Psychological factors. *Journal of Adolescence*, 22 (3), 369-378.
- Hayashi, N., Igarashi, M., Imai, A., ve ark. (2010). Psychiatric disorders and clinical correlates of suicidal patients admitted to a psychiatric hospital in Tokyo. *BMC Psychiatry* 10, 109, 2010.
- Henry, C., Mitropoulou, V., New, A.S. ve ark. (2001). Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *J Psychiatr Res*, 35, 307- 312.
- Herman, J. (2007). Travma ve İyileşme, Şiddetin Sonuçları. Ev İçi İstismardan Siyasi Teröre. (Çev. T Tosun) İstanbul, Literatür Yayınları 509.
- Herman, J. L. (1992). Trauma and Recovery: The aftermath of violence - from domestic abuse to political terror. New York, Basic Books.
- Herman, J. L., Perry, J.C. ve van der Kolk, B.A.(1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatr*, 146, 490-5.
- Herpertz, S. (1995). Self Injury Behavior, Psychopathological and Nosological Characteristics in Subtypes of Self-Injurers. *Acta Psychiatrica Scand*, 91, 57-68.
- Herpertz, S., Sass, H., ve Favazza, A. (1997). Impulsivity in self-mutilative behavior: Psychometric and biological findings. *Journal of Psychiatric Research*, 31, 451–465.
- Hickey, L., Hawton, K., Fagg, J. ve Weitzel, H. (2001). Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: A neglected population at risk. *J Psychosom Res*, 50, 87-93.

- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3-13.
- Hobfoll, S.E., Jackson, A.P., Lavin, J., Johnson, R.J. ve Schroder, K.E.E. (2002). Effects and generalizability of communally oriented HIV-AIDS prevention versus general health promotion groups for single, inner-city women in urban clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 950-960.
- Hollander, E. ve Evers, M. (2001). New developments in impulsivity. *Lancet*, 358, 949-950.
- Hollander, E., Pallanti, S., Allen, A., Sood, E. ve Baldini Rossi, N. (2005). Does Sustained-Release Lithium Reduce Impulsive Gambling and Affective Instability Versus Placebo in Pathological Gamblers With Bipolar Spectrum Disorders? *American Journal of Psychiatry*, 162, 137-145.
- Horesch, N. (2001). Self-report vs. computerized measures of impulsivity as a correlate of suicidal behaviour. *Crisis*, 22, 27-31.
- Horesch, N., Orbach, I., Gothelf, D., Efrati, M., ve Apter, A. (2003). Comparison of the suicidal behaviour of adolescent inpatients with borderline personality disorder and major depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 582-588.
- Hornor, G. (2012). Emotional maltreatment. *J Pediatr Health Care*, 26, 436-442.
- Hovens, Giltay, E. J., Wiersma, J. E., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H. ve Zitman, F. G. (2012). Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(3), 198-207.
- Höyer, E. H., Olesen, A.V. ve Mortensen, P.B. (2004). Suicide risk in patients hospitalised because of an affective disorder: a follow-up study, 1973-1993. *J Affect Disord*, 78(3), 209-17.
- Issacson, G. ve Rich, C.L.(2001). Management of patients who deliberately harm themselves. *BMJ*, 322, 213-215.
- Jacobson, C. M., ve ark. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 37(2), 363-75.
- James, L. M., ve Taylor, J. (2008). Associations between symptoms of borderline personality disorder, externalizing disorders, and suicide-

- related behaviors. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30 (1), 1-9.
- Joel, P. (2005). Understanding self-mutilation in borderline personality disorder, *Harv Rev Psychiatry*, 13, 179–185.
- Johnson, C. F. (2000). Abuse and Neglect of Children. Behrman R.E, Kliegman R.M, Arvin A.M. (eds), *Nelson Textbook of Pediatrics*, 16th ed., WB Saunders, Philadelphia,
- Johnson, J., Gooding, P. A., Wood, A. M., ve Tarrier, N. (2010). Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behaviour Research and Therapy*, 48(3), 179-186.
- Joiner, T. E., Sachs-Ericsson, N.J., Wingate, L.R., Brown, J.S., Anestis, M.D. ve Selby, E.A. (2007). Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: a persistent and theoretically important relationship. *Behav Res Ther*, 45, 539- 547.
- Joyce, P.R., Mulder, R.T., Luty, S.E., McKenzie, J.M., Sullivan, P.F., ve Cloninger, R.D. (2003). Borderline personality disorder in major depression: Symptomatology, temperament, character, differential drug response, and 6-month outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 35–43.
- Judd, P. H., ve Ruff, R. M. (1993). Neuropsychological Dysfunction in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 7, 275-284.
- Kairys, S. W. ve Johnson, C. F. (2002). The psychological maltreatment of childrentechanical report. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 109 (4), 1-3.
- Kaplan, H. I. ve Sadock, B.J. (2004). *Klinik Psikiyatri*. E Abay (Çev. Ed.), İstanbul: Nobel Matbaacılık,
- Kaplan, H. I., Sadock, B.J. ve Sadock, V.A. (2005). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Eighth Ed., 2442-2453.
- Karakaş, S. ve Arkar, H. (2012). Depresyon ve Kaygının Yordayıcısı Olarak Mizaç ve Karakter Boyutları, *Türk Psikoloji Dergisi*, 27 (69), 21-30.
- Karasar, N. (2002). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti.
- Kazdin, A. E. (2003). *Research Design in Clinical Psychology*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon. 4th ed

- Kehrberg, C. (1997). Self-mutilating behavior [Internet versiyonu [Elektronik versiyonu]. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 10(3), 35-45.
- Kendell, R. E. (2002). The distinction between personality disorder and mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 180, 110–115.
- Kernberg, O. (1992). *Aggression in personality disorders and perversions*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kernberg, O.F., (1977). The structural diagnosis of borderline personality organization. In: Hartcollis P. (ed). *Borderline Personality Disorders*, 87-121. Int Universities pres, NY.
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641–684.
- Kernberg, O.F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson
- Kessler, R. C., McGonagle, K.A. ve Nelson, C.B. (1994). Sex and Depression in the National Comorbidity Survey, II Cohort Effects. *J Affect Disord*, 30, 15-26.
- Kessler, R.C., Borges, G. ve Walters, E.E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 617-626.
- Kim, C.D., Lesage, A.D., Seguin, M., Chawky, N., Vanier, C., Lipp, O., ve Turecki G. (2004). Seasonal Differences in Psychopathology of Male Suicide Completers. *Comprehensive Psychiatry*, 45(5) , 333-339.
- Kim, N. (2006). *Decision-Making, Impulsivity and Borderline Personality Disorder*, Doctor Of Philosophy Thesis
- Kjellander, C., Bongar, B. ve King, A. (1998). Suality in Borderline Personality Disorder. *Crisis*, 19, 125-15.
- Kjelsberg, E., Eikeset, P. H. ve Dahl, A. A. (1991). Suicide in Borderline Patients- Pretictice Factors. *Acta Psychiatr Scand*, 84, 283-7.
- Klonsky, E. D., ve Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements about Self-Injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 215-219.

- Klonsky, E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence, *Clin Psychol Rev*, 27, 226–239.
- Klonsky, E.D. ve Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 192(3), 166-170.
- Klonsky, E.D. ve J.J. (2007). Muehlenkamp, Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045-1056.
- Klonsky, E.D., Olthmanns, T.F. ve Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1501-1508.
- Köroğlu, E. (1997). *Psikiyatri Temel Kitabı 1. cilt*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 389-428
- Kroll, J., Carey, K., Sines, L., ve Roth, M. (1982). Are there borderlines in Britain? A cross-validation of US findings. *Archives of General Psychiatry*, 39, 60-63.
- Kuritárné, I. (2005). Childhood trauma in the etiology of borderline personality disorder. *Psychiatria Hungarica*, 20, 256-270.
- Kutcher, S. ve Chehil, S. (2007). *Suicide Risk Management A Manual for Health Professionals*. 1st Edition, Oxford: Blackwell Publishing, 1-33.
- Ladd, C., Huot, R., Thirivikraman, K., Nemeroff, C., Meaney, M. ve Plotsky, P. (2000). Long-term behavioral and neuroendocrine adaptations to adverse early experience. *Progress in Brain Research*, 122, 81–103.
- Langbehn, D. ve Pfohl, B. (1993). Clinical correlates of selfmutilation among psychiatric inpatients. *Ann Clin Psychiatry*, 5, 45-53.
- LeBlanch, R. (1993). Educational management of selfinjurious behavior. *Acta Paedopsychiatrica*, 56, 91-92.
- Leichsenring, F. F. (1999). Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 73, 45–63.
- Lejoyeux, M., Arbaretaz, M., McLoughlin, M., ve ark. (2002). Impulse control disorders and depression. *J Nerv Ment Dis*, 190, 310-4.

