

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
TANISI ALAN ERGENLERDE BORDERLINE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN
GELİŞİMİNİ YORDAYAN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

DR. AYŞEGÜL METİN EMRE

UZMANLIK TEZİ

KONYA, 2025

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
TANISI ALAN ERGENLERDE BORDERLINE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN
GELİŞİMİNİ YORDAYAN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

DR. AYŞEGÜL METİN EMRE

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN: PROF. DR. ÖMER FARUK AKÇA

KONYA, 2025

TEŞEKKÜR

Tez sürecim boyunca desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, tezimin ortaya çıkmasında ve her aşamasında bana yardımcı olarak yol gösteren, uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, tez danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Ömer Faruk Akça'ya;

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini paylaşan, meslek hayatıma büyük katkıları olan, her daim desteklerini hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Ayhan Bilgiç'e, Doç. Dr. Necati Uzun'a, Dr. Öğr. Üyesi Fatma Coşkun'a ve Dr. Öğr. Üyesi Hurşit Ferahkaya'ya;

Erişkin Psikiyatri ve Çocuk Nöroloji rotasyonlarım sırasında klinik tecrübe ve bilgileriyle eğitimime önemli katkılarda bulunan tüm hocalarıma;

Tez ve asistanlık sürecinde birlikte keyifle çalıştığım, tüm çalışmalarımda bana destek olan başta Esra, Büşra, Melek ve Zeynep olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma, bölüme başladığım ilk zamanlardan itibaren desteklerini hep hissettiğim, kendilerinden çok şey öğrendiğim değerli kıdemlilerim Uzm. Dr. Dilek Özgül Katırcıoğlu ve Uzm. Dr. Hülya Karagöz'e, kliniğimizdeki tüm psikologlarımıza, sekreterlerimize ve personelimize;

Tez çalışmama katılan tüm çocuklara ve ailelerine;

Beni bugünlere getiren, maddi ve manevi destekleriyle hep arkamda duran, bu süreçte uzakta olsalar da sevgilerini hep hissettiğim annem Nazan Metin ve babam Murat Metin'e, küçük kız kardeşi olmaktan dolayı çok şanslı hissettiğim, enerjisine hayran olduğum biricik ablam Merve Metin Elçin'e ve abim Alican Elçin'e, oyun arkadaşım, kardeşim Safacan Metin'e;

İyi ve kötü her anımda yanımda olan, o güzel kalbi ve sevgisiyle içimi ısıtan, varlığına her gün şükrettiğim en büyük şansım, canım eşim Mustafa Emre'ye, dünyaya geldiği günden beri yüzü hep gülen ve çevresindekileri de güldürmenin bir yolunu bulan, dünyadaki en güzel duygu olan annelik duygusunu bana yaşatan canım oğlun Doruk'a;

Bütün kalbimle teşekkür ederim.

Şubat, 2025

Dr. Ayşegül Metin Emre

ÖZET

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALAN ERGENLERDE BORDERLINE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN GELİŞİMİNİ YORDAYAN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

DR. AYŞEGÜL METİN EMRE, UZMANLIK TEZİ, KONYA 2025

Amaç: Çocukluk dönemindeki Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun (DEHB), borderline kişilik bozukluğu (BKB) gelişimiyle sıkça ilişkili olduğu ve DEHB'nin BKB için bir risk faktörü olabileceği literatürde gösterilmiştir. Nörogelişimsel bir bozukluk olan DEHB, genellikle BKB'den önce ortaya çıkmakta ve bu bozukluğun gelişimine zemin hazırlayabilmektedir. Ancak, DEHB ile BKB arasındaki nedensellik ilişkisi ve DEHB'li bireylerde BKB gelişimine yol açan mekanizmalar henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Bu çalışmanın amacı, çocukluk döneminde DEHB tanısı almış ergenlerde borderline kişilik özelliklerinin gelişimini yordayan faktörleri belirlemektir.

Yöntem: Bu çalışmaya, 2014-2020 yılları arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde DSM-5'e göre DEHB tanısı almış, 13-19 yaş aralığında olan ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 168 hasta dahil edilmiştir. Katılımcılara araştırmacı tarafından, sosyodemografik ve klinik veri formu ile Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG- ŞY-T) uygulanmıştır. Ayrıca katılımcılardan Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği (BKÖÇÖ) ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'ni (ÇÇTÖ) doldurmaları istenmiştir. Ebeveynler ise Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş Formu (ÇADÖ-Y) ve Turgay Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'ni (T-DSM-IV-Ö) doldurmuşlardır.

Bulgular: Bu çalışmada, DEHB'li ergenlerin %69,6'sının borderline kişilik özelliklerinin eşik altı düzeyde, %30,4'ünün ise eşik üstü düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Borderline kişilik özellikleri eşik üstü olan bireylerde kız cinsiyet, parçalanmış aile yapısı, sigara ve alkol kullanımı, akran zorbalığına maruz kalma gibi durumların daha sık olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, bu grupta karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), anksiyete

bozukluğu, davranım bozukluğu (DB) ve depresif bozukluk tanılarının eşik altı gruba göre daha yüksek oranlarda olduğu saptanmıştır. Eşik üstü grupta antipsikotik ilaç kullanımının da daha yaygın olduğu belirlenmiştir. Çocukluktaki DEHB belirtilerini ölçmek için kullandığımız T-DSM-IV-Ö dikkat eksikliği ve hiperaktivite-dürtüsellik alt boyutları ile BKÖÇÖ puanları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Mevcut DEHB, KOKGB ve DB belirtilerini ölçen T-DSM-IV-Ö alt boyutları ile BKÖÇÖ toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon gözlemlenmiştir. ÇÇTÖ toplam ve alt boyut puanları ile BKÖÇÖ alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Regresyon analizi sonucunda, DEHB’li katılımcıların çocukluk döneminde sahip oldukları KOKGB ek tanısının, çocukluk çağı travmalarının, kız cinsiyetin ve yaşı ergenlik döneminde gözlemlenen borderline kişilik özelliklerini yordadığı saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışmada, DEHB’li ergenlerde borderline kişilik özelliklerinin gelişimini öngören bazı faktörlerin belirlenmiş olması, borderline kişilik özelliklerinin erken tanısı ve müdahalesi için önemli bir yol gösterici olabilir. Gelecekte yapılacak boylamsal araştırmalar, çocukluk dönemindeki DEHB’nin borderline kişilik özellikleri ile olan ilişkisini ve bu süreçteki mekanizmaları daha iyi anlamaya katkı sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: çocukluk çağı dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, çocukluk çağı travması, borderline kişilik özellikleri, ergenlik, yordayıcı faktörler

ABSTRACT

INVESTIGATION OF PREDICTIVE FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF BORDERLINE PERSONALITY FEATURES IN ADOLESCENTS DIAGNOSED WITH ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER IN CHILDHOOD

AYŞEGÜL METİN EMRE, DISSERTATION, KONYA 2025

Objective: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in childhood has been frequently associated with the development of borderline personality disorder (BPD), and ADHD is considered a potential risk factor for BPD, as highlighted in the literature. As a neurodevelopmental disorder, ADHD often precedes BPD and may create a foundation for its development. However, the causal relationship between ADHD and BPD, as well as the mechanisms leading to the emergence of BPD in individuals with ADHD, remain not fully understood. The aim of this study is to identify the factors predicting the development of borderline personality features in adolescents diagnosed with ADHD during childhood.

Methods: This study included 168 patients aged 13–19 years who were diagnosed with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) according to DSM-5 criteria between 2014 and 2020 at the Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic of Necmettin Erbakan University Faculty of Medicine, meeting the inclusion criteria. Participants were assessed by the researchers using a Sociodemographic and Clinical Data Form and the Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Language Version (K-SADSPL-TR). Additionally, participants were asked to complete the Borderline Personality Features Scale for Children (BPFS-C) and the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Parents were instructed to complete the Revised Child Anxiety and Depression Scale-Parent Form (RCADS-P) and the Turgay DSM-IV-Based Disruptive Behavior Disorders Rating Scale (T-DSM-IV-S).

Results: In this study, it was found that 69.6% of adolescents with ADHD exhibited subthreshold borderline personality features, while 30.4% exhibited suprathreshold borderline personality features. Individuals with suprathreshold borderline personality features were more likely to be female, live in a fragmented family, use or try smoking or alcohol and experience peer bullying. Furthermore, this group had higher rates of Oppositional Defiant Disorder (ODD), anxiety disorders, Conduct Disorder (CD), and depressive disorders compared to the subthreshold group. Antipsychotic medication use was

also found to be more common in the suprathreshold group. No significant correlation was found between the ADHD symptom subscales (inattention or hyperactivity-impulsivity) measured by the T-DSM-IV-S and the BPFS-C scores. However, a positive correlation was observed between the T-DSM-IV-S subscales measuring current ADHD, ODD, and CD symptoms and the BPFS-C total scores. Additionally, a positive correlation was identified between the total and subscale scores of the CTQ and the BPFS-C subscales. Regression analysis revealed that a comorbid diagnosis of ODD in childhood, childhood trauma, female gender and age were significant predictors of borderline personality features observed in adolescence among participants with ADHD.

Conclusion: The identification of certain factors predicting the development of borderline personality features in adolescents with ADHD may serve as an important guide for the early diagnosis and intervention of borderline personality features. Future longitudinal studies could contribute to a better understanding of the relationship between childhood ADHD and borderline personality features, as well as the mechanisms underlying this process.

Keywords: childhood attention deficit hyperactivity disorder, childhood trauma, borderline personality features, adolescence, predictive factors

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLO VE ŞEKİLLER DİZİNİ	x
KISALTMA VE SİMGELER DİZİNİ	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU	4
2.1.1 Tanım, Tarihçe ve Tanı Kriterleri.....	4
2.1.2 Epidemiyoloji	8
2.1.3 Etiyoloji	10
2.1.4 Klinik Özellikler ve Değerlendirme	15
2.1.5 Eşlik Eden Bozukluklar	19
2.1.6 Tedavi	20
2.2 BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU	23
2.2.1 Tanım, Tarihçe ve Tanı Kriterleri.....	23
2.2.2 Epidemiyoloji ve Gidişat	24
2.2.3 Etiyoloji	27
2.2.4 Tedavi	32
2.3 DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU İLE BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU İLİŞKİSİ.....	33
2.3.1 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile Borderline Kişilik Bozukluğu Komorbiditesiyle İlgili Yapılmış Çalışmalar	37
3.YÖNTEM VE ARAÇLAR.....	39
3.1 ÖRNEKLEM.....	39
3.2 YÖNTEM	39
3.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	40
3.3.1 Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu	40
3.3.2 Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe Uyarlaması (CDŞG-ŞY-T).....	40
3.3.3 Turgay Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (T-DSM-IV-Ö).....	41
3.3.4 Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y) -Ebeveyn Formu	41

3.3.5 Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği (BKÖÇÖ)	41
3.3.6 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)	42
3.4 ETİK KURUL ONAYI	42
3.5 ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	42
3.6 İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	43
4. BULGULAR	44
5.TARTIŞMA.....	80
6.SONUÇ	104
7. KAYNAKLAR.....	105



TABLO VE ŞEKİLLER DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Verileri

Tablo 2. Katılımcıların Klinik Verileri

Tablo 3. Borderline Kişilik Özelliklerine Göre Eşik Üstü ve Eşik Altı Gruptaki Katılımcıların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması

Tablo 4. Borderline Kişilik Özelliklerine Göre Eşik Üstü ve Eşik Altı Gruptaki Katılımcıların Klinik Verilerinin Karşılaştırılması

Tablo 5. Eşik Üstü ve Eşik Altı Gruplarda Geçmiş Ek Tanıların Dağılımı ve Karşılaştırılması

Tablo 6. Eşik Üstü ve Eşik Altı Gruplarda Mevcut Ek Tanıların Dağılımı ve Karşılaştırılması

Tablo 7. Eşik Üstü ve Eşik Altı Gruplarda Kullanılan İlaç Gruplarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Tablo 8. Eşik Üstü ve Eşik Altı Gruplarda Sigara ve Alkol Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 9. Akran Zorbalığına Katılma Durumunun Borderline Kişilik Özellikleri ile İlişkisi

Tablo 10. Akran Zorbalığı Durumunun Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Puanları ile İlişkisi

Tablo 11. BKÖÇÖ Alt Boyut Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Tablo 12. BKÖÇÖ Alt Boyut Puanlarının Geçmiş Ek Tanılarla İlişkisi

Tablo 13. BKÖÇÖ Puanlarının Geçmiş T-DSM-IV-Ö Ebeveyn ve Öğretmen Formlarıyla İlişkisi

Tablo 14. Kızlarda BKÖÇÖ Puanlarının Geçmiş T-DSM-IV-Ö Ebeveyn ve Öğretmen Formlarıyla İlişkisi

Tablo 15. Erkeklerde BKÖÇÖ Puanlarının Geçmiş T-DSM-IV-Ö Ebeveyn ve Öğretmen Formlarıyla İlişkisi

Tablo 16. BKÖÇÖ Puanları ile Güncel T-DSM-IV-Ö Ebeveyn Puanlarının İlişkisi

Tablo 17. Çocukluk Çağı Travmaları ile Borderline Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişki

Tablo 18. BKÖÇÖ Puanları ile ÇADÖ-Y Ebeveyn Formu Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 19. BKÖÇÖ Duygusal Düzensizlik Alt Boyut Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Tablo 20. BKÖÇÖ Olumsuz İlişkiler Alt Boyut Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Tablo 21. BKÖÇÖ Kendine Zarar Verme Alt Boyut Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Tablo 22. BKÖÇÖ Kimlik Problemleri Alt Boyut Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Tablo 23. BKÖÇÖ Toplam Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Tablo 24. BKÖÇÖ Duygusal Düzensizlik Alt Boyut Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Tablo 25. BKÖÇÖ Olumsuz İlişkiler Alt Boyut Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Tablo 26. BKÖÇÖ Kendine Zarar Verme Alt Boyut Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Tablo 27. BKÖÇÖ Kimlik Problemleri Alt Boyut Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Tablo 28. BKÖÇÖ Toplam Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Tablo 29. BKÖÇÖ Duygusal Düzensizlik Alt Boyut Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Tablo 30. BKÖÇÖ Olumsuz İlişkiler Alt Boyut Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Tablo 31. BKÖÇÖ Kendine Zarar Verme Alt Boyut Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Tablo 32. BKÖÇÖ Kimlik Problemleri Alt Boyut Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

KISALTMA VE SİMGELER DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BKB Borderline Kişilik Bozukluğu

BKÖÇÖ Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği

ÇADÖ-Y Çocuklar İçin Anksiyete ve Depresyon Ölçeği- Yenilenmiş

ÇÇTÖ Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

ÇDŞG-ŞY-T Okul Çağı Çocuklar İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme

Çizelgesi- Şimdi ve Yaşamboyu Versiyonu

DAT Dopamin Taşıyıcısı

DB Davranım Bozukluğu

DDT Diyalektik Davranışçı Terapi

DEHB Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

FDA Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)

ICD International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

KOKGB Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

MDB Major Depresif Bozukluk

NAT Noradrenalin Taşıyıcısı

OSB Otizm Spektrum Bozukluğu

ÖÖB Özgül Öğrenme Bozukluğu

T-DSM-IV-Ö Turgay Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve artan dürtüsellik örüntüsünü içeren, klinik olarak heterojen bir nörogelişimsel sendrom olan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), %5'in üzerinde görülme sıklığı ile çocuk ve ergenlerde en sık görülen ruhsal bozukluklardan biridir (Drechsler vd., 2020). Çocukluk döneminde başlar ve sıklıkla yetişkinlik dönemine kadar devam edebilmektedir (Faraone vd., 2006). Doğrudan tanısal testlerin olmayışı, DEHB' nin klinik tablosunun karmaşıklığı ve eşlik eden komorbiditeler tanı sürecinde gecikmelere neden olabilmektedir (Hall vd., 2016). DEHB tedavi edilmezse önemli akademik, mesleki ve sosyal bozulmalara yol açmaktadır (Faraone vd., 2021).

Yapılan araştırmalar, DEHB'ye sıklıkla eşlik eden komorbid psikiyatrik durumların varlığını ortaya koymaktadır (Spencer vd., 2007). DEHB'li bireylerin yaklaşık %75'inde karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB), majör depresif bozukluk (MDB), davranım bozukluğu (DB), anksiyete bozuklukları ve otizm spektrum bozukluğu (OSB) gibi ek bir psikiyatrik durum gözlemlenmektedir. Ayrıca, bu bireylerin yaklaşık %60'ında birden fazla komorbid psikiyatrik bozukluk bir arada bulunmaktadır (Daley vd., 2018). DEHB ile DEHB' ye eşlik eden duygudurum bozuklukları, KOKGB, DB, madde kullanım bozukluğu ve ilerleyen dönemlerde görülen kişilik bozuklukları gibi topluma ve aileye önemli ölçüde yük getiren psikiyatrik bozukluklar arasında anlamlı ilişkiler bulunmaktadır (Sun vd., 2019).

Borderline kişilik bozukluğu (BKB), kişilerarası ilişkilerde güçlükler, benlik algısında bozulmalar, duygusal dalgalanmalar ve belirgin dürtüsellik gibi belirtilerle karakterize edilen, toplumda yaygın olarak görülen ve bireyin işlevselliğinde ciddi kayıplara yol açan karmaşık bir ruhsal bozukluktur (Chanen vd., 2020). Genellikle ergenlik veya erken yetişkinlik döneminde başlayan BKB, klinik ortamlarda en sık karşılaşılan kişilik bozukluğu olarak öne çıkmaktadır. BKB'nin yaşam boyu görülme sıklığı %5,5 ile %5,9 arasında değişmektedir. (Johnson vd., 2008). Ergenlerde yapılan epidemiyolojik bir çalışmada ise BKB sıklığı klinik örnekleme %11, yataklı servislerde %32-49 olarak bulunmuştur (Chanen vd., 2004). BKB tanılı ergenler, değişken duygudurum, öfke kontrolünde zorluk, tutarsız kimlik algısı, düşük benlik saygısı, boşluk hissi, terk edilme korkusuyla başa çıkma çabaları, tekrarlayan kendine zarar verme davranışları, intihar düşünceleri veya girişimleri ve dürtüsel risk alma eğilimleri gibi belirtilerle karşı karşıya kalabilmektedir. (Kaess vd., 2014). Semptomların şiddetiyle ilişkili olarak, bu bireylerin sosyal, akademik, mesleki ve

ekonomik alanlarda belirgin işlevsellik kayıpları yaşadığı ve tıbbi hizmet kullanımının arttığı gözlemlenmektedir. (Leichsenring vd., 2023).

BKB etiyojisi, diğer birçok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi çerçevesinde incelenmiştir (Gunderson ve Lyons-Ruth, 2008). Çevresel faktörler arasında, doğuştan olumsuz duygulanım, kontrolsüzlük ve tepkiselliğe yatkınlık, travma öyküsü, terk edilme deneyimleri, olumsuz aile dinamikleri ve tutarsız ebeveyn davranışları, BKB'nin gelişiminde önemli rol oynadığı düşünülen unsurlar olarak öne çıkmaktadır (Bandelow vd., 2005). Yoksul bölgede doğan çocukların 28 yaşlarına kadar takip edildiği bir çalışmada, dezorganize bağlanma, maternal hostilite, çocuklukta DEHB'nin olması, duygusal ve davranışsal dengesizlik ile BKB gelişimi arasında ilişki tespit edilmiştir (Carlson vd., 2009). Ergenlerle yapılan başka bir çalışmada, borderline özellikler gösteren olguların, ebeveynlerinin aşırı korumacı oldukları belirtilmiştir (Nickell vd., 2002).

BKB etiyojisinde yıllar boyunca öne sürülen teoriler arasında en çok kabul göreni Linehan tarafından 1993 yılında öne sürülen gen çevre etkileşimi üzerinde durulan ve biyolojik ve psikososyal faktörler arasındaki etkileşimlerin, özellikle de biyolojik temelli kırılganlık ile çocukluk dönemindeki olumsuz hayat deneyimleri arasındaki etkileşimlerin BKB gelişiminde rol oynadığının vurgulandığı teoridir (Nickell vd., 2002). Linehan'ın biyopsikososyal modeli ortaya koymasının ardından, BKB etiyojisini açıklamaya yönelik birçok farklı model geliştirilmiş ve bu durum, BKB'nin nedenlerine dair araştırmaların ilgi odağı olmaya devam etmesini sağlamıştır (Winsper, 2018).

BKB yaygınlığı, tedavi maliyeti ve neden olduğu işlev kayıpları nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak öne çıkmaktadır. Bu durum, BKB'nin gelişiminin önlenmesini, erken teşhis edilmesini ve etkili müdahalelerin yapılmasını zorunlu hale getirmektedir. Ancak mevcut literatür incelendiğinde, bu bozukluğun erken dönemdeki öngörücüleri, gelişimsel süreçleri ve psikiyatrik durumlarla ilişkisine yönelik araştırmaların sınırlı olduğu görülmektedir. BKB'ye yaşam boyu bir perspektifle yaklaşmak, bu bozukluğun gelişimsel dinamiklerini daha iyi anlamaya ve yeni araştırma hedeflerinin belirlenmesine katkı sağlamaktadır. Bu hedeflerden biri, çocukluk dönemindeki hangi faktörlerin BKB gelişimi açısından belirleyici olduğunu tespit etmektir. Elde edilen kanıtlar, BKB'nin gelişimsel öncüllerinin ergenlik dönemi ve hatta ergenlik öncesi dönemlerde dahi ortaya çıkabileceğini göstermektedir (Miller vd., 2008; Stepp ve Lazarus, 2017; Stepp vd., 2016). Bu durum, erken

dönem risk faktörlerinin belirlenmesinin ve BKB'nin gelişimsel yollarının daha ayrıntılı bir şekilde tanımlanmasının önemini vurgulamaktadır (Newman vd., 2016). Özellikle eşik altı düzeydeki borderline kişilik özelliklerinin belirlenmesi, BKB tanısı için kriterleri tam olarak karşılamayan ancak yüksek riskli bireylerde erken müdahaleyi mümkün kılarak yararlı olabilmektedir (Chanen vd., 2008). BKB gelişimiyle ilişkili çeşitli potansiyel risk faktörleri tanımlanmış olmakla birlikte, bu faktörler arasındaki etkileşimlerin daha kapsamlı bir şekilde anlaşılması gerekmektedir.

DEHB ile BKB arasındaki duygusal düzensizlik, dürtüsellik gibi ortak semptomlar ve klinik sunumdaki önemli örtüşme, her iki bozukluğun ortak patolojik mekanizmalara dayalı farklı gelişimsel yolların sonucu olabileceği fikrine yol açmış ve bu alandaki araştırma faaliyetlerini teşvik etmiştir (Philipsen, 2006). Çocukluk dönemindeki DEHB'nin, BKB gelişimiyle sıkça ilişkili olduğu ve DEHB'nin BKB için bir risk faktörü olabileceği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. DEHB, nörogelişimsel bir bozukluk olması nedeniyle, genellikle BKB'den önce gözlemlenmekte ve bu bozukluğun gelişimine zemin hazırlayabilmektedir (Stepp vd., 2012). Bununla birlikte, DEHB semptomları ve klinik özellikleriyle BKB gelişimi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar sınırlı sayıdadır. DEHB ile BKB arasındaki nedensellik ilişkisinin ve DEHB'li bireylerde BKB gelişimine yol açan mekanizmaların halen tam olarak anlaşılamadığı görülmektedir.

Bu çalışmada, çocukluk döneminde DEHB tanısı almış ergenlerde, borderline kişilik özellikleri gelişimini yordayan faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu bağlamda, DEHB'li ergenlerin sosyodemografik ve klinik özellikleri (DEHB semptomları, takip ve tedavi süreçleri, eşlik eden tanılar, travmatik yaşantılar, akran zorbalığı deneyimleri) ile ergenlik döneminde gözlemlenen borderline kişilik özellikleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2.1.1 Tanım, Tarihçe ve Tanı Kriterleri

DEHB, bireyin günlük işlevselliği üzerinde önemli etkilere neden olabilen süregelen dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik sorunları ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur (Biederman ve Faraone, 2005).

DEHB, yıllardır bilinen bir kavram olmakla beraber tarihsel süreç içerisinde farklı şekillerde isimlendirilmiştir. Dikkat eksikliği konusunun ilk kez gündeme getirilmesi 1775 yılında Alman doktor Melchior Adam Weikard tarafından olmuştur (Mukaddes ve Ercan, 2023). On sekizinci yüzyılda Alexander Crichton, 1798 tarihli kitabında dikkat eksikliğinin belgelenmiş en eski tanımlarından birini yapmıştır. Crichton, bu kitabında yaşamın erken dönemlerinde belirginleşerek, eğitimin herhangi bir konusuna sürekli olarak katılmayı engelleyen, dikkat edememeye neden olan, yaşla birlikte azalan dikkatteki "hastalıklı değişiklikler" tanımlamıştır (Crichton, 2008). Crichton'un kitabında bahsettiği belirtiler DEHB ile ilişkilendirilebilir olsa da açıklamaları mevcut DEHB kavramını tam olarak yansıtmamaktadır. Hiperaktiviteden hiç söz etmemiş olması sebebiyle, bazı araştırmacılar sonrasında Crichton'un "dikkatte hastalıklı değişiklikler" tanımıyla DEHB'nin dikkat eksikliği alt tipini tanımlamış olabileceğini ifade etmişlerdir (Palmer ve Finger, 2001).

Alman psikiyatrist Hoffmann, 1844 yılında "Struwwelpeter" adlı kitabı kaleme almıştır. Bu eser, içerisinde "Fidgety Phil" hikayesini de barındırmaktadır. Söz konusu hikâyede Hoffmann, hareketli bir çocuğu olan bir aileyi ele almış, bu çocuğun akşam yemeklerinde masada uygunsuz davranışları olduğunu, hareketsiz oturmadığını ve sonunda masadan yemekle birlikte düştüğünü anlatmıştır. Hikâyenin başında babanın oğluna "Bakalım Philip bir kez olsun masada hareketsiz oturabilecek mi" diye sorması babanın oğlunun yemek esnasında uygunsuz davranışları olacağını önceden tahmin ettiğini, bunun nadiren olan bir durumdan ziyade sürekli devam eden bir durum olduğuna ve bu durumun ailesinin çocuğa öfkelenmesine, aile içinde çatışmalara sebep olduğuna işaret etmektedir. Bu durum, aşırı hareketliliğin altında yatan sorunun, aile içi ilişkiler de dahil olmak üzere işlevsellikte önemli derecede bozulmaya sebep olan kalıcı bir bozukluk olduğunu gösteren ilk kanıttır (Lange vd., 2010). Hoffmann'ın 1847'de yazdığı "Johnny Look-in-the-air" hikâyesinde ise, önemli derecede dikkat sorunları gösteren Johnny isimli bir çocuk işlenmiştir. Hoffmann'ın kaleme aldığı "Johnny Look-in-the-air" ve "Fidgety Phil" adlı bu

öyküler, bazı akademisyenler tarafından DEHB'nin ilk tanımları olarak kabul edilmiştir (Burd ve Kerbeshian, 1988; Köpf, 2006; Thome ve Jacobs, 2004).

Günümüzde still hastalığı ile ilgili tanımlamalarıyla da öne çıkan İngiliz çocuk doktoru George Still, 1902'de bir grup çocukta gözlemlediği dürtüsellik, duyguları düzenlemede ve kontrol etmede zorluk, dikkat sorunları ve hiperaktivite belirtilerini içeren "ahlaki kontrol kusuru" adlı kavramı öne sürmüştür (Lange vd., 2010). Dr. George Frederich Still'in tanımladığı belirtiler, DEHB hakkında önemli bir başlangıç noktası olmasına rağmen, DEHB kavramıyla tamamen örtüşmemekte ve tanı koymak için yeterli olmamaktadır (Conners, 2000). Daha sonraki dönemlerde, ensefalit geçiren ve iyileşen çocuklarda, aşırı hareketlilik, öfke kontrol sorunları, öğrenme sorunları, uykuda bozulma gibi belirtilerin görüldüğü fark edilmiş ve bu durum "postensefalitik davranış bozukluğu" olarak tanımlanmıştır. Bu bozukluğa sahip vakalardaki bazı davranışlar DEHB ile ilişkilendirilse de bu durumdan etkilenen çocukların çoğu mevcut DEHB kriterlerini karşılamamaktaydı. Buna rağmen postensefalitik davranış bozukluğu, çocuklardaki hiperaktivite konusuna geniş bir ilgi uyandırmış ve DEHB kavramının bilimsel olarak daha fazla geliştirilmesine katkıda bulunmuştur (Rothenberger vd., 2005).

1932 yılında Franz Kramer ve Hans Pollow, dikkat dağınıklığı ve dürtüsellik semptomlarının eşlik ettiği, ancak ensefalit vakalarında görülen diğer belirtilerin gözlenmediği bir durumu tanımlamak için "hiperkinetik hastalık" terimini ortaya atmışlardır (Rothenberger vd., 2005). Hiperkinetik hastalık tanımı, DEHB'nin çekirdek semptomlarını barındırması nedeniyle günümüzde kullanılan DEHB tanımıyla büyük ölçüde benzerlik göstermektedir.

DEHB, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından ilk kez 1968 yılında Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-2'de (DSM-II) "Çocukluk Dönemindeki Hiperkinetik Sendrom" olarak tanımlanmıştır (American Psychiatric Association, 1968). Ancak, 1980 yılında DSM-III'ün yayınlanmasıyla birlikte, dikkat eksikliği ön plana çıkarılmış ve bu durum "Dikkat Eksikliği Bozukluğu" olarak adlandırılmıştır. Ayrıca, hiperaktivite semptomlarının varlığına göre iki farklı alt gruba ayrılmıştır (American Psychiatric Association, 1980). 1987'de DSM-III'ün revize edilmiş versiyonu (DSM-III-R) ile bu tanım "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" olarak değiştirilmiştir (American Psychiatric Association, 1987). DSM-IV'te ise, "Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları" başlığı altında "Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik

Döneminde Tanısı Koyulan Bozukluklar" kategorisine dahil edilmiştir (Association AP., 2000). 2013 yılında yayınlanan DSM-5 ile DEHB tanı kriterlerinde önemli değişiklikler yapılmıştır. Bu değişiklikler sonucunda, DEHB "Nörogelişimsel Bozukluklar" kategorisine dahil edilmiştir. Semptomların başlama yaşı 7'den 12'ye çıkarılmış ve DEHB'ye eş tanı oranı yüksek olan OSB, DEHB için dışlama kriteri olmaktan çıkarılmıştır. Ayrıca, DSM-5'ten önce DEHB'nin klinik özelliklerini değerlendirmek için kullanılan "alt tip" kavramının yerine, "görünüm" kavramı benimsenmiştir (American Psychiatric Association, 2013; Lahey vd., 2005).

DSM-5'e göre DEHB Tanı Kriterleri (American Psychiatric Association, 2013)

A) 1 ve/veya 2 ile belirtilen, işlevselliği veya gelişimi aksatan, süreklilik gösteren bir dikkatsizlik ve/veya aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntüsü:

1.Dikkatsizlik: Aşağıda ifade edilen belirtilerden altı ya da daha fazlası, gelişimsel düzeyle uyuşmayacak şekilde, sosyal ve okulla/işle ilgili alanların olumsuz etkilenmesine sebep olarak en az altı ay boyunca devam etmiştir.

Not: Belirtiler, sadece karşıt olma/karşı gelme, düşmanca tutum veya talimatları anlamadaki yetersizliğin bir sonucu değildir. 17 yaş üstündeki gençlerde ve yetişkinlerde en az 5 belirti olması gerekmektedir.