- Levy, K. N., Beeney, J. E. ve Temes, C.M. (2011). Attachment and its vicissitudes in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 13, 50-59.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive Behavioural Treatment of Borderline personality disorder*. London: Guilford Press.
- Links, P. S., Heslegrave, R., ve van Reekum, R. (1999). Impulsivity: core aspect of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 13, 1 – 9.
- Links, P. S., Gould, B., Ratnayake, R. (2003). Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder. *Can J Psychiatry*, 48, 301-310.
- Links, P. S., Kolla, N. J., Guimond, T. ve McMain, S. (2013). Prospective risk factors for suicide attempts in a treated sample of patients with borderline personality disorder. *Can J Psychiatry*, 58, 99- 106.
- Luca, M., Luca, A. ve Calandra, C. (2012). Borderline personality disorder and depression: an update. *Psychiatric Quarterly*, 83(3), 281-292.
- Lüleci, S. (2007). *Kendini Yaralama Davranışı Olan Ergenlerin Psikiyatrik ve Sosyokültürel Özellikleri*. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- MacMillan, H.L., Fleming, J.E., Streiner, D.L., ve ark. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry*, 58, 1878-1883.
- Maniglio, R. (2011). The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and nonsuicidal self-injury. *Acta Psychiatr Scand*, 124, 30-41.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G.L. ve ark. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*, 156, 181-189.
- Maser, J.D., Akiskal, H.S., Schettler, P., Scheftner, W., Mueller, T., Endicott, J., Solomon, D. ve Clayton P. (2002). Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? a 14-year prospective study. *Suicide Life Threat Behav*, 32,10–32.
- May, A. M., Klonsky, E. D., ve Klein, D. N. (2012). Predicting future suicide attempts among depressed suicide ideators: A 10-year longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 46(7), 946-952

- McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., ve ark. (1997). Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse. *JAMA*, 277, 1362-1368.
- Merry, S.N. ve Andrews L.K. (1994). Psychiatric status of sexually abused children 12 months after disclosure Of abuse. *J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry*, 33-7, 939-944.
- Miniati, M., Rucci, P., Benvenuti, A., Frank, E., Battenfield, J., Giorgi, G. ve Cassano, G.B. (2010). Clinical characteristics and treatment outcome of depression in patients with and without a history of emotional and physical abuse. *J Psychiatr Res*, 44, 302- 309.
- Mintzer-Brawman, Phillips, R.B., Morton, K.B ve ark. (1992). Body Dysmorphic Disorder in Patients with Anxiety Disorders and Major Depression. *Am J Psych* 152, 1665-1667.
- Moeller, F. G., Barratt, E.S., Dougherty, D.M, ve ark.. (2001).Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*, 158, 1783- 93.
- Molnar, B., Berkman, L. ve Buka, S. (2001). Psychopathy, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. *Psychol Med*, 31, 965-977
- Morris, C., Simpson, J., Sampson, M. ve Beesley, F. (2013). Emotion and self-cutting: Narratives of service users referred to a personality disorder service. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.
- Muehlenkamp, J. J., Kerr, P. L., Bradley, A. R., ve Adams, L. M. (2010). Abuse subtypes and nonsuicidal self-injury: Preliminary evidence of complex emotion regulation patterns. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 258–263.
- Muehlenkamp, J. J. ve Gutierrez, P.M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Arch of Suicide Research*, 11, 69–82.
- Mullen, P.E., Martin, J.L., Anderson, J.C, Romans, S.E. ve Herbison, G.P. (1996). The long term impact of the physical, emotional and sexual abuse of children: a community study. *Child Abuse Negl*, 20, 7-21.
- Narvaez, J. C., Maqalhaes, P.V., Trindade ,E.K., Vieira, D.C., Kauser-Sant'anna, M., Gama, C.S., ve ark. (2011).Childhood trauma, impulsivity and executive functioning in crack cocaine users. *Compr Psychiatry*, 53, 238-244.

- National Institute of Mental Health (2001). Borderline Personality Disorder: Raising Questions, Finding Answers. Retrieved May 24, 2005 from <http://www.nimh.nih.gov/publicat/bpd.cfm>.
- Nehls, N. (1998). Borderline personality disorder: gender stereotypes, stigma, and limited system of care. *Issues Ment Health Nurs*, 19, 97-112.
- New, A. S., ve Seiver, L. J. (2002). Neurobiology and genetics of borderline personality disorder. *Psychiatric Annals*, 32(6), 329-336.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P. ve Johnson, T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *Br. J. Psychiatry*, January, 188(1), 13-20.
- Nijman, H. L. I. ve Campo, J. M. L. G. (2002). Situational Determinants of Inpatient Self-Harm. *The American Association of Suicidology, Suicide and Life Threatening Behavior*, 32, 2.
- Nock, M. K. ve Kessler, R.C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 616-623.
- Nysaeter, T. E. ve Nordahl, H. M. (2012). Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in psychiatric outpatients: How does it look at 2-year follow-up? *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(3), 209-214.
- O'Donnell, I. Farmer, R. ve Catalán, J. (1996). Explaining Suicide: The Views of Survivors of Serious Suicide Attempts. *British Journal of Psychiatry*, 168, 780-786.
- O'Leary, K. M. (2000). Neuropsychological testing results. *The Psychiatric Clinics of North America: Borderline personality disorder (Special issue)* Paris J. (Ed.), 23(1), 41-59.
- Odağ, C. (1999). Borderline kişilik bozuklukları: örselenme (travma). *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 6, 165-71.
- Ogata, S. N., Silk, K. R. ve Goodrich, S. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 470-476.
- Ögel, K. ve Aksoy, A. (2006). Kendine Zarar Verme Davranışı Raporu. Yeniden Yayın, no:18, İstanbul.
- Oldham, J. M. (1991). Borderline personality disorder: An introduction. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 1014.

- Oldham, J.M. (2006). Borderline Personality Disorder and Suicidality, *Am J Psychiatry*, 163,1.
- Oldham, J. M., Schodol, A.E., Kellman, H.D., Hyler, S.E., Rosnick, L. ve Davies, M. (1992). Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity. *Am J Psychiatry*. 149, 213-20.
- Oldham, J.M., Skodol, A.E., Gallaher, P.E., ve ark. (1996). Relationship of borderline symptoms to histories of abuse and neglect: a pilot study. *Psychiatr Q*, 67, 287-95.
- Olfson, M., Gameroff, M.J., Marcus, S.C., Greenberg, T. ve Shaffer, D. (2005). National trends in hospitalization of youth with intentional-self-inflicted injuries. *Am J Psychiatry*, 162, 1328-1335.
- Oltmanns, T.F., Neale, J.M. ve Davison, G.C. (1995). Case studies in abnormal psychology. 4th ed. (İhsan Dağ, Çeviri editörü) *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, 340-358.
- Oral, R., Can, D., Kaplan, S., Polat, S., Ates, N., Cetin, G., Miral, S., Hanci, H., Ersahin, Y., Tepeli, N., Bulguc, A. G. ve Tiras, B. (2001). Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse & Neglect*, 25, 279-290
- Örsel, S., Karadağ, H., Karaoğlu Kahiloğulları, A. ve Akgün Aktaş, E. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12, 130-136.
- Owens, D., Horrocks, J. ve House, A. (2002). Fatal ad nonfatal repetition of self-harm. *Br J Psychiatry*, 181,183.
- Özdemir, D. F. (2010). Cinsel istismar ve çocuk ruh sağlığı. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32 (5), 569-582.
- Özdemir, P. G., Selvi, Y. Ve Aydın, A. (2012). Dürtüsellik ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 4(3), 293-314.
- Özgüven, H. D., Soykan, Ç., Haran, S. ve Gençöz, T. (2003). İntihar girişimlerinde depresyon ve kaygı belirtilerinin yanı sıra problem çözme becerileri ve algılanan sosyal desteğin önemi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 18,1-11.
- Özmert, E. (2010). Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesinde çocuk hekiminin rolü. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32 (4), 471-480.