- a. Çoğunlukla, ayrıntılara dikkat etmekte zorlanır veya okul ödevlerini yaparken, işte veya diğer etkinlikler esnasında dikkatsizlik sebebiyle yanlışlar yapar.
- b. Çoğunlukla, vazifelerini yerine getirirken veya oyun oynarken dikkatini sürdürmekte zorluk yaşar.
- c. Çoğunlukla, kendiyle yapılan konuşmalarda dinlemiyor gibi görünür.
- d. Çoğunlukla, verilen talimatları takip edemez ve günlük hayattaki işlerini, okul veya işiyle ilgili yapması gereken görevlerini tamamlayamaz.
- e. Çoğunlukla, yapması gereken işleri ve aktiviteleri düzenlemekte sorun yaşar.
- f. Çoğunlukla, odaklanmasını ve zihinsel performans sergilemesini gerektiren işlerden kaçınır, hoşnut olmaz veya yapmak istemez.

g. Çoğunlukla, iş veya faaliyetleri için gerekli olan şeylerini kaybeder.

h. Çoğunlukla, çevredeki uyaranlar ile dikkati kolayca dağılır.

i. Çoğunlukla, günlük faaliyetleri esnasında unutmaktadır.

2. Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik: Aşağıda ifade edilen belirtilerden altı ya da daha fazlası, gelişimsel düzeyle uyumlayacak şekilde, sosyal ve okulla/işle ilgili alanların olumsuz etkilenmesine sebep olarak en az altı ay boyunca devam etmiştir.

Not: Belirtiler, sadece karşı olma, karşı gelme, düşmanca tutum veya talimatları anlamadaki yetersizliğin bir sonucu değildir. 17 yaş üstündeki gençlerde ve yetişkinlerde en az 5 belirti olması gerekmektedir.

a. Çoğunlukla, elleri ve ayakları kıpır kıpırdır veya yerinde kımıldayıp durur.

b. Çoğunlukla, oturması gereken durumlarda oturamaz ve yerinden kalkar.

c. Çoğunlukla, uygun olmayan yerlerde koşuşturur veya etrafındaki şeylere tırmanır.

d. Çoğunlukla, sessiz, sakin bir şekilde boş zamanlarını değerlendiremez veya eğlenceli etkinliklere katılamaz.

e. Çoğunlukla, hareket halindedir veya bir motor tarafından idare ediliyormuş gibi davranır.

f. Çoğunlukla, çok fazla konuşur.

g. Çoğunlukla, konuşma esnasında sorulan soru henüz bitmeden cevabını yapıştırır.

h. Çoğunlukla, sırasını beklemekte zorluk yaşar.

i. Çoğunlukla, diğerlerinin konuşmasını bölerek araya girer veya sözlerini keser.

B. Dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik belirtilerinden bazıları 12 yaşından önce başlamıştır.

C. Dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik belirtilerinden bazıları iki ya da daha çok ortamda vardır.

D. Bu belirtilerin, kişinin sosyal, okul ve iş hayatındaki işlevselliğini bozduğunu gösteren net kanıtlar bulunmaktadır.

E. Semptomlar, şizofreni ya da psikoz tablosuyla giden herhangi bir psikiyatrik hastalığın seyrinde ortaya çıkmamıştır veya başka bir psikiyatrik hastalıkla daha iyi açıklanamaz.

Klinik görünümüne göre aşağıdakilerden hangisi olduğunu belirtiniz.

Bileşik görünüm: Son 6 ay süresince hem A1 hem de A2 tanı kriterleri sağlanmıştır.

Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son 6 ay süresince A1 tanı kriterleri karşılanırken, A2 tanı kriterleri karşılanmamıştır.

Aşırı hareketlilik/dürtüsellik baskın olduğu görünüm: Son 6 ay süresince A2 tanı kriterlerinin karşılanıp, A1 tanı kriterleri karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz.

Kısmi remisyon: Eskiden tanı kriterlerini karşılayacak ölçüde belirtiler varken, son 6 aydır belirtiler azalmıştır ancak belirtiler mevcut haliyle halen sosyal, akademik ve iş alanlarında işlevselliği bozmaktadır.

Mevcut durumun şiddetini belirtiniz.

Ağır olmayan: Tanı kriterlerinden bazıları karşılanıyor olsa da toplumsal ve akademik alanlardaki işlevsellik çok fazla etkilenmemiştir.

Orta derecede: Belirtiler ve işlevsellikteki bozulma “ağır olmayan” ile “ağır” arasındadır.

Ağır: Birkaç ağır belirti de dahil olmak üzere tanı kriterlerinin çoğunluğu vardır ve bu belirtiler toplumsal ve akademik işlevselliğin belirgin düzeyde etkilenmesine sebep olmuştur.

2.1.2 Epidemiyoloji

DEHB, son yıllarda en çok tanı alan, tedavi edilen ve araştırılan psikiyatrik bozukluklardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Genellikle çocukluk döneminde teşhis edilen DEHB, okul çağı çocuklarında sık görülürken sıklıkla yetişkinlikte de devam

etmektedir (Asherson vd., 2016). Çocuklarda ve gençlerde DEHB'nin yaygınlığını inceleyen çalışmalarda, araştırmanın gerçekleştirildiği yer, tanı süreci ve çalışma yöntemlerini içeren çeşitli faktörlerden etkilenen bazı farklılıklar nedeniyle elde edilen sonuçlardaki değişkenlikler dikkat çekmektedir. 2023 yılında gerçekleştirilen ve çocuklar ve ergenlerde DEHB prevalansını inceleyen sistematik derlemeler ve meta-analizlerin dahil edildiği kapsamlı bir şemsiye incelemede, DEHB'nin dünya genelindeki prevalansının %8 olduğu belirlenmiştir (Ayano vd., 2023). Polanczyk ve arkadaşları tarafından yapılan 100'den fazla çalışmanın ele alındığı çok kapsamlı bir meta-analizde DEHB'nin dünya çapındaki yaygınlığı %5.29 olarak belirtilmiştir (Polanczyk vd., 2007). 2012 yılında yapılan başka çok kapsamlı bir meta-analiz çalışmasında ise tüm dünyadaki DEHB yaygınlığı %5.9-%7.1 olarak saptanmıştır (Willcutt, 2012). 2015 yılında Thomas ve arkadaşları tarafından yapılan bir meta-analizde ise DEHB'nin yaygınlığı çocuk ve ergenlerde %7,2 olarak bulunmuştur (Thomas vd., 2015). DEHB'nin prevalansı ülkeler arasında farklılık göstermektedir (Charach vd., 2011). Bu farklılıkların sağlık hizmetlerine erişim, sosyoekonomik durum ve ruh sağlığına yönelik kültürel tutumlar gibi faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir (Cénat vd., 2024). İran'da 6-18 yaşları arasındaki 30.532 çocuk ve ergen katılımcı ile yapılan bir çalışmada DEHB prevalansı %4 bulunmuştur (Mohammadi vd., 2021). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 6 -17 yaşları arasındaki 61.779 çocuk ve ergen katılımcı ile yapılan toplum örneklemli, geniş bir çalışmada, ebeveyn raporları baz alınarak çocukların %8,2'sine DEHB tanısı konulmuştur (Larson vd., 2011). Ülkemizde DEHB'nin yaygınlığına ilişkin çalışmalara bakıldığında ise oranlar daha yüksek bulunmuştur. Trabzon ve Sivas'da ebeveyn ve öğretmenlerden alınan bilgiler göz önünde bulundurularak ilköğretim okullarında yapılan çalışmalarda, Sivas ilinde DEHB yaygınlığı %8.1 bulunurken, Trabzon'da %8.6 olarak belirlenmiştir (Erşan vd., 2004; Gul vd., 2010). 2019 yılında 58432 ilköğretim öğrencisinin katıldığı Türkiye geneli geniş örneklemli bir çalışmada ise işlevselliği bozan DEHB oranı %12.4 olarak saptanmıştır (Ercan vd., 2019) Erken çocukluk döneminde başlayarak yetişkin yaşamda da sıklıkla devam eden DEHB ile ilgili yapılan çalışmaları inceleyen bir meta-analizde, yetişkinlerdeki DEHB yaygınlığının %2.5 olduğu bulunmuştur (Simon vd., 2009).

Epidemiyolojik ve klinik örneklemde erkek kız oranı 3:1 ve 9:1 olarak değişkenlik göstermekle beraber, DEHB'nin erkek cinsiyette kızlara göre daha fazla görüldüğü yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Staller ve Faraone, 2006). Görülen bu farklılığın, kızlarda erkeklerdeki aşırı hareketlilik ve davranış sorunlarından ziyade dikkat eksikliği belirtilerinin baskın olması ve anksiyete, depresyon belirtilerinin DEHB kliniğini maskeleyesi sebebiyle

kliniğe başvuru ve tanı alma oranlarının erkeklere göre daha düşük olmasından kaynaklanıyor olabileceği vurgulanmaktadır (Rucklidge, 2010). Çocuk ve ergenlerdeki erkek/kız oranının yetişkinlere göre daha fazla olduğu yapılan çalışmalarda görülmüştür (Fayyad vd., 2017). Literatüre bakıldığında, klinik örneklem ile yapılan çalışmalarda en sık rastlanan DEHB görünümünün bileşik görünüm olduğu gözlenirken, toplum tabanlı çalışmalarda ise dikkat eksikliği baskın görünüm olduğu belirtilmiştir (Willcutt, 2012).

2.1.3 Etiyoloji

Çocuk ve ergenlerde yaygın olarak görülen ve işlevselliği önemli derecede etkileyen psikiyatrik bozukluklardan biri olan DEHB'nin altında yatan nedenlerle ilgili birçok araştırma yapılmış olmasına rağmen, bu konuyla ilgili birtakım belirsizlikler varlığını sürdürmeye devam etmektedir. Güncel kaynaklardan edinilen bilgiler göz önüne alındığında, genetik, nöronal ve çevresel etkenlerin ve bunlar arasındaki etkileşimlerin DEHB'ye sebep olduğu düşünülmektedir (Banaschewski vd., 2010; Russell A Barkley, 2014).

2.1.3.1 Genetik Etkenler

DEHB'nin nedenlerindeki çeşitliliğe rağmen, aile, ikiz ve evlat edinme araştırmalarında genetik faktörlerin önemli ölçüde (%60-90) etkili olduğu belirlenmiştir. (Faraone vd., 2015; Heiser vd., 2004). DEHB etiyopatogenezinden sorumlu genetik mekanizmaların incelenmesinde moleküler genetik çalışmalar ve davranışsal genetik çalışmalar rol oynamaktadır. Davranışsal genetik çalışmalar, aile çalışmaları, ikiz çalışmaları ve evlat edinme çalışmalarını kapsarken, moleküler genetik çalışmalar ise aday gen çalışmaları ve genom çapı çalışmalarını içermektedir (Coghill ve Banaschewski, 2009). Davranışsal genetik çalışmalardan biri olan ikiz çalışmalarından elde edilen veriler, genetik etkileri çevresel etkilerden ayırt etmemizi sağlamaktadır. Evlat edinme çalışmaları da benzer bulgular sunar; ancak hem biyolojik hem de evlat edinen ebeveynlere ilişkin verileri içeren geniş örneklemeler elde etmek zordur. DEHB ile ilgili iki evlat edinme çalışmasında, DEHB'li çocukların biyolojik ebeveynlerinin, evlat edinen ebeveynlere göre daha yüksek DEHB oranlarına sahip olduğu gösterilmiş ve genetik geçiş vurgulanmıştır (Alberts-Corush vd., 1986; Morrison ve Stewart, 1973). DEHB'li bireylerin anne, baba ve kardeşleri normal bireylerin akrabalarına DEHB'den 2-8 kat daha fazla etkilenmektedir (Thapar vd., 2013). Hiperaktivitenin genetik geçişiyle ilgili ilk ikiz çalışması 1973 yılında yayınlanmış olsa da ilk kanıtlar 1980'lerin sonunda elde edilmiş ve hiperaktivite ve dikkat eksikliğine neden olan

faktörlerin %75'inin genetik kaynaklı olduğu belirtilmiştir (Stevenson, 1992; Willerman, 1973). O zamandan beri, DEHB'nin etiyolojisini aydınlatmak için çocuklarda ve ergenlerde çok sayıda ikiz çalışması yapılmıştır (Chang vd., 2013; Greven vd., 2011; Polderman vd., 2011).

Aday gen çalışmaları, DEHB etiyolojisinde yer alan genlerin saptanmasını içeren ilk genetik çalışmalardır (Cortese ve Coghill, 2018; Gizer vd., 2009). Genetik çalışmalara bakıldığında noradrenerjik, dopaminerjik ve serotonerjik sistemlerin DEHB etiyolojisinde rolü olduğu vurgulanmıştır (S.I. Sharp, 2009). Bugüne kadar araştırılan çok sayıda dopaminerjik gen olmasına rağmen DEHB ile en çok ilişkilendirilen genler DAT1 ve 11p15.5 kromozomunda yer alan DRD4 olmuştur (Cook Jr vd., 1995; Hebebrand vd., 2006). DEHB'de en çok kopyalanan genlerden biri olan DAT1, SLC6A3 olarak da isimlendirilmektedir. SLC6A3, nöronal iletişim bölgesinde dopamin geri alımı yapmaktadır (Gizer vd., 2009). Araştırmalara konu olan ve DEHB ile ilişkilendirilen diğer aday genler arasında DRD1, DRD2, DRD3, DRD5, COMT, MAO-A, MAO-B ve tirozin hidroksilaz genleri yer almaktadır (Li vd., 2014). Aday gen çalışmaları, DEHB'nin genetik temellerini anlamada önemli bir adım olmuştur. Ancak DEHB'nin karmaşık genetik yapısının tam anlamıyla anlaşılması için daha kapsamlı yaklaşımlar gerekmektedir. Bu nedenle, genom çapı çalışmaları gibi daha geniş ölçekli ve bütüncül yaklaşımlar geliştirilmiştir. Genom çapı çalışmaları içerisinde, bağlantı çalışmaları ve genom çapı ilişkilendirme çalışmaları yer almaktadır. DEHB'deki bağlantı çalışmaları, DEHB için genler barındıran genetik lokusların tanımlanmasında rol oynamaktadır. Bağlantı çalışmalarının, monogenik bozuklukların nedenlerini açıklamada başarılı olduğu görülmekle birlikte, poligenik bozukluklar söz konusu olduğunda bu yaklaşımların daha sınırlı bir başarı gösterdiği ve elde edilen sonuçların genellikle tutarsızlık sergilediği belirtilmektedir (Banaschewski vd., 2010). 2008 yılında yayımlanan, DEHB bağlantı çalışmalarının bir meta-analizi, kromozom 16 üzerindeki bir lokusu doğrulamıştır (Zhou vd., 2008). Aday gen çalışmaları ve bağlantı çalışmalarından farklı olarak genom çapı ilişkilendirme çalışmaları, birçok genin küçük etkilerinin rol oynadığı DEHB'nin poligenik doğasının aydınlatılabilmesi için önemli veriler sunmaktadır (Banaschewski vd., 2010). Genom çapı ilişkilendirme çalışmalarında, tüm genom boyunca dağılmış 1.000.000'dan fazla tek nükleotid polimorfizmi ve kopya sayısı farklılıkları test edilmektedir (Battaloğlu ve Başak, 2010). DEHB'deki gen polimorfizmlerinin kontrol grubuyla karşılaştırıldığı bir çalışmada, DRD2 geninin TaqIA polimorfizmi, hiperkinetik hastalarda DRD2 geninin A1 aleli, DEHB'li

erkek çocuklarda DAT1 geninin anormal genotipleri ve IL-6 geninin polimorfizmi gibi varyantlar saptanmıştır. IL-2, IL-6, TNF-alfa ve BDNF gibi immünolojik yollarda yer alan belirli genler ile DEHB riski arasında bağlantı olduğu belirtilmiştir (Drtilkova vd., 2008). Yapılan araştırmalar, belirli kromozomal bölgelerdeki yüksek sayıdaki kopya sayısı farklılıkları açısından DEHB ile OSB ve şizofreni arasında bir örtüşme olduğunu öne sürmektedir (Thapar vd., 2013).

MikroRNA'lar, transkripsiyonel aşamadan sonra gen regülasyonundan sorumlu olan kısa, kodlamayan RNA'lardır. BDNF, DAT1, HTR2C, HTR1B ve SNAP25 gibi çeşitli mikroRNA'ların DEHB ile ilişkili genlerin düzenlenmesinde rol oynadığı gösterilmiştir (Palladino vd., 2019). 2019 yılında yapılan DEHB patogenizinde mikroRNA'ların rolünü araştıran bir çalışmada DEHB'li hastaların kanında mikroRNA 5692b ve mikroRNA let-7d'nin değişen ekspresyon seviyeleri gözlenmiş olup mikroRNA'ların DEHB etiolojisindeki olası rolü desteklenmiştir (Aydin vd., 2019).

Bugüne kadar yapılan çalışmalardan elde edilen genetik bulgular, DEHB'nin büyük oranda kalıtsal olduğunu desteklemiştir; ancak aynı zamanda önemli bir belirsizlik de devam etmektedir (Faraone vd., 2005). DEHB etiyojik mekanizmasının en önemli parçası genetik risk faktörleri gibi görünse de bu risk faktörleri henüz kesin olarak saptanamamıştır ve daha yüksek örneklem büyüklükleri ile ileri araştırmalara duyulan ihtiyaç devam etmektedir.

2.1.3.2 Çevresel Etkenler

DEHB'nin kalıtsallığı kapsamlı bir şekilde belgelenmiş olmasına rağmen, çevresel faktörlerin de bozukluğun gelişiminde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Çevresel etkiler, doğrudan ya da gen-çevre etkileşimleri aracılığıyla DEHB'nin ortaya çıkışını etkileyebilmektedir. Bu nedenle, DEHB'nin tanı ve tedavi süreçlerinde bu faktörlerin göz önünde bulundurulması büyük önem taşımaktadır.

DEHB oluşumuna zemin hazırlayan çevresel risk faktörleri hakkında çok sayıda araştırma yapılmıştır (Russell vd., 2016; A. Thapar vd., 2013). Bu araştırmalarda DEHB ile bağlantılı olduğu düşünülen birçok prenatal, perinatal ve postnatal risk faktörü tanımlanmıştır. Bunlar arasında DEHB'ye ilişkin en sık vurgulanan risk faktörleri, hamilelikte annenin sigara kullanması, annenin madde ve alkol kullanımı, annenin yaşadığı psikososyal stresler, prematürite, doğum komplikasyonları ve kurşun, pestisit, ilaçlar, toksinler gibi kimyasal maddelere maruziyettir (Sciberras vd., 2017). DEHB etiolojisinden sorumlu çevresel risk faktörlerini inceleyen yakın tarihli bir meta-analizde, gebelikte

asetaminofen kullanımı, annenin sigara içmesi ve annede obezite olması DEHB ile ilişkilendirilmiştir (Kim vd., 2020). Hamilelik sırasında annenin sigara kullanımı, DEHB ile bağlantılı önemli bir risk faktörüdür (Ernst vd., 2001; Mick vd., 2002). Gelişim sürecindeki kritik zamanlarda tütünün psikoaktif bileşeni olan nikotine maruziyetin beyinde hasara neden olarak DEHB gelişimine sebep olabileceği düşünülmektedir. Milberger ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada annesi sigara içen çocuklarda, annesi sigara içmeyenlere göre DEHB riskinin 2.7 kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Milberger vd., 1996). 2010 yılında yapılan bir çalışmada ise DEHB'li çocukları olan anneler, sağlıklı çocukları olan anneler ile karşılaştırılmış ve hamilelikte daha şiddetli psikososyal stres yaşadıkları ve daha fazla sigara içtikleri bildirilmiştir (Motlagh vd., 2010). Prenatal dönemde annenin alkol kullanımı, DEHB patogeneziyle en çok ilişkilendirilen risk faktörleri arasında yer almaktadır. Bir hayvan çalışmasında, etanol verilen sıçanların, salin verilen sıçanlara göre DEHB'de önemli bir beyin bölgesi olan ön beyin bölgesinde daha fazla nörodejenerasyon olduğu raporlanmıştır (Ikonomidou vd., 2000). Ateş düşürücü ve ağrı kesici olarak yaygın kullanımı olan asetaminofenin gebelik döneminde kullanımı ile DEHB arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Asetaminofenin olumsuz etkisinin, gelişmekte olan fetüsün hormonları ve sinyal yolları ile etkileşiminin bir sonucu olduğu öne sürülmüştür (Masarwa vd., 2018).

Mevcut literatüre bakıldığında, düşük gelir düzeyi, düşük eğitim düzeyi, ev sahibi olmama gibi ailenin sosyoekonomik açıdan dezavantajlı olduğu durumlar DEHB ile ilişkilendirilmiştir (Bøe vd., 2012; Miech vd., 1999; Pheula vd., 2011). Ebeveynlerin özellikle de annenin ruhsal iyilik halinin de DEHB etiyolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir. İsveç'te yapılan bir araştırmada gebeliğin son 3 aylık dönemindeki maternal stresin, çocuktaki DEHB riskini artırdığı bildirilmiştir (Class vd., 2014). Başka bir çalışmada ise annedeki depresif bozukluk çocuktaki DEHB ile ilişkili bulunmuştur (Clements vd., 2015). Ebeveynlerin, çocuğun duygusal ihtiyaçlarına duyarlı ve sıcak olması güvenli bağlanmanın sağlanması çocukların duygu ve davranışlarını düzenlemelerine ve yürütücü işlevlerini geliştirmelerine katkı sağlamaktadır (Menon vd., 2020). Ebeveynlerin çocuğun ihtiyaçlarına duyarsız olması, yeterince destekleyici olmamaları, çocuk ihmali gibi olumsuz durumlar çocuğun düzenleyici süreçlerinin gelişimini etkilemektedir (Auersperg vd., 2019). Olumsuz ebeveyn tutumları, sert disiplin, artan hiperaktivite ile ilişkilendirilmiştir (Romano vd., 2006). Ebeveynleri tarafından temel ihtiyaçları karşılanmayan, ihmal veya istismara maruz kalan çocukların, karşılaştıkları olumsuz durumlar sebebiyle aşırı tetikte oldukları gözlenmiştir. Bu çocuklar, öğrenmek ve keşfetmek

yerine kendi güvenlikleriyle ilgilenmek durumunda kaldıklarından tipik dikkat süreçlerinin gelişiminin olumsuz etkilendiği düşünülmektedir. Sosyal hizmetler tarafından koruma altına alınan çocuklarda, bu mekanizmanın etkili olabileceği düşünülmektedir (Humphreys ve Zeanah, 2015).

2.1.3.3 Nöroanatomik Etkenler

DEHB'li bireylerde beyin hacmini, sağlıklı popülasyonla karşılaştıran çalışmalarda, çoğunlukla DEHB hastalarında, kontrol hastalarına kıyasla toplam beyin hacmi ve gri madde hacminde yaklaşık %3-8 oranında azalma olduğu gözlenmiştir (Batty vd., 2010). Yapılan çalışmalarda ayrıca DEHB'den etkilenen bireylerde başta frontal, parietal ve temporal bölgeler olmak üzere tüm beyinde kortikal incelmeye olduğu ve frontal, parietal ve temporal lob yüzey alanında azalmalar olduğu bildirilmiştir (Silk vd., 2016). DEHB'li çocuk ve yetişkinlerde bazal gangliyonların hacimlerinin azaldığı bilinmektedir. Spesifik olarak, en belirgin azalma sağ lentiform çekirdekte (putamen ve globus pallidus) ve kaudat çekirdektedir (Albajara Sáenz vd., 2019; Frodl ve Skokauskas, 2012). DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde yapılan bir görüntüleme çalışmasında, DEHB'li çocukların beyaz madde hacminde önemli bir azalma olduğu, serebral korteks hacminde %9 ve kaudat çekirdek hacminde ise %8 oranında bir azalma olduğu ve anterior singulat korteks, posterior singulat korteks, lateral prefrontal korteks, sol precuneus ve talamus gibi beyin bölgelerinde fonksiyonel bağlantının önemli ölçüde azaldığı gösterilmiştir (Qiu vd., 2011).

DEHB hastalarında beyin gelişimindeki farklılıkların aydınlatılabilmesi için yapılan gözlemler umut verici olmakla birlikte, bu gözlemlerden elde edilen bulguların doğrulanması için daha fazla araştırma ve veri gerekmektedir. Beynin yapısal ve işlevsel bağlantılarını ölçme yöntemleri geliştikçe, DEHB'de teşhis ve prognozla ilgili önemli ilerlemeler kaydedilmesi beklenmektedir.

2.1.3.4 Nöropsikolojik etkenler

DEHB tanılı çocuklar, bozukluğun üç ana belirtisine (hiperaktivite, dürtüsellik ve dikkatsizlik) ek olarak, sıklıkla günlük yaşamlarında, akademik başarıda düşüklük ve akran ilişkilerinde zorlanma gibi sorunlarla da karşı karşıya kalırlar. Bu işlevsel bozukluklar DEHB ile büyük ölçüde ilişkili olduğundan, teorik modellerin yalnızca DEHB'nin çekirdek semptomlarını değil aynı zamanda bozuklukla ilişkili işlevsel bozuklukları da açıklayabilmesi gerekmektedir. DEHB semptomlarının temel sonuçlarının en yaygın kabul gören teorilerinden biri, bu bozukluğa sahip çocuklar, ergenler veya yetişkinlerin yeterince

olgunlaşmamış bir yürütücü fonksiyon gelişimi gösterdiğini belirtmektedir (Ramos-Galarza ve Pérez-Salas, 2021). Yürütücü işlevler, hedeflere ulaşılması için davranışların planlanması, düzenlenmesi ve kontrol edilmesine yardımcı olan bir dizi üst düzey zihinsel yetenektir (Zhou vd., 2024). DEHB, bilişsel işleme hızı, planlama, önceliklerin belirlenmesi, isteklerin ertelenebilmesi, değişen duyguların düzenlenmesi ve uygun sosyal davranışların geliştirilebilmesi gibi birden fazla yürütücü işlevde eksiklik içermektedir (Sjöwall ve Thorell, 2014). Yürütücü işlevlerdeki bu eksikliklerin bazı hastalarda günlük hayattaki işlevselliği önemli ölçüde etkilediği bilinirken, bazı hastalarda günlük hayatı etkileyecek düzeyde olmadığı görülmektedir. Bu durum, nöropsikolojik açıdan DEHB'nin heterojen bir bozukluk olduğunu göstermektedir (Nigg vd., 2005). Bu nedenle, DEHB'li bireylerin ihtiyaçlarına uygun, kişiselleştirilmiş müdahaleler ve destekler geliştirmek önemlidir.

2.1.4 Klinik Özellikler ve Değerlendirme

DEHB, gelişim düzeyi açısından yaşlarıyla karşılaştırıldığında, gelişim düzeyine uygun olmayan, genellikle daha sık ve daha şiddetli görülen, sürekli dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileriyle tanımlanmaktadır (Keen ve Hadjikhouri, 2011). Heterojen bir yapıya sahip olan DEHB, bireyler arasında belirgin farklılıklar gösteren semptomlarla karakterizedir. Ayrıca, DEHB'li bireylerde semptomların seyri ve işlevsellikteki bozulmalar zaman içinde dalgalanma gösterebilmektedir (Grevet vd., 2024).

Dikkatsizlik, bireyin yaşına göre dikkat süresi ve yoğunluğunun beklenenden daha az olması ve dikkatin çabuk dağılması durumudur. Dikkat dağınıklığı yaşayan DEHB tanılı bireylerde, ayrıntıları fark edememe ve hata yapma, belirli bir konuya odaklanmakta zorlanma veya aşırı odaklanma, unutkanlık, dağınıklık ve yapılması gereken işleri organize etmede güçlük çekme gibi belirtiler gözlemlenebilmektedir (Asherson, 2012). Hiperaktivite, bireyin gelişim düzeyine kıyasla aşırı hareketlilik sergilemesi olarak tanımlanmaktadır. Bu durum, sürekli hareket etme isteği, motor tarafından yönetiliyormuş gibi sürekli hareket halinde olma, yerinde duramama, hareketsiz kalması gereken durumlarda hareketsiz kalamama, uygunsuz yerlere tırmanma veya koşuşturma ve aşırı konuşma gibi belirtilerle kendini göstermektedir (Mukaddes, 2020). Dürtüsellik, bireyin eylemlerinin sonuçlarını düşünmeden hareket etmesi durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu bireylerde, davranışları kontrol etmede zorlanma, sabırsızlık, acelecilik, başkalarının sözünü kesme ve sıra beklemekte güçlük çekme gibi belirtiler gözlemlenebilmektedir (Chamberlain ve Sahakian, 2007).

Tarihsel olarak DEHB bir okul çağı bozukluğu olarak kabul edilse de yapılan araştırmalar, DEHB'li birçok çocuğun ilk semptomlarının okul öncesi dönemde ortaya çıktığını ve bu dönemdeki DEHB'li çocukların, psikiyatrik komorbidite oranları ve türleri bakımından okul çağı çocuklarına benzer özellikler gösterdiğini ortaya koymaktadır. (Brown ve Harvey, 2019; Riddle vd., 2013). Okul öncesi çocuklarda DEHB'nin geçerliliğini destekleyen bu kanıtlara dayanarak, Amerikan Pediatri Akademisi, DEHB'nin teşhis ve tedavisine ilişkin kılavuzlarını 4 yaşına kadar genişletmiştir (Wolraich vd., 2011). İlkokula başlamamış çocuklarda değerlendirme süreci yapılandırılmış davranışsal gözlemleri içermektedir ve bu süreçte öğretmenlerin gözlemleri, diğer bireylerin gözlemlerine nazaran daha büyük bir önem taşımaktadır. Faraone ve arkadaşlarına göre, ebeveynler ve diğer bireyler, ilkokul öncesi çocuklarda dikkat eksikliği belirtilerini algılamakta veya normatif ve normatif olmayan hiperaktivite ya da dürtüsellik ayırt etmekte güçlük çekebilmektedirler. Genellikle okul öncesi dönemde DEHB tanısı çocuğun semptomlarının belirgin olmaması ya da ebeveynler tarafından DEHB’de görülen davranışların normal gelişim sürecinin bir parçası olarak değerlendirilmesi nedeniyle atlanabilmektedir. Bu bağlamda, okul öncesi öğretmenlerin ve klinisyenlerin küçük yaş dönemindeki çocuklarla olan etkileşim ve gözlemlerinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Faraone vd., 2015). DEHB'li çocuklar, bu dönemde kreş veya anaokulunda kurallara uymakta zorluk yaşayabilmekte, oturarak yapılması gereken etkinliklerde oturamamalarına ve etkinlikleri tamamlamalarına engel olan, diğer çocukların oyunlarını bozan hareketlilikleri nedeniyle yaşıtları ve öğretmenleriyle olan ilişkileri olumsuz etkilenebilmektedir. Bu çocuklarda gözlenen belirgin hiperaktivite ve dürtüsellik nedeniyle sık sık düşme, kaza ve yaralanmalar meydana gelmektedir. Ayrıca, yemek yerken konsantre olamama, yemeklerde seçicilik gibi yeme sorunları ve uykuya dalmakta zorlanma, gece alt ıslatma gibi uyku ile ilgili problemler de sıkça görülmektedir (Mukaddes, 2020).

DEHB’li olguların büyük bir kısmı, çocukların akademik hayata başlamasıyla birlikte artan zorluklar nedeniyle ilkokul döneminde kliniğe başvurmaktadır. Bu nedenle, DEHB tanısı genellikle ilkokul çağında konulmaktadır (Hechtman, 1993). Bu yaş döneminde çocuklarda, sınıf içerisinde sık sık ayağa kalkma, söz almadan konuşma, dersi takip etme ve odaklanmakta zorluk yaşama, ödev yaparken destekleyen birine ihtiyaç duyma veya ödevleri tamamlayamama, okul başarısında düşüklük, eşya kaybetme gibi sorunlar sık görülmektedir (Brown, 2005). DEHB’ de gözlemlenen belirtiler, belirtilerin şiddeti ve sayısı bireyler arasında farklılık gösterse de eşlik eden davranışsal sorunlar, acelecilik,

düşünmeden eyleme geçme ve duyguları yönetmekte zorlanma gibi durumlar aile ve arkadaş ilişkilerinde bozulmalara yol açmaktadır. Bu sebeple, DEHB'li çocuklar okulda arkadaş ilişkilerini sürdürmekte zorlanabilmekte, hatta zorbalıkla karşılaşabilmektedirler (Hoza, 2007).

DEHB'li çocukların ergenlikte de sıklıkla tanı kriterlerini karşılamaya devam ettiği ve akademik ve sosyal bozukluklar yaşadığı yapılan araştırmalarda gösterilmiştir (Hurtig vd., 2007). DEHB'nin spesifik bir ölçüm yönteminin bulunmaması ve ergenlerde görülen dönemsel özellikler veya eşlik eden diğer tanılar dikkate alındığında, çocukluk döneminde atlanmış olabilecek DEHB tanısının ergenlik döneminde de gözden kaçma olasılığı bulunmaktadır (Scassellati vd., 2012). Bu nedenle ergenlerde, okul öncesi ve ilköğretim dönemi özelliklerinin yanı sıra mevcut aile ve akran ilişkileri ile akademik başarıyı değerlendirmek önemlidir. Çocukluk döneminde baskın olan aşırı hareketlilik, ergenlik döneminde azalmakta ve bunun yerine dikkat sorunları akademik zorluklar ve içsel huzursuzluk ön plana çıkmaktadır (Shaw ve Sudre, 2021). DEHB olan ergenlerde, yaşlılarına kıyasla olgunlaşma süreci daha yavaş ilerlemekte, bu durum değişen duyguları kontrol edememe, öfke patlamaları ve dürtüsel davranışlarla kendini göstermektedir. Bu özellikler, ergenlerin sosyal ilişkilerde zorlanmalarına, yaşlıları tarafından dışlanmalarına ve riskli davranışlara meyilli arkadaş gruplarına katılmalarına yol açabilmektedir (Gardner ve Gerdes, 2015; Hoza, 2007). Sonuç olarak, sigara kullanımı, madde bağımlılığı, riskli cinsel davranışlar, akademik başarısızlık ve okulu bırakma, antisosyal davranışlar ve araç kazaları gibi risklere karşı çok daha savunmasız hale gelmektedirler (Langley vd., 2010).

Çocukluk döneminde DEHB tanısı alan olguların yaklaşık %60'ı yetişkinlikte de semptomlar göstermeye devam etmektedir (Kessler vd., 2010). DEHB'li yetişkinlerin DSM-5'te tanımlanan dikkatsizlik ve hiperaktivite-dürtüsellik belirtilerinin ötesine uzanan bir klinik görünüm sergiledikleri bilinmektedir (Goodman vd., 2011). Çalışma belleği, duygusal ve motivasyonel öz düzenleme, planlama, karar verme ve problem çözme gibi bilişsel alanları içeren yürütücü işlev bozuklukları yetişkin hastalarda sıklıkla gözlenmektedir (Silverstein vd., 2018). Yetişkin DEHB hastalarında aynı zamanda dürtüsellik, duygusal dalgalanmalar ve aşırı tepkisellik ile karakterize duygusal düzensizlik sık görülmektedir. DEHB'li yetişkinlerde, kişilerarası ilişkilerin olumsuz yönde etkilendiği ve DEHB'si olmayan yetişkinlere kıyasla daha yüksek boşanma veya ayrılık oranlarına sahip oldukları tespit edilmiştir (Biederman vd., 2006). Günlük hayatla ilgili görev ve sorumlulukların arttığı bu dönemde, DEHB'li bireylerin zaman yönetiminde zorlanmaları sebebiyle işe geç

kalma, işleri erteleme veya zamanında bitirememe gibi mesleki sorunlar yaşadıkları ve iş ve görevlerinde kararlılık gösteremedikleri için bir işi bitirmeden yarım bıraktıkları veya sık iş değiştirdikleri bilinmektedir (Barkley vd., 1996). Bu durum, iş hayatında başarı elde edilmesini oldukça zorlaştırmaktadır. Sonuç olarak, çocukluk döneminde olduğu gibi yetişkinlik döneminde de DEHB'nin tanı ve tedavisi büyük önem taşımaktadır. Bu dönemde DEHB tedavi edilmediğinde, bireylerin akademik ve mesleki zorluklar, trafik kazaları, suça karışma gibi olumsuz sonuçlarla karşılaşma riski artmakta ve bu sonuçlar kişinin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir (Barkley, 2002).

Çocuk ve ergenlerin psikiyatrik muayenesi yapılırken, dünya genelindeki DEHB prevalansının %5'in üzerinde olduğu göz önüne alınarak, olası bozukluğun atlanmaması için her hastanın DEHB açısından değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (Polanczyk vd., 2007). DEHB'yi teşhis edecek herhangi bir ölçüm yöntemi ya da spesifik bir test yoktur (Scassellati vd., 2012). Klinisyenler, çocuğun kendisi ve ebeveynleri ile yapılan görüşmeler, muayene esnasındaki klinik gözlem, okul kayıtlarının incelenmesi, öğretmenler de dahil olmak üzere birden fazla bilgi kaynağı tarafından çocukla ilgili gözlemlerin aktarılması ve standardize derecelendirme ölçekleri yardımıyla tanı koymaktadır (Abdelnour vd., 2022; Jensen vd., 1999). DEHB, tanısının sağlıklı bir şekilde koyulabilmesi için hastanın gelişimsel anamnezi ve aile öyküsünün ayrıntılı şekilde alınması gerekmektedir (Posner vd., 2020). Klinik görüşmelerde, semptomların ortaya çıktığı ortamlar, başlangıç zamanı, semptomların şiddetlendiği veya azaldığı dönemlerin yanı sıra DEHB'yi taklit edebilecek komorbid bozukluklar hakkındaki sorularla semptomlar ve bozukluğun şiddetinin belirlenmesi önerilmektedir (Yektaş, 2020). Çocukla ilgili bilgi alınırken sadece tek bir bilgi kaynağına değil, tüm bilgi kaynaklarına başvurulması ve çocuğun farklı ortamlardaki tutum ve davranışlarının incelenmesi objektif bir değerlendirme yapılması açısından önem taşımaktadır. Kapsamlı derecelendirme ölçekleri de klinisyenler tarafından DEHB'li hastaların değerlendirmesinde kullanılmaktadır (Mukaddes, 2020). DEHB'nin etkileri her hastada aynı şekilde görülmemektedir. Bireye özgü müdahalelerin geliştirilebilmesi için hastanın hangi alanlarda işlev bozuklukları yaşadığı, bu bozukluklarının şiddeti, güçlü ve zayıf yönleri, aile ve akran ilişkileri gibi konular hakkında yeterli bilgiye sahip olunması gerekmektedir. DEHB tanı sürecinde bütüncül bakış açısıyla yapılan kapsamlı değerlendirilmeler, DEHB'nin doğru tanınmasını ve bireyselleştirilmiş tedavi ve müdahale planlarının oluşturulmasını mümkün kılmaktadır (Posner vd., 2020).

2.1.5 Eşlik Eden Bozukluklar

DEHB nörogelişimsel bir bozukluk olduğu için eşlik eden nörogelişimsel bozukluklar ile komorbid psikiyatrik bozukluklar açısından detaylı bir değerlendirme yapılması büyük önem taşımaktadır. DEHB'li bireylerde eşlik eden psikiyatrik bozukluklar, tanı sürecini karmaşıklştırmakla kalmayıp, aynı zamanda hastalığın prognozunu da olumsuz etkileyebilmektedir (Chazan vd., 2011; Schatz ve Rostain, 2006). Ayrıca, yapılan araştırmalar, bu komorbid bozuklukların bireylerin işlevselliğinde ciddi düzeyde bozulmalara neden olduğunu ve bu durumun toplumsal düzeyde önemli bir yük oluşturduğunu ortaya koymaktadır (Fayyad vd., 2007). DEHB'li çocukların doğumdan itibaren 19 yaşına kadar takip edildiği boylamsal bir çalışmada, DEHB tanısı almış bireylerin %62'sinde 19 yaşına kadar en az bir psikiyatrik komorbidite tespit edilmiştir. Buna karşılık, DEHB tanısı olmayan bireylerde bu oran %19 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada, DEHB'li bireylerde çeşitli psikiyatrik bozukluklara yönelik risk oranlarının belirgin şekilde arttığı saptanmıştır. Özellikle, KOKGB ve DB için riskin 9,54 kat, madde kullanım bozuklukları için 4,03 kat, anksiyete bozuklukları için 2,94 kat, duygudurum bozuklukları için 3,67 kat, yeme bozuklukları için 5,68 kat ve tik bozuklukları için 6,53 kat arttığı tespit edilmiştir (Yoshimasu vd., 2012). Reale ve arkadaşlarının 2017 yılında gerçekleştirdiği çok merkezli çalışmada, DEHB tanısı konulan çocuk ve ergenlerin yaklaşık %67,9'unda en az bir ek psikiyatrik komorbiditenin bulunduğu belirlenmiştir. Bu araştırmada, DEHB'ye en sık eşlik eden komorbiditeler, sırasıyla KOKGB (%42,6), anksiyete bozuklukları (%33,3), duygudurum bozuklukları (%15,2) ve DB (%12,4) olarak saptanmıştır (Reale vd., 2017). DEHB'li çocuk ve ergenlerin %4-60'ının DB ve KOKGB'ye sahip olduğu hem klinik hem de toplumsal örnekleme içeren komorbidite çalışmalarda gösterilmiştir (Bauermeister vd., 2007; Freitag vd., 2012; Jensen ve Steinhausen, 2015; Kraut vd., 2013). Anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozuklukları ise DEHB'de en çok çalışılan diğer komorbid tanı gruplarıdır (Souza vd., 2005). Mevcut literatür incelendiğinde, anksiyete bozuklukları ve DEHB arasında ortalama %25'lik bir birliktelik olduğu görülmektedir (Spencer, 2006). Souza ve diğerleri, DEHB'li çocuk ve ergenlerden oluşan bir örneklem üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, anksiyete bozukluklarının yüksek bir yaygınlık oranına (%23,05) sahip olduğunu bildirmiştir. Spesifik olarak, yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığı %12,8, sosyal fobinin yaygınlığı %3,84 ve ayrılma anksiyetesi bozukluğunun yaygınlığı %3,8 olarak rapor edilmiştir (Souza vd., 2005). Birincil örneklemin DEHB olguları olduğu kesitsel çalışmalarda, DEHB ile bipolar bozukluk arasında komorbidite

gözlemlenmiş ve bu birliktelik oranları %5 ile %47 arasında önemli farklılıklar göstermiştir (McGough vd., 2005; Wilens vd., 2003). Hindistan’da çocuk ve ergenlerde yapılan bir çalışmada, DEHB’li bireylerin %13.5’inde bipolar bozukluk olduğu saptanmıştır (Sivakumar vd., 2013). 1995-2010 yılları arasında DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerde yapılan bir çalışmada, katılımcıların yarısından fazlasının en az bir psikiyatrik eş tanıya sahip olduğu, %26,2’sinin ise iki veya daha fazla eş tanıya sahip olduğu belirlenmiş olup en çok görülen eş tanıların DB (%16.5), ÖÖB (%15.4), OSB (%12) ve zihinsel yetersizlik (%7,9) olduğu saptanmıştır (C. M. Jensen ve Steinhausen, 2015). Nörogelişimsel bozukluklar, anksiyete bozuklukları, tik bozuklukları ve KOKGB erken çocukluk döneminde ortaya çıkarken, MDB ve ciddi davranış bozuklukları sıklıkla daha sonra, ilkökul döneminin sonuna doğru veya ergenliğe geçiş sırasında ortaya çıkmaktadır (Taurines vd., 2010). Ergenlikten itibaren DEHB’li bireylerde bu bozukluklara ek olarak, madde kullanım bozukluğu ve kişilik bozukluklarının gelişimi, normal gelişim gösteren bireylere kıyasla daha yüksek oranlarda görülmektedir (Erskine vd., 2016). DEHB’den etkilenen bireylerin yarısından fazlasında, ergenlik dönemini takiben yetişkinlikte de semptomların devam ettiği ve psikiyatrik eş tanıların, özellikle de kişilik bozukluklarının, yaygın olarak görüldüğü bilinmektedir. (Alexandra Philipsen vd., 2008). Hiperaktif çocukların yetişkinlik dönemine kadar takip edildiği bir çalışmada, %42’sinin yetişkinlikte en az bir kişilik bozukluğu tanısı aldığı belirlenmiştir (Fischer vd., 2002). DEHB’nin yetişkinlik döneminde kişilik bozuklukları geliştirme riskini artırttığı ve özellikle BKB ve antisosyal kişilik bozuklukları için önemli bir predispozisyon oluşturduğu öne sürülmüştür.

2.1.6 Tedavi

DEHB, etkilenen bireylerde yaşam boyu süren işlev bozukluğuna yol açan önemli bir nörogelişimsel bozukluktur; bu nedenle tedavi edilmesi büyük bir önem taşımaktadır. DEHB, çocukluk ve ergenlik döneminde akademik başarısızlık, kazalar, madde kullanımı, suç işleme ve hapis gibi birçok olumsuz psikososyal sonuçla ilişkilendirilmiştir (Barkley, 2002). Araştırmalar, DEHB’nin tedavisinin bu olumsuz sonuçları önemli ölçüde azalttığını göstermektedir (Lichtenstein vd., 2012). 2019 yılında yapılan bir çalışmada, DEHB tedavisinde ilaç kullanan bireylerin mahkûmiyet ve hapis riski, tedavi almayan bireylere göre daha düşük bulunmuştur. (Mohr-Jensen vd., 2019).

DEHB tedavisi, bireysel ihtiyaçlara uygun olarak planlanmalı ve yalnızca çocuğu ya da ergeni değil, aynı zamanda aileyi, okulu ve diğer ilgili tarafları da kapsamalıdır (Klefsjö vd., 2021). Tedavi sürecinin sürdürülebilirliği açısından, ebeveynlere yönelik kapsamlı bir

psikoeğitim sunulması kritik bir öneme sahiptir. Tedavi planı oluşturulurken, DEHB semptomlarının şiddeti, bozukluğun diğer nörogelişimsel veya psikiyatrik hastalıklarla komorbiditesi, bu durumların günlük yaşam üzerindeki etkileri, koruyucu faktörler ile çocuğun ve ailenin hedefleri dikkate alınmalıdır. Ayrıca, DEHB tanısı alan çocuklar ve aileleri, tedavi planlama sürecine aktif bir şekilde dahil edilmelidir. Bu süreçte, tedaviye uyumu artırmak amacıyla ailelerin tedaviyle ilgili kaygıları ve tercihleri ele alınarak tartışılmalıdır (Drechsler vd., 2020).

Birçok ulusal kılavuz, DEHB’de tedavi yönetimi konusunda öneriler sunmaktadır (CADDRA–Canadian, 2020; NICE, 2018; Pliszka, 2007). Genel olarak, bu kılavuzlar arasında önemli bir paralellik bulunmakta olup, tedavi kararı ve ilaç kullanımına ilişkin çeşitli konularda ortak bir anlayışa varılmaktadır. 6 yaş altındaki çocuklar için öncelikle psikoeğitim ve ebeveyn/öğretmen eğitimleri gibi nonfarmakolojik yaklaşımlar önerilmektedir. (Coghill vd., 2021). 6 yaş üstündeki çocuklar ve ergenler için ise, çoğu kılavuzda psikoeğitim ve ebeveyn/öğretmen eğitimleri gibi davranışsal müdahalelerle birlikte farmakolojik tedavi yöntemlerinin de uygulanması tavsiye edilmektedir (CADDRA–Canadian, 2020; NICE, 2018). Belçika ve Hollanda’daki kılavuzlarda ise, tedavi stratejilerinin DEHB'nin şiddeti ve davranışsal problemlerin varlığına göre şekillendirildiği, bu faktörlerin tedavi seçiminde önemli bir kriter olarak değerlendirildiği görülmektedir (Van Vyve vd., 2024).

Metilfenidat ve amfetaminlerden oluşan uyarıcı ilaçlar, çoğu uluslararası kılavuza göre farmakoterapinin birinci basamağını oluşturmaktadır (May vd., 2023; NICE, 2018; Pliszka, 2007). Uyarıcı ilaçlar, dopaminerjik ve noradrenerjik nörotransmisyon üzerinden etkili olurlar. Metilfenidat, dopamin taşıyıcısını (DAT) ve noradrenalin taşıyıcısını (NAT) bloke ederek noradrenerjik ve dopaminerjik nörotransmisyonu artırmaktadır (Faraone, 2018). Yapılan meta-analizler, metilfenidatın DEHB’nin çekirdek belirtileri üzerinde orta ila yüksek düzeyde etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Etki büyüklüğü, ebeveyn raporlarında 0.62, klinisyen raporlarında 0.78 ve öğretmen raporlarında 0.74 ila 0.82 arasında değişmektedir (Cortese vd., 2018). Amfetaminler de DAT ve NAT üzerinde etkili olmakla birlikte, metilfenidattan farklı bir mekanizma ile çalışmaktadır. Amfetaminler, bu taşıyıcılar için yarışmalı inhibitör ve aynı zamanda öncül substrat görevi görmektedir. Daha yüksek dozlarda ise presinaptik veziküllerdeki dopaminle yer değiştirerek sinaptik aralıkta yoğun dopamin salınımına yol açmaktadır. Avrupa’da amfetaminler, deksamfetamin ve deksamfetaminin ön ilacı olan lisdeksamfetamin ile temsil edilmektedir (Van Vyve vd.,

2024). Cortese ve arkadaşlarının yürüttüğü bir meta-analiz, amfetaminlerin yaklaşık 1.0 etkili büyüklüğe sahip olduğunu ortaya koymuştur. Ancak, amfetaminlerin tolere edilebilirliğinin, tedaviyi bırakma oranlarının yüksekliği ile de doğrulandığı üzere, metilfenidatla kıyaslandığında daha düşük olduğu saptanmıştır (Cortese vd., 2018). Amfetaminler Avrupa'da DEHB tedavisinde sıklıkla kullanılsa da ülkemizde bulunmamaktadır. Kısa ve uzun etkili formülasyonları bulunan metilfenidat, yaşam boyu DEHB tedavisinde birinci basamak ilaç olarak kullanılmaktadır (Drechsler vd., 2020).

Psikostimülanların en sık görülen yan etkileri arasında iştah azalması, uykusuzluk, karın ağrısı ve baş ağrısı yer almaktadır. Bu yan etkiler, tedaviye başladıktan sonra genellikle zamanla azalma göstermektedir. İştahsızlık, ilacı yemeklerden sonra alarak önlenabilmektedir. Klinik olarak önemli düzeyde bir iştahsızlık devam ederse, dozaj azaltma, kesme veya farklı bir formülasyona veya ilaca geçiş tercih edilebilmektedir (Drechsler vd., 2020).

Atomoksetin, bir noradrenalin geri alım inhibitörüdür. NAT'a bağlanarak çalışır ve böylece sinaptik aralıktaki noradrenalin seviyelerini artırır. Ayrıca atomoksetin, prefrontal korteks gibi DAT'nın minimal olduğu ve dopamin geri alımının noradrenalin taşıyıcısı tarafından sağlandığı bölgelerde, dopamin geri alımını da inhibe ederek dopamin seviyelerini arttırmaktadır (Sauer vd., 2005). Meta-analizler, atomoksetinin çocuklar ve ergenlerde DEHB tedavisinde orta düzeyde bir etki büyüklüğüne (ebeveyn değerlendirmesi 0.56) sahip olduğunu ortaya koymuştur (Cortese vd., 2018). Atomoksetinin etki büyüklüğü metilfenidattan daha düşük olmakla birlikte, 24 saatlik etkisinin gün boyunca devam etmesi önemli bir avantaj olarak değerlendirilmektedir (Mukaddes, 2020). Ayrıca uyarıcı ilaçlar ile yeterli yanıt sağlanamayan ya da yan etkilerden dolayı uyarıcı ilaçlara devam edemeyen hastalarda veya eşlik eden bozukluklar (tik bozukluğu, psikotik bozukluk, madde kullanım bozukluğu) varlığında tercih sebebi olmaktadır (Briars ve Todd, 2016). Atomoksetin ile en sık görülen yan etkiler arasında karın ağrısı, hazımsızlık, kusma, iştahsızlık, sinirlilik, uykululuk veya uykusuzluk, baş ağrısı, baş dönmesi yer almaktadır (Wietecha vd., 2013).

Guanfasin ve klonidin, alfa-2 adrenerjik reseptörler üzerinde agonistik etki gösterir; bu da prefrontal kortekste noradrenerjik nörotransmisyonun uyarılmasına yol açmaktadır. Guanfasin, klonidinden daha seçiciyken; klonidin ise α_2 reseptörlerin tüm alt tiplerine bağlandığı için guanfasine göre sedasyon yan etkisi daha fazladır (Álamo vd., 2016). Meta-analizlerde, guanfasin ve klonidin için benzer etki büyüklükleri gösterilmiştir (Mechler vd.,

2022). Guanfasin ve klonidin, uyarıcıların uygun olmadığı, tolere edilemediği veya etkisiz olduğu durumlarda, 6 yaş üstündeki çocuk ve ergenlerde DEHB tedavisinde kullanılmak üzere Food and Drug Administration (FDA) tarafından onaylanmıştır (Van Vyve vd., 2024). Ülkemizde guanfasinin uzatılmış salınlı formu mevcuttur.

DEHB’de ilaç dışı müdahaleler arasında psiko eğitim, davranışçı tedaviler, ebeveyn ve öğretmenlerin eğitimi, egzersiz ve spor yer almaktadır. Psikososyal müdahalelerin DEHB üzerindeki etkisi ilaçlarla karşılaştırılabilir düzeyde olmasa da ilaçlarla kombine edilmesi hastalığın semptomlarını azaltarak daha düşük doz ilaç kullanılmasını sağlayabilmekte, davranışsal sorunları azaltarak, ev ve okuldaki işlevselliği olumlu yönde etkilemektedir (Molina vd., 2009).

2.2 BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU

2.2.1 Tanım, Tarihçe ve Tanı Kriterleri

BKB, ergenlik ya da genç yetişkinlikte başlayan, duygusal düzensizlik, benlik algısında bozulma, dürtü kontrolünde zayıflık, intihar ve kendine zarar verme eğilimlerinin yanı sıra, kişiler arası ilişkilerde bozulma, terk edilme korkusu ve tekrarlayan boşluk hissi ile karakterize edilen bir kişilik bozukluğudur (Lieb vd., 2004).

"Borderline" kavramı ilk olarak 1938 yılında Adolph Stern tarafından gündeme getirilmiştir. O dönemde bu kavram, psikotik ve nevrotik gruplar arasında yer alan, aşırı stres altında psikotik düşünceler ve davranışlar sergileyen ancak hızla daha sağlıklı işlevsellik düzeylerine dönen hastaları tanımlamak amacıyla kullanılmıştır (Knight, 1953). BKB kavramı hakkında onlarca teoriye rağmen resmîyetle psikiyatrik tanı olarak kabul edilmesi 1980 yılında yayımlanan DSM-III ile olmuştur (American Psychiatric Association, 1980). BKB’nin genellikle ergenlik döneminde başladığı bilinmekle birlikte, DSM-III ve DSM-III-R’de 18 yaş altına BKB tanısı konulamayacağı belirtilmiştir. Ancak DSM-IV ile birlikte bu kriter kaldırılmış, DSM-5’te ise çocuk ve ergenlerin en az bir yıl boyunca semptomları karşılamaları durumunda BKB tanısı alabilecekleri vurgulanmıştır (American Psychiatric Association, 2013). Uzun yıllar boyunca klinisyenler, kişilik gelişiminin ergenlik döneminde de devam ettiği gerekçesiyle BKB tanısının yalnızca yetişkinler için geçerli olması gerektiğini savunmuşlardır. Bu yaklaşım, ergenlik dönemindeki bireylerin yaşadıkları zorlukların yanlış bir şekilde BKB tanısı alması riskini önlemeyi amaçlamıştır. DSM terminolojisinin ergenlere BKB tanısı koymayı sınırlaması, bu düşünceyi desteklemiştir.

Ancak DSM-IV ile getirilen değişikliklere rağmen, klinisyenlerin ergenlik döneminde BKB tanısı koymaktan büyük ölçüde kaçındıkları ve bu tanının rutin olarak yalnızca vakaların %10'undan azında konduğu belirtilmektedir. (Laurensen vd., 2013).

BKB, sıklıkla bir ruh sağlığı uzmanı tarafından yarı yapılandırılmış görüşmeler kullanılarak teşhis edilmektedir. BKB tanısı için gerekli DSM-5 tanı kriterleri terk edilmekten kaçınmak için yoğun çaba göstermeyi, kişiler arası ilişkilerde tutarsızlığı, kimlik karmaşasını, en az 2 alanda görülen dürtüselliliği, tekrarlayan kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimlerini, duygulanımda dengesizliği, süregiden boşluk hissini, bağlamla uyumsuz yoğun öfke veya öfkesini kontrol etmekte zorlanmayı ve strese bağlı paranoid düşünceleri veya şiddetli çözölme belirtilerini kapsamaktadır. BKB tanısı koymak için bu 9 kriterden en az 5'inin karşılanmış olması gerekmektedir (American Psychiatric Association, 2013).

2.2.2 Epidemiyoloji ve Gidişat

BKB, sık görülen ve işlevsellikte önemli düzeyde bozulmaya yol açan ciddi bir psikiyatrik bozukluktur. Genel nüfusun %2'sine BKB tanısı konulmaktadır (Quenneville vd., 2020). Son yıllarda yapılan çalışmalar, ergenlerde BKB tanısının istikrarlı bir artış gösterdiğini tespit etmiştir (Cailhol vd., 2013). Chabrol ve arkadaşları, 616 liseli ergen üzerinde yaptıkları benzer bir çalışmada, örneklemin %6'sının Borderline Kişilik Envanteri'nde BKB tanısı almak için gerekli kesme puanını karşıladığını saptamıştır (Chabrol vd., 2004). Büyük bir epidemiyolojik çalışma, Büyük Britanya'da değerlendirilen 10.000 çocuğun %3,3'ünün BKB için tanı kriterlerini karşıladığını bildirmiştir (Winsper, 2012). Bu rakamların, genel popölasyondaki yetişkinlerde BKB için tahmin edilen %2'lik yaygınlık oranına göre daha yüksek olduğu görölmektedir (Leichsenring vd., 2011). Bu fark, çocukların ve ergenlerin, özellikle tedavi görmeleri halinde, yetişkinlik öncesinde veya yetişkinlikte BKB tanısından çıkma potansiyeline işaret etmektedir. Bununla birlikte, BKB kriterlerinin ergenliğin gelişimsel dönemine özgü semptomları da kapsadığını göstermektedir (Miller vd., 2008). Sağlık hizmetlerine başvuran ergenlerde BKB daha sık görölmekte olup klinik popölasyonda en sık görülen kişilik bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Gunderson, 2009). Ayakta tedavi hizmeti sunan kurumlara başvuran ergenlerin %11-22'sinde BKB'ye rastlanırken, yatarak tedavi veren kurumlarda ise bu oranın %33 ila %49 arasında değiştii tahmin edilmektedir (Chanen vd., 2017).

Kişilik bozuklukların DSM-III ile psikiyatrik bir bozukluk olarak tanıtılmasından beri BKB, kadınlara özgü bir bozukluk olarak düşünülmektedir. 2002 yılında ayakta tedavi kurumuna başvuran 1395 katılımcıyla yapılan bir çalışmada 105 (%70,5) kadın ve 44 (%29,5) erkeğe BKB tanısı konulmuştur (Zlotnick vd., 2002). Bu çalışmadaki bulgular, BKB olan kadın sayısının BKB olan erkek sayısından önemli ölçüde fazla olduğunu ve erkeklerin yaşam boyu madde kullanım bozukluğu, aralıklı patlayıcı bozukluk ve antisosyal kişilik bozukluğu kriterlerini karşılama olasılığının kadınlardan anlamlı derecede daha yüksek olduğunu, kadınların ise yaşam boyu yeme bozukluğu kriterlerini karşılama olasılığının erkeklerden anlamlı derecede daha yüksek olduğunu göstermektedir. Güncel araştırmalar, BKB sıklığının erkekler ve kadınlar arasında önemli ölçüde farklılık göstermediğini ileri sürse de BKB, hala sıklıkla kadınlarda görülen bir bozukluk olarak algılanmaktadır (Randy A Sansone ve Lori A Sansone, 2011).

BKB belirtileri genellikle ilk olarak ergenlik döneminde ortaya çıkmaktadır (Sharp ve Wall, 2018). Ancak, uzun yıllar boyunca klinisyenler ergenlere BKB tanısı koymaktan kaçınmıştır (Griffiths, 2011). Bu durumun temel nedenleri arasında, damgalanma korkusu, ergenlik döneminde kimlik oluşumunun henüz tamamlanmamış olması, bu dönemde artan duygusal dengesizlik nedeniyle borderline özelliklerin ergenliğin normal gelişimsel sürecinden ayırt edilmesinin zorluğu ve her ergenin bir ölçüde borderline özellikler sergileyebileceği düşüncesi yer almaktadır. Ancak, ergenlik dönemindeki BKB'nin sürekliliğine dair kanıtların artmasıyla birlikte, günümüzde BKB'nin ergenlik döneminde geçerli ve güvenilir bir tanı olduğu konusunda geniş bir fikir birliği oluşmuştur. Ayrıca, ergenlik dönemindeki BKB ile ilişkili sorunları ele almak amacıyla özel olarak tasarlanmış tedavi yöntemlerinin ve erken müdahalenin etkili olduğu gösterilmiş, bu bulgular bozukluğun ergenlikteki geçerliliğini daha da pekiştirmiştir (Hawes, 2014; Sharp ve Fonagy, 2015).

Belirtilerin şiddeti ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde, belirtiler özellikle ergenlik döneminden itibaren artış göstermekte, erken yetişkinlik döneminde en yüksek seviyesine ulaşmakta ve yaşam boyu kademeli olarak azalma eğilimi sergilemektedir (Chanen vd., 2020; McGlashan, 1986). Bununla birlikte, terk edilme korkusu, dürtüsellik, yoğun öfke ve dengesiz öz imaj gibi belirli semptomların yaşam boyu sürebileceği ve sosyal işlevsellik üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceği belirtilmektedir (Gunderson vd., 2011).

BKB olan bireylerde, depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu, madde kullanım bozukluğu ve yeme bozuklukları gibi diğer ruhsal bozukluklar sıklıkla eş zamanlı olarak görülmektedir. Bu bireyler genellikle sosyal damgalanma ile karşı karşıya kalmakta, zayıf sosyal ve mesleki sonuçlarla mücadele etmektedirler (Nielsen vd., 2016). Ayrıca, intihar girişimi nedeniyle hastaneye yatış veya acil servislere başvuran bireylerde BKB oranının önemli ölçüde yüksek olduğu gözlenmiştir (Greenfield vd., 2015). BKB'li ergenlerde intihar girişimlerinin prevalansı %78 civarındayken, genç yetişkinlerde %66 olduğu belirtilmiştir (Guil  vd., 2018). BKB tanılı gençlerin %76-95'inde intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme görülmektedir (Andrews vd., 2019).  l ml  sonuçlanan intihar oranlarının da oldukça yüksek olduğu göze çarpmaktadır. BKB'li bireylerin %10'u her yıl intihar sonucu ölmektedir; bu oran genel nüfustaki orandan 50 kat daha fazladır (Pompili vd., 2005). BKB'li bireylerde görülen dönemsel duygu patlamaları ve yıkıcı davranışlar, kişilerarası ilişkileri sürdürmekte zorlanmalarına ve suça karışmalarına yol açmaktadır. Bu sebeple hapis cezasıyla karşı karşıya kalma riskleri bu bozukluğa sahip olmayan kişilere göre daha yüksektir (Kjaer vd., 2016). Akademik ve mesleki sonuçlar bağlamında Hastrup ve Kongerslev,  alışmalarında BKB tanısı almış bireylerin, şizofreni, şizotipal kişilik bozukluğu, sanrıs l bozukluklar ve maddeyle ilişkili bozukluklar haricindeki tüm diğer psikiyatrik bozukluklara kıyasla daha olumsuz sonuçlar sergilediklerini belirtmiştir (Hastrup vd., 2019).