- Öztürk, M. O., Uluşahin A. (2008). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Yenilenmiş 11. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 337-427.
- Paris, J. (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv*, 53,738-742.
- Paris, J. (2005). Borderline personality disorder. *CMAJ*, 172,1579- 1583.
- Paris, J. (2010). Effectiveness of different psychotherapy approaches in the treatment of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 12(1), 56-60.doi: 10.1007/s11920-009-0083-0
- Paris, J. (2012). The outcome of borderline personality disorder: good for most but not all patients. *The American Journal of Psychiatry*, 169(5), 445-456.
- Paris, J., Chenard-Poirier, M. ve Biskin, R. (2013). Antisocial and borderline personality disorders revisited. *Comprehensive Psychiatry*, 54. 321-325.
- Paris, J., Zweig-Frank H, Guzder, J. (1994). Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Compr Psychiatry*, 35, 301-5.
- Paris, J. ve Zweig-Frank, H. (2001). A twenty-seven year follow up of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 482-487.
- Paris, J., Zweig-Frank, H. ve Guzder, J. (1994). Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Compr Psychiatry*, 35, 301-5.
- Pattison, E.M., Kahan, J. (1983). Delibrate Self Harm Syndrome. *Am J Psychiatry*, 140, 7.
- Patton, J. H., Stanford, M.S. ve Barratt, E.S. (1995). Factor structure of Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol*, 51, 768-74.
- Pedersen, L. ve Simonsen, E. (2014). Incidence and prevalence rates of personality disorders in Denmark-A register study. *Nordic Journal of Psychiatry*, (0), 1-6.
- Perry, J. C., Herman, J. L., Van der Kolk, B.A., ve Hoke, L.A. (1990). Psychotherapy and psychological trauma in borderline personality disorder. *Psychiatric Annals* 26, 33- 43.
- Phillips, K. A. ve Nierenberg, A.A. (1994). The assessment and treatment of refractory depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 20-26.

- Pollack, W. S. (1999). Psychotherapy (of borderline personality disorder) . In A. S. Bellack Sc M. Hersen (Eds.), Handbook for comparative treatment of adult disorders (p. 393-419). New York: Wiley
- Pope, H. G, Jr Jonas, J. M., Hudson, J. I., Cohen, B. M., ve ark. (1983). The validity of DSMIII borderline personality disorder. A phenomenologic, family history, treatment response, and long-term follow-up study. Arch Gen Psychiatry, 40, 23-30.
- Portzky, G. ve van Heeringen, K. (2007). Deliberate self-harm in adolescents. Curr Opin Psychiatry, Jul, 20(4), 337-42.
- Oquendo, M.A., Mann, J.J. (2000). The biology of impulsivity and suicidality, Psychiatric Clinics of North America, 23, (1),11-25.
- Rachlin, H. (2000). The Science of Self Control. Cambridge, Mass, Harvard University Press.
- Ratican, K. L. (1992). Sexual abuse survivors: identifying symptoms and special treatment considerations. J Couns Dev,71, 33-38.
- Read, G. F. (1997). Trends in an Adolescent and Young Adult Parasuicide Population Presenting at a Psychiatric Emergency Unit: A Descriptive Study. International Journal of Adolescent Medicine and Health, 9, 249-270.
- Read, J., Agar, K., Barker-Collo, S., Davies, E., ve Moskowitz, A. (2001). Assessing suicidality in adults: integrating childhood trauma as a major risk factor. Prof Psychol Res Pr, 32, 367-372.
- Read, J., Van Os, J., Morrison, AP. ve Ross, CA. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. Acta Psychiatrica Scandinavica 112, 330-350.
- Reddy, M. K., Pickett, S. M. ve Orcutt, H. K. (2006). Experiential avoidance as a mediator in the relationship between childhood psychological abuse and current mental health symptoms in college students. Journal of Emotional Abuse, 6 (1), 67-85.
- Rihmer, Z. ve Angst J. (2009). Mood Disorders: Epidemiology. In Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P (Ed.) Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th Edition, Philedelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1645-1652.
- Roberts-Dobie, S. ve Donatelle, R. J. (2007). School counselors and student self-injury. J Sch Health 77, 257-264.

- Ross, S. ve Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *J Youth and Adol*, 31, 67–77.
- Roy, A. (2000). *Comprehensive Textbook of Psychiatry, Psychiatric emergencies*, Yedinci baskı, 2031–2040.
- Roy, A. (2005). Childhood trauma and impulsivity. Possible relevance to suicidal behavior. *Arch Suicide Res*, 9,147-151.
- Saçarçelik, G. G. (2009). *Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı olan ergen ve genç erişkin hastalarda çocukluk çağı travmaları*, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Sadock, B. J. ve Sadock, V.A. (2007) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8. Baskı. Güneş Kitabevi, Ankara, 2442–2453.
- Salzman, J. P., Salzman, C., Wolfson, A N. ve ark. (1993). Association between borderline personality structure and history of childhood abuse in adult volunteers. *Compr Psychiatry*, 34, 254-7.
- Santa Mina, E. ve Gallop, R. (1998). Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behavior: A literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 793-800.
- Sarchiapone, M., Carli, M., Cuomo, C. ve Roy, A. (2007). Childhood trauma and suicide attempts in patients with unipolar depression. *Depress Anxiety*, 24, 268-272.
- Savaşır, I. ve N. H. Şahin (Ed.). (1997) *Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği
- Sayıl, I.ve Devrimci, Ö. H. (2002). Suicide and Suicide Attempts in Ankara in 1998: Results of the Who/Euro Multicentre Study on Suicidal Behavior. *Crisis*, 23, 11-16.
- Sayın, A. ve Aslan, S. (2005). Duygudurum Bozuklukları İle Huy, Karakter ve Kişilik İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(4), 276-283.
- Semiz, Ü., B., Başoğlu, C., Ebrinç, S., Ergün, B. M., Noyan, C. O. ve Çetin, M. (2005). Sınır Kişilik Bozukluğu Hastalarında Vücut Dismorfik Bozukluğu, Travma ve Disosiyasyon: Bir Önçalışma. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 15, 65-70

- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U. ve ark. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/Euro multicentre study on parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*, 93, 327-38.
- Shapiro, S. (1987). Self-mutilation and self blame in incest victims. *Am J Psychol*, XLI, 46-53.
- Shea, M. T., Stout, R.L., Yen, S., Pagano, M.E., Skodol, A.E., Morey, L.C., Gunderson, J.G., McGlashan, T.H., Grilo, C.M., Sanislow, C.A., Bender, D.S. ve Zanarini, M.C. (2004). Associations in the course of personality disorders and axis I disorders over time. *J Abnorm Psychol*, 113, 499–508.
- Shea, S. T. (1993). Personality characteristics of self mutilating male prisoners. *J Clin Psychol*, 49, 576-585.
- Shearer, S. L., Peters, C. P., Quaytman, M. S. ve Wadman, B. E. (1988). Intent and Lethality of Suicide Attempts Among Female Borderline inpatients. *Am J Psychiatry*, 145, 11.
- Shearer, S. (1994). Phenomenology of self injury amongst inpatient women with BDP. *J.Nerv.Ment.Dis.*182, 524-526.
- Sher, L., Oquendo, M. A., Galfalvy, H. C., ve ark. (2005). The relationship of aggression to suicidal behavior in depressed patients with a history of alcoholism. *Addict Behav*, 30(6), 1144–11.
- Sher, L., Oquendo, M.A. ve Mann, J.J. (2001). Risk of suicide in mood disorders. *Clin Neurosci Res*, 1, 337–344.
- Sieman, D. ve Hollander, E. (2001). *Self-Injury Behavior: Assessment and Treatment*. Washington, American Psychiatric Publishing.
- Sieve, L. J. ve Davis, K.L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am J Psychiatry*, 148, 1647-1658.
- Siever, U. ve Davis, K.L. 1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am J Psychiatry*, 148, 1647-1658.
- Simeon, D., Nelson, D., Elias, R., Greenberg, J., ve Hollander, E. (2003). Relationship of personality to dissociation and childhood trauma in borderline personality disorder. *CNS Spectrums*, 8, 755–757, 760–762.