BKB'nin erken teşhisinin faydalarını ve tedavi kılavuzlarının önerilerini destekleyen güçlü kanıtlara rağmen, damgalanma korkusu klinik pratikte hala BKB'de erken teşhis için bir engel oluşturmaktadır (Bozzatello vd., 2019). Danimarka'da 1995-2012 yılları arasında BKB tanılı olguların klinik gidişatını inceleyen bir çalışmada BKB tanısı konan toplam 10.786 hastada ileriye dönük tanı stabilitesi kadınlar için %37 ve erkekler için %25 olarak bulunmuştur. Hastaların %60'ından fazlası ilk tanı olarak BKB dışında başka tanılar almıştır. Bu tanılar en sık stresle ilişkili bozukluklar (%17) ve MDB (%14) olarak tespit edilmiştir (Kjaer vd., 2016). BKB için bir tedavi programına yönlendirilen ergenlik dönemindeki kızların takip edildiği bir çalışmada, %35'lik bir kısmının 4 yıl sonra teşhisi koruduğu gözlenmiştir (Biskin vd., 2011). Tanısal istikrarın düşük olması, BKB'nin zaman içinde birçok başka psikiyatrik tanının konulduğu heterojen bir hastalık olduğunu göstermektedir. BKB'li hastalar ilk görüşmelerde farklı tanılar alabilse de aslında bu kişilerin çoğunda eşlik eden duygudurum bozuklukları (%83), anksiyete bozuklukları (%85) ve madde kullanım bozuklukları (%78) gibi komorbiditeler mevcuttur (Falk Leichsenring vd., 2023). Gençlerde,

BKB tanı ve tedavi sürecinin geciktirilmesi yapılan müdahalelerin fayda sağlama olasılığını azaltarak uzun vadeli sonuçları olumsuz etkilemektedir. BKB’de görülen işlevsellikteki bozulmanın özellikle de ergenlik döneminde başlayan formlarda daha şiddetli olduğu düşünülmektedir. Duygusal ve davranışsal düzensizlik, özellikle sosyal kimlik veya sosyalleşme becerileri gibi sosyo-duygusal gelişimi kalıcı olarak etkileyebilmektedir (Sharp vd., 2012). Mevcut kanıtlar çocukluk ve ergenlikteki borderline kişilik özelliklerinin, psikiyatrik eş tanı kontrol edildiğinde bile, kişilerarası, akademik, mesleki ve ekonomik alanlarda bozulmayı öngördüğünü göstermektedir (Winograd vd., 2008).

2.2.3 Etiyoloji

BKB’nin ortaya çıkmasında diğer çoğu psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi hem genetik hem de çevresel faktörler etkilidir (Gunderson ve Lyons-Ruth, 2008).

2.2.3.1 Genetik Etkenler

BKB için kalıtsallık tahminleri %35 ile %45 arasında değişmektedir (Bornovalova vd., 2009; Distel vd., 2008). Tüm genomu kapsayan bir bağlantı çalışması, 9. kromozomun BKB’yi etkileyen genler için en olası aday olduğunu ortaya koymuştur (Distel vd., 2008). BKB’de moleküler genetik çalışmalar, serotonerjik sisteme odaklanmıştır. Bu çalışmalar, serotonin 5-HT_{2A} ve 5-HT_{2C} reseptörlerini kodlayan genlerdeki polimorfizmler, 5-HTTLPR polimorfizmleri, triptofan hidroksilaz 1 ve 2 ile monoamin oksidaz A genlerindeki polimorfizmlerin ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Ni vd., 2006; Ni vd., 2007; Steiger vd., 2007; Wilson vd., 2009). Ayrıca, 5-HTTLPR polimorfizminin ciddi yaşam olayları ile dürtüsellik arasındaki ilişkiyi BKB’li yetişkin hastalarda modüle ettiği bulunmuştur (Wagner vd., 2009). Genç yetişkinlerle yapılan bir çalışmada, dopamin reseptörünün belirli polimorfizmlerinin, özellikle DRD4 -616 C/G ve DRD2 B1-alel ve A1-alelinin, BKB özellikleri ve dürtüsel kendine zarar verme ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Nemoda vd., 2010).

2.2.3.2 Nöroanatomik Etkenler

BKB’li ergenlerle gerçekleştirilen nörogörüntüleme çalışmalarından ikisi, orbitofrontal korteks hacminde belirgin bir azalma olduğunu ortaya koyarken, diğer iki çalışma ise anterior singulat korteks hacminde azalma tespit etmiştir. (Brunner vd., 2010; Chanen vd., 2008; Goodman vd., 2011; Whittle vd., 2009). Xiao ve arkadaşları tarafından

yapılan güncel bir çalışmada, BKB'li ergenlerde prefrontal kortekste yapısal ve işlevsel değişiklikler olduğu gözlemlenmiştir. Duygusal düzensizlik ve bilişsel işlev bozuklukları, prefrontal kortekste belirli alanların aktivite seviyelerindeki değişikliklerle ilişkilendirilmiştir. Çocukluk çağı travmalarının (özellikle duygusal ihmal), prefrontal korteksin işlevsel organizasyonunu etkilediği ve bu durumun BKB belirtileriyle doğrudan ilişkili olduğu belirtilmiştir (Xiao vd., 2024). Bu bulgular, prefrontal kortekste nöroplastik değişimlerin BKB'nin temel nörobiyolojik belirleyicileri arasında olabileceğini göstermektedir.

Nörogörüntüleme çalışmalarından elde edilen kanıtlar, BKB semptomlarının frontolimbik devrelerdeki işlev bozukluklarıyla yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Posner vd., 2003). Subkortikal limbik yapılardan biri olan ve sosyal ile duygusal süreçlerin düzenlenmesinde kritik bir rol üstlenen amigdala, BKB hastalarında sosyal ve duygusal uyaranlara karşı aşırı tepkilerin temelinde yer almaktadır (Herpertz vd., 2001). BKB'de frontal kortikal alanlar arasında yer alan anterior singulat korteksin, in vivo serotonin sentez kapasitesinde bozulma, metabolik aktivitenin serotonerjik modülasyonunda yetersizlik ve kişilerarası terk edilme anılarını canlandıran senaryolara yanıt olarak daha büyük bir deaktivasyon gösterdiği bulunmuştur (Leyton vd., 2001; Schmahl vd., 2003). BKB'li hastalarda gözlemlenen duygusal düzensizlik ve olumsuz kişilerarası ilişkiler gibi semptomların bozulmuş amigdala ve anterior singulat korteks fonksiyonları ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (Minzenberg vd., 2008).

2.2.3.3 Çevresel ve Psikososyal Etkenler

BKB gelişimiyle ilişkili çevresel faktörleri inceleyen ilk araştırmalarda, sıklıkla çocukluk çağı travmaları üzerinde durulmuş, çok sayıda çalışma çocukluk çağı olumsuz deneyimleri ile BKB ilişkisini araştırmıştır (Ludolph vd., 1990). BKB'nin erken dönemde ortaya çıkışı çocukluk çağı travmatik deneyimleri ile ilişkilendirilmiştir (de Aquino Ferreira vd., 2018; Salzman vd., 1993). BKB'li yetişkinler ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların %91'inin çocukluk çağında istismara maruz kaldığı, %92'sinin ise ihmal edildiği bildirilmiştir (Zanarini vd., 1997). Çocukluk çağı travmaları ile BKB arasındaki ilişkiyi farklı hasta gruplarında inceleyen bir araştırmada, çocukluk döneminde ihmal ile duygusal, fiziksel ve cinsel istismar oranlarının depresyon ve sağlıklı kontrol gruplarına kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur (Merza vd., 2015). Schulze ve arkadaşlarının yakın tarihli çalışması, çocukluk çağı travmalarının BKB özellikleri ile güçlü bir ilişkiye sahip olduğunu

göstermiştir. Araştırma bulgularına göre, BKB semptomları özellikle duygusal istismar ile anlamlı bir şekilde ilişkilendirilmiş ve BKB'nin temel özelliklerinden olan kimlik bozukluğu, olumsuz ilişkiler ve kendine zarar verme davranışlarının, duygusal istismarla bağlantılı olduğu vurgulanmıştır (Schulze vd., 2022). Tüm bu bulgular, çocukluk çağı travmalarının BKB gelişimindeki önemli rolünü desteklemektedir. Erken dönemde yaşanan travmatik deneyimler, ergenlik dönemindeki kişilik gelişimini olumsuz etkileyerek BKB gelişme riskini önemli ölçüde artırmaktadır (Cutajar vd., 2010; Ensink vd., 2023).

BKB, çocuklukta uzun süre ebeveyninden ayrı kalma, bakımverenin duygusal katılımının yetersiz olması, öfkeli, mesafeli veya aşırı korumacı anne, baba rolünün yetersiz olması, kötü muameleye maruz kalma, devam eden aile çatışmaları ve duyarsızlığı, genetik kırılgenlikler ve mizaç gibi faktörler ve bu faktörler arasındaki etkileşimler ile ilişkilendirilmiştir (Hobson vd., 2005; Ogata vd., 1990; Paris, 2000). Düşük sosyoekonomik düzeye sahip bir bölgede doğan çocukların 28 yaşlarına kadar takip edildiği bir çalışmada, dezorganize bağlanma, maternal hostilete, çocuklukta dikkat eksikliğinin olması, duygusal ve davranışsal dengesizlik ile BKB gelişimi arasında ilişki tespit edilmiştir (Carlson vd., 2009). Ergenlerle yapılan bir çalışmada, borderline özellikler gösteren olgularda, ebeveynlerinin aşırı korumacı oldukları belirtilmiştir (Nickell vd., 2002). 97 çalışmayı içeren bir meta-analizde, BKB tanısı almış katılımcıların BKB olmayan katılımcılara kıyasla, çocukluk dönemi olumsuz yaşam deneyimlerini bildirme olasılıklarının 13 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur (Porter vd., 2020). BKB öngörücülerinin saptanması amacıyla erken çocukluk döneminden itibaren takip edilen 14-19 yaşları arasında 170 ergen ile yapılan prospektif bir çalışmada, okul öncesi dönemde anne desteğinin yetersiz olması, içselleştirici psikopatolojinin görülmesi ve okul öncesi/okul çağında dışsallaştırıcı psikopatolojilerin varlığı ergenlik döneminde BKB gelişimiyle ilişkili bulunmuştur (Geselowitz vd., 2021). 641 çocuğun 10 yıl boyunca takip edildiği bir çalışmada, çocukluk dönemindeki immatürite, davranış sorunları, dürtüsellik ve depresif semptomlar ergenlik döneminde B kümesi kişilik bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir (Bernstein vd., 1996). Çocukluktan geç ergenlik dönemine kadar özellikle hassas bireyler, çeşitli risk faktörlerinin etkisiyle daha savunmasız hale gelebilmektedir. BKB risk faktörleriyle ilişkili 39 çalışmayı içeren kapsamlı bir araştırmada en tutarlı risk göstergeleri düşük sosyoekonomik düzey, stresli yaşam olayları, ailesel sorunlar, maternal psikopatoloji, duygusal ebeveynlik boyutu (düşük sıcaklık, sert ceza), fiziksel veya cinsel tacize veya ihmale maruz kalma, düşük zeka düzeyi, yüksek düzeyde olumsuz duygusallık, dürtüsellik, içselleştirici (anksiyete bozukluğu, MDB) ve

dışsallaştırıcı (DEHB, KOKGB, DB, madde kullanım bozukluğu) psikopatolojilerin varlığı olarak belirlenmiştir (Stepp vd., 2016).

Linehan'ın Biyososyal Modeli

Zamanla çocukluktaki olumsuz yaşam deneyimlerinin tek başına BKB gelişimini açıklamakta yetersiz kaldığı ve ciddi istismarın BKB hastalarının yalnızca bir kısmında meydana geldiği saptanmıştır. Çocukluk dönemindeki olumsuz deneyimlerin, spesifik bir risk faktörü olmaktan ziyade psikopatolojiler için spesifik olmayan genel bir risk faktörü olduğu kabul edilmiştir (Paris, 2000). BKB için travma teorilerinin yerini, bireysel yatkınlıklar ve stres faktörleri arasındaki etkileşimleri inceleyen çok faktörlü modellerin almaya başlamıştır. BKB etiyojisine yönelik kapsamlı bir model, farklı işlev bozukluğu alanlarının bozukluğun gelişimine nasıl katkıda bulunduğunu açıklayan bir model olmalıdır (Hughes vd., 2012). Linehan tarafından 1993 yılında öne sürülen gen çevre etkileşimi üzerinde durulan teoride, BKB'nin, genetik yatkınlık sonucu aşırı duyarlılığa ve biyolojik kırılganlıklara sahip bireylerde, bu duyarlılığın olumsuz erken yaşam deneyimleri ve daha sonraki stres faktörleriyle etkileşime girmesi sonucunda ortaya çıkan bir duygusal düzensizlik bozukluğu olduğu ifade edilmektedir (Linehan, 1993). Linehan'ın teorisi, erken duygusal gelişime odaklanmış olup, dürtüsellliği duygulardan bağımsız bir şekilde ele almamıştır. Daha sonraki yıllarda, Linehan'ın Biyososyal Gelişim Modeli Crowell ve arkadaşları tarafından genişletilmiş ve BKB'nin gelişimi yaşam boyu bir perspektifle değerlendirilmiştir (Crowell vd., 2009). Duygusal deneyimin herhangi bir bileşenine yönelik terapötik müdahalelerin, ilişkili tüm duygu durumları ve davranışlar üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir. Bu bulgu hem duyguları hem de dürtüsel ve ruh haline bağlı davranışları yöneten bir sistemin varlığına ilişkin kanıtlar sunmaktadır. Bu çerçevede, dürtüsellik ve duygusal düzensizliğin birbirinden bağımsız ancak ardışık bir biçimde ortaya çıktığı ve çevresel risk faktörleriyle karşılıklı etkileşimler yoluyla pekiştiği öne sürülmüştür. Zamanla, bireyin uyumsuz etkileşimleri olumsuz sosyal ve bilişsel sonuçlara yol açmakta, ergenlik döneminde ise birey, çeşitli uyumsuz başa çıkma stratejileri geliştirmektedir. Bu uyumsuz özellikler, çevreden gelen olumsuz tepkilerin artmasına ve sağlıklı sosyal gelişimin sekteye uğramasına neden olarak BKB gelişim riskini artırmaktadır (Winsper, 2018).

Duygusal Çağlayan Modeli

Selby'nin BKB için geliştirdiği Duygusal Çağlayan Modeli, duygusal, bilişsel ve davranışsal düzensizliklerin pekişmesine yol açan süreçleri açıklayarak Biyososyal Gelişim

Modeli'ni tamamlamaktadır (Winsper, 2018). Bu modele göre, duygusal düzensizlik, ruminatif süreçlerin etkisiyle kötüleşmekte ve "duygu basamakları" olarak adlandırılan pozitif bir geri bildirim döngüsü oluşmaktadır. Bu süreçte, olumsuz duygulanım üzerine yoğun ruminasyon, duygusal yoğunluğu artırmakta; artan duygusal yoğunluk ise daha fazla ruminasyona yol açarak döngünün devamını sağlamaktadır. Döngü, hafif duygusal uyaranlara dahi güçlü tepkiler üreterek kendi kendini sürdürmekte ve uzun süreli bir etki yaratmaktadır. Bu durum, BKB'li bireylerin, olumsuz duygulanımlarını azaltmak amacıyla kendine zarar verme gibi güçlü fiziksel uyaranlar içeren davranışlara başvurmaya neden olmaktadır. Bu tür davranışlar, dikkat dağıtma stratejisi olarak işlev görmek ve bireylerin olumsuz duygusal uyaranlardan uzaklaşmasına olanak tanımaktadır. Çocukluk çağı istismarı ve çevreden alınan olumsuz tepkiler gibi çeşitli faktörler, bu düzensizlik döngüsünün devamına katkıda bulunarak BKB'nin gelişimine zemin hazırlamaktadır. Sonuç olarak, bu etkileşim ağı, zamanla BKB'nin gelişimine yol açan bir temel oluşturabilmektedir (Selby ve Joiner Jr, 2009).

Mentalizasyon Modeli

BKB hakkında geliştirilen modellerden biri de BKB'li bireylerin mentalizasyon becerilerinin, diğer bireylere göre oldukça azaldığını savunan mentalizasyon modelidir (Fonagy ve Luyten, 2009). Mentalizasyon, kişinin kendi bilişsel süreçlerini ve diğer insanların niyet, duygu, düşünce gibi içsel süreçlerini ve bu süreçlerin davranışlara nasıl yansıdığını anlama, yorumlama becerisi olarak tanımlanmaktadır (Fonagy, 1991). Bu beceri, bireyin kendisini dışarıdan gözlemlemesini, duygusal tepkilerinin ve davranışlarının başkaları üzerindeki etkisini tahmin etmesini, aynı zamanda başkalarının buna nasıl tepki verebileceğini öngörmesini sağlamaktadır (Wais vd., 2024). Mentalizasyon, ikili ilişkilerde samimiyet ve güven duygularının gelişimine katkıda bulunurken, bireylerin yoğun duygusal tepkiler karşısında yaşadığı kafa karışıklığı, kontrol kaybı ve güvensizlik deneyimlerini de azaltmaktadır. Bu yönüyle mentalizasyon, aile, arkadaşlık ve romantik ilişkilerde sürekliliğin sağlanması ve duygusal düzenlemede kritik bir rol oynamaktadır (Perroud vd., 2017). Mentalizasyon modeli, mentalizasyonu erken bağlanma ilişkileri içerisinde gelişen bir sosyal-bilişsel süreç olarak ele almakta ve bu kavramı "yansıtıcı işlev" olarak da tanımlamaktadır (Fonagy vd., 2018). Buna göre birincil bakımverenin davranışın zihinsel belirleyicilerini dikkate alma ve çocuğun öznel deneyimleri üzerinde düşünme kapasitesi, güvenli bağlanma ve çocuğun sosyo-bilişsel performansı ile ilişkilendirilmektedir (Fonagy vd., 1991). Travma ve kötü muamele gibi olumsuz erken yaşam deneyimleri, bağlanma

ilişkilerindeki bozukluklar, duyarsız ve empatik olmayan bakım verme durumları, çocuğun başkalarının işaretlerini ve duygusal durumlarını doğru bir şekilde fark etme, tanıma ve yorumlama kapasitesini zayıflatarak, mentalizasyon kapasitesinin gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir (Carlson vd., 2009; Fonagy vd., 2011). Bu sebeple BKB tanılı bireyler, duygularını düzenlemekte ve kişilerarası ilişkilerde zorluklar yaşamakta ve bu bireylerin kişisel, sosyal ve iş yaşamlarında belirgin bozulmalar görülmektedir. Fonagy ve Bateman tarafından geliştirilen bu model, BKB'nin daha iyi anlaşılması ve tedavisi açısından önem taşımaktadır (Fonagy ve Bateman, 2008).

2.2.4 Tedavi

BKB'nin tedavisi, uzun vadeli psikoterapi ve hedefe yönelik farmakoterapiyi içeren multifaktöriyel bir yaklaşımla yürütülmektedir. Klinik uygulama kılavuzları, BKB için birinci basamak tedavi olarak psikoterapilerin kullanımını önermektedir (Guidelines, 2001; Simonsen vd., 2019). Bu bozukluğa yönelik çeşitli psikoterapötik müdahaleler, temel teorik çerçeveler olan psikodinamik, bilişsel davranışçı terapi ve danışan merkezli yaklaşımlar doğrultusunda geliştirilmiştir. BKB tedavisinde en yaygın kullanılan ve etkinliği en fazla araştırılan yöntem Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT) olup, bu yaklaşımın etkinliği kapsamlı bir şekilde kanıtlanmıştır (Stoffers vd., 2012). Randomize kontrollü çalışmaların yer aldığı bir meta-analiz, DDT ve psikodinamik terapinin diğer terapilere kıyasla belirgin şekilde daha etkili olduğunu ortaya koymuştur (Cristea vd., 2017). BKB tedavisinde kullanılan diğer psikoterapiler arasında aktarım odaklı psikoterapi, mentalizasyon temelli terapi, şema odaklı terapi, bilişsel analitik terapi ve psikodinamik psikoterapi yer almaktadır (Storebø vd., 2020). Ancak, bu tedavilerin uzun süreli olması, klinisyen eğitimi, materyal temini, bireysel veya grup terapilerinin sağlanması gibi gereklilikleri bu yöntemlere erişimi kısıtlamaktadır (Choi-Kain vd., 2016). Tüm psikoterapötik tedaviler birçok benzerliği paylaşmakta olup, duygu düzenlemesine, benlik ve başkalarına ilişkin görüşlere ve bütünleşmemiş zihinsel durumlara ortak bir odaklanma görülmektedir. BKB tedavileri genellikle öz gözlem, yoğun duyguları kontrol etme, dürtüselliği azaltma ve kişilerarası ilişkileri iyileştirmeye odaklanmayı içermektedir (Paris, 2009).

BKB, psikoterapinin farmakoterapiden ziyade birinci basamak tedavi olarak kabul edilmesi bakımından diğer birçok psikiyatrik bozukluktan farklıdır. Şu anda, BKB tedavisi için onaylanmış hiçbir ilaç bulunmamakla birlikte psikolojik müdahalelere rağmen iyileşme göstermeyen hastalarda, bazı semptomlar ilaç tedavisine yanıt verebilmektedir (Paris, 2009). BKB'de herhangi bir ilacın bozukluğun temel semptomlarına etkili olduğuna dair tutarlı

kanıtlar bulunmamaktadır (Stoffers-Winterling vd., 2022). İlaç tedavileri genellikle bozukluğun kendisinden ziyade belirli semptomları yönetmek (örn. duygusal dalgalanmalar, dürtüsellik) veya eşlik eden hastalıkları tedavi etmek amacıyla kullanılmaktadır. BKB hastalarına reçete edilen ilaçlar arasında antidepresanlar, antipsikotikler, duygudurum dengeleyiciler ve anksiyolitikler gibi çeşitli ilaçlar yer almaktadır (Shapiro-Thompson ve Fineberg, 2022). Antidepresanlar ve atipik antipsikotikler, duygusal dalgalanmalar, anksiyete ve dürtü kontrol bozukluklarının tedavisinde güvenli ve etkili bir seçenek sunmaktadır. Ayrıca, atipik antipsikotiklerin psikotik ve dissosiyatif semptomların yönetiminde de yararlı olduğu gösterilmiştir (Association AP., 2024; Bender vd., 2001). Bunun yanı sıra, bazı antiepileptik ilaçlar, BKB'li hastalarda ruh hali dengesizlikleri, dürtüsel semptomlar ve öfke kontrolünde faydalı olabilmektedir (Del Casale vd., 2021) Amerikan Psikiyatri Birliği ve NICE kılavuzlarının ilaçların yalnızca semptom bazlı ve kısa süreli kullanılmasıyla ilgili önerilerine rağmen yapılan çalışmalarda tedavi arayan BKB'li hastaların büyük çoğunluğunun en az bir psikotropik ilaç aldığı ve BKB tedavisinde polifarmasinin yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir (Bridler vd., 2015; Riffer vd., 2019; Shapiro-Thompson ve Fineberg, 2022).

2.3 DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU İLE BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU İLİŞKİSİ

Hem BKB hem de DEHB, bireyin genel işlevselliğini ciddi şekilde etkileyen psikiyatrik rahatsızlıklar olarak tanımlanmaktadır (Liebke vd., 2017). DEHB tanısı alan çocukların yaklaşık %50'si, yetişkinlik döneminde de klinik olarak anlamlı semptomlar göstermeye devam etmekte ve bu bireylerde yüksek düzeyde psikiyatrik eş tanı görülmektedir (Kessler vd., 2006). Bu eş tanıları arasında BKB önemli bir yaygınlık oranına sahiptir ve DEHB ile anlamlı bir ilişki sergilemektedir (Bernardi vd., 2012; Philipsen vd., 2008).

BKB tanılı hastalar üzerinde yapılan retrospektif çalışmalar, bu grupta DEHB'nin yüksek bir yaygınlığa sahip olduğunu göstermiştir. Ayrıca, DEHB tanılı bireylerin BKB geliştirme riskinin genel nüfusa kıyasla belirgin şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Matthies ve Philipsen, 2014). BKB ve DEHB arasındaki güçlü ilişkiyi açıklamada önemli bir faktör, bu iki bozukluk arasındaki semptomatik örtüşmedir. Dürtüsellik ve duygusal düzensizlik gibi temel klinik boyutlarda önemli benzerlikler bulunmaktadır. Bunun yanı sıra, her iki bozuklukta da yaygın olarak gözlemlenen düşük özsaygı ve bozulmuş kişilerarası ilişkiler, bu örtüşmeyi daha da belirgin hale getirmektedir (Weiner vd., 2019). Bu iki

bozuklukta örtüşen birçok semptomun bulunması, bazen bir semptomun DEHB'nin mi yoksa BKB'nin mi bir parçası olduğuna karar verilmesinde zorluklara neden olmaktadır (Ditrich vd., 2021).

Dürtüsellik, DEHB, BKB, antisosyal kişilik bozukluğu, madde kullanım bozuklukları, yeme bozuklukları gibi birçok psikiyatrik bozuklukta görülen bir özelliktir. BKB'nin klinik tablosunda ve gelişiminde anahtar bir rol oynarken, aynı zamanda DEHB'nin temel semptomlarından biri olarak kabul edilmektedir (Moeller vd., 2001). Dürtüsellik, her iki bozuklukta da yaygın görülen bir özellik olmasına rağmen DSM kriterlerinde DEHB ve BKB'deki dürtüsellik psikopatolojik açıklamaları aynı değildir. BKB'yi tanımlamak için kullanılan dürtüsellik türü, dürtüsel kendine zarar vermeyi ifade ederken, DEHB'deki temel dürtüsellik, başkalarının sözünü kesme, sırasını beklemekte zorluk çekme, sorular tamamlanmadan cevap verme ve düşünmeden hızlıca hareket etme şeklinde kendini göstermektedir (American Psychiatric Association, 2013).

Duygu düzenleme zorluğu, BKB'nin temel bir semptomuyken DEHB'de de sıklıkla görülmektedir (Ebner-Priemer vd., 2015; Shaw vd., 2014). BKB'de yüksek duyu duyarlılığı, olumsuz duygulanım eğilimi ve sıkıntı toleransında düşüklük gibi klinik özellikler duyu düzenlemede zorlanmaya sebep olmaktadır (Carpenter ve Trull, 2013). Duygu düzenlemede zorluk, çocuklar ve ergenlerde DEHB için DSM-5 kriterlerinde yer almamasına rağmen, DEHB'nin olası bir temel bileşeni olarak tartışılan önemli bir özelliktir (Shaw vd., 2014). DEHB ile ilişkili duygusal düzensizlik belirtileri arasında, olumsuz duyguların aşırı ifadesi, hayal kırıklığına karşı toleransın azalması ve empati düzeyinin düşüklüğü gibi belirtiler yer almaktadır (Barkley, 2014). DEHB tanısı alan çocukların yaklaşık %50 ila %75'inin bu belirtiler gözlenmekte olup, bu durum KOKGB ve anksiyete bozuklukları gibi diğer ek hastalıkların görülme riskini de arttırmaktadır (Drechsler vd., 2020). Yetişkin DEHB'si için ise, duyu düzenleme zorluğu, Wender Utah kriterlerinin bir parçasıdır ve yapılan çalışmalarda temel bir DEHB belirtisi olarak doğrulanmıştır (Hirsch vd., 2018; Ward, 1993).

DEHB ve BKB'nin aynı hastalığın farklı görünimleri olduğunu savunan görüşler bulunsada bu iki bozukluğu ayıran belirgin özellikler mevcuttur. Kimlik karmaşası, boşluk hissi ve terk edilmekten kaçınma gibi BKB'ye özgü belirtiler, DEHB'de nadiren görülmektedir. Benzer şekilde, DEHB'nin temel belirtileri olan dikkatsizlik ve hiperaktivite, BKB'nin çekirdek semptomları arasında yer almamaktadır. Özellikle dikkat eksikliği, her

ne kadar hem DEHB hem de BKB tanısı alan bireylerde gözlemlense de BKB'nin temel bir semptomu olarak kabul edilmemektedir (Ditrich vd., 2021). Bu farklılıklar, DEHB ve BKB'nin ayrı klinik durumlar olduğu yönündeki görüşleri desteklemektedir. Bu bağlamda, Akça ve arkadaşları tarafından ABD'de psikiyatri kliniğinde tedavi gören ancak önceki müdahalelere direnç gösteren ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada, DEHB ve BKB arasındaki klinik farklılıklar ve örtüşmeler araştırılmıştır. Çalışmanın bulguları, önceki araştırmalarda gösterildiği gibi DEHB ve BKB arasındaki yüksek komorbiditeyi doğrulamış, ancak bu iki bozukluğun farklı psikiyatrik semptom profillerine sahip olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, her iki bozukluğu birlikte taşıyan bireylerin, yalnızca DEHB veya yalnızca BKB tanısı alanlara kıyasla daha şiddetli psikiyatrik ve davranışsal sorunlar yaşadığı gözlemlenmiştir (Akça vd., 2020).

DEHB ve BKB arasındaki benzer klinik özellikler, özellikle duygusal düzensizlik ve dürtüsellik gibi örtüşen semptomlar, her iki bozukluğun ortak patolojik mekanizmalara sahip olabileceğine işaret etmektedir. Distel ve arkadaşlarının yürüttüğü geniş ölçekli bir genetik araştırma, DEHB ile borderline kişilik özellikleri arasındaki komorbiditeyi kapsamlı bir şekilde incelemiştir. Araştırma, bu iki bozukluk arasında anlamlı bir fenotipik korelasyon olduğunu ortaya koymuş ve bu ilişkinin %49'unun genetik faktörlerle, %51'inin ise çevresel faktörlerle açıklandığını göstermiştir (Distel vd., 2011). Genetik çalışmalar, BKB ve DEHB'de dürtüsellik ve duygusal düzensizlikle ilişkili serotonerjik ve dopaminerjik sistem polimorfizmlerine dair benzer bulgular sunmaktadır (Ferrer vd., 2017).

Philipsen ve meslektaşlarının çalışması, BKB'li kadınlarda çocukluk döneminde DEHB tanısı ile duygusal istismar arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Philipsen vd., 2008). Bu bulgu, çocukluk çağı travmalarının hem DEHB'nin hem de BKB'nin gelişiminde önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir. DEHB semptomlarının hem çocukta hem de muhtemelen ebeveynlerde bulunması, ebeveyn-çocuk ilişkilerinde zorluklara yol açarak travmatik etkileşimlere zemin hazırlayabilmektedir (Johnston vd., 2012). Ayrıca, DEHB'li çocukların dürtüsel, riskli ve yenilik arayışında olan davranışları, travmatik olaylara maruz kalma riskini artırmaktadır. Bu bağlamda, DEHB tanısı alan çocukların, çocuklukta olumsuzluklara ve travmatik deneyimlere maruz kalma açısından yüksek risk altında olduğu ve bu durumun ergenlik ile yetişkinlikte BKB gelişimine katkıda bulunabileceği öngörülmektedir. Özellikle, çocukluk dönemindeki uyumsuz çevresel etkiler ile genetik yatkınlıklar arasındaki etkileşim, yetişkinlikte BKB gelişimine yol açabilecek bir mekanizma olarak değerlendirilmektedir (Distel vd., 2011).

Klinik uygulamalarda, BKB tanısı alan hastalarda DEHB sıklıkla gözden kaçabilmektedir. Bununla birlikte, DEHB ve BKB'nin yüksek komorbidite oranı, terapötik bağlamlarda semptomların titizlikle değerlendirilmesini ve kapsamlı bir tanısal sürecin yürütülmesini zorunlu kılmaktadır. DEHB semptomlarının tedavi edilmesine yönelik karar, her bir hastanın bireysel ihtiyaçlarına göre, DEHB'nin neden olduğu işlevsel bozuklukların şiddeti, hastanın mevcut kaynakları, telafi edici stratejiler ve kişisel talepler dikkate alınarak dengeli bir değerlendirmeye dayanmalıdır (Ebert vd., 2003). Klinik pratiğe bakıldığında, dikkatsizlik ve hiperaktivite belirtilerinin, her iki bozukluğun yol açtığı olumsuz etkilerle başa çıkmak için gerekli bilgi ve becerilerin kazanılmasını zorlaştırdığı sıkça gözlemlenmektedir. Bu doğrultuda, BKB hastalarında eşlik eden DEHB'nin tedavisinin, psikoterapötik girişimlerin etkinliğini artırma potansiyeline sahip olduğu öne sürülmektedir (Matthies ve Philipsen, 2014).

BKB ve DEHB tanılarının eşlik ettiği hastalarda metilfenidat tedavisinin etkinliğini ortaya koyan vaka raporları literatürde yer almaktadır (Hooberman ve Stern, 1984; van Reekum ve Links, 1994). Golubchik ve arkadaşları, DEHB ve BKB tanısı konulan 14 ergende MPH tedavisinin etkinliğini değerlendiren açık etiketli bir çalışma gerçekleştirmiştir. Çalışma kapsamında, katılımcılara 12 hafta boyunca metilfenidat uygulanmış ve yalnızca DEHB semptomlarında değil, aynı zamanda BKB'nin şiddeti ve saldırgan davranışlarda da belirgin bir iyileşme sağlandığı bildirilmiştir. Ayrıca, kendine zarar verme davranışlarında olumlu etkiler gözlemlenmiştir (Golubchik vd., 2008). BKB ve DEHB tanısı alan hastalarda metilfenidat tedavisinin olumlu etkileri doğrulanmış olsa da bu hasta grubunda eşlik eden madde kullanım bozukluğu prevalansı nedeniyle tedavi sürecinin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ve izlenmesi büyük önem taşımaktadır. Metilfenidatın kötüye kullanım ve dağıtım riskine ilişkin endişelerin mevcut olduğu durumlarda, atomoksetin ile noradrenerjik veya dopaminerjik antidepresanların uygun alternatifler olarak değerlendirileceği belirtilmektedir (Durell vd., 2013; Ghanizadeh vd., 2013; Maneeton vd., 2011).

DEHB ile BKB birlikteliğinde, farmakolojik tedavi seçeneklerinin yanı sıra psikoterapötik müdahalelerin de değerlendirilmesi gereklidir. Ancak DEHB'den muzdarip BKB hastaları, psikoterapötik süreçlerini sürdürmekte birtakım güçlüklerle karşılaşmaktadırlar. DEHB, bireylerde planlama, yapılandırma, odaklanma, zaman yönetimi ve planların uygulanması gibi becerilerde ciddi zorluklara neden olmaktadır. Bu zorluklar, hastaların motivasyonlarının genellikle kırılğan olmasıyla daha da karmaşık bir hal

almaktadır. Tedavi sürecine başlangıçtaki yüksek motivasyon ve coşku, sıklıkla hayal kırıklığı ve sıkılmayla sonlanmakta; bu da merkezi temalara odaklanmayı sürdürmeyi güçleştirmektedir. Bu bağlamda, tedaviye erken dönemde bağlılığın azalmasını ve bunun yol açabileceği hayal kırıklıklarını önlemek için DEHB'nin tedavi planlamasında dikkate alınması ve bu doğrultuda uygun müdahalelerin tasarlanması büyük önem taşımaktadır (Matthies ve Philipsen, 2014).

2.3.1 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile Borderline Kişilik Bozukluğu Komorbiditesiyle İlgili Yapılmış Çalışmalar

DEHB ile BKB arasındaki komorbidite ve bu bozukluklara sahip bireylerin özelliklerinin, son yıllarda yapılan araştırmalarda önemli bir odak noktası haline geldiği görülmektedir (Ferrer vd., 2017; O'malley vd., 2016; Prada vd., 2015; Richard-Lepouriel vd., 2019; Rüfenacht vd., 2019). Araştırmalar, çocukluk çağında DEHB tanısı almış bireylerin en az %14'ünün yetişkinlikte BKB tanısı aldığını, yetişkin DEHB hastalarının ise %18 ile %34'ünün eş zamanlı BKB tanısına sahip olabileceğini göstermektedir (Jacob vd., 2007; Matthies vd., 2011; Rasmussen ve Gillberg, 2000). Bu konu üzerine yapılan ve DSM-5'te yetişkin DEHB için tanı kriterlerinin tanımlanmasından önce yayımlanan iki kapsamlı inceleme, retrospektif olarak değerlendirilen çocukluk dönemi DEHB belirtileri ile yetişkin BKB tanıları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Davids ve Gastpar, 2005; Philipsen, 2006). Bu bulgular, DEHB'nin BKB için potansiyel bir gelişimsel risk faktörü olabileceğini göstermektedir.

Fossati ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptığı bir çalışmada BKB olan olgularda DEHB kontrol gruplarına göre belirgin olarak yüksek saptanmıştır (Fossati vd., 2002). ABD'de yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada DEHB'li bireylerde yaşam boyu BKB görülme oranı %33.7 olarak tespit edilmiştir (Bernardi vd., 2012). DEHB ve OSB tanılı bireylerin mizaç ve karakter özelliklerinin incelendiği bir çalışmada, DEHB'li katılımcıların %37'sinin BKB tanısı aldığı belirlenmiştir (Anckarsäter vd., 2006). 1995 yılında Rey ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği, DSM-III'e göre yalnızca tek bir psikiyatrik tanı alan ergenlerin dahil edildiği bir takip çalışmasında, ergenlik dönemindeki psikiyatrik bozuklukların yetişkinlik dönemindeki kişilik bozukluklarına olan etkisi incelenmiş ve DEHB'li ergenlerin yetişkinlikte BKB geliştirme riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Rey vd., 1995). 2023 yılında yapılan bir çalışmada, genç yetişkinlik döneminde BKB tanı kriterlerini karşılayan kadınların yaklaşık %75'inde çocukluk döneminde DEHB tanısının bulunduğu ve bu tanının çoğunlukla dürtüsellik baskın olduğu kombine tip ile ilişkili

olduğu gözlenmiştir (O'Grady ve Hinshaw, 2023). Söz konusu bulgu hem kesitsel hem de boylamsal araştırma verileriyle uyumlu olup, erken dönemde yüksek dürtüsellik düzeylerinin BKB gelişimiyle sonuçlanabileceğini öne süren teorik modelleri desteklemektedir.

BKB tanısı almış ergenlerde DEHB'nin klinik etkilerinin incelendiği bir araştırmada, BKB tanılı 85 ergenin %11'inde güncel bir DEHB tanısı olduğu saptanmıştır (Speranza vd., 2011). Philipsen ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise 118 BKB'li hastanın %40'ının çocukluğunda DEHB tanısına sahip olduğu ve bunun daha çok çocukluk çağındaki duygusal bozukluklarla bir arada görüldüğü bildirilmiştir (Philipsen vd., 2008). Miller ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği bir çalışmada, çocukluk döneminde DEHB tanısı alan bireylerin ergenlik döneminde %13,5 oranında BKB geliştirdiği tespit edilmiştir. Buna karşılık, kontrol grubunda BKB tanısı alanların oranı %1,2 olarak bulunmuştur (Miller vd., 2007). Benzer şekilde, Pittsburgh Kızlar Çalışması kapsamında Stepp ve arkadaşları, çocukluk döneminde yüksek düzey DEHB belirtilerinin ergenlikte BKB'yi öngördüğünü bulmuştur (Stepp vd., 2012). Bu bulgular, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde gözlemlenen DEHB'nin, ilerleyen yaşlarda BKB gelişiminde önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Nörogelişimsel bir bozukluk olan DEHB, genellikle BKB'den önce ortaya çıkmakta ve BKB gelişimine zemin hazırlayan bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Dolayısıyla, mevcut literatür, DEHB'nin yalnızca çocukluk dönemiyle sınırlı bir bozukluk olarak ele alınmaması gerektiğini, aksine ilerleyen yaşlarda BKB gibi daha karmaşık psikiyatrik bozuklukların gelişimine katkıda bulunabilecek önemli bir öncül değişken olduğunu göstermektedir.

3.YÖNTEM VE ARAÇLAR

3.1 ÖRNEKLEM

Bu çalışmanın örneklemini, 2014-2020 yılları arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran, başvuru sırasında 5-10 yaş aralığında olan ve DSM-5 tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konulan, yaşları 13-19 arasında değişen toplam 168 katılımcıdan oluşmaktadır.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 1.Katılımcının 13-20 yaş aralığında olması
- 2.Katılımcının 5-10 yaşlarındayken DSM-5'e göre DEHB tanısı almış olması
3. Katılımcının dosyasında Turgay Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nin yer alması
4. Katılımcının annesi ve/veya babası ile görüşmeye gelmiş olması
5. Ebeveyninden ve katılımcının kendisinden sözlü ve yazılı onam alınmış olması
6. Katılımcının kendisinin ve anne ya da babasının okur-yazar olması ve ölçekleri doldurabilecek entelektüel seviyede olması

Çalışma Dışlama Kriterleri

1. Katılımcının DSM-5'e göre entelektüel yetiyitimi, OSB, şizofreni, bipolar bozukluk tanısı almış olması
2. Katılımcının kronik bir metabolik, genetik, solunumsal, nörolojik, bedensel veya akut/kronik gastrointestinal sistem hastalığının olması (Ör: Diyabetes Mellitus, Hipertansiyon, Tiroid Fonksiyon Bozuklukları, Epilepsi, Serebral Palsi, Çölyak vb.)

3.2 YÖNTEM

Çalışmaya, 2014-2020 yılları arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde değerlendirilen ve DSM-5 tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı almış, şu anki yaşları 13-19 arasında olan toplam 168 hasta dahil edilmiştir. Katılımcıların tanı aldıkları sıradaki yaş aralığı 5-10 olup, dosyalarında ebeveynleri ve/veya öğretmenleri tarafından başvuru sırasında doldurulan

Turgay Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (T-DSM-IV-Ö) bulunmaktaydı. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan olguların iletişim bilgilerine, hastanenin arşiv ve elektronik kayıt sistemleri aracılığıyla ulaşılmıştır. İlgili olgulara telefonla ulaşılarak çalışma hakkında detaylı bilgi verilmiş ve katılımı kabul eden katılımcılar ile aileleri, değerlendirme görüşmesi için kliniğe davet edilmiştir. Çalışma başlamadan önce, katılımcılardan ve ebeveynlerinden sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Katılımcıların klinik değerlendirmeleri sırasında, araştırmacılar tarafından hazırlanan özgeçmiş, soygeçmiş ve klinik bilgileri içeren Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu doldurulmuştur. Eşlik eden psikopatolojilerin değerlendirilmesi amacıyla araştırmacı tarafından "Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Türkçe Versiyonu" (ÇDŞG-ŞY-T) uygulanmıştır. Ayrıca, ebeveynlerden T-DSM-IV-Ö ve Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y) ölçeklerini doldurmaları istenmiştir. Katılımcılardan ise Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ve Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği'ni (BKÖÇÖ) doldurmaları talep edilmiştir. Son olarak, katılımcıların dosyalarında yer alan T-DSM-IV-Ö verileri, çalışmanın sonunda borderline kişilik özellikleri ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla araştırmacılar tarafından analize tabi tutulmuştur.

3.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.3.1 Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, çalışmanın hedefleri doğrultusunda, katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerini kapsamlı bir şekilde değerlendirmek amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Form, yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, aile yapısı ve ekonomik durum gibi sosyodemografik bilgilerin yanı sıra, tanı konulma yaşı, psikiyatrik takip süresi, uygulanan tedaviler ve soygeçmişteki psikiyatrik hastalık öyküsü gibi klinik verileri içermektedir. Klinik değerlendirme temelli bir araç olarak tasarlandığı için, formun doldurulması araştırmacı tarafından katılımcıyla yapılan görüşme sırasında gerçekleştirilecektir.

3.3.2 Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe Uyarlaması (CDŞG-ŞY-T)

ÇDŞG-ŞY-T, DSM-IV tanı ölçütlerine dayalı olarak, 6-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde mevcut ve geçmiş dönem psikiyatrik bozuklukları belirlemek amacıyla 1997

yılında geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur (Kaufman vd., 1997). Bu ölçek, çocuk ve ergenlerde psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve yıkıcı davranış bozuklukları gibi çeşitli psikopatolojilerin temel belirtilerini sorgulamak amacıyla kullanılmaktadır. DSM-5 kriterlerine göre güncellenmiş versiyonunun Türkçeye uyarlanması Ünal ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (Ünal vd., 2019).

3.3.3 Turgay Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (T-DSM-IV-Ö)

DEHB, KOKGB ve DB belirtilerinin değerlendirildiği, 41 maddeden oluşan ölçek 1995 yılında Atilla Turgay tarafından geliştirilmiş olup, 2001 yılında Ercan ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (Ercan vd., 2001). DSM– IV'e göre geliştirilen ölçekte dikkatsizlik 9 madde, hareketlilik 6 madde, dürtüsellik 3 madde, karşı gelme bozukluğu 8 madde ve davranım bozukluğu 15 madde ile sorgulanmaktadır (İpçi vd., 2020). Çocuk ve ergenlerin anne/baba ya da öğretmenleri tarafından doldurabilmektedir. 4'lü Likert tipi bir ölçek olup, ölçekte yer alan belirtiler dolduran kişi tarafından 0-3 arasında puanlanmakta ve 2 ve üstü puanlama o belirti için anlamlı kabul edilmektedir. (0 = hiç; 1 = biraz; 2 =çok; ve 3 = çok fazla)

3.3.4 Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş (ÇADÖ-Y) -Ebeveyn Formu

Altı alt bölüm ve 47 maddeden oluşan bu ölçek, çocuk ve ergenlerde anksiyete bozuklukları ve depresyonu taramak için geliştirilmiştir. Alt ölçeklerde, MDB, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, panik bozukluk ve sosyal fobi belirtileri taranmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 2017 yılında Görmez ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Gormez vd., 2017).

3.3.5 Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği (BKÖÇÖ)

BKÖÇÖ, 9 yaş ve üzerindeki çocuklarda borderline kişilik özelliklerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, öz bildirime dayalı, 24 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir (Crick vd., 2005). BKÖÇÖ, yetişkinlerde BKB için kullanılmakta olan Kişilik Değerlendirme Envanteri-Sınırdaki Özellikler Ölçeği baz alınıp, yaşa uyarlanmış öğeler kullanılarak oluşturulmuştur (Gecha vd., 2024). Ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0,90 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 2020 yılında Coşğun ve Çakıroğlu tarafından gerçekleştirilmiş olup, bu çalışmada cronbach alfa katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur (Coşğun ve Çakıroğlu, 2020). Özgün formda 24 madde yer alırken,

Türkçe versiyonunda 3 madde çıkarılarak 21 maddeye indirgenmiştir. Sınır kişilik özelliklerinin erken dönemde tespit edilmesi amacıyla tasarlanan bu ölçek, dört alt boyuttan oluşmaktadır: duygusal düzensizlik, kimlik problemleri, olumsuz ilişkiler ve kendine zarar verme. Ölçekten elde edilen toplam puan arttıkça borderline kişilik özelliklerinin düzeyi de artmakta olup, 69 ve üzeri puan alan bireylerde daha kapsamlı bir değerlendirme yapılması önerilmektedir.

3.3.6 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Çocukluk dönemindeki istismar ve ihmal deneyimlerini retrospektif olarak değerlendiren ÇÇTÖ, Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 28 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (Bernstein vd., 2003). ÇÇTÖ'deki maddeler, "hiçbir zaman doğru" ile "çok sık doğru" arasında değişen 5'li Likert tipi bir derecelendirme sistemiyle yanıtlanmaktadır. Uygulaması yaklaşık 5 dakika süren bu ölçek, çocukluk çağı travması olan bireylerin hızlı bir şekilde tespit edilmesinde önemli bir tarama aracı olarak kullanılmaktadır.

Ölçek, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal olmak üzere beş alt ölçekten oluşmaktadır. Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması 2012 yılında Şar ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (Şar vd., 2012). Ölçeğin toplam puanı için kesme değeri 35 olarak belirlenmiştir. Beş alt ölçek için kesme puanları ise şu şekilde tanımlanmıştır: duygusal ihmal için 12, duygusal istismar ve fiziksel ihmal için 7, fiziksel istismar ve cinsel istismar için 5.

3.4 ETİK KURUL ONAYI

Araştırmaya başlanmadan önce Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 06.10.2023 tarih ve 2023/4572 karar numarası ile onay alınmıştır. Araştırmaya katılan ergenlere ve ebeveynlerine, değerlendirme ölçekleri uygulanmadan önce araştırmanın amacı anlatılarak yazılı onamları alınmıştır.

3.5 ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

1. Çocukluk çağında DEHB tanısı alan bireylerde, çocuklukta dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri ergenlik döneminde borderline kişilik özellikleri gelişimini yordamaktadır.

2. Çocukluk çağında DEHB tanısı alan bireylerde, çocuklukta karşıt olma karşı gelme belirtileri ve davranım bozukluğu belirtileri ergenlik döneminde borderline kişilik özellikleri gelişimini yordamaktadır.

3.Çocukluk çağında DEHB tanısı alan bireylerde, ergenlik döneminde borderline kişilik özellikleri gelişimine çocukluk çağındaki travmatik deneyimler aracılık etmiştir.

3.6 İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırma verileri, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Kategorik değişkenler için frekans ve yüzde değerleri hesaplanırken, sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma değerleri belirlenmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenlerde parametrik testler uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin iki grup arasındaki karşılaştırılması için bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler ise ki-kare testi ile analiz edilmiştir.

Çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Ayrıca, farklı değişkenlerin borderline kişilik özellikleri üzerindeki yordayıcı etkilerini analiz etmek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Regresyon modelinin uyumu, gerekli rezidüel analizler ve uyum istatistikleri ile kontrol edilmiştir. Tüm testler %95 güven düzeyinde incelenmiş ve $p<0.05$ olarak hesaplanan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmamız kapsamında, kliniğimizde belirlenen dahil edilme kriterlerini karşılayan toplam 340 hasta tespit edilmiştir. Bu hastalardan 95'ine ulaşılamamış, 77 kişi ise çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Çocukluk döneminde DEHB tanısı almış, yaşları 13 ile 19 arasında değişen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 168 ergen araştırmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya katılanların 95'i (%56,5) erkek, 73'ü (%43,5) kızlardan oluşmaktadır. Çalışmamıza katılan ergenlerin yaş ortalaması 15,04 olarak bulunmuştur. Aile yapısına ilişkin değerlendirmede, katılımcıların %69,6'sının çekirdek aile tipine, %17,3'ünün parçalanmış aile tipine ve %13,1'inin geniş aile tipine sahip olduğu; %44'ünün iki kardeşe sahip olduğu ve %49,4'ünün ailenin ilk çocuğu olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların annelerinin yaş ortalaması 41,65, babalarının yaş ortalaması ise 45,27'dir. DEHB'li ergenlerin annelerinin %1,8'inin okuryazar olmadığı, %25'inin ilkokul mezunu, %10,1'inin ortaokul mezunu, %33,9'unun lise mezunu ve %29,2'sinin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Babalarının eğitim düzeyleri incelendiğinde ise %18,5'inin ilkokul, %12,5'inin ortaokul, %28,6'sının lise ve %40,5'inin üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. Annelerin %32,7'si, babaların ise %95,8'i çalışmaktadır. Katılımcıların %30,4'ünün annelerinde psikiyatrik hastalık olduğu ve %26,8'inin babalarında psikiyatrik hastalık olduğu tespit edilmiştir. Ekonomik durum açısından değerlendirildiğinde, bireylerin %13,7'sinin asgari ücretin altında, %36,3'ünün asgari ücret ile asgari ücretin iki katı arasında, %30,4'ünün asgari ücretin iki ile dört katı arasında ve %19,6'sının ise asgari ücretin dört katından fazla gelir düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Katılımcıların %83,9'unun doğum kilosunun normal, %12,5'inin düşük, %3,6'sının ise yüksek olduğu; %86,3'ünün term, %11,9'unun preterm ve %1,8'inin postterm olduğu belirlenmiştir. Anne sütü alma durumları incelendiğinde %78'inin 6 aydan uzun süre anne sütü aldığı, %17,8'inin 6 aydan kısa süre anne sütü aldığı ve %4,2'sinin hiç anne sütü almadığı gözlemlenmiştir. Katılımcıların %30,4'ünün daha önce sigara içmeyi denediği ve %8,9'unun alkol almayı denediği tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan ergenlere ait ayrıntılı sosyodemografik veriler Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Verileri

Cinsiyet	n	%
Kız	73	43,5
Erkek	95	56,5
Aile Tipi		
Çekirdek	117	69,6
Geniş	22	13,1
Parçalanmış	29	17,3
Kardeş Sayısı		
1	18	10,7
2	74	44
3	55	32,7
4	21	12,5
Kardeş Sırası		
1.Çocuk	83	49,4
2.Çocuk	58	34,5
3.Çocuk	23	13,7
4.Çocuk	4	2,4
Anne Eğitim Düzeyi		
Okuryazar Değil	3	1,8
İlkokul	42	25
Ortaokul	17	10,1
Lise	57	33,9
Üniversite	49	29,2
Annenin Mesleği		
Çalışıyor	55	32,7
Çalışmıyor	113	67,3
Annede Psikiyatrik Hastalık		
Var	51	30,4
Yok	117	69,6
Baba Eğitim Düzeyi		
İlkokul	31	18,5
Ortaokul	21	12,5
Lise	48	28,6
Üniversite	68	40,5
Babanın Mesleği		
Çalışıyor	161	95,8
Çalışmıyor	7	4,2
Babada Psikiyatrik Hastalık		
Var	45	26,8
Yok	123	73,2
Gelir Düzeyi		
Asgari Ücretten Az	23	13,7
Asgari Ücret- 2 katı	61	36,3
Asgari Ücretin 2 katı-4 katı	51	30,4
Asgari Ücretinden 4 katından çok	33	19,6

Doğum Kilosu		
Düşük Doğum Ağırlığı	21	12,5
Normal	141	83,9
Yüksek Doğum Ağırlığı	6	3,6
Doğum Haftası		
Preterm	20	11,9
Term	145	86,3
Postterm	3	1,8
Anne Sütü Alma		
Hiç Almamış	7	4,2
6 Aydan Kısa Süre	30	17,8
6 Aydan Uzun Süre	131	78
Sigara İçmeyi Deneme		
Var	51	30,4
Yok	117	69,6
Alkol Almayı Deneme		
Var	15	8,9
Yok	153	91,1
	Ortalama±SS	Ortanca (Min-Maks)
Yaş	15,04±1,74	15 (13-19)
Anne Yaşı	41,65±5,41	41 (30-56)
Baba Yaşı	45,27±5,65	45 (30-69)

n: frekans, SS: standart sapma, min: minimum, maks: maksimum

Çalışmamıza katılan hastaların DEHB tanısı aldıkları yaş ortalaması 7,8 olarak hesaplanmış ve katılımcıların %59,5'inin bileşik tipte DEHB'ye sahip olduğu belirlenmiştir. Ergenlerin DEHB tanılarının devam etme durumu incelendiğinde, %91,7'sinin halen DEHB tanısına sahip olduğu, %8,3'ünün ise DEHB tanı kriterlerini karşılamadığı tespit edilmiştir. DEHB tanısı aldıkları dönemde, katılımcıların %83,9'unun DEHB dışında ek bir psikiyatrik tanıya sahip olduğu belirlenmiştir. Geçmiş dönem tanıları incelendiğinde, katılımcıların %60,7'sinde KOKGB, %25'inde ÖÖB, %17,8'inde DB ve %17,2'sinde anksiyete bozukluğu tanılarının bulunduğu saptanmıştır. Mevcut tanılara ilişkin değerlendirmede, katılımcıların %69'unda DEHB'ye eşlik eden bir komorbiditenin var olduğu görülmüştür. Bu değerlendirme sonucunda, DEHB'li bireylerin %40,4'ünde KOKGB, %22'sinde anksiyete bozukluğu ve %16'sında DB tanılarının eşlik ettiği tespit edilmiştir.

İlaç kullanım süreleri incelendiğinde, katılımcıların %39,9'unun 2-5 yıl arasında ilaç kullandığı ve %63'ünün şu anda metilfenidat tedavisine devam ettiği gözlenmiştir. Katılımcılar, BKÖÇÖ'den aldıkları puanlara göre, "eşik altı" (puan <69) ve "eşik üstü" (puan ≥69) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Çalışmamızdaki DEHB'li katılımcıların %69,6'sının

eşik altı grupta, %30,4'ünün ise eşik üstü grupta yer aldığı tespit edilmiştir. Katılımcılara ait ayrıntılı klinik verilere Tablo 2'de yer verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Klinik Verileri

DEHB tipi	n	%
Dikkat Eksikliği Tipi	37	22
Hiperaktivite Dürtüsellik Tipi	31	18,5
Bileşik Tip	100	59,5
Şimdiki DEHB		
Var	154	91,7
Yok	14	8,3
Geçmiş Ek Tanı		
Var	141	83,9
Yok	27	16,1
Şimdiki Ek Tanı		
Var	116	69
Yok	52	31
Geçmiş Tanılar		
KOKGB	102	60,7
ÖÖB	42	25
DB	30	17,8
Anksiyete Bozukluğu	29	17,2
OKB	8	4,7
Tik Bozukluğu	4	2,3
Depresif Bozukluk	2	1,1
Diğer	11	6,5
Şimdiki Tanılar		
KOKGB	68	40,4
Anksiyete Bozukluğu	37	22
DB	27	16
Depresif Bozukluk	15	8,9
OKB	12	7,1
ÖÖB	11	6,5
Tik Bozukluğu	12	7,1
Diğer	9	5,3
Kullanılan İlaçlar		
Metilfenidat	106	63
Antipsikotik	24	14,2
Antidepresan	23	13,6
Atomoksetin	13	7,7
Diğer	3	1,7
İlaç Kullanım Süresi		
Hiç ilaç kullanmamış	17	10,1
6 aydan kısa süresi	16	9,5
6 ay-1 yıl	9	5,4
1 yıl- 2 yıl	12	7,1
2 yıl- 5 yıl	67	39,9
5 yıldan uzun süre	47	28

Borderline Kişilik Özellikleri		
Eşik Altı	117	69,6
Eşik Üstü	51	30,48
	Ortalama±SS	Ortanca (Min-Maks)
Tanı Yaşı	7,80±1,64	8 (5-10)
Tanıdan Şimdiye Kadar Geçen Süre	7,19±2,05	7 (3-12)

n: frekans, S.S: standart sapma, min: minimum, maks: maksimum, KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, ÖÖB: Özgül Öğrenme Bozukluğu, Eşik Üstü :Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Toplam Puanı ≥ 69 , Eşik Altı :Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Toplam Puanı < 69 ,

Eşik üstü gruptaki katılımcıların %58,8'i kız, %41,2'si erkeklerden oluşmaktadır. Eşik altı grupta ise katılımcıların %36,8'i kız, %63,2'si erkektir. Eşik üstü ve eşik altı gruplar arasında cinsiyet dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,008$). Eşik üstü grupta kız cinsiyet oranının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Grupların aile yapısı incelendiğinde, eşik üstü gruptaki katılımcıların %29,4'ünün, eşik altı gruptaki katılımcıların ise %12'sinin parçalanmış bir aile yapısına sahip olduğu tespit edilmiştir. İki grup arasında aile yapısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,006$). Eşik üstü grupta, parçalanmış aile yapısına sahip olma oranının anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eşik üstü gruptaki katılımcıların annelerinin eğitim düzeyleri incelendiğinde, %27,5'inin üniversite mezunu, %33,3'ünün lise mezunu, %3,9'unun ortaokul mezunu, %33,3'ünün ilkokul mezunu ve %2'sinin okur-yazar olmadığı belirlenmiştir. Eşik altı grupta ise annelerin %29,9'u üniversite mezunu, %34,2'si lise mezunu, %12,8'i ortaokul mezunu, %21,4'ü ilkokul mezunu ve %1,7'si okur-yazar değildir. İki grup arasında anne eğitim düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0,297$).

Eşik üstü gruptaki katılımcıların babalarının eğitim düzeylerine bakıldığında, %37,3'ünün üniversite mezunu, %23,5'inin lise mezunu, %15,7'sinin ortaokul mezunu ve %23,5'inin ilkokul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Eşik altı grupta ise babaların %41,9'u üniversite mezunu, %30,8'i lise mezunu, %11,1'i ortaokul mezunu ve %16,2'si ilkokul mezunudur. İki grup arasında baba eğitim düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,483$).

Eşik üstü gruptaki bireylerin kardeş sırası ortalaması 1,7 ve kardeş sayısı ortalaması 2,6 olarak belirlenmiştir. Eşik altı gruptaki bireylerde ise kardeş sırası ortalaması 1,6 ve

kardeş sayısı ortalaması 2,4 olarak tespit edilmiştir. Eşik üstü ve eşik altı gruplar arasında kardeş sırası ve kardeş sayısı dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir (sırasıyla; $p=0,315$, $p=0,113$).