- Simeon, D., Stanley, B., Frances, A., Mann, J. J., Winchel, R., ve Stanley, M. (1992). Self-mutilation in personality disorders: Psychological and biological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 149, 221–226.
- Simon, T. R., Swann, A. C., Powell, K. E., Potter, L. B., Kresnow, M. ve O'Carroll, P.W. (2001). Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide Life Threat Behav*, 32 (1), 30–41.
- Sneed, J. R., Balestri, M. ve Belfi, B. J. (2003). The use of dialectical behavior therapy strategies in the psychiatric emergency room. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 265-277.
- Soloff, P. H., Cornelius, J. ve George, A. (1991). The depressed borderline: one disorder or two? *Psychopharmacol Bull*, 27, 23-30.
- Soloff, P. H. ve Fabio, A. (2008). Prospective predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two and two-to-five year follow-up. *Journal of Personality Disorders*, 22(2), 123–134.
- Soloff, P. H., Lis, J.A., Kelly, T., Cornelius, J. ve Ulrich, R. (1994). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 151, 1316-1323.
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., Kelly, T. M., Malone, K.M. ve Mann, J. J. (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *Am J Psychiatry*, 157(4), 601-8.
- Soloff, P. H., Lynch, K. G. ve Kelly, T. M. (2002). Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorders. *Journal of Personality Disorders* 16, 201-214.
- Spertus, I. L., Yehuda, R., Wong, C. M., Halligan, S., ve Seremetis, S. V. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1247–1258.
- Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J. G. F. M., Roelofs, K., Zitman, F. G., van Oppen, P. ve Penninx, B. W. J. H. (2010). The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 126, 103–112.
- Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D. ve Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse:

Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 31, 517– 530.

Stanley, B. ve Wilson, S. T. (2006). Heightened subjective experience of depression in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 20(4), 307-318.

Stanley, B., Marc J. Gameroff, M.A., Michalsen, V. J. ve Mann, J. (2001). Are Suicide Attempters Who Self-Mutilate a Unique Population? *Am J Psychiatry* 2001, 158, 427–432.

Stengel, E. (1973). *Suicide and Attempted Suicide*. Harmondsworth, Middlesex, UK, C Nicholls

Stepp, S. D. ve Pilkonis, P. A. (2008). Age-related differences in individual DSM criteria for borderline personality disorder. *J Pers Disord*, 22, 427-432.

Stone, M. H. (1987). The course of borderline personality disorder. In A. Tasman, R.E. Hales, & A.J. Frances (Eds), *American psychiatric press review of psychiatry* Washington, DC: American Psychiatric Press, 8, 103–122).

Stone, M. H. (1990). *The fate of borderline patients*. New York: Guilford.

Stone, M. H. (2000). Clinical guidelines for psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Clin N Am*, 23, 193-210.

Sudak, H.S. (2007). Özkıyım. Sadock BJ, Sadock VA (Ed.) *Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.) 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. şti, 2442-2452.

Sullivan, P. F., Joyce, P. R. ve Mulder, R. T. (1994). Borderline personality disorder in major depression. *J Nerv Ment Dis* 182, 508-516.

Suyemoto, K. L ve Kountz, X. (2000). Self-mutilation. *Prev Res* 7, 1-4.

Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation, *Clin Psychol Rev.*, 18(5), 531–554.

Swann, A. C., Steinberg, J. L., Lijffijt, M. ve Moeller, F.G. (2008). Impulsivity: differential relationship to depression and mania in bipolar disorder. *J Affect Disord*, 10, 241-248.

Swindle, R. W. Jr Cronkite, R. C., Moos, R. H. (1998). Risk factors for sustained nonremission of depressive symptoms: a 4-year follow-up. *J Nerv Ment Dis*, 186(8), 462-9.

- Şar, V. (1998). Kötüye kullanım ve ihmal ile ilişkili sorunlar. Güleç C, Köroğlu E (Eds.), Temel Psikiyatri Kitabı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 823-33.
- Şar, V., Akyüz, G., Kuğu, N. ve ark. (2006). Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. J Clin Psychiatry, 67, 1583-90
- Şar, V., Öztürk, E. ve İkikardeş, E. (2012). Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 32 (4), 1054-1063
- Şar, V., Tutkun, H., Alyanak, B. ve ark. (1997). Frequency of childhood abuse among psychiatric outpatients in Turkey. The 13th Annual Conference of the International Society of Traumatic Stress Studies (ISTSS) , Canada.Program Book, 131.
- Şimsek, F., Ulukol, B., Bingöler, B. (2004).Çocuk İstismarına Disiplin Penceresinden Bakış. Adli Bilimler Dergisi,3(1): 47-52.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A. ve Siever, L.J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. Biol Psychiatry, 15, 51(12), 936-50.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Bender, D. S, Dyck, I. R., Stout, R. L., Morey, L. C., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H. ve Gunderson, J. G. (2005). Dimensional representations of DSM-IV
- Tarlacı, N., Yeşilbursa, D., Türkcan, S., Saatçioğlu, Ö., Yaman, M. (1997). B kümesi kişilik bozukluklarında kendini yaralamanın özellikleri. Türk Psikiyatri Dergisi,8,29-35.
- Terr, L. (1990). Too Scared to Cry: Psychic Trauma in Childhood. New York: Harper and Row.
- Thakkar, R. R., Gutierrez, P. M., Kuczen, C. L. ve McCanne, T.R. (2000). History of physical and/or sexual abuse and current suicidality in college women. Child Abuse Negl, 24, 1345-1354.
- Toprak, S., Çetin, İ., Güven, T., Can, G. ve Demircan, Ç. (2011). Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students. Psychiatry Res, 187, 140-144.
- Tracy, E. M. (2004). Personal communication. Cleveland, O.H.

- Trask, E. V, Walsh, K. ve DiLillo, D. (2011). Treatment effects for common outcomes of child sexual abuse: A current meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 2011, 16, 6-19.
- Türkçapar, M. H. ve Işık, B. (2000). Borderline kişilik bozukluğu, *Psikiyatri Dünyası*, 4, 44-49.
- Türkiye İstatistik Yıllığı. (2008). TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara
- Turner, H. A. ve Butler, M. J. (2003). Direct and indirect effects of childhood adversity on depressive symptoms in young adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 89-103.
- Tutkun, H., Şar, V., Yargıç, L.İ., Özpulat, T. ve Yanık, M. (1995). Yatarak tedavi görmekte olan psikiyatri hastalarında ruhsal travma yaşantıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme davranışı ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi. 31. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Kongre Özet Kitabı, İstanbul, 71.
- Vahip, I. (2002). Evdeki Şiddet ve Gelişimsel Boyutu: Farklı Bir Açıdan Bakış. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(4), 312-319.
- Van der Kolk, B., Perry, J. C. ve Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry* 148, 1665-1671.
- Van der Kolk, B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: self-regulation, stimulus discrimination and characterological development. BA van der Kolk, AC McFarlane, L Weiseath (eds): *Traumatic Stress'te*, New York, Guilford Press, 182-214.
- Van der Kolk, B.A. (1989). The compulsion to repeat the trauma: Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatr Clin North Am* 12 (2), 384-411.
- Van Dijke, A., Ford, J. D., Van der Hart, O., Van Son, M. J.M., Van der Heijden, P. G.M. ve Bühring, M. (2011). Childhood traumatization by primary caretaker and affect dysregulation in patients with borderline personality disorder and somatoform disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 2 (5628), 1-11.
- Walsh, B.W. ve Rosen PM. (1988). *Self-mutilation theory, research, and treatment*. New York, Guilford Press
- Webb, M., Heisler, D., Call, S., Chickering, S.A. ve Colburn, T.A. (2007). Shame, guilt, symptoms of depression, and reported history of psychological maltreatment. *Child Abuse Negl*, 31, 1143-1153.