Eşik üstü gruptaki katılımcıların ailelerinde DEHB görülme oranı %23,5, eşik altı gruptaki katılımcıların ailelerinde ise %35 olarak tespit edilmiştir. Anksiyete bozukluklarının ailede görülme oranı, eşik üstü grupta %17,6, eşik altı grupta ise %15,4 olarak belirlenmiştir. İki grup arasında ailede DEHB ve anksiyete bozukluklarının görülme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (sırasıyla; $p=0,140$, $p=0,714$). Bununla birlikte, ailede duygudurum bozukluklarının görülme oranı eşik üstü grupta %23,5, eşik altı grupta ise %7,7 olarak saptanmıştır. Bu durum, iki grup arasında ailede duygudurum bozukluklarının görülmesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu ortaya koymuştur ($p=0,004$). Eşik üstü gruptaki katılımcıların ailelerinde duygudurum bozuklukları görülme oranının anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eşik üstü gruptaki bireylerin %13,7'sinde prematür doğum öyküsü bulunurken, eşik altı gruptaki bireylerin %11,1'inde prematür doğum öyküsü olduğu saptanmıştır. Prematür doğum öyküsü açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,630$). Eşik üstü gruptaki bireylerin %21,6'sının, eşik altı gruptaki bireylerin ise %8,5'inin düşük doğum ağırlığı öyküsüne sahip olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında düşük doğum ağırlığına sahip olma açısından anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,019$). Eşik üstü gruptaki bireylerde düşük doğum ağırlığına sahip olma oranının anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eşik üstü ve eşik altı olgulara ait sosyodemografik verilerin karşılaştırılması Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 3. Borderline Kişilik Özelliklerine Göre Eşik Üstü ve Eşik Altı Gruptaki Katılımcıların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması

	Eşik Üstü		Eşik Altı		İstatistiksel Analiz	
Cinsiyet	n	%	n	%	x ²	p
Kız	30	58,8	43	36,8	7,042	0,008
Erkek	21	41,2	74	63,2		
Aile Yapısı						
Parçalanmamış	36	70,6	103	88	7,569	0,006
Parçalanmış	15	29,4	14	12		
Anne Eğitim Düzeyi						
Okuryazar Değil	1	2	2	1,7	4,908	0,297
İlkokul	17	33,3	25	21,4		
Ortaokul	2	3,9	15	12,8		
Lise	17	33,3	40	34,2		
Üniversite	14	27,5	35	29,9		
Baba Eğitim Düzeyi						
İlkokul	12	23,5	19	16,2	2,457	0,483
Ortaokul	8	15,7	13	11,1		
Lise	12	23,5	36	30,8		
Üniversite	19	37,3	46	41,9		
Ailede DEHB						
Var	12	23,5	41	35	2,180	0,140
Yok	39	76,5	76	65		
Ailede Anksiyete Bozuklukları						
Var	9	17,6	18	15,4	0,135	0,714
Yok	42	82,4	99	84,6		
Ailede Duygudurum Bozuklukları						
Var	12	23,5	9	7,7	8,145	0,004
Yok	39	76,5	108	92,3		
Prematür Doğum						
Var	7	13,7	13	11,1	0,231	0,630
Yok	44	86,3	104	88,9		
Düşük Doğum Ağırlığı						
Var	11	21,6	10	8,5	5,506	0,019
Yok	40	78,4	107	91,5		
	Ortalama±SS		Ortalama±SS		t	p
Yaş	15,31±1,90		14,93±1,66		-1,306	0,193
Kardeş Sırası	1,7±0,92		1,6±0,73		-1,008	0,315
Kardeş Sayısı	2,6±0,91		2,4±0,81		-1,595	0,113

n: frekans, SS: standart sapma, DEHB: dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, Eşik Üstü :Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Toplam Puanı ≥ 69, Eşik Altı :Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Toplam Puanı < 69; istatistiksel anlamlılık :p<0,05, x² : pearson kare test, t: bağımsız örneklem t testi

Eşik üstü gruptaki bireylerin ilaç kullanım sürelerinin ortalaması $2,8 \pm 1,8$ yıl ile 6 ay-1 yıl aralığına yakın bulunurken, eşik altı gruptaki bireylerin ilaç kullanım sürelerinin ortalaması $3,6 \pm 1,4$ yıl ile 1-2 yıl aralığına yakın olarak tespit edilmiştir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,006$). Eşik üstü ve altı gruptaki bireylerin; tanı yaşları ve kullandıkları ilaç sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir (sırasıyla; $p=0,185$, $p=0,092$).

Eşik üstü gruptaki bireylerin %81'inin, eşik altı gruptaki bireylerin ise %61,5'inin ilaca 1 yıldan uzun süre ara verdiği tespit edilmiştir. İki grup arasında ilaca 1 yıldan uzun süre ara verme açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p=0,023$). Eşik üstü gruptaki bireylerde, ilaca 1 yıldan uzun süre ara verme oranının anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, eşik üstü gruptaki bireylerin %47,1'inin geçmişte BDT aldığı, eşik altı gruptaki bireylerin ise %23,1'inin geçmişte BDT aldığı saptanmıştır. İki grup arasında BDT alma oranları açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($p=0,002$). Eşik üstü gruptaki bireylerde, BDT alma oranının anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eşik üstü gruptaki olguların komorbidite sayısı ortalaması $1,5 \pm 1,02$, eşik altı gruptaki olguların ise $0,8 \pm 0,84$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasında komorbidite sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,001$). Eşik üstü gruptaki bireylerde komorbidite sayısının anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Eşik üstü ve eşik altı gruplara ait klinik verilerin karşılaştırılmasına ilişkin ayrıntılı istatistiksel bulgular Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Borderline Kişilik Özelliklerine Göre Eşik Üstü ve Eşik Altı Gruptaki Katılımcıların Klinik Verilerinin Karşılaştırılması

	Eşik Üstü		Eşik Altı		İstatistiksel Analiz	
	n	%	n	%	χ^2	p
İlaç 1 yıldan uzun ara verme						
Var	34	81	67	61,5	5,197	0,023
Yok	8	19	42	38,5		
BDT Alma						
Var	24	47,1	27	23,1	9,662	0,002
Yok	27	52,9	90	76,9		
	Ortalama±SS		Ortalama±SS		t	p
Kullanılan İlaç Sayısı	1,2±0,96		0,9±0,73		-1,707	0,092
İlaç Kullanım Süresi	2,8±1,8		3,6±1,4		2,802	0,006
Komorbidite Sayısı	1,5±1,02		0,8±0,84		-3,742	<0,001
Tanı Yaşı	8,0±1,6		7,6±1,6		-1,330	0,185

n: frekans, SS: standart sapma, Eşik Üstü :Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Toplam Puanı ≥ 69 , Eşik Altı : Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Toplam Puanı < 69 , BDT: bilişsel davranışçı terapi; istatistiksel anlamlılık : $p < 0,05$, χ^2 : pearson kıkare test, t: bağımsız örneklem t testi

Eşik üstü gruptaki bireylerde geçmiş ek tanı oranları incelendiğinde, KOKGB'nin %68,6, anksiyete bozukluklarının %17,6, davranım bozukluğunun %21,6, OKB'nin %2, tik bozukluğunun %2, ÖÖB'nin %21,6 oranında eşlik ettiği bulunmuştur. Eşik altı gruptaki bireylerde ise KOKGB %57,3, anksiyete bozuklukları %17,1, davranım bozukluğu %16,2, OKB %6, tik bozukluğu %2,6 ve ÖÖB %26,5 oranında eşlik ettiği tespit edilmiştir. Gruplar arasında geçmişte KOKGB, anksiyete bozuklukları, DB, OKB, tik bozukluğu ve ÖÖB tanılarına sahip olma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (sırasıyla; $p=0,166$, $p=0,931$, $p=0,407$, $p=0,260$, $p=0,814$, $p=0,498$). Eşik üstü gruptaki bireylerin %3,9'unun geçmişte depresif bozukluk tanısına sahip olduğu, eşik altı gruptaki bireyler arasında ise depresif bozukluk tanısına sahip kimse bulunmadığı (%0) belirlenmiştir. Gruplar arasında depresif bozukluk tanısına sahip olma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiş olup ($p=0,031$), eşik üstü gruptaki bireylerde depresif bozukluğun eşik altı bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha fazla görüldüğü gözlenmiştir. Eşik üstü ve eşik altı olguların geçmiş tanılarının karşılaştırılmasına dair ayrıntılı istatistiksel bulgular Tablo 5'de sunulmuştur.

Tablo 5. Eşik Üstü ve Eşik Altı Gruplarda Geçmiş Ek Tanıların Dağılımı ve Karşılaştırılması

	Eşik Üstü		Eşik Altı			
KOKGB	n	%	n	%	x²	p
Var	35	68,6	67	57,3	1,923	0,166
Yok	16	31,4	50	42,7		
Anksiyete Bozukluğu						
Var	9	17,6	20	17,1	0,008	0,931
Yok	42	82,4	97	82,9		
Davranım Bozukluğu						
Var	11	21,6	19	16,2	0,688	0,407
Yok	40	78,4	98	83,8		
Depresif Bozukluk						
Var	2	3,9	0	0	4,644	0,031
Yok	49	96,1	117	100		
OKB						
Var	1	2	7	6	1,267	0,260
Yok	50	98	110	94		
Tik Bozukluğu						
Var	1	2	3	2,6	0,056	0,814
Yok	50	98	114	97,4		
ÖÖB						
Var	11	21,6	31	26,5	0,460	0,498
Yok	40	78,4	86	73,5		

Eşik Üstü :Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Toplam Puanı ≥ 69 , Eşik Altı :Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Toplam Puanı < 69 , KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, OKB:Obsesif Kompulsif Bozukluk, ÖÖB:Özgül Öğrenme Bozukluğu; istatistiksel anlamlılık: $p<0,05$, χ^2 : pearson kare test

Tablo 6'da borderline kişilik belirtilerine göre eşik üstü ve eşik altı grupların mevcut komorbid tanıları açısından karşılaştırılması sunulmuştur. Eşik üstü gruptaki bireylerin mevcut komorbid tanı oranları incelendiğinde, KOKGB'nin %52,9, anksiyete bozukluklarının %33,3, DB'nin %29,4, depresif bozukluğun %21,6, OKB'nin %3,9, tik bozukluğunun %0 ve ÖÖB'nin %3,9 oranında DEHB'ye eşlik ettiği belirlenmiştir. Eşik altı gruptaki bireylerde ise KOKGB %35, anksiyete bozuklukları %17,1, DB %10,3, depresif bozukluk %3,4, OKB %8,5, tik bozukluğu %1,7 ve ÖÖB %7,7 oranında DEHB'ye eşlik etmiştir. Eşik üstü ve eşik altı bireyler arasında OKB, tik bozukluğu ve ÖÖB tanılarına sahip olma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (sırasıyla; $p=0,166$, $p=0,931$, $p=0,407$). Ancak, KOKGB, anksiyete bozuklukları, DB ve depresif bozukluk tanılarının görülmesi açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur (sırasıyla; $p=0,030$, $p=0,020$, $p=0,002$, $p<0,001$). Eşik üstü gruptaki bireylerde

KOKGB, anksiyete bozukluğu, DB ve depresif bozukluğun anlamlı derecede daha fazla görüldüğü gözlenmiştir.

Tablo 6. Eşik Üstü ve Eşik Altı Gruplarda Mevcut Ek Tanıların Dağılımı ve Karşılaştırılması

	Eşik Üstü		Eşik Altı			
KOKGB	n	%	n	%	x ²	p
Var	27	52,9	41	35	4,723	0,030
Yok	24	47,1	76	65		
Anksiyete Bozukluğu						
Var	17	33,3	20	17,1	5,454	0,020
Yok	34	66,7	97	82,9		
Davranım Bozukluğu						
Var	15	29,4	12	10,3	9,662	0,002
Yok	36	70,6	105	89,7		
Depresif Bozukluk						
Var	11	21,6	4	3,4	14,389	<0,001
Yok	40	78,4	113	96,6		
OKB						
Var	2	3,9	10	8,5	1,146	0,284
Yok	49	96,1	107	91,5		
Tik Bozukluğu						
Var	0	0	2	1,7	0,882	0,348
Yok	51	100	115	98,3		
ÖÖB						
Var	2	3,9	9	7,7	0,825	0,364
Yok	49	96,1	108	92,3		

Eşik Üstü :Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Toplam Puanı ≥ 69 , Eşik Altı :Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Toplam Puanı < 69 , KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, OKB:Obsesif Kompulsif Bozukluk, ÖÖB:Özgül Öğrenme Bozukluğu; istatistiksel anlamlılık : $p<0,05$, χ^2 : pearson kıkare test

Eşik üstü ve eşik altı gruplarda kullanılan ilaç gruplarının dağılımı Tablo 7’de sunulmuştur. Metilfenidat kullanımı açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamış olup, eşik üstü gruptaki bireylerin %60,8’inin, eşik altı gruptaki bireylerin ise %64,1’inin metilfenidat kullandığı tespit edilmiştir ($p=0,682$). Antipsikotik kullanım oranları ise eşik üstü grupta %27,5, eşik altı grupta %8,5 olarak belirlenmiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Antidepresan ve atomoksetin kullanım oranları arasında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir (sırasıyla; $p=0,511$, $p=0,973$).

Tablo 7. Eşik Üstü ve Eşik Altı Gruplarda Kullanılan İlaç Gruplarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

	Eşik Üstü		Eşik Altı			
Metilfenidat	n	%	n	%	x²	p
Var	31	60,8	75	64,1	0,168	0,682
Yok	20	39,2	42	35,9		
Antipsikotik						
Var	14	27,5	10	8,5	10,366	<0,001
Yok	37	72,5	107	91,5		
Antidepresan						
Var	8	15,7	14	12	0,432	0,511
Yok	43	84,3	103	88		
Atomoksetin						
Var	4	7,8	9	7,7	0,001	0,973
Yok	47	92,2	108	92,3		

n: frekans, Eşik Üstü: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Toplam Puanı ≥ 69 , Eşik Altı: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Toplam Puanı < 69 ; istatistiksel anlamlılık: $p < 0,05$, x^2 : pearson kare test

Tablo 8'de, sigara ve alkol kullanım özelliklerinin borderline kişilik belirtileri açısından eşik üstü ve eşik altı gruplarda dağılımı sunulmuştur. Eşik üstü gruptaki bireylerin %49'unun sigarayı denediği, %35,3'ünün ise şu anda sigara kullandığı tespit edilmiştir. Eşik altı gruptaki bireylerde ise bu oranlar sırasıyla %22,2 ve %8,5 olarak bulunmuştur. İki grup arasında hem sigarayı deneme hem de şu anda sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p < 0,001$). Eşik üstü gruptaki bireylerin, sigarayı deneme ve sigara kullanma oranlarının, eşik altı gruba kıyasla belirgin şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Alkol kullanım özellikleri incelendiğinde, eşik üstü gruptaki bireylerin %15,7'sinin daha önce alkolü denediği, eşik altı grupta ise bu oranın %6 olduğu belirlenmiştir. Alkol kullanımı açısından ise, eşik üstü gruptaki bireylerin %7,8'inin şu anda alkol kullandığı, eşik altı grupta ise alkol kullanan birey bulunmadığı (%0) tespit edilmiştir. Alkolü deneme ve alkol kullanımı açısından da iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır (sırasıyla; $p = 0,043$, $p = 0,002$).

Tablo 8. Eşik Üstü ve Eşik Altı Gruplarda Sigara ve Alkol Kullanım Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Eşik Üstü		Eşik Altı		İstatistiksel Analiz	
Sigara'yı Deneme	n	%	n	%	x²	p
Var	25	49	26	22,2	12,064	<0,001
Yok	26	51	91	77,8		
Sigara Kullanımı						
Var	18	35,3	10	8,5	18,295	<0,001
Yok	33	64,7	107	91,5		
Alkolü Deneme						
Var	8	15,7	7	6	4,113	0,043
Yok	43	84,3	110	94		
Alkol Kullanımı						
Var	4	7,8	0	0	9,400	0,002
Yok	47	92,2	117	100		

n: frekans, Eşik Üstü: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Toplam Puanı ≥ 69 , Eşik Altı: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Toplam Puanı < 69 ; istatistiksel anlamlılık: $p < 0,05$, χ^2 : pearson kıkare test

Tablo 9’da akran zorbalığına katılma durumu ve katılma tipinin borderline kişilik belirtileri açısından eşik üstü ve eşik altı gruplarda dağılımına yer verilmiştir. Buna göre eşik üstü gruptaki bireylerin %66,7’si, eşik altı gruptaki bireylerin ise %40,2’si daha önce akran zorbalığını deneyimlediğini belirtmiştir. İki grup arasında akran zorbalığına katılma durumları açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,002$). Eşik üstü gruptaki bireylerin akran zorbalığına katılma durumlarının, eşik altı bireylerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Akran zorbalığına katılma tipleri incelendiğinde, eşik üstü grupta akran zorbalığını deneyimlediğini belirten bireylerin %14,7’sinin zorba, %47,1’inin mağdur ve %38,2’sinin hem zorba hem de mağdur (zorba-mağdur) olduğu tespit edilmiştir. Eşik altı grupta ise bu oranlar sırasıyla %14,9, %48,9 ve %36,2 olarak bulunmuştur. İki grup arasında akran zorbalığına katılma tipi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,981$).

Tablo 9. Akran Zorbalığına Katılma Durumunun Borderline Kişilik Özellikleri ile İlişkisi

	Eşik Üstü		Eşik Altı			
Akran Zorbalığı	n	%	n	%	x ²	p
Var	34	66,7	47	40,2	9,986	0,002
Yok	17	33,3	70	59,8		
Akran Zorbalığına Katılma Tipi						
Zorba	5	14,7	7	14,9		
Mağdur	16	47,1	23	48,9	0,038	0,981
Her İkisi	13	38,2	17	36,2		

n: frekans, SS: standart sapma, Eşik Üstü: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Toplam Puanı ≥ 69 , Eşik Altı: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Toplam Puanı < 69 ; istatistiksel anlamlılık: $p < 0,05$, x²: pearson kıkare test

Tablo 10'da katılımcıların akran zorbalığına katılma durumunun BKÖÇÖ toplam puanı ve alt boyutları üzerindeki etkisi sunulmuştur. Akran zorbalığına katılan bireylerin BKÖÇÖ duygusal düzensizlik alt boyut puanı ($17,80 \pm 3,67$), katılmayan bireylerin puanından ($15,60 \pm 4,02$) anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). Benzer şekilde, olumsuz ilişkiler, kendine zarar verme ve kimlik problemleri alt boyut puanları açısından da akran zorbalığına katılan bireyler daha yüksek puan almış ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla; $p < 0,001$, $p < 0,001$, $p = 0,013$). BKÖÇÖ toplam puanları incelendiğinde, akran zorbalığına katılan bireylerin toplam puanı ($65,53 \pm 12,75$), katılmayan bireylerin toplam puanından ($56,26 \pm 14,42$) anlamlı derecede daha yüksektir ($p < 0,001$).

Tablo 10. Akran Zorbalığı Durumunun Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Puanları ile İlişkisi

	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	İstatistiksel Analiz	
	Akran Zorbalığı (+) n:81	Akran Zorbalığı (-) n:87	t	p
BKÖÇÖ-DD	17,80 $\pm$ 3,67	15,60 $\pm$ 4,02	-3,677	<0,001
BKÖÇÖ-Oİ	17,51 $\pm$ 4,66	14,79 $\pm$ 4,71	-3,763	<0,001
BKÖÇÖ-KZV	14,03 $\pm$ 3,79	11,41 $\pm$ 4,09	-4,298	<0,001
BKÖÇÖ-KP	16,17 $\pm$ 4,17	14,44 $\pm$ 4,72	-2,501	0,013
BKÖÇÖ-T	65,53 $\pm$ 12,75	56,26 $\pm$ 14,42	-4,397	<0,001

n: frekans, SS: standart sapma, BKÖÇÖ: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği, T: Toplam Puan, DD: Duygusal Düzensizlik Alt Boyutu, Oİ: Olumsuz İlişkiler Alt Boyutu, KZV: Kendine Zarar Verme Alt Boyutu, KP: Kimlik Problemleri Alt Boyutu, Akran Zorbalığı (+): Akran Zorbalığını deneyimlemiş olma, Akran Zorbalığı (-): Akran Zorbalığını deneyimlememiş olma; istatistiksel anlamlılık: $p < 0,05$, t: bağımsız örneklem t test

Tablo 11’de BKÖÇÖ alt boyut puanları, cinsiyet değişkeni açısından bağımsız örneklem t-testi ile analiz sonuçlarına yer verilmiştir. BKÖÇÖ’nün duygusal düzensizlik ($p<0,001$), olumsuz ilişkiler ($p=0,007$), kimlik problemleri ($p<0,001$) ve toplam puan ($p<0,001$) alt boyutlarında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Bu farklılıklarda kızların söz konusu alt boyut puanlarının erkeklerle kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak, kendine zarar verme alt boyutunda cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,068$).

Tablo 11. BKÖÇÖ Alt Boyut Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Cinsiyet	Ortalama	SS	t	p
BKÖÇÖ-DD	Kız	17,78	3,65	3,250	<0,001
	Erkek	15,81	4,07		
BKÖÇÖ-Oİ	Kız	17,26	4,43	2,741	0,007
	Erkek	15,22	5,03		
BKÖÇÖ-KZV	Kız	13,35	4,38	1,839	0,068
	Erkek	12,15	3,91		
BKÖÇÖ-KP	Kız	16,80	3,98	3,997	<0,001
	Erkek	14,10	4,59		
BKÖÇÖ-T	Kız	65,20	12,82	3,664	<0,001
	Erkek	57,29	14,62		

SS: standart sapma, BKÖÇÖ: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği, T: Toplam Puan, DD: Duygusal Düzensizlik Alt Boyutu, Oİ: Olumsuz İlişkiler Alt Boyutu, KZV: Kendine Zarar Verme Alt Boyutu, KP: Kimlik Problemleri Alt Boyutu, istatistiksel anlamlılık: $p<0,05$, t: bağımsız örneklem t test

BKÖÇÖ alt boyut puanları, hastaların geçmişte sahip oldukları ek tanılara göre bağımsız örneklem t-testi yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz sonuçları, geçmişte anksiyete bozukluğu, OKB, ÖÖB, DB ve tik bozukluğu ek tanılarına sahip olan ve olmayan hastalar arasında BKÖÇÖ alt boyut ve toplam puanları açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığını göstermiştir. BKÖÇÖ’nün duygusal düzensizlik ve kendine zarar verme alt boyut puanlarının, geçmişte depresif bozukluk tanısı almış hastalarda, depresif bozukluk tanısı almamış hastalara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla; $p=0,024$ ve $p<0,001$). BKÖÇÖ’nün kendine zarar verme alt boyutu puanlarının ortalaması, geçmişte KOKGB tanısı almış hastalarda $13,34\pm4,15$, bu tanıya sahip olmayan hastalarda ise $11,65\pm3,96$ olarak belirlenmiştir. KOKGB tanısı olan hastalarda, bu alt boyut puanlarının, KOKGB tanısı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0,010$). Katılımcıların geçmişteki ek tanılarının, BKÖÇÖ alt boyut puanlarıyla olan ilişkisine ait istatistiksel veriler Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12. BKÖÇÖ Alt Boyut Puanlarının Geçmiş Ek Tanılarla İlişkisi

	Ortalama±SS	Ortalama±SS	İstatiksel Analiz	
	Depresyon Var	Depresyon Yok	t	p
BKÖÇÖ-DD	23,00±00	16,59±3,96	-2,278	0,024
BKÖÇÖ-Oİ	19,50±0,707	16,06±4,88	-0,991	0,323
BKÖÇÖ-KZV	15,00±00	12,65±4,17	-7,256	<0,001
BKÖÇÖ-KP	18,00±4,24	15,24±4,54	-0,853	0,395
BKÖÇÖ-T	75,50±3,53	60,55±14,3	-1,466	0,144
	A.B Var	A.B Yok		
BKÖÇÖ-DD	16,00±3,85	16,80±4,03	0,985	0,326
BKÖÇÖ-Oİ	15,37±4,67	16,25±4,91	0,884	0,378
BKÖÇÖ-KZV	12,31±4,33	12,75±4,12	0,524	0,601
BKÖÇÖ-KP	15,13±5,30	15,30±4,38	0,185	0,854
BKÖÇÖ-T	58,82±15,45	61,12±14,17	0,783	0,435
	KOKGB Var	KOKGB Yok		
BKÖÇÖ-DD	17,10±3,83	15,98±4,18	-1,786	0,076
BKÖÇÖ-Oİ	16,56±4,74	15,39±5,01	-1,532	0,127
BKÖÇÖ-KZV	13,34±4,15	11,65±3,96	-2,622	0,010
BKÖÇÖ-KP	15,34±4,20	15,18±5,03	-0,216	0,829
BKÖÇÖ-T	62,36±13,67	58,21±15,16	-1,840	0,068
	DB Var	DB Yok		
BKÖÇÖ-DD	16,30±4,33	16,74±3,94	0,552	0,582
BKÖÇÖ-Oİ	16,83±5,83	15,94±4,64	-0,900	0,369
BKÖÇÖ-KZV	13,26±4,79	12,55±4,00	-0,855	0,394
BKÖÇÖ-KP	14,86±4,68	15,36±4,51	0,549	0,584
BKÖÇÖ-T	61,26±17,15	60,61±13,77	-0,224	0,823
	OKB Var	OKB Yok		
BKÖÇÖ-DD	16,37±4,27	16,68±4,00	0,210	0,834
BKÖÇÖ-Oİ	16,62±4,03	16,08±4,91	-0,307	0,759
BKÖÇÖ-KZV	9,50±4,00	12,83±4,10	2,244	0,026
BKÖÇÖ-KP	12,62±4,98	15,41±4,48	1,706	0,090
BKÖÇÖ-T	55,12±15,89	61,01±14,29	1,131	0,260
	ÖÖB Var	ÖÖB Yok		
BKÖÇÖ-DD	16,30±3,90	16,78±4,04	0,666	0,506
BKÖÇÖ-Oİ	15,78±5,10	16,21±4,80	0,493	0,623
BKÖÇÖ-KZV	12,42±4,22	12,76±4,14	0,449	0,654
BKÖÇÖ-KP	15,76±3,98	15,11±4,71	-0,864	0,390
BKÖÇÖ-T	60,28±13,50	60,88±14,70	0,232	0,817
	Tik Boz. Var	Tik Boz. Yok		
BKÖÇÖ-DD	16,00±4,69	16,68±4,00	0,336	0,737
BKÖÇÖ-Oİ	16,50±5,19	16,09±4,88	-0,163	0,871
BKÖÇÖ-KZV	11,25±1,70	12,71±4,19	1,600	0,186
BKÖÇÖ-KP	13,25±2,87	15,32±4,56	0,905	0,367
BKÖÇÖ-T	57,00±11,57	60,82±14,45	0,524	0,601

SS: standart sapma, KOKGB: karşıt olma karşı gelme bozukluğu, OKB: obsesif kompulsif bozukluk, ÖÖB: özgül öğrenme bozukluğu, A.B: anksiyete bozukluğu, DB: davranım bozukluğu, Tik Boz: tik bozukluğu, BKÖÇÖ: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği, T: Toplam Puan, DD: Duygusal Düzensizlik Alt Boyutu, Oİ: Olumsuz İlişkiler Alt Boyutu, KZV: Kendine Zarar Verme Alt Boyutu, KP: Kimlik Problemleri Alt Boyutu; istatistiksel anlamlılık: $p < 0,05$, t: bağımsız örneklem t testi

Tablo 13’de BKÖÇÖ toplam puanı ve alt boyutları ile hastaların çocukluk döneminde ebeveynleri ve öğretmenleri tarafından doldurulan T-DSM-IV-Ö alt boyutlarının korelasyonuna yer verilmiştir. BKÖÇÖ kendine zarar verme alt boyutu ile T-DSM-IV-Ö-

ebeveyn formu davranım bozukluğu alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($p=0,023$) olduğu görülmüştür. Ancak kendine zarar verme alt boyutu ile diğer T-DSM-IV-Ö- ebeveyn formu alt boyutları ve öğretmen formundaki alt boyutlar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. BKÖÇÖ toplam puan, duygusal düzensizlik, olumsuz ilişkiler ve kimlik problemleri alt boyutları ile T-DSM-IV-Ö ebeveyn formu ve öğretmen formu alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir.

Tablo 13. BKÖÇÖ Puanlarının Geçmiş T-DSM-IV-Ö Ebeveyn ve Öğretmen Formlarıyla İlişkisi

EBEVEYN	BKÖÇÖ-T	BKÖÇÖ-DD	BKÖÇÖ-Oİ	BKÖÇÖ-KZV	BKÖÇÖ-KP
DE	$r=0,117$ $p=0,131$	$r=0,077$ $p=0,320$	$r=0,109$ $p=0,161$	$r=0,097$ $p=0,213$	$r=0,098$ $p=0,209$
HA-D	$r=-0,032$ $p=0,683$	$r=-0,029$ $p=0,713$	$r=-0,002$ $p=0,978$	$r=0,074$ $p=0,338$	$r=-0,141$ $p=0,068$
KOKG	$r=0,005$ $p=0,954$	$r=-0,004$ $p=0,957$	$r=0,013$ $p=0,862$	$r=0,101$ $p=0,193$	$r=-0,089$ $p=0,251$
DB	$r=0,041$ $p=0,598$	$r=-0,018$ $p=0,819$	$r=0,031$ $p=0,689$	$r=0,176$ $p=0,023$	$r=-0,049$ $p=0,532$
ÖĞRETMEN					
DE	$r=-0,017$ $p=0,828$	$r=0,018$ $p=0,877$	$r=-0,006$ $p=0,942$	$r=-0,025$ $p=0,751$	$r=0,020$ $p=0,795$
HA-D	$r=-0,051$ $p=0,508$	$r=0,178$ $p=0,132$	$r=-0,008$ $p=0,919$	$r=-0,031$ $p=0,692$	$r=-0,095$ $p=0,222$
KOKG	$r=0,027$ $p=0,727$	$r=-0,008$ $p=0,945$	$r=0,097$ $p=0,212$	$r=0,043$ $p=0,577$	$r=-0,021$ $p=0,791$
DB	$r=0,023$ $p=0,769$	$r=0,108$ $p=0,365$	$r=0,073$ $p=0,347$	$r=0,016$ $p=0,842$	$r=-0,006$ $p=0,943$

T-DSM-IV-Ö: Turgay-DSM-IV'e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, DE: Dikkat Eksikliği Alt Boyutu, HA/D: Hiperaktivite ve Dürtüsellik Alt Boyutu, KOKG: Karşıt Olma-Karşı Gelme Alt Boyutu, DB: Davranım Bozukluğu Alt Boyutu, BKÖÇÖ: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği, T: Toplam Puan, DD: Duygusal Düzensizlik Alt Boyutu, Oİ: Olumsuz İlişkiler Alt Boyutu, KZV: Kendine Zarar Verme Alt Boyutu, KP: Kimlik Problemleri Alt Boyutu; istatistiksel anlamlılık : $p<0,05$, r : korelasyon katsayısı

Hastaların çocukluk dönemine ait T-DSM-IV-Ö alt boyutları ile BKÖÇÖ alt boyutları arasındaki ilişkiler, genel örneklem üzerinde korelasyon analizi ile incelenmiştir. Bu analizlerin ardından, cinsiyetler arasındaki farklılıkları değerlendirmek amacıyla kız ve erkek katılımcılar için ayrı ayrı korelasyon analizleri gerçekleştirilmiştir. Tablo 14’de, kız katılımcıların BKÖÇÖ toplam puanı ve alt boyutları ile çocukluk döneminde ebeveynleri ve öğretmenleri tarafından doldurulan T-DSM-IV-Ö alt boyutlarının korelasyonu sunulmuştur. BKÖÇÖ kendine zarar verme alt boyutu ile T-DSM-IV-Ö-ebeveyn formu davranım bozukluğu alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($p=0,002$) olduğu görülmüştür. BKÖÇÖ toplam puan, duygusal düzensizlik, olumsuz ilişkiler ve kimlik problemleri alt boyutları ile T-DSM-IV-Ö ebeveyn formu alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir. BKÖÇÖ olumsuz ilişkiler alt boyutu ile T-DSM-IV-Ö öğretmen formu karşıt olma karşı gelme ($p=0,008$) ve DB ($p=0,014$) alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. BKÖÇÖ toplam puan, duygusal düzensizlik, kendine zarar verme ve kimlik problemleri alt boyutları ile T-DSM-IV-Ö öğretmen formu alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir.



Tablo 14. Kızlarda BKÖÇÖ Puanlarının Geçmiş T-DSM-IV-Ö Ebeveyn ve Öğretmen Formlarıyla İlişkisi

EBEVEYN	BKÖÇÖ-T	BKÖÇÖ-DD	BKÖÇÖ-Oİ	BKÖÇÖ-KZV	BKÖÇÖ-KP
DE	r=0,103 p=0,387	r=0,021 p=0,862	r=0,147 p=0,216	r=0,063 p=0,595	r=0,079 p=0,506
HA-D	r=0,098 p=0,409	r =0,105 p=0,379	r =0,059 p=0,622	r=0,161 p=0,174	r =-0,022 p=0,852
KOKG	r=0,001 p=0,996	r=-0,027 p=0,818	r=0,008 p=0,944	r=0,113 p=0,341	r=-0,106 p=0,370
DB	r=0,193 p=0,101	r=0,082 p=0,492	r=0,130 p=0,275	r=0,349 p=0,002	r=0,020 p=0,867
ÖĞRETMEN					
DE	r=0,040 p=0,734	r=0,018 p=0,877	r=0,075 p=0,529	r=0,052 p=0,663	r=-0,027 p=0,818
HA-D	r=0,145 p=0,222	r=0,178 p=0,132	r=0,132 p=0,264	r=0,125 p=0,293	r=0,019 p=0,876
KOKG	r=0,159 p=0,180	r=-0,008 p=0,945	r=0,309 p=0,008	r=-0,182 p=0,124	r=-0,24 p=0,838
DB	r=0,167 p=0,159	r=0,108 p=0,365	r=0,286 p=0,014	r=0,164 p=0,166	r=-0,061 p=0,610

T-DSM-IV-Ö: Turgay-DSM-IV'e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, DE: Dikkat Eksikliği Alt Boyutu, HA/D: Hiperaktivite ve Dürtüsellik Alt Boyutu, KOKG: Karşıt Olma-Karşı Gelme Alt Boyutu, DB: Davranım Bozukluğu Alt Boyutu, BKÖÇÖ: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği, T: Toplam Puan, DD: Duyusal Düzensizlik Alt Boyutu, Oİ: Olumsuz İlişkiler Alt Boyutu, KZV: Kendine Zarar Verme Alt Boyutu, KP: Kimlik Problemleri Alt Boyutu; istatistiksel anlamlılık : $p < 0,05$, r: korelasyon katsayısı

Tablo 15’de erkek katılımcıların BKÖÇÖ toplam puanı ve alt boyutları ile geçmiş T-DSM-IV-Ö ebeveyn ve öğretmen formu alt boyutlarının korelasyonuna yer verilmiştir. BKÖÇÖ toplam puan ve alt boyutları ile T-DSM-IV-Ö ebeveyn ve öğretmen formu alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir.

Tablo 15. Erkeklerde BKÖÇÖ Puanlarının Geçmiş T-DSM-IV-Ö Ebeveyn ve Öğretmen Formlarıyla İlişkisi

EBEVEYN	BKÖÇÖ-T	BKÖÇÖ-DD	BKÖÇÖ-Oİ	BKÖÇÖ-KZV	BKÖÇÖ-KP
DE	r=0,111	r=0,098	r=0,071	r=0,114	r=0,092
	p=0,282	p=0,344	p=0,493	p=0,272	p=0,373
HA-D	r=-0,034	r=-0,044	r=0,024	r=0,053	r=-0,141
	p=0,742	p=0,670	p=0,821	p=0,610	p=0,174
KOKG	r=0,075	r=0,071	r=0,068	r=0,134	r=-0,014
	p=0,473	p=0,497	p=0,514	p=0,196	p=0,896
DB	r=0,025	r=-0,016	r=0,027	r=0,091	r=-0,015
	p=0,813	p=0,879	p=0,793	p=0,379	p=0,882
ÖĞRETMEN					
DE	r=0,014	r=-0,040	r=-0,008	r=-0,054	r=0,136
	p=0,890	p=0,702	p=0,935	p=0,606	p=0,189
HA-D	r=-0,034	r=-0,043	r=0,013	r=-0,070	r=-0,025
	p=0,741	p=0,679	p=0,904	p=0,500	p=0,807
KOKG	r=0,072	r=0,038	r=0,072	r=0,013	r=0,105
	p=0,487	p=0,712	p=0,488	p=0,898	p=0,310
DB	r=0,067	r=0,019	r=0,067	r=-0,004	r=0,126
	p=0,520	p=0,857	p=0,519	p=0,969	p=0,224

T-DSM-IV-Ö: Turgay-DSM-IV'e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, DE: Dikkat Eksikliği Alt Boyutu, HA/D: Hiperaktivite ve Dürtüsellik Alt Boyutu, KOKG: Karşıt Olma-Karşı Gelme Alt Boyutu, DB: Davranım Bozukluğu Alt Boyutu, BKÖÇÖ: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği, T: Toplam Puan, DD: Duygusal Düzensizlik Alt Boyutu, Oİ: Olumsuz İlişkiler Alt Boyutu, KZV: Kendine Zarar Verme Alt Boyutu, KP: Kimlik Problemleri Alt Boyutu; istatistiksel anlamlılık : $p < 0,05$, r: korelasyon katsayısı

Tablo 16'da BKÖÇÖ toplam puanı ve alt boyutlarının, ergenlerin güncel T-DSM-IV-Ö ebeveyn formu alt boyut puanları ile korelasyonuna yer verilmiştir. T-DSM-IV-Ö dikkat eksikliği alt boyutu ile BKÖÇÖ toplam puanı ($p=0,002$), duygusal düzensizlik ($p=0,009$), olumsuz ilişkiler ($p=0,011$) ve kendine zarar verme ($p=0,004$) alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Hiperaktivite/Dürtüsellik alt boyutu ile BKÖÇÖ toplam puanı ($p=0,032$), olumsuz ilişkiler ($p=0,017$) ve kendine zarar verme ($p=0,014$) alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

DEHB toplam puanı ile BKÖÇÖ toplam puanı ($p=0,002$), duygusal düzensizlik ($p=0,023$), olumsuz ilişkiler ($p=0,003$) ve kendine zarar verme ($p=0,002$) alt boyutları arasında da pozitif yönde anlamlı ilişkiler gözlenmiştir. Karşıt olma karşı gelme alt boyutu ile BKÖÇÖ toplam puanı, duygusal düzensizlik, olumsuz ilişkiler ve kendine zarar verme alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). DB alt boyutu ile BKÖÇÖ toplam puanı ($p<0,001$), duygusal düzensizlik ($p=0,005$), olumsuz ilişkiler ($p<0,001$) ve kendine zarar verme ($p<0,001$) alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Buna karşılık, kimlik problemleri alt boyutu ile T-DSM-IV-Ö alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. En güçlü ilişki, kendine zarar verme alt boyutu ile davranım bozukluğu alt boyutu arasında tespit edilmiş olup, bu ilişki pozitif yönde anlamlıdır ($r=0,308$, $p<0,001$).

Tablo 16. BKÖÇÖ Puanları ile Güncel T-DSM-IV-Ö Ebeveyn Puanlarının İlişkisi

	BKÖÇÖ-T	BKÖÇÖ-DD	BKÖÇÖ-Oİ	BKÖÇÖ-KZV	BKÖÇÖ-KP
DE	$r=0,232$ $p=0,002$	$r=0,201$ $p=0,009$	$r=0,197$ $p=0,011$	$r=0,221$ $p=0,004$	$r=0,145$ $p=0,061$
HA-D	$r=0,166$ $p=0,032$	$r=0,100$ $p=0,198$	$r=0,183$ $p=0,017$	$r=0,190$ $p=0,014$	$r=0,067$ $p=0,388$
DEHB-T	$r=0,234$ $p=0,002$	$r=0,175$ $p=0,023$	$r=0,225$ $p=0,003$	$r=0,243$ $p=0,002$	$r=0,123$ $p=0,112$
KOKG	$r=0,286$ $p<0,001$	$r=0,267$ $p<0,001$	$r=0,274$ $p<0,001$	$r=0,292$ $p<0,001$	$r=0,110$ $p=0,155$
DB	$r=0,277$ $p<0,001$	$r=0,218$ $p=0,005$	$r=0,264$ $p<0,001$	$r=0,308$ $p<0,001$	$r=0,122$ $p=0,115$

T-DSM-IV-Ö: Turgay-DSM-IV'e Dayalı Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, DE: Dikkat Eksikliği Alt Boyutu, HA-D: Hiperaktivite ve Dürtüsellik Alt Boyutu, DEHB-T: DEHB Toplam Puanı, KOKG: Karşıt Olma Karşı Gelme Alt Boyutu, DB: Davranım Bozukluğu Alt Boyutu, BKÖÇÖ: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği, T: Toplam Puan, DD: Duygusal Düzensizlik Alt Ölçeği, Oİ: Olumsuz İlişkiler Alt Ölçeği, KZV: Kendine Zarar Verme Alt Ölçeği, KP: Kimlik Problemleri Alt Ölçeği; istatistiksel anlamlılık : $p<0,05$, r : korelasyon katsayısı

ÇÇTÖ toplam puanı ile BKÖÇÖ toplam puanı, duygusal düzensizlik, olumsuz ilişkiler, kendine zarar verme, kimlik problemleri alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir ($p<0,001$). Alt boyutlar düzeyinde yapılan korelasyonda, fiziksel ihmal alt boyutunun BKÖÇÖ toplam puanı ve alt boyutları ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$). Benzer şekilde fiziksel istismar alt boyutu ile

BKÖÇÖ toplam puanı, duygusal düzensizlik, olumsuz ilişkiler, kendine zarar verme ve kimlik problemleri alt boyutları arasında anlamlı pozitif ilişkiler tespit edilmiştir (sırasıyla; $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,015$). Duygusal ihmal alt boyutunun, BKÖÇÖ toplam puanı ve alt boyutları ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,001$). Duygusal istismar alt boyutunun da BKÖÇÖ toplam puanı ve alt boyutları ile anlamlı pozitif ilişkiler gösterdiği gözlenmiştir ($p<0,001$). ÇÇTÖ cinsel istismar alt boyutu ile BKÖÇÖ kimlik problemleri alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p=0,093$). Cinsel istismar ve olumsuz ilişkiler alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($p<0,001$) ve diğer alt boyutları arasında ise nispeten daha düşük seviyede, ancak anlamlı pozitif ilişkiler bulunmuştur. (Toplam puan: $p=0,002$, duygusal düzensizlik: $p=0,005$, olumsuz ilişkiler: $p<0,001$, kendine zarar verme: $p=0,020$). En güçlü ilişkinin ÇÇTÖ toplam puanı ile BKÖÇÖ olumsuz ilişkiler alt boyutu arasında olduğu saptanmıştır ($r=0,531$, $p<0,001$). ÇÇTÖ alt boyutları ile BKÖÇÖ alt boyutları arasındaki korelasyonlara ilişkin ayrıntılar Tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17. Çocukluk Çağı Travmaları ile Borderline Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişki

	BKÖÇÖ-T	BKÖÇÖ-DD	BKÖÇÖ-Oİ	BKÖÇÖ-KZV	BKÖÇÖ-KP
ÇÇTÖ-T	$r=0,508$ $p<0,001$	$r=0,287$ $p<0,001$	$r=0,531$ $p<0,001$	$r=0,450$ $p<0,001$	$r=0,376$ $p<0,001$
Fiziksel İhmal	$r=0,371$ $p<0,001$	$r=0,223$ $p=0,004$	$r=0,384$ $p<0,001$	$r=0,317$ $p<0,001$	$r=0,276$ $p<0,001$
Fiziksel İstismar	$r=0,310$ $p<0,001$	$r=0,230$ $p<0,001$	$r=0,290$ $p<0,001$	$r=0,307$ $p<0,001$	$r=0,187$ $p=0,015$
Duygusal İhmal	$r=0,413$ $p<0,001$	$r=0,180$ $p=0,020$	$r=0,442$ $p<0,001$	$r=0,348$ $p<0,001$	$r=0,357$ $p<0,001$
Duygusal İstismar	$r=0,455$ $p<0,001$	$r=0,246$ $p<0,001$	$r=0,481$ $p<0,001$	$r=0,424$ $p<0,001$	$r=0,321$ $p<0,001$
Cinsel İstismar	$r=0,237$ $p=0,002$	$r=0,214$ $p=0,005$	$r=0,248$ $p<0,001$	$r=0,180$ $p=0,020$	$r=0,130$ $p=0,093$

BKÖÇÖ: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği, T: Toplam Puan, DD: Duygusal Düzensizlik Alt Boyutu, Oİ: Olumsuz İlişkiler Alt Boyutu, KZV: Kendine Zarar Verme Alt Boyutu, KP: Kimlik Problemleri Alt Boyutu, ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği; istatistiksel anlamlılık: $p<0,05$, r : korelasyon katsayısı

ÇADÖ toplam puanı ile BKÖÇÖ toplam puanı ve tüm alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,001$). ÇADÖ ayrılık anksiyetesi bozukluğu alt boyutu ile olumsuz ilişkiler alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($p=0,023$) saptanmış olup, BKÖÇÖ toplam puanı ($p=0,047$), duygusal düzensizlik ($p=0,184$), kendine zarar verme ($p=0,077$) ve kimlik problemleri ($p=0,288$) alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ÇADÖ sosyal anksiyete bozukluğu alt boyutu, BKÖÇÖ toplam puanı

($p<0,001$) ve diğer alt boyutları (duygusal düzensizlik, olumsuz ilişkiler, kimlik problemleri: $p<0,001$ ve kendine zarar verme: $p=0,008$) ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler göstermiştir. ÇADÖ panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, toplam anksiyete bozuklukları ve major depresif bozukluk alt boyutları ile BKÖÇÖ toplam puanı ve tüm alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$). ÇADÖ OKB alt boyutu ile BKÖÇÖ toplam puanı ve diğer alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki gözlenmiştir (toplam puan, duygusal düzensizlik, olumsuz ilişkiler: $p<0,001$, kendine zarar verme: $p=0,002$, kimlik problemleri: $p=0,003$). ÇADÖ toplam puanı ve alt boyutları ile BKÖÇÖ toplam puan ve alt boyutları arasındaki korelasyon analizlerinde, en güçlü ilişkinin ÇADÖ major depresif bozukluk alt boyutu ile BKÖÇÖ toplam puanı arasında olduğu görülmüştür ($r=0,493$, $p<0,001$). ÇADÖ Ebeveyn Formu alt boyutları ile BKÖÇÖ toplam puan ve alt boyutları arasındaki korelasyonlara ilişkin ayrıntılar Tablo 18’de sunulmuştur.

Tablo 18. BKÖÇÖ Puanları ile ÇADÖ-Y Ebeveyn Formu Puanları Arasındaki İlişki

	BKÖÇÖ-T	BKÖÇÖ-DD	BKÖÇÖ-Oİ	BKÖÇÖ-KZV	BKÖÇÖ-KP
ÇADÖ-T	$r=0,434$ $p<0,001$	$r=0,354$ $p<0,001$	$r=0,389$ $p<0,001$	$r=0,317$ $p<0,001$	$r=0,355$ $p<0,001$
Ç-AAB	$r=0,154$ $p=0,047$	$r=0,103$ $p=0,184$	$r=0,175$ $p=0,023$	$r=0,137$ $p=0,077$	$r=0,082$ $p=0,288$
Ç-SAB	$r=0,319$ $p<0,001$	$r=0,262$ $p<0,001$	$r=0,286$ $p<0,001$	$r=0,203$ $p=0,008$	$r=0,287$ $p<0,001$
Ç-YAB	$r=0,365$ $p<0,001$	$r=0,289$ $p<0,001$	$r=0,314$ $p<0,001$	$r=0,277$ $p<0,001$	$r=0,31$ $p<0,001$
Ç-PB	$r=0,343$ $p<0,001$	$r=0,271$ $p<0,001$	$r=0,307$ $p<0,001$	$r=0,242$ $p<0,001$	$r=0,298$ $p<0,001$
Ç-TA	$r=0,378$ $p<0,001$	$r=0,299$ $p<0,001$	$r=0,343$ $p<0,001$	$r=0,269$ $p<0,001$	$r=0,320$ $p<0,001$
Ç-MDB	$r=0,493$ $p<0,001$	$r=0,423$ $p<0,001$	$r=0,426$ $p<0,001$	$r=0,369$ $p<0,001$	$r=0,394$ $p<0,001$
Ç-OKB	$r=0,311$ $p<0,001$	$r=0,259$ $p<0,001$	$r=0,286$ $p<0,001$	$r=0,240$ $p=0,002$	$r=0,229$ $p=0,003$

BKÖÇÖ: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği, T: Toplam Puan, DD: Duygusal Düzensizlik Alt Boyutu, Oİ: Olumsuz İlişkiler Alt Boyutu, KZV: Kendine Zarar Verme Alt Boyutu, KP: Kimlik Problemleri Alt Boyutu, ÇADÖ-Y: Çocuklarda Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Yenilenmiş; T: Toplam Puan, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu Alt Boyutu, SAB: Sosyal Anksiyete Bozukluğu Alt Boyutu, AAB: Ayrılık Anksiyete Bozukluğu Alt Boyutu, PB: Panik Bozukluk Alt Boyutu, TA: Toplam Anksiyete Skoru, MDB: Major Depresif Bozukluk Alt Boyutu, OKB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk Alt Boyutu, istatistiksel anlamlılık: $p<0,05$, r : korelasyon katsayısı

Çoklu doğrusal regresyon modeli kullanılarak bazı demografik değişkenler ile farklı ölçek değişkenlerinin, Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği duygusal düzensizlik (BKÖÇÖ-DD) alt boyut düzeyi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Model uyumu gerekli rezidüel ve uyum istatistikleri kullanılarak incelenmiştir. Cinsiyet, şimdiki yaş, çocukluk döneminde KOKGB tanısına sahip olma durumu (geçmiş KOKGB), çocukluk döneminde

DB tanısına sahip olma durumu (geçmiş DB), çocukluk döneminde depresyon tanısına sahip olma durumu (geçmiş depresyon) ve ÇÇTÖ toplam puan (ÇÇTÖ-T) değişkenlerinin BKÖÇÖ-DD puanı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğuna ilişkin kurulan hipotezin sonucunda:

BKÖÖ-DD bağımlı değişken; cinsiyet, şimdiki yaş, geçmiş KOKGB, geçmiş DB, geçmiş depresyon ve ÇÇTÖ-T puanı bağımsız değişkenler olarak belirlenerek regresyon analizi yapılmıştır ($F(6,161)=5,936$, $R=0,426$, $p<0,05$). Cinsiyet, şimdiki yaş, geçmiş KOKGB, geçmiş DB, geçmiş depresyon ve ÇÇTÖ-T puanlarının birlikte, BKÖÇÖ-DD alt boyut düzeylerine ilişkin varyansın %18,1'ini açıkladığı görülmektedir. Bununla birlikte; kız cinsiyetin ($\beta=-0,217$, $p<0,05$) BKÖÇÖ-DD'nin anlamlı bir yordayıcısı olduğu, geçmiş KOKGB ($\beta=0,199$, $p<0,05$) ve ÇÇTÖ-T'nin ($\beta=0,235$, $p<0,05$), BKÖÇÖ-DD'nin pozitif yönlü ve anlamlı bir yordayıcısı oldukları görülmektedir. Şimdiki yaş ($\beta=0,068$, $p>0,05$), geçmiş DB ($\beta=-0,076$, $p>0,05$) ve geçmiş depresyon ($\beta=0,131$, $p>0,05$) düzeylerinin BKÖÇÖ-DD'nin anlamlı yordayıcısı olmadıkları gözlenmiştir. Yapılan regresyon analizine ilişkin verilere Tablo 19'da yer verilmiştir.

Tablo 19. BKÖÇÖ Duygusal Düzensizlik Alt Boyut Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Değişken	B	Std.Hata	Beta	t	p	T	VIF	R	R ²	F	p
Cinsiyet	-1,750	0,598	-0,217	-2,925	0,004	0,922	1,085				
Şimdiki yaş	0,156	0,168	0,068	0,932	0,353	0,952	1,050				
Geçmiş KOKGB	1,627	0,627	0,199	2,594	0,010	0,864	1,157	0,426	0,181	5,936	<0,001
Geçmiş DB	-0,792	0,794	-0,076	-0,998	0,320	0,877	1,140				
Geçmiş Depresyon	4,837	2,655	0,131	1,822	0,070	0,978	1,022				
ÇÇTÖ-T	0,092	0,029	0,235	3,200	0,002	0,946	1,057				

Bağımlı değişken: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Duygusal Düzensizlik Alt Boyutu (BKÖÇÖ-DD); Bağımsız değişkenler: Cinsiyet, Şimdiki Yaş, Geçmiş KOKGB: Çocukluk dönemi Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu tanısına sahip olma durumu, Geçmiş DB: Çocukluk dönemi Davranım Bozukluğu tanısına sahip olma durumu, Geçmiş Depresyon: Çocukluk dönemi major depresif bozukluk tanısına sahip olma durumu, ÇÇTÖ-T: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanı; B: regresyon katsayısı, Beta: standartlaştırılmış katsayılar, t: t istatistiği, istatistiksel anlamlılık : $p<0,05$, Çoklu doğrusal bağlantı istatistikleri: T: tolerans, VIF: Varyans enflasyon faktörü R: korelasyon katsayısı, R²: determinasyon katsayısı, F: modelin anlamlılığı

Çoklu doğrusal regresyon modeli kullanılarak bazı demografik değişkenler ile farklı ölçek değişkenlerinin, Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği olumsuz ilişkiler (BKÖÇÖ-Oİ) alt boyut düzeyi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Model uyumu gerekli rezidüel ve uyum istatistikleri kullanılarak incelenmiştir. Cinsiyet, şimdiki yaş, geçmiş KOKGB, geçmiş DB, geçmiş depresyon ve ÇÇTÖ-T değişkenlerinin BKÖÇÖ-Oİ puanı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğuna ilişkin kurulan hipotezin sonucunda:

Tablo 20’de BKÖÇÖ-Oİ’nin bağımlı değişken; cinsiyet, şimdiki yaş, geçmiş KOKGB, geçmiş DB, geçmiş depresyon ve ÇÇTÖ-T puanının bağımsız değişkenler olarak belirlenerek yapılan regresyon analizine ilişkin ayrıntılara yer verilmiştir. ($F(6,161)=13,493$, $R=0,578$, $p<0,05$). Cinsiyet, şimdiki yaş, geçmiş KOKGB, geçmiş DB, geçmiş depresyon ve ÇÇTÖ-T puanlarının birlikte, BKÖÇÖ-Oİ düzeylerine ilişkin varyansın %33,5’ini açıkladığı görülmektedir. Bununla birlikte; şimdiki yaş ($\beta=0,144$, $p<0,05$), geçmiş KOKGB ($\beta=0,148$, $p<0,05$) ve ÇÇTÖ-T’nin ($\beta=0,491$, $p<0,05$), BKÖÇÖ-Oİ’nin pozitif yönlü ve anlamlı bir yordayıcısı oldukları görülmektedir. Cinsiyet ($\beta=-0,125$, $p>0,05$), geçmiş DB ($\beta=0,040$, $p>0,05$) ve geçmiş depresyon ($\beta=0,026$, $p>0,05$) düzeylerinin BKÖÇÖ-Oİ’nin anlamlı yordayıcısı olmadıkları gözlenmiştir.

Tablo 20. BKÖÇÖ Olumsuz İlişkiler Alt Boyut Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Değişken	B	Std. Hata	Beta	t	p	T	VIF	R	R ²	F	p
Cinsiyet	-1,223	0,656	-0,125	-1,864	0,064	0,922	1,085				
Şimdiki yaş	0,402	0,184	0,144	2,188	0,030	0,952	1,050				
Geçmiş KOKGB	1,473	0,688	0,148	2,141	0,034	0,864	1,157	0,578	0,335	13,493	<0,001
Geçmiş DB	0,507	0,871	0,040	0,582	0,561	0,877	1,140				
Geçmiş Depresyon	1,157	2,911	0,026	0,398	0,692	0,978	1,022				
ÇÇTÖ-T	0,234	0,031	0,491	7,437	<0,001	0,946	1,057				

Bağımlı değişken: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Olumsuz İlişkiler Alt Boyutu (BKÖÇÖ-Oİ); Bağımsız değişkenler: Cinsiyet, Şimdiki Yaş, Geçmiş KOKGB: Çocukluk dönemi Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu tanısına sahip olma durumu, Geçmiş DB: Çocukluk dönemi Davranım Bozukluğu tanısına sahip olma durumu, Geçmiş Depresyon: Çocukluk dönemi major depresif bozukluk tanısına sahip olma durumu, ÇÇTÖ-T: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanı; B: regresyon katsayısı, Beta: standartlaştırılmış katsayılar, t: t istatistiği, istatistiksel anlamlılık : $p<0,05$, Çoklu doğrusal bağlantı istatistikleri: T: tolerans, VIF: Varyans enflasyon faktörü R: korelasyon katsayısı, R²: determinasyon katsayısı, F: modelin anlamlılığı

Çoklu doğrusal regresyon modeli kullanılarak bazı demografik değişkenler ile farklı ölçek değişkenlerinin, Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Kendine Zarar Verme (BKÖÇÖ-KZV) alt boyut düzeyi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Model uyumu gerekli rezidüel ve uyum istatistikleri kullanılarak incelenmiştir. Cinsiyet, şimdiki yaş, geçmiş KOKGB, geçmiş DB, geçmiş depresyon ve ÇÇTÖ-T değişkenlerinin BKÖÇÖ-KZV puanı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğuna ilişkin kurulan hipotezin sonucunda:

Tablo 21’de BKÖÇÖ-KZV’nin bağımlı değişken; cinsiyet, şimdiki yaş, geçmiş KOKGB, geçmiş DB, geçmiş depresyon ve ÇÇTÖ-T puanının bağımsız değişkenler olarak belirlenerek yapılan regresyon analizine ilişkin ayrıntılara yer verilmiştir. ($F(6,161)=9,082$, $R=0,503$, $p<0,05$). Cinsiyet, şimdiki yaş, geçmiş KOKGB, geçmiş DB, geçmiş depresyon ve ÇÇTÖ-T puanlarının birlikte BKÖÇÖ-KZV düzeylerine ilişkin varyansın %25,3’ünü açıkladığı görülmektedir. Bununla birlikte; geçmiş KOKGB ($\beta=0,223$, $p<0,05$) ve ÇÇTÖ-

T'nin ($\beta=0,431$, $p<0,05$), BKÖÇÖ-KZV'nin pozitif yönlü ve anlamlı bir yordayıcısı oldukları görülmektedir. Cinsiyet ($\beta=-0,094$, $p>0,05$), şimdiki yaş ($\beta=0,012$, $p>0,05$) geçmiş DB ($\beta=-0,010$, $p>0,05$) ve geçmiş depresyon ($\beta=0,013$, $p>0,05$) düzeylerinin BKÖÇÖ-KZV'nin anlamlı yordayıcısı olmadıkları gözlenmiştir.

Tablo 21. BKÖÇÖ Kendine Zarar Verme Alt Boyut Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Değişken	B	Std.Hata	Beta	t	p	T	VIF	R	R ²	F	p
Cinsiyet	-0,789	0,593	-0,094	-1,331	0,185	0,922	1,085				
Şimdiki yaş	0,028	0,166	0,012	0,170	0,865	0,952	1,050				
Geçmiş KOKGB	1,895	0,621	0,223	3,050	0,003	0,864	1,157	0,503	0,253	9,082	<0,001
Geçmiş DB	-0,106	0,787	-0,010	-0,135	0,893	0,877	1,140				
Geçmiş Depresyon	0,513	2,631	0,013	0,195	0,846	0,978	1,022				
ÇÇTÖ-T	0,175	0,028	0,431	6,162	<0,001	0,946	1,057				

Bağımlı değişken: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Kendine Zarar Verme Alt Boyutu (BKÖÇÖ-KZV); Bağımsız değişkenler: Cinsiyet, Şimdiki Yaş, Geçmiş KOKGB: Çocukluk dönemi Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu tanısına sahip olma durumu, Geçmiş DB: Çocukluk dönemi Davranım Bozukluğu tanısına sahip olma durumu, Geçmiş Depresyon: Çocukluk dönemi major depresif bozukluk tanısına sahip olma durumu, ÇÇTÖ-T: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanı; B: regresyon katsayısı, Beta: standartlaştırılmış katsayılar, t: t istatistiği, istatistiksel anlamlılık : $p<0,05$, Çoklu doğrusal bağlantı istatistikleri: T: tolerans, VIF: Varyans enflasyon faktörü R: korelasyon katsayısı, R²: determinasyon katsayısı, F: modelin anlamlılığı

Çoklu doğrusal regresyon modeli kullanılarak bazı demografik değişkenler ile farklı ölçek değişkenlerinin, Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Kimlik Problemleri (BKÖÇÖ-KP) alt boyut düzeyi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Model uyumu gerekli rezidüel ve uyum istatistikleri kullanılarak incelenmiştir. Cinsiyet, şimdiki yaş, geçmiş KOKGB, geçmiş DB, geçmiş depresyon ve ÇÇTÖ-T değişkenlerinin BKÖÇÖ-KP puanı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğuna ilişkin kurulan hipotezin sonucunda:

Tablo 22'de BKÖÇÖ-KP'nin bağımlı değişken; cinsiyet, şimdiki yaş, geçmiş KOKGB, geçmiş DB, geçmiş depresyon ve ÇÇTÖ-T puanının bağımsız değişkenler olarak belirlenerek yapılan regresyon analizine ilişkin ayrıntılara yer verilmiştir. ($F(6,161)=7,926$, $R=0,478$, $p<0,05$). Cinsiyet, şimdiki yaş, geçmiş KOKGB, geçmiş DB, geçmiş depresyon ve ÇÇTÖ-T puanlarının birlikte, BKÖÇÖ-KP düzeylerine ilişkin varyansın %22,8'ini açıkladığı görülmektedir. Bununla birlikte; kız cinsiyetin ($\beta=-0,228$, $p<0,05$) BKÖÇÖ-KP'nin anlamlı bir yordayıcısı olduğu, şimdiki yaş ($\beta=0,172$, $p<0,05$) ve ÇÇTÖ-T'nin ($\beta=0,315$, $p<0,05$), BKÖÇÖ-KP'nin pozitif yönlü ve anlamlı bir yordayıcısı oldukları görülmektedir. Geçmiş KOKGB ($\beta=0,091$, $p>0,05$), geçmiş DB ($\beta=-0,033$, $p>0,05$) ve geçmiş depresyon ($\beta=0,024$, $p>0,05$) düzeylerinin BKÖÇÖ-KP'nin anlamlı yordayıcısı olmadıkları gözlenmiştir.