- Whiffen, V. E. ve MacIntosh, H. B. (2005). Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: A critical review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6 (1), 24-39.
- Widiger, T. (1987). The self- defeating personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 1, 157-60.
- Widiger, T. A. ve Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hosp Comm Psychiatry*, 42, 1015–21.
- Wilson, S. T., Stanley, B., Oquendo, M.A., Goldberg, P., Zalsman, G. ve Mann, J.J. (2007). Comparing impulsiveness, hostility, and depression in borderline personality disorder and bipolar II disorder. *J Clin Psychiatry*, 68, 1533-1539.
- Winchel, R. M. ve Stanley, M. (1991). Self injurious Behavior: A Review of The Behavior and Biology of Self Mutilation. *Am J Psychiatry*, 148, 3.
- Wood, A., Tranc, G., Rothvvel, J. ve ark. (2001). Randomized Trial of Group Therapy for Repeated Deliberate Self-harm in Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40 (11), 1246-1253.
- Wright, M. O., Crawford, E. ve Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 33, 59-68.
- Yanık, M. ve Özmen, M. (2002). Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihtmal yaşantıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 140-146.
- Yazıcı, K. Ve Yazıcı, A. E. (2010). Dürtüselliğin Nöroanatomik ve Nörokimyasal Temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 2(2), 254-280.
- Yen, S., Shea, T., Pagano, M., Sanislow, C.A., Grilo, C.M., McGlashan, T.H., Skodol, A.E., Bender, D.S., Zanarini, M.C., Gunderson, J.G. ve Morey, L.C. (2003). Axis I and axis II disorders as predictors of prospective suicide attempts: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *J Abnorm Psychol*, 112, 375–381.
- Yen, S., Shea, M. T., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G. ve ark. (2004). Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *Am J Psychiatry*, 161, 1296-1298.

- Ystgaard, M., Hestetun, I., Loeb, M. ve Mehlum, L. (2004). Is there a spesific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behaviour? *Child Abuse Negl.*, 28, 863-875.
- Yurdakök, K. (2010). Çocuk istismar ve ihmali, tanım ve risk faktörleri. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32 (5), 537-546.
- Yurdakök, K. ve İnce, O. (2010). Duygusal istismar ve ihmal. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32 (4), 423-433.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B. ve 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, 476-483.
- Zanarini, M. C., Laudate, C. S. ve Frankenburg, F. R. (2011). Predictors of self-mutilation in patients with borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Journal of Psychiatric Research* 45, 823–828.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B. ve ark. (2008). The 10 year course of physically self destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects, *Acta Psychiatr Scand*, 117, 177-184.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I. ve McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry*, 164, 929-935.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B. ve Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 163 (5), 827–832.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B, Hennen, J. ve Silk, K. R. (2005). Adult experiences of abuse reported by borderline patients and Axis II comparison subjects over six years of prospective followup. *J Nerv Ment Dis*, 193, 412-416.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B. ve Silk, K. R. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry* 161, 2108-2114.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J. ve Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective

- follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 274–283.
- Zanarini, M. C. ve Frankenburg, F. R. (1994). Emotional hypochondriasis, hyperbole, and the borderline patient. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3(1), 25-36.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G. ve Frankenburg, F. R.(1990). Cognitive features of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147(1), 57-63.
- Zeki, A. ve Çuhadaroğlu F.Ç. (2012) Ergenlerde kendine zarar verme davranışının gelişimsel ve psikopatolojik değerlendirmesi. Uzmanlık tezi.
- Zimmerman, M. ve Mattia, J. I.(1999). Axis I diagnostik comorbidity and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, 40(4), 245-52.
- Zittel, Conklin, C. ve Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*,162(5), 867-875.
- Zlotnick, C., Shea, M. T., Recupero, P. ve ark. (1997). Trauma, dissociation, impulsivity, and self-mutilation among substance abuse patients. *Am J Orthopsychiatry*, 67(4), 650–654.
- Zlotnick, C., Mattia, J. I., ve Zimmerman, M. (2001). Clinical features of survivors of sexual abuse with major depression. *Child Abuse and Neglect, The International Journal*, 25, 357-367.
- Zlotnick, C., Mattia, J. I., Zimmerman, M. (1999). Clinical Correlates Of Self Mutilation in A Sample of General Psychiatric Patients. *J Nerv Ment Dis*, 187, 5.
- Zlotnick, C., Zakrinski, A., Shea, M.T., Costello, E., Pearlstein, T., ve Simpson, E. (1996). Long-term Effects of Sexual Abuse: Support for Complex Post-traumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress Disorder*, 9, 195-205.
- Zlotnick, C., Ryan, C., Miller, I. ve Keitner, G. (1995). Childhood abuse and recovery from major depression. *International Journal of Child Abuse and Neglect*, 19, 15, 1513-1516.
- Zoroğlu, S.S., Tüzün, U., Şar, V., ve ark. (2001). Çocukluk döneminde ihmal ve istismarın olası sonuçlarının incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2 (2), 69-78.

- Zoroğlu, S. S., Tüzün, Ü., Şar, V., Tutkun, H., Savaş, H. A., Öztürk, M., Alyanak, B. ve Kora, M.E. (2003). Suicide Attempt and Self-Mutilation Among Turkish High School Students in Relation with Abuse, Neglect and Dissociation, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 119-126.
- Zurbriggen, E. L., Gobin, R. L. ve Freyd, J. J. (2010). Childhood emotional abuse predicts late adolescent sexual aggression perpetration and victimization. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 19(2), 204-223.
- Zweig-Frank, H., Paris, J. ve Guzder, J. (1994). Psychological risk factors for dissociation and self-mutilation in female patients with borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 39, 259 – 264.

Ek-1: DEPRESYON DÜZEYİ ARALIKLARI

	Düzye	F	%	Puan Aralığı	
Beck Depresyon Ölçeğı Toplam Puanı	1	57	39.9	1 - 10	Normal
	2	19	13.3	11 - 16	Orta Derecede
	3	14	9.8	17 - 20	Klinik
	4	22	15.4	21 - 30	Orta Düzeyde
	5	24	16.8	31 - 40	Ciddi Düzeyde
	6	7	4.9	40 - 63	Ağır
Toplam		143	100		
Hamilton Depresyon Toplam Puanı	1	59	41.3	0 - 7	Normal
	2	32	22.4	8 – 15	Hafif Derecede
	3	35	24.5	16 - 28	Orta Derecede
	4	17	11.9	29 <	Ağır
Toplam		143	100		

EK-2: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

- 1- Yaşınız:
- 2- Cinsiyetiniz a) Erkek b) Kadın
- 3- Medeni Durumunuz a) Evli b) Bekâr c) Boşanmış d) Dul (eşi ölmüş)
- 4- Çocuğunuz var mı? a) Yok b) Var (kaç çocuk).....
- 5- Eğitim Durumunuz a) Okula gitmemiş b) Okur – Yazar c) İlkokul Mezunu d) Ortaokul Mezunu e) Lise Mezunu f) Üniversite g) Yüksek Lisans h) Diğer.....
- 6- Mesleğiniz.....
- 7-Kaç kardeşiniz var?
- 8-Sosyoekonomik Düzeyiniz nedir? a) Üst b) Orta c) Alt
- 9- Hayatınızın büyük kısmını geçirdiğiniz yerleşim birimi hangisidir? a) Köy-kasaba b) İlçe c) Şehir d) Büyükşehir e) Yurtdışı
- 10-Yettiğiniz aile tipi hangisidir? a) Çekirdek Aile(Anne-Baba-Kardeşler) b) Geniş Aile (anne-baba-kardeşler-akrabalar) c) Yuva (Sosyal Kurumlar) d) Diğer (Parçalanmış aile....)
- 11-Üvey Anne-baba durumunuz? a) Yok b) Var (üvey anne.....) c) Var (üvey baba.....)
- 12- Şimdiye kadar hiç intihar girişiminiz oldu mu? a) Hayır b) Evet (sayısı ve şekli).....
- 13-Ailede intihar girişimi: (a) Yok (b) Var
- 14-En son intihar girişiminiz ne zaman oldu?.....ay önce
- 15-Uyuşturucu madde, sigara ve/veya alkol kullanıyor musunuz? a) Hayır, hiç birini kullanmıyorum b) Sadece alkol kullanıyorum c) Hem alkol hem de uyuşturucu madde kullanıyorum d) Sadece uyuşturucu madde kullanıyorum e) Sadece sigara kullanıyorum
- 16-Şimdiye kadar kendinize zarar verici (jiletle kesme, duvara veya cama yumruk atma, sigarayı cildine basma, kafayı duvara vurma, vb) bir davranışta bulundunuz mu? a) Evet b) Hayır
- 17-Ruhsal bir hastalık geçirdiniz mi? a) Evet, b) Hayır
- 18-Ailenizde veya soyunuzda ruhsal hastalığı olan var mı? a) Evetse kim..... b) Hayır
- 19-Çocukluğunuzda birisi tarafından size cinsel amaçla yaklaşan, dokunan veya dokunmayı deneyen oldu mu? a) Evet b) Hayır
- 20-Çocukluğunuzda sizi cinsel içerikli davranışlar yapmaya zorlayan oldu mu? a)Evet b) Hayır
- Yanıt evet ise.....kaç yaşındaydınız
- Kim yaptı.....kaç yaşındaydı
- Hangi davranışlar olduğunu lütfen belirtiniz.....
- 21-Çocukluğunuzu düşündüğünüzde, kendinizin cinsel yönden istismar edildiğinize ya da kötüyü kullanıldığınıza inanıyor musunuz? a) Evet, b) Hayır
- 22-Daha önce psikiyatrik tedavi gördünüz mü? a) Evet b)hayır
- Evet ise, Hastalığınızın adı:
- Hastanede yattınız mı:?
- Kullandığınız ilaçlar:
- Hastalığınızın başlama yaşı:
- 23- Daha önce psikoterapi gördünüz mü? a) evet b) hayır
- 24-Şu anda ailenizden beklediğiniz desteği görüyor musunuz? a) evet (kimler)..... b) hayır

EK-3: BORDERLINE KİŞİLİK ENVANTERİ (BKE)

Aşağıdaki cümlelerden size uygun olanlarını işaretleyiniz.

1. Sık sık panik nöbetleri geçiririm. DOĞRU -YANLIŞ
2. Son zamanlarda beni duygusal olarak etkileyen hiçbir şey olmadı. DOĞRU -YANLIŞ
3. Çoğu kez gerçekte kim olduğumu merak ederim. DOĞRU -YANLIŞ
4. Çoğu kez başıma iş açacak risklere girerim. DOĞRU -YANLIŞ
5. Başkaları bana yoğun ilgi gösterdikleri zaman kendimi boğulmuş hissedirim DOĞRU-YANLIŞ
6. Bazen içimde bana ait olmayan başka bir kişi ortaya çıkar. DOĞRU -YANLIŞ
7. Gerçekte olmadığı halde acayip şekiller veya görüntüler gördüğüm oldu. DOĞRU -YANLIŞ
8. Bazen çevremdeki insanlar ve nesnelerin gerçek olmadığını hissedirim DOĞRU- YANLIŞ
9. Başkalarına yönelik duygularım bir uçtan bir uca çok hızlı değişir (Ör. Sevgi ve beğeniden nefret ve hayal kırıklığına). DOĞRU -YANLIŞ
10. Çoğu kez değersizlik ya da umutsuzluk duygusuna kapılırım. DOĞRU -YANLIŞ
11. Çoğu kez paramı çarçur ederim ya da kumarda kaybederim. DOĞRU -YANLIŞ
12. Gerçekte kimse olmadığı halde hakkımda konuşan sesler duyduğum oldu. DOĞRU -YANLIŞ
13. Eğer 12. maddeye “evet” dediyseiz aşağıdaki cümlelerden sizin için uygun olanını seçiniz: DOĞRU -YANLIŞ
 - a. Bu sesler benim dışımdan gelmiştir. b. Bu sesler içimden gelmiştir.
14. Yakın ilişkilerde hep incinirim. DOĞRU- YANLIŞ
15. Bana uymayan biçimde hissettiğim ya da davrandığım oldu. DOĞRU- YANLIŞ
16. Bir kukla gibi dışarıdan yönetiliyormuş ve yönlendiriliyormuş gibi hissettiğim oldu. DOĞRU -YANLIŞ
17. Herhangi birine fiziksel olarak saldırıda bulunduğum oldu. DOĞRU- YANLIŞ
18. Düşüncelerim başkaları tarafından okunuyormuş gibi hissettiğim oldu DOĞRU -YANLIŞ
19. Bazen gerçekte suç işlemediğim halde, sanki işlemişim gibi suçluluk hissedirim. DOĞRU -YANLIŞ
20. Bilerek kendime bedensel zarar verdiğim oldu. DOĞRU- YANLIŞ
21. Bazen gerçekte olmadığı halde insanların ve nesnelerin görünümünün değiştiği hissine kapılırım. DOĞRU -YANLIŞ
22. Yoğun dini uğraşlarım olmuştur. DOĞRU -YANLIŞ
23. Duygusal ilişkilerimde çoğunlukla ne tür bir ilişki istediğimden emin olamam. DOĞRU -YANLIŞ
24. Bazen bir kahin gibi gelecekle ilgili özel hislerim olur. DOĞRU -YANLIŞ
25. Bir ilişki ilerledikçe kendimi kapana kısılmış gibi hissedirim. DOĞRU -YANLIŞ
26. Gerçekte kimse olmadığı halde bir başka insanın varlığını hissettiğim oldu. DOĞRU -YANLIŞ
27. Bazen bedenim ya da bedenimin bir kısmı bana acayip veya değişmiş gibi görünür. DOĞRU -YANLIŞ
28. İlişkiler çok ilerlerse, çoğunlukla koparma gereksinimi duyarım. DOĞRU -YANLIŞ
29. Bazen birilerinin peşimde olduğu hissine kapılırım. DOĞRU- YANLIŞ
30. Sık sık uyuşturucu kullanırım (esrar, hap gibi). DOĞRU- YANLIŞ
31. Başkalarını kontrol altında tutmaktan hoşlanırım. DOĞRU -YANLIŞ
32. Bazen özel biri olduğumu hissedirim. DOĞRU -YANLIŞ
33. Bazen dağılıyormuşum gibi hissedirim. DOĞRU -YANLIŞ
34. Bazen bana bir şeyin gerçekte mi yoksa yalnızca hayalimde mi olduğunu ayırt etmek zor gelir. DOĞRU -YANLIŞ
35. Çoğu kez sonuçlarını düşünmeden içimden geldiği gibi davranırım. DOĞRU- YANLIŞ
36. Bazen gerçek olmadığım duygusuna kapılırım. DOĞRU -YANLIŞ
37. Bazen bedenim yokmuş ya da bir kısmı eksikmiş hissine kapılırım. DOĞRU -YANLIŞ
38. Çoğu kez kâbus görürüm. DOĞRU -YANLIŞ
39. Çoğu kez başkaları bana gülüyormuş ya da hakkımda konuşuyormuş hissine kapılırım. DOĞRU -YANLIŞ
40. Çoğu kez insanlar bana düşmanmış gibi gelir. DOĞRU -YANLIŞ

41. İnsanların kendi düşüncelerini benim zihnime soktuklarını hissettiğim oldu. DOĞRU - YANLIŞ
42. Çoğu kez gerçekten ne istediğimi bilmem. DOĞRU -YANLIŞ
43. Geçmişte intihar girişiminde bulundum. DOĞRU -YANLIŞ
44. Bazen ciddi bir hastalığım olduğuna inanırım. DOĞRU -YANLIŞ
45. “Alkol, uyuşturucu ya da hap alışkanlığım vardır”. DOĞRU - YANLIŞ
- Eğer yanıtınız “evet” ise aşağıdakilerden uygun olanlarını işaretleyiniz.
- a. Alkol b. Uyuşturucu c. Hap
46. Bazen bir rüyada yaşıyormuş ya da yaşamım bir film şeridi gibi gözümün önünden geçiyormuş hissine kapılıyorum. DOĞRU - YANLIŞ
47. Çoğu kez bir şeyler çalarım. DOĞRU - YANLIŞ
48. Bazen öyle açlık nöbetlerim olur ki önüme gelen her şeyi silip süpürürüm. DOĞRU- YANLIŞ
49. Aşağıdaki konularla ilgili sorulan sorularda çoğu kez kendimi rahatsız hissederim. DOĞRU- YANLIŞ
- a. Politika b. Din c. Ahlak (iyi-kötü)
50. Bazen aklımdan birilerini öldürme düşüncesi geçer. DOĞRU- YANLIŞ
51. Yasalarla başımın derde girdiği oldu. DOĞRU -YANLIŞ
52. Yukarıdaki maddelerde anılan yaşantılardan herhangi birini ilaç etkisi altında yaşadığınız oldu mu? DOĞRU - YANLIŞ
- Eğer yanıtınız “evet” ise ilgili maddelerin numaralarını yazınız: (.....)
53. Yukarıdaki maddelerde anılan yaşantılardan herhangi birini psikoterapi sırasında yaşadığınız oldu mu? DOĞRU -YANLIŞ
- Eğer yanıtınız “evet” ise ilgili maddelerin numaralarını yazınız: (.....)

EK-4: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içinde (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

- 1- (a) kendimi üzgün hissetmiyorum.
(b) kendimi üzgün hissediyorum
(c) her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
(d) öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
- 2- (a) gelecekte umutsuz değilim
(b) geleceğe biraz umutsuz bakıyorum
(c) gelecekte beklediğim hiçbir şey yok
(d) benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek
- 3- (a) kendimi başarısız görmüyorum
(b) çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(c) geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
(d) kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum
- 4- (a) her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum
(b) her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum
(c) artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum
(d) bana zevk veren hiçbir şey yok; her şey çok sıkıcı
- 5- (a) kendimi suçlu hissetmiyorum
(b) arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor
(c) kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum
(d) kendimi her an suçlu hissediyorum
- 6- (a) cezalandırıldığımı düşünmüyorum
(b) bazı şeyler için cezalandırılabilirim hissediyorum
(c) cezalandırılmayı bekliyorum
(d) cezalandırıldığımı hissediyorum
- 7- (a) kendimden hoşnutum
(b) kendimden pek hoşnut değilim
(c) kendimden hiç hoşlanmıyorum
(d) **kendimden nefret ediyorum**
- 8- (a) kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum
(b) kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum
(c) kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum
(d) her kötü olayda kendimi suçluyorum

- 9- (a) kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
(b) bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum; ama bunu yapamam
(c) kendimi öldürebilmeyi isterdim
(d) bir fırsatımı bulsam kendimi öldürürdüm
- 10- (a) her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum
(b) eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum
(c) şu sıralarda her an ağlıyorum
(d) eskiden ağlayabilirdim; ama şu sıralar istesem de ağlayamıyorum
- 11- (a) her zamankinden daha sinirli değilim
(b) her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum
(c) çoğu zaman sinirliyim
(d) eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum
- 12- (a) diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim
(b) eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim
(c) diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim
(d) diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
- 13- (a) kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum
(b) şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum
(c) kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum
(d) artık hiç karar veremiyorum
- 14- (a) dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum
(b) yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum
(c) dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum
(d) çok çirkin olduğumu düşünüyorum
- 15- (a) eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
(b) bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor

(c) hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum
(d) hiçbir iş yapamıyorum

16- (a) eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum
(b) şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum

(c) eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum

(d) eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum

17- (a) eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum

(b) eskisinden daha çabuk yoruluyorum

(c) şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor

(d) öyle yorgunum ki hiç bir şey yapamıyorum

18- (a) iştahım eskisinden pek farklı değil

(b) iştahım eskisi kadar iyi değil

(c) şu sıralarda iştahım epey kötü

(d) artık hiç iştahım yok

19- (a) son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum

(b) son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim

(c) son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim

(d) son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.

20- (a) sağlığım beni pek

endişelendiriyor

(b) son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var

(c) ağrı, sızı gibi sıkıntıları beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor

(d) bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık hiç bir şey düşünemiyorum

21- (a) son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok

(b) eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum

(c) şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim

(d) artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

EK-5: BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ-11

İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve altında, size en uygun seçeneği işaretleyiniz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren /Hiç	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse Devamlı
1. İşlerimi dikkatle planlarım				
2.Düşünmeden iş yaparım				
3.Hızlı karar veririm				
4.Hiçbir şeyi dert etmem				
5.Dikkat etmem				
6.Uçuşan düşüncelerim var				
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım				
8.Kendimi kontrol edebilirim				
9.Kolayca konsantre olabilirim				
10.Düzenli para biriktiririm				
11.Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam				
12. Dikkatli düşünen birisiyim				
13. İş güvenliğine dikkat ederim				
14. Düşünmeden birşeyler söylerim				
15.Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim				
16. Sık sık iş değiştiririm				
17.Düşünmeden hareket ederim				
18. Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım				
19.Aklıma estiği gibi hareket ederim				
20.Düşünerek hareket ederim				
21.Sıklıkla evimi değiştiririm				
22.Düşünmeden alışveriş yaparım				
23.Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim				
24. Hobilerimi değiştiririm				
25.Kazandığımdan daha fazla harcarım				
26. Düşünürken kafamda sıklıkla konuyla ilgisiz düşünceler olur				
27.Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim				
28.Derslerde veya sinemada rahat oturamam				
29.Yap-boz/ puzzle çözmeyi severim				
30.Geleceğini düşünen birisiyim				

EK-6: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Bu sorular çocukluğunuzda ya da ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir, lütfen elinizden geldiği kadar gerçeğe uygun yanıtlar veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Dikkat..Her cümlenin başında “Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...” ibaresi vardır.

‘Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde....	Hiçbir zaman	Nadiren	Zaman Zaman	Sıklıkla	Çok Sık
	1	2	3	4	5
1.Yeterli yemek bulamazdım					
2.Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz gibi sıfatlarla seslenirlerdi					
3.Annem ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
4.Ailemde önemli ve özel biri olduğu duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.					
5.Kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.					
6.Sevildiğimi hissediyordum.					
7.Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyorum.					
8.Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
9.Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki, vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluşuyordu.					
10.Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
11. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					
12.Ailedekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.					
13.Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
14. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
15. Ailedekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.					
16.Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki, öğretmen, komşu ya da doktorun bunu fark ettiği oluyordu.					
17.Ailemden birisi benden nefret ederdi.					
18.Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.					
19.Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					
20.Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.					
21.Çocukluğum mükemmeldi.					
22.Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
23.Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
24.Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
25.Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
26.Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
27.Ailem benim için bir güç ve destek kaynağıydı.					
28.Gerektiği halde doktora götürülmezdim.					

EK-7: KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI DEĞERLENDİRME ENVANTERİ

BÖLÜM I: DAVRANIŞLAR

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

1. Lütfen aşağıdaki maddeleri kasıtlı olarak yaşamınız boyunca kaç kez yaptığınızı belirtiniz (0, 5, 10, 100 vb.):

Kesme	
Isırma	
Yakma	
Cilde bir harf/yazı şekil kazıma	
Çimdikleme	
Saç Kopartma(kökünden)	
Tırnaklama(deriyi kanatacak kadar)	
Kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma	
Yaranın iyileşmesine engel olma (ör: kabuklarını koparma)	
Cildi sert bir yüzeye sürme	
Kendine İğne Batırma	
Tehlikeli/zararlı madde içme/yutma	
Diğer	

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

2. Hangi yaşta?

- 1) İlk kez kendine zarar verdiğinizde kaç yaşındaydınız?
2) En son ne zaman kendine zarar verdiniz? (yaklaşık gün/ay/yıl)

3. Kendine zarar verme davranışı sırasında fiziksel acı hisseder misiniz?

- 1) Evet 2) Bazen 3) Hayır

4. Kendine zarar verme davranışı sırasında yalnız mı olursunuz?

- 1) Evet 2) Bazen 3) Hayır

5. Tipik olarak kendine zarar verme dürtüsü oluştuktan ne kadar süre sonra eylemi gerçekleştirirsiniz?

- 1) 1 saatten az 2) 1-3 saat 3) 3-6 saat
4) 6-12 saat 5) 12-24 saat 6) 1 günden çok

6. Kendine zarar verme davranışınızı sona erdirmek ister misiniz / istediniz mi?

- 1) Evet 2) Hayır

EK-8: İNTİHAR DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ

1. Hiç kendinizi öldürmeyi düşündüğünüz oldu mu?

- 0 () Asla
- 1 () Bir kez
- 2 () Bazen
- 3 () Sıklıkla
- 4 () Çok sık
- 5 () Her zaman

2. Son bir yıl içinde ne kadar sıklıkla kendinizi öldürmeyi düşündünüz?

- 0 () Asla
- 1 () Bir kez
- 2 () Bazen
- 3 () Sıklıkla
- 4 () Çok sık

3. Birisine hiç intihar edebileceğinizi veya edeceğinizi söylediniz mi?

- 1 () Evet 0 () Hayır

4. Bir gün intihara teşebbüs etme olasılığınız nedir?

- 0 () Hiç bir zaman etmem
- 1 () Şu anda düşünmüyorum ama gelecekle ilgili kesin bir şey söyleyemem
- 2 () Belki
- 3 () Mutlaka
- 4 () Mutlaka birden fazla tekrarlama olasılığım var.

EK-9: HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ:

1. Depresif ruh hali (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

0. yok

1. Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor.

2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.

3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.

4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü ya da sözsüz olarak belirtiyor.

2. Suçluluk duyguları

0. Yok

1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.

2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.

3. Şimdiki hastalığını ceza olarak görüyor. Suçluluk hezeyanları.

4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel halüsinasyonlar görüyor.

3. İntihar

0. Yok

1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.

2. “Keşke ölmüş olsaydım” diye düşünüyor ya da benzer düşünceler besliyor.

3. İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.

4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4. Uykuya dalamamak

0. Bu konuda zorluk çekmiyor.

1. Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikayetçi.

2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5. Gece yarısı uyanmak

0. Herhangi bir sorun yok.

1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.

2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

6. Sabah erken uyanmak

0. Herhangi bir sorun yok

1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.

2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7. Çalışma ve aktiviteler

0. Herhangi bir sorun yok.

1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.

2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).

3. Aktivitelerinde harcadığı süre ya da üretimi azalıyor.

4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış.

8. Retardasyon (düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma).

0. Düşünce ve konuşması normal.

1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.

2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.

3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor.

4. Tam stuporda.

9. Ajitasyon

0. Yok

1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.

2. Ellerini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10. Psişik anksiyete

0. Herhangi bir sorun yok.

1. Subjektif gerilim ve irritabilite.

2. Küçük şeylere üzüleniyor.

3. Yüzünden ya da konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.

4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11. Somatik anksiyete

0. Yok

1. Hafif

2. Ilımlı

3. Şiddetli
4. Çok şiddetli

12.Gastrointestinal somatik semptomlar

0. Yok

- 1.İştahsızlık, karnının şiş olduğunu söylüyor.
- 2.Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13.Genel somatik semptomlar

0. Yok

- 1.Ekstremiteelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
- 2.Herhangi bir kesin şikâyet 2 puanla değerlendirilir.

14.Genital semptomlar (libido kaybı, adet bozuklukları vb.)

0. Yok

1. Hafif
2. Şiddetli
3. Anlaşılamadı.

15.Hipokondriaklık

0. Yok

1. Kuruntulu

2. Aklını sağlık konularına takmış durumda

3. Sık sık şikâyet ediyor, yardım istiyor.

4. Hipokondriaklık delüzyonları.

16.Zayıflama (A ya da B'yi doldurunuz)

A.Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

0. Kilo kaybı yok

1. Önceki hastalığına bağlı olası zayıflama
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B.Psikiyatr tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama

1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama

17.Durumu hakkında görüşü.

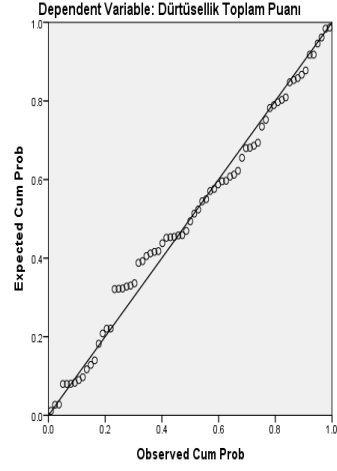
0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.

1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklerle, virüslere, istirahat ihtiyacı olmasına bağlıyor.

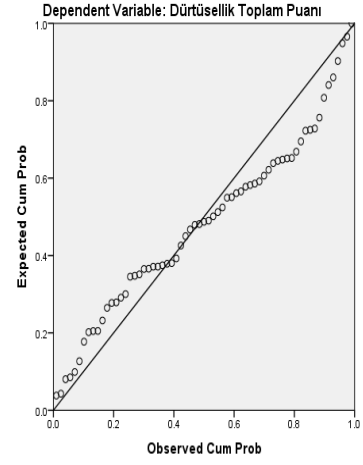
2. Hasta olduğunu kabul etmiyor

Ek-10: DAĞILIM GRAFİKLERİ

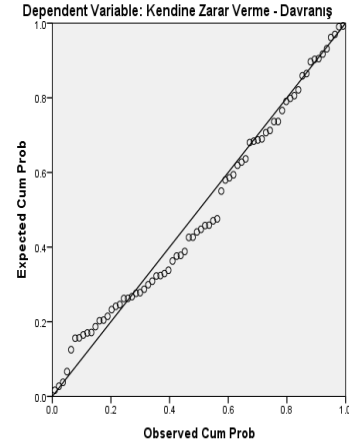
Normal P-P Plot of Standardized Residual for Selected Cases (Tanılı Grup)



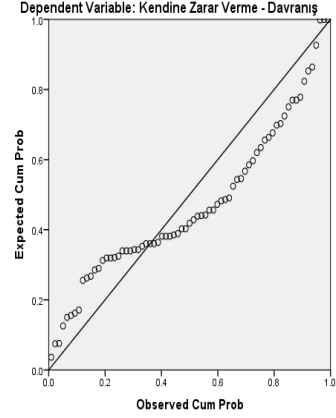
Normal P-P Plot of Standardized Residual for Selected Cases (Kontrol Grubu)



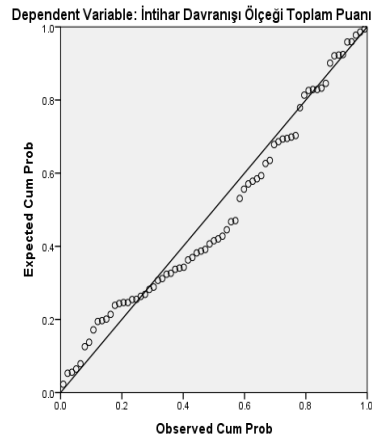
Normal P-P Plot of Standardized Residual for Selected Cases (Tanılı Grup)



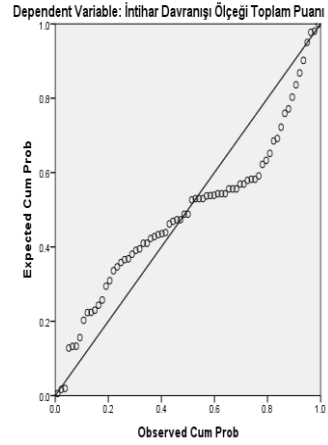
Normal P-P Plot of Standardized Residual for Selected Cases (Kontrol Grubu)



Normal P-P Plot of Standardized Residual for Selected Cases (Tanılı Grup)



Normal P-P Plot of Standardized Residual for Selected Cases (Kontrol Grubu)



ÖZGEÇMİŞ



- 1. Adı Soyadı** Pervin Tunç
- 2. Doğum Tarihi** 23.06.1960
- 3. Unvanı** Öğretim Görevlisi/İstanbul Arel Üniversitesi/MYO
- 4. Eğitim**

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Florance Nightingale Hemşirelik Fakültesi	İstanbul Üniversitesi	1988
Lisans	Fen Edebiyat Fak./Felsefe	Boğaziçi Üniversitesi	1998
Y.Lisans	Psikoloji	İstanbul Arel Üniversitesi	2010
Doktora	Klinik Psikoloji	İstanbul Arel Üniversitesi	2012

İletişim Bilgileri

Telefon 0532 675 14 31

Mail pervinden@gmail.com