Tablo 22. BKÖÇÖ Kimlik Problemleri Alt Boyut Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Değişken	B	Std.Hata	Beta	t	p	T	VIF	R	R ²	F	p
Cinsiyet	-2,085	0,658	-0,228	-3,168	0,002	0,922	1,085				
Şimdiki yaş	0,446	0,184	0,172	2,418	0,017	0,952	1,050				
Geçmiş KOKGB	0,841	0,690	0,091	1,219	0,225	0,864	1,157	0,478	0,228	7,926	<0,001
Geçmiş DB	-0,388	0,873	-0,033	-0,444	0,657	0,877	1,140				
Geçmiş Depresyon	0,996	2,920	0,024	0,341	0,733	0,978	1,022				
ÇÇTÖ-T	0,140	0,032	0,315	4,431	<0,001	0,946	1,057				

Bağımlı değişken: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Kimlik Problemleri Alt Boyutu (BKÖÇÖ-KP); Bağımsız değişkenler: Cinsiyet, Şimdiki Yaş, Geçmiş KOKGB: Çocukluk dönemi Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu tanısına sahip olma durumu, Geçmiş DB: Çocukluk dönemi Davranım Bozukluğu tanısına sahip olma durumu, Geçmiş Depresyon: Çocukluk dönemi depresif bozukluk tanısına sahip olma durumu, ÇÇTÖ-T: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanı; B: regresyon katsayısı, Beta: standartlaştırılmış katsayılar, t: t istatistiği, istatistiksel anlamlılık : $p < 0,05$, Çoklu doğrusal bağlantı istatistikleri: T: tolerans, VIF: Varyans enflasyon faktörü R: korelasyon katsayısı, R²: determinasyon katsayısı, F: modelin anlamlılığı

Çoklu doğrusal regresyon modeli kullanılarak bazı demografik değişkenler ile farklı ölçek değişkenlerinin, Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Toplam Puan (BKÖÇÖ-T) düzeyi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Model uyumu gerekli rezidüel ve uyum istatistikleri kullanılarak incelenmiştir. Cinsiyet, şimdiki yaş, geçmiş KOKGB, geçmiş DB, geçmiş depresyon ve ÇÇTÖ-T değişkenlerinin BKÖÇÖ-T puanı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğuna ilişkin kurulan hipotezin sonucunda:

Tablo 23’de BKÖÇÖ-T’nin bağımlı değişken; cinsiyet, şimdiki yaş, geçmiş KOKGB, geçmiş DB, geçmiş depresyon ve ÇÇTÖ-T puanının bağımsız değişkenler olarak belirlenerek yapılan regresyon analizine ilişkin ayrıntılara yer verilmiştir ($F(6,161)=13,966$, $R=0,585$, $p < 0,05$). Cinsiyet, şimdiki yaş, geçmiş KOKGB, geçmiş DB, geçmiş depresyon ve ÇÇTÖ-T puanlarının birlikte, BKÖÇÖ-T düzeylerine ilişkin varyansın %34,2’sini açıkladığı görülmektedir. Bununla birlikte; kız cinsiyetin ($\beta=-0,202$, $p < 0,05$), BKÖÇÖ-T’nin anlamlı bir yordayıcısı olduğu, geçmiş KOKGB ($\beta=0,199$, $p < 0,05$) ve ÇÇTÖ-T’nin ($\beta=0,456$, $p < 0,05$), BKÖÇÖ-T’nin pozitif yönlü ve anlamlı bir yordayıcısı oldukları görülmektedir. Şimdiki yaş ($\beta=0,125$, $p > 0,05$), geçmiş DB ($\beta=-0,021$, $p > 0,05$) ve geçmiş depresyon ($\beta=0,057$, $p > 0,05$) düzeylerinin BKÖÇÖ-T’nin anlamlı yordayıcısı olmadıkları gözlenmiştir.

Tablo 23. BKÖÇÖ Toplam Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Değişken	B	Std.Hata	Beta	t	p	T	VIF	R	R ²	F	p
Cinsiyet	-5,847	1,925	-0,202	-3,037	0,003	0,922	1,085				
Şimdiki yaş	1,032	0,539	0,125	1,914	0,057	0,952	1,050				
Geçmiş KOKGB	5,836	2,018	0,199	2,892	0,004	0,864	1,157	0,585	0,342	13,966	<0,001
Geçmiş DB	-0,779	2,555	-0,021	-0,305	0,761	0,877	1,140				
Geçmiş Depresyon	7,504	8,543	0,057	0,878	0,381	0,978	1,022				
ÇÇTÖ-T	0,641	0,092	0,456	6,941	<0,001	0,946	1,057				

Bağımlı değişken: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Toplam Puanı (BKÖÇÖ-T); Bağımsız değişkenler: Cinsiyet, Şimdiki Yaş, Geçmiş KOKGB: Çocukluk dönemi Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu tanısına sahip olma durumu, Geçmiş DB: Çocukluk dönemi Davranım Bozukluğu tanısına sahip olma durumu, Geçmiş Depresyon: Çocukluk dönemi major depresif bozukluk tanısına sahip olma durumu, ÇÇTÖ:T Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanı; B:regresyon katsayısı, Beta: standartlaştırılmış katsayılar, t: t istatistiği, istatistiksel anlamlılık : $p<0,05$, Çoklu doğrusal bağlantı istatistikleri: T:tolerans, VIF:Varyans enflasyon faktörü R:korelasyon katsayısı, R²:determinasyon katsayısı, F: modelin anlamlılığı

Çoklu doğrusal regresyon modeli kullanılarak bazı demografik değişkenler ile farklı ölçek değişkenlerinin, BKÖÇÖ-DD düzeyi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Model uyumu gerekli rezidüel ve uyum istatistikleri kullanılarak incelenmiştir. Cinsiyet, şimdiki yaş, geçmiş T-DSM-IV-Ö ebeveyn formu dikkat eksikliği alt boyutu (DE-EF), hiperaktivite-dürtüsellik alt boyutu (HA-D-EF), karşıt olma karşı gelme alt boyutu (KOKG-EF) ve davranım bozukluğu alt boyutu (DB-EF) değişkenlerinin BKÖÇÖ-DD puanı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğuna ilişkin kurulan hipotezin sonucunda:

Tablo 24’de BKÖÇÖ-DD’nin bağımlı değişken; cinsiyet, şimdiki yaş, DE-EF, HA-D-EF, KOKG-EF ve DB-EF puanlarının bağımsız değişkenler olarak belirlenerek yapılan regresyon analizine ilişkin ayrıntılara yer verilmiştir ($F(6,161)=2,125$, $R=0,271$, $p>0,05$). Cinsiyet, şimdiki yaş, DE-EF, HA-D-EF, KOKG-EF, DB-EF puanlarının birlikte, BKÖÇÖ-DD düzeylerine ilişkin varyansın %7,3’ünü açıkladığı görülmektedir. Bununla birlikte; kız cinsiyetin ($\beta=-0,233$, $p<0,05$) BKÖÇÖ-DD’nin anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmektedir. Şimdiki yaş ($\beta=0,097$, $p>0,05$), DE-EF ($\beta=0,077$, $p>0,05$), HA-D-EF ($\beta=-0,011$, $p>0,05$), KOKG-EF ($\beta=0,019$, $p>0,05$) ve DB-EF ($\beta=0,009$, $p>0,05$) düzeylerinin BKÖÇÖ-DD’nin anlamlı yordayıcısı olmadıkları gözlenmiştir.

Tablo 24. BKÖÇÖ Duygusal Düzensizlik Alt Boyut Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Değişken	B	Std.Hata	Beta	t	p	T	VIF	R	R ²	F	p
Cinsiyet	-1,878	0,633	-0,233	-2,967	0,003	0,932	1,073				
Şimdiki yaş	0,223	0,179	0,097	1,249	0,214	0,948	1,054				
DE-EF	0,062	0,068	0,077	0,916	0,361	0,806	1,241	0,271	0,073	2,125	0,053
HA-D-EF	-0,007	0,056	-0,011	-0,122	0,903	0,678	1,476				
KOKG-EF	0,013	0,075	0,019	0,176	0,860	0,472	2,119				
DB-EF	0,011	0,133	0,009	0,086	0,932	0,554	1,804				

Bağımlı değişken: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Duygusal Düzensizlik Alt Boyutu (BKÖÇÖ-DD); Bağımsız değişkenler: Cinsiyet, Şimdiki Yaş, Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (T-DSM-IV-Ö) Ebeveyn Formu Dikkat Eksikliği alt boyutu (DE-EF), Hiperaktivite Dürtüsellik alt boyutu (HA-D-EF), Karşıt Olma Karşı Gelme alt boyutu (KOKG-EF), Davranım Bozukluğu alt boyutu (DB-EF); B: regresyon katsayısı, Beta: standartlaştırılmış katsayılar, t: t istatistiği, istatistiksel anlamlılık : $p < 0,05$, Çoklu doğrusal bağlantı istatistikleri: T: tolerans, VIF: Varyans enflasyon faktörü R: korelasyon katsayısı, R²: determinasyon katsayısı, F: modelin anlamlılığı

Not: Tablodaki T-DSM-IV-Ö alt boyutları çocukluk dönemine aittir.

Çoklu doğrusal regresyon modeli kullanılarak bazı demografik değişkenler ile farklı ölçek değişkenlerinin, BKÖÇÖ-Oİ düzeyi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Model uyumu gerekli rezidüel ve uyum istatistikleri kullanılarak incelenmiştir. Cinsiyet ve şimdiki yaş ile geçmiş T-DSM-IV-Ö DE-EF, HA-D-EF, KOKG-EF, DB-EF puanlarının BKÖÇÖ-Oİ düzeyi üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğuna ilişkin kurulan hipotezin sonucunda:

Tablo 25’de BKÖÇÖ-Oİ’nin bağımlı değişken; cinsiyet, şimdiki yaş, DE-EF, HA-D-EF, KOKG-EF, DB-EF puanlarının bağımsız değişkenler olarak belirlenerek yapılan regresyon analizine ilişkin ayrıntılara yer verilmiştir ($F(6,161)=2,575$, $R=0,296$, $p < 0,05$). Cinsiyet, şimdiki yaş, DE-EF, HA-D-EF, KOKG-EF ve DB-EF puanlarının birlikte, BKÖÇÖ-Oİ düzeylerine ilişkin varyansın %8,8’ini açıkladığı görülmektedir. Bununla birlikte; kız cinsiyetin ($\beta=-0,193$, $p < 0,05$), BKÖÇÖ-Oİ’nin anlamlı yordayıcısı olduğu, şimdiki yaşın ($\beta=0,183$, $p < 0,05$), BKÖÇÖ-Oİ’nin pozitif yönlü ve anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmektedir. DE-EF ($\beta=0,119$, $p > 0,05$), HA-D-EF ($\beta=0,000$, $p > 0,05$), KOKG-EF ($\beta=-0,019$, $p > 0,05$) ve DB-EF ($\beta=0,076$, $p > 0,05$) düzeylerinin BKÖÇÖ-Oİ’nin anlamlı yordayıcısı olmadıkları gözlenmiştir.

Tablo 25. BKÖÇÖ Olumsuz İlişkiler Alt Boyut Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Değişken	B	Std.Hata	Beta	t	p	T	VIF	R	R ²	F	p
Cinsiyet	-1,895	0,764	-0,193	-2,480	0,014	0,932	1,073				
Şimdiki yaş	0,511	0,216	0,183	2,371	0,019	0,948	1,054				
DE-EF	0,116	0,082	0,119	1,421	0,157	0,806	1,241	0,296	0,088	2,575	0,021
HA-D-EF	0,000	0,067	0,000	0,004	0,996	0,678	1,476				
KOKG-EF	-0,015	0,091	-0,019	-0,171	0,865	0,472	2,119				
DB-EF	0,121	0,160	0,076	0,756	0,451	0,554	1,804				

Bağımlı değişken: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Olumsuz İlişkiler Alt Boyutu (BKÖÇÖ-Oİ); Bağımsız değişkenler: Cinsiyet, Şimdiki Yaş, Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (T-DSM-IV-Ö) Ebeveyn Formu Dikkat Eksikliği alt boyutu (DE-EF), Hiperaktivite Dürtüsellik alt boyutu (HA-D-EF), Karşıt Olma Karşı Gelme alt boyutu (KOKG-EF), Davranım Bozukluğu alt boyutu (DB-EF); B: regresyon katsayısı, Beta: standartlaştırılmış katsayılar, t: t istatistiği, istatistiksel anlamlılık : $p < 0,05$, Çoklu doğrusal bağlantı istatistikleri: T: tolerans, VIF: Varyans enflasyon faktörü R: korelasyon katsayısı, R²: determinasyon katsayısı, F: modelin anlamlılığı

Not: Tablodaki T-DSM-IV-Ö alt boyutları çocukluk dönemine aittir.

Çoklu doğrusal regresyon modeli kullanılarak bazı demografik değişkenler ile farklı ölçek değişkenlerinin, BKÖÇÖ-KZV düzeyi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Model uyumu gerekli rezidüel ve uyum istatistikleri kullanılarak incelenmiştir. Cinsiyet, şimdiki yaş, geçmiş T-DSM-IV-Ö DE-EF, HA-D-EF, KOKG-EF ve DB-EF puanlarının BKÖÇÖ-KZV puanı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğuna ilişkin kurulan hipotezin sonucunda:

Tablo 26’da BKÖÇÖ-KZV’nin bağımlı değişken; cinsiyet, şimdiki yaş, geçmiş T-DSM-IV-Ö DE-EF, HA-D-EF, KOKG-EF, DB-EF alt boyut puanlarının bağımsız değişkenler olarak belirlenerek yapılan regresyon analizine ilişkin ayrıntılara yer verilmiştir ($F(6,161)=1,943$, $R=0,260$, $p>0,05$). Cinsiyet, şimdiki yaş, DE-EF, HA-D-EF, KOKG-EF ve DB-EF puanlarının birlikte, BKÖÇÖ-KZV düzeylerine ilişkin varyansın %6,8’ini açıkladığı görülmektedir. Bununla birlikte; kız cinsiyetin ($\beta=-0,169$, $p<0,05$) BKÖÇÖ-KZV’nin anlamlı bir yordayıcısı olduğu, DB-EF puanının ($\beta=0,215$, $p<0,05$) BKÖÇÖ-KZV’nin pozitif yönlü ve anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmektedir. Şimdiki yaş, ($\beta=0,055$, $p>0,05$), DE-EF ($\beta=0,056$, $p>0,05$), HA-D-EF ($\beta=0,037$, $p>0,05$) ve KOKG-EF ($\beta=-0,045$, $p>0,05$) düzeylerinin BKÖÇÖ-KZV’nin anlamlı yordayıcısı olmadıkları gözlenmiştir.

Tablo 26. BKÖÇÖ Kendine Zarar Verme Alt Boyut Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Değişken	B	Std.Hata	Beta	t	p	T	VIF	R	R ²	F	p
Cinsiyet	-1,416	0,659	-0,169	-2,150	0,033	0,932	1,073				
Şimdiki yaş	0,130	0,186	0,055	0,698	0,486	0,948	1,054				
DE-EF	0,046	0,070	0,056	0,659	0,511	0,806	1,241	0,260	0,068	1,943	0,077
HA-D-EF	0,023	0,058	0,037	0,400	0,689	0,678	1,476				
KOKG-EF	-0,032	0,078	-0,045	-0,408	0,684	0,472	2,119				
DB-EF	0,291	0,138	0,215	2,106	0,037	0,554	1,804				

Bağımlı değişken: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Kendine Zarar Verme Alt Boyutu (BKÖÇÖ-KZV);

Bağımsız değişkenler: Cinsiyet, Şimdiki Yaş, Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (T-DSM-IV-Ö) Ebeveyn Formu Dikkat Eksikliği alt boyutu (DE-EF), Hiperaktivite Dürtüsellik alt boyutu (HA-D-EF), Karşıt Olma Karşı Gelme alt boyutu (KOKG-EF), Davranım Bozukluğu alt boyutu (DB-EF); B: regresyon katsayısı, Beta: standartlaştırılmış katsayılar, t: t istatistiği, istatistiksel anlamlılık : $p < 0,05$, Çoklu doğrusal bağlantı istatistikleri: T: tolerans, VIF: Varyans enflasyon faktörü R: korelasyon katsayısı, R²: determinasyon katsayısı, F: modelin anlamlılığı

Not: Tablodaki T-DSM-IV-Ö alt boyutları çocukluk dönemine aittir.

Çoklu doğrusal regresyon modeli kullanılarak bazı demografik değişkenler ile farklı ölçek değişkenlerinin, BKÖÇÖ-KP düzeyi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Model uyumu gerekli rezidüel ve uyum istatistikleri kullanılarak incelenmiştir. Cinsiyet, şimdiki yaş, geçmiş T-DSM-IV-Ö DE-EF, HA-D-EF, KOKG-EF ve DB-EF puanlarının BKÖÇÖ-KP puanı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğuna ilişkin kurulan hipotezin sonucunda:

Tablo 27’de BKÖÇÖ-KP’nin bağımlı değişken; cinsiyet, şimdiki yaş, DE-EF, HA-D-EF, KOKG-EF ve DB-EF puanlarının bağımsız değişkenler olarak belirlenerek yapılan regresyon analizine ilişkin ayrıntılara yer verilmiştir ($F(6,161)=4,828$, $R=0,391$, $p<0,05$). Cinsiyet, şimdiki yaş, DE-EF, HA-D-EF, KOKG-EF ve DB-EF puanlarının birlikte, BKÖÇÖ-KP düzeylerine ilişkin varyansın %15,2’sini açıkladığı görülmektedir. Bununla birlikte; kız cinsiyetin ($\beta=-0,248$, $p<0,05$), BKÖÇÖ-KP’nin anlamlı bir yordayıcısı olduğu, şimdiki yaş ($\beta=0,199$, $p<0,05$) ve DE-EF puanlarının ($\beta=0,169$, $p<0,05$) BKÖÇÖ-KP’nin pozitif yönlü ve anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmektedir. HA-D-EF ($\beta=-0,121$, $p>0,05$), KOKG-EF ($\beta=-0,064$, $p>0,05$) ve DB-EF ($\beta=0,073$, $p>0,05$) puanlarının BKÖÇÖ-KP’nin anlamlı yordayıcısı olmadıkları gözlenmiştir.

Tablo 27. BKÖÇÖ Kimlik Problemleri Alt Boyut Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Değişken	B	Std.Hata	Beta	t	p	T	VIF	R	R ²	F	p
Cinsiyet	-2,262	0,686	-0,248	-3,300	0,001	0,932	1,073				
Şimdiki yaş	0,517	0,193	0,199	2,674	0,008	0,948	1,054				
DE-EF	0,153	0,073	0,169	2,093	0,038	0,806	1,241	0,391	0,152	4,828	<0,001
HA-D-EF	-0,083	0,060	-0,121	-1,367	0,173	0,678	1,476				
KOKG-EF	-0,050	0,081	-0,064	-0,610	0,543	0,472	2,119				
DB-EF	0,107	0,144	0,073	0,745	0,458	0,554	1,804				

Bağımlı değişken: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Kimlik Problemleri Alt Boyutu (BKÖÇÖ-KP); Bağımsız değişkenler: Cinsiyet, Şimdiki Yaş, Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (T-DSM-IV-Ö) Ebeveyn Formu Dikkat Eksikliği alt boyutu (DE-EF), Hiperaktivite Dürtüsellik alt boyutu (HA-D-EF), Karşıt Olma Karşı Gelme alt boyutu (KOKG-EF), Davranım Bozukluğu alt boyutu (DB-EF); B: regresyon katsayısı, Beta: standartlaştırılmış katsayılar, t: t istatistiği, istatistiksel anlamlılık : $p < 0,05$, Çoklu doğrusal bağlantı istatistikleri: T: tolerans, VIF: Varyans enflasyon faktörü R: korelasyon katsayısı, R²: determinasyon katsayısı, F: modelin anlamlılığı

Not: Tablodaki T-DSM-IV-Ö alt boyutları çocukluk dönemine aittir.

Çoklu doğrusal regresyon modeli kullanılarak bazı demografik değişkenler ile farklı ölçek değişkenlerinin, BKÖÇÖ-T düzeyi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Model uyumu gerekli rezidüel ve uyum istatistikleri kullanılarak incelenmiştir. Cinsiyet, şimdiki yaş ve geçmiş T-DSM-IV-Ö DE-EF, HA-D-EF, KOKG-EF, DB-EF alt boyut puanlarının BKÖÇÖ-T puanı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğuna ilişkin kurulan hipotezin sonucunda:

Tablo 28’de BKÖÇÖ-T’nin bağımlı değişken; cinsiyet, şimdiki yaş, DE-EF, HA-D-EF, KOKG-EF ve DB-EF puanlarının bağımsız değişkenler olarak belirlenerek yapılan regresyon analizine ilişkin ayrıntılara yer verilmiştir. ($F(6,161)=3,638$, $R=0,346$, $p<0,05$). Cinsiyet, şimdiki yaş, DE-EF, HA-D-EF, KOKG-EF, DB-EF puanlarının birlikte, BKÖÇÖ-T düzeylerine ilişkin varyansın %11,9’unu açıkladığı görülmektedir. Bununla birlikte; kız cinsiyetin ($\beta=-0,258$, $p<0,05$), BKÖÇÖ-T’nin anlamlı bir yordayıcısı olduğu, şimdiki yaşın ($\beta=0,168$, $p<0,05$) BKÖÇÖ-T’nin pozitif yönlü ve anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmektedir. DE-EF ($\beta=0,131$, $p>0,05$), HA-D-EF ($\beta=-0,030$, $p>0,05$), KOKG-EF ($\beta=-0,034$, $p>0,05$) ve DB-EF alt boyut düzeylerinin ($\beta=0,113$, $p>0,05$), BKÖÇÖ-T’nin anlamlı yordayıcısı olmadıkları gözlenmiştir.

Tablo 28. BKÖÇÖ Toplam Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Değişken	B	Std.Hata	Beta	t	p	T	VIF	R	R ²	F	p
Cinsiyet	-7,451	2,215	-0,258	-3,363	0,001	0,932	1,073				
Şimdiki yaş	1,381	0,625	0,168	2,210	0,029	0,948	1,054				
DE-EF	0,377	0,236	0,131	1,595	0,113	0,806	1,241	0,346	0,119	3,638	0,002
HA-D-EF	-0,066	0,195	-0,030	-0,337	0,736	0,678	1,476				
KOKG-EF	-0,084	0,263	-0,034	-0,318	0,751	0,472	2,119				
DB-EF	0,530	0,464	0,113	1,142	0,255	0,554	1,804				

Not: Bağımlı değişken: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Toplam Puanı (BKÖÇÖ-T); Bağımsız değişkenler: Cinsiyet, Şimdiki Yaş, Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (T-DSM-IV-Ö) Ebeveyn Formu Dikkat Eksikliği alt boyutu (DE-EF), Hiperaktivite Dürtüsellik alt boyutu (HA-D-EF), Karşıt Olma Karşı Gelme alt boyutu (KOKG-EF), Davranım Bozukluğu alt boyutu (DB-EF); B: regresyon katsayısı, Beta: standartlaştırılmış katsayılar, t: t istatistiği, istatistiksel anlamlılık : $p < 0,05$, Çoklu doğrusal bağlantı istatistikleri: T: tolerans, VIF: Varyans enflasyon faktörü R: korelasyon katsayısı, R²: determinasyon katsayısı, F: modelin anlamlılığı
Not: Tablodaki T-DSM-IV-Ö alt boyutları çocukluk dönemine aittir.

Çoklu doğrusal regresyon modeli kullanılarak bazı demografik değişkenler ile farklı ölçek değişkenlerinin, BKÖÇÖ-DD düzeyi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Model uyumu gerekli rezidüel ve uyum istatistikleri kullanılarak incelenmiştir. Cinsiyet, şimdiki yaş, geçmiş T-DSM-IV-Ö KOKG-EF, DB-EF alt boyutları ve ÇÇTÖ-T düzeylerinin BKÖÇÖ-DD puanı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğuna ilişkin kurulan hipotezin sonucunda:

BKÖÇÖ-DD bağımlı değişken; cinsiyet, şimdiki yaş, KOKG-EF, DB-EF ve ÇÇTÖ-T bağımsız değişkenler olarak belirlenerek regresyon analizi yapılmıştır ($F(5,162)=4,660$ $R=0,355$, $p < 0,05$). Cinsiyet, şimdiki yaş, KOKG-EF, DB-EF ve ÇÇTÖ-T puanlarının birlikte, BKÖÇÖ-DD düzeylerine ilişkin varyansın %12,6'sını açıkladığı görülmektedir. Bununla birlikte; kız cinsiyetin ($\beta = -0,196$, $p < 0,05$) BKÖÇÖ-DD'nin anlamlı bir yordayıcısı olduğu, ÇÇTÖ-T'nin ($\beta = 0,245$, $p < 0,05$) BKÖÇÖ-DD'nin pozitif yönlü ve anlamlı bir yordayıcısı olduğu görülmektedir. Şimdiki yaş ($\beta = 0,074$, $p > 0,05$), KOKG-EF ($\beta = 0,049$, $p > 0,05$) ve DB-EF ($\beta = 0,006$, $p > 0,05$) puanlarının BKÖÇÖ-DD'nin anlamlı yordayıcısı olmadıkları gözlenmiştir. Yapılan regresyon analizine ait verilere Tablo 29'da yer verilmiştir.

Tablo 29. BKÖÇÖ Duygusal Düzensizlik Alt Boyut Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Değişken	B	Std.Hata	Beta	t	p	T	VIF	R	R ²	F	p
Şimdiki yaş	0,169	0,172	0,074	0,984	0,327	0,962	1,040				
Cinsiyet	-1,577	0,613	-0,196	-2,574	0,011	0,933	1,072				
DB-EF	0,007	0,128	0,006	0,057	0,955	0,566	1,797	0,355	0,126	4,660	0,001
KOKG-EF	0,033	0,067	0,049	0,498	0,619	0,555	1,803				
ÇÇTÖ-T	0,096	0,029	0,245	3,259	0,001	0,954	1,048				

Bağımlı değişken: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Duygusal Düzensizlik Alt Boyutu (BKÖÇÖ-DD); Bağımsız değişkenler: Cinsiyet, Şimdiki Yaş, Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (T-DSM-IV-Ö) Ebeveyn Formu Davranım Bozukluğu alt boyutu (DB-EF), Karşıt Olma Karşı Gelme alt boyutu (KOKG-EF), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanı (ÇÇTÖ-T); B: regresyon katsayısı, Beta: standartlaştırılmış katsayılar, t: t istatistiği, istatistiksel anlamlılık : $p < 0,05$, Çoklu doğrusal bağlantı istatistikleri: T: tolerans, VIF: Varyans enflasyon faktörü R: korelasyon katsayısı, R²: determinasyon katsayısı, F: modelin anlamlılığı

Not: Tablodaki T-DSM-IV-Ö alt boyutları çocukluk dönemine aittir.

Çoklu doğrusal regresyon modeli kullanılarak bazı demografik değişkenler ile farklı ölçek değişkenlerinin, BKÖÇÖ-Oİ düzeyi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Model uyumu gerekli rezidüel ve uyum istatistikleri kullanılarak incelenmiştir. Cinsiyet, şimdiki yaş, geçmiş T-DSM-IV-Ö KOKG-EF, DB-EF alt boyutları ve ÇÇTÖ-T düzeylerinin BKÖÇÖ-Oİ puanı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğuna ilişkin kurulan hipotezin sonucunda:

BKÖÇÖ-Oİ bağımlı değişken; cinsiyet, şimdiki yaş, KOKG-EF, DB-EF ve ÇÇTÖ-T bağımsız değişkenler olarak belirlenerek regresyon analizi yapılmıştır ($F(5,162)=15,074$, $R=0,563$, $p < 0,05$). Cinsiyet, şimdiki yaş, KOKG-EF, DB-EF ve ÇÇTÖ-T puanlarının birlikte, BKÖÇÖ-Oİ düzeylerine ilişkin varyansın %31,8'ini açıkladığı görülmektedir. Bununla birlikte, şimdiki yaş ($\beta=0,138$, $p < 0,05$) ve ÇÇTÖ-T'nin ($\beta=0,504$, $p < 0,05$), BKÖÇÖ-Oİ'nin pozitif yönlü ve anlamlı bir yordayıcısı oldukları görülmektedir. Cinsiyet ($\beta=-0,110$, $p > 0,05$), KOKG-EF ($\beta=0,039$, $p > 0,05$) ve DB-EF ($\beta=0,073$, $p > 0,05$) puanlarının BKÖÇÖ-Oİ'nin anlamlı yordayıcısı olmadıkları gözlenmiştir. Yapılan regresyon analizine ait verilere Tablo 30'da yer verilmiştir.

Tablo 30. BKÖÇÖ Olumsuz İlişkiler Alt Boyut Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Değişken	B	Std.Hat a	Beta	t	p	T	VIF	R	R ²	F	p
Şimdiki yaş	0,384	0,185	0,138	2,079	0,039	0,962	1,040				
Cinsiyet	-1,076	0,659	-0,110	-1,634	0,104	0,933	1,072				
DB-EF	0,115	0,138	0,073	0,834	0,405	0,566	1,797	0,563	0,318	15,074	0,001
KOKG-EF	0,032	0,072	0,039	0,442	0,659	0,555	1,803				
ÇÇTÖ-T	0,240	0,032	0,504	7,585	<0,001	0,954	1,048				

Bağımlı değişken: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Olumsuz İlişkiler Alt Boyutu (BKÖÇÖ-Oİ); Bağımsız değişkenler: Cinsiyet, Şimdiki Yaş, Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (T-DSM-IV-Ö) Ebeveyn Formu Davranım Bozukluğu alt boyutu (DB-EF), Karşıt Olma Karşı Gelme alt boyutu (KOKG-EF), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanı (ÇÇTÖ-T); B: regresyon katsayısı, Beta: standartlaştırılmış katsayılar, t: t istatistiği, istatistiksel anlamlılık : $p < 0,05$, Çoklu doğrusal bağlantı istatistikleri: T: tolerans, VIF: Varyans enflasyon faktörü R: korelasyon katsayısı, R²: determinasyon katsayısı, F: modelin anlamlılığı

Not: Tablodaki T-DSM-IV-Ö alt boyutları çocukluk dönemine aittir.

Çoklu doğrusal regresyon modeli kullanılarak bazı demografik değişkenler ile farklı ölçek değişkenlerinin, BKÖÇÖ-KZV düzeyi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Model uyumu gerekli rezidüel ve uyum istatistikleri kullanılarak incelenmiştir. Cinsiyet, şimdiki yaş, geçmiş T-DSM-IV-Ö KOKG-EF, DB-EF alt boyutları ve ÇÇTÖ-T düzeylerinin BKÖÇÖ-KZV puanı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğuna ilişkin kurulan hipotezin sonucunda:

BKÖÇÖ-KZV bağımlı değişken; cinsiyet, şimdiki yaş, KOKG-EF, DB-EF ve ÇÇTÖ-T bağımsız değişkenler olarak belirlenerek regresyon analizi yapılmıştır ($F(5,162)=10,871$ $R=0,501$, $p<0,05$). Cinsiyet, şimdiki yaş, KOKG-EF, DB-EF ve ÇÇTÖ-T puanlarının birlikte, BKÖÇÖ-KZV düzeylerine ilişkin varyansın %25,1'ini açıkladığı görülmektedir. Bununla birlikte; DB-EF ($\beta=0,215$, $p<0,05$) ve ÇÇTÖ-T'nin ($\beta=0,444$, $p<0,05$) BKÖÇÖ-KZV'nin pozitif yönlü ve anlamlı bir yordayıcısı oldukları görülmektedir. Şimdiki yaş ($\beta=0,017$, $p>0,05$), cinsiyet ($\beta=-0,087$, $p>0,05$) ve KOKG-EF ($\beta=0,004$, $p>0,05$) puanının BKÖÇÖ-KZV'nin anlamlı yordayıcısı olmadıkları gözlenmiştir. Yapılan regresyon analizine ait verilere Tablo 31'de yer verilmiştir.

Tablo 31. BKÖÇÖ Kendine Zarar Verme Alt Boyut Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Değişken	B	Std.Hata	Beta	t	p	T	VIF	R	R ²	F	p
Şimdiki yaş	0,041	0,165	0,017	0,984	0,804	0,962	1,040				
Cinsiyet	-0,725	0,588	-0,087	-2,574	0,220	0,933	1,072				
DB-EF	0,291	0,123	0,215	0,057	0,019	0,566	1,797	0,501	0,251	10,871	<0,001
KOKG-EF	0,003	0,064	0,004	0,498	0,963	0,555	1,803				
ÇÇTÖ-T	0,180	0,028	0,444	3,259	<0,001	0,954	1,048				

Bağımlı değişken: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Kendine Zarar Verme Alt Boyutu (BKÖÇÖ-KZV); Bağımsız değişkenler: Cinsiyet, Şimdiki Yaş, Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (T-DSM-IV-Ö) Ebeveyn Formu Davranım Bozukluğu alt boyutu (DB-EF), Karşıt Olma Karşı Gelme alt boyutu (KOKG-EF), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanı (ÇÇTÖ-T); B: regresyon katsayısı, Beta: standartlaştırılmış katsayılar, t: t istatistiği, istatistiksel anlamlılık : $p<0,05$, Çoklu doğrusal bağlantı istatistikleri: T:tolerans, VIF: Varyans enflasyon faktörü R:korelasyon katsayısı, R²:determinasyon katsayısı, F: modelin anlamlılığı

Not: Tablodaki T-DSM-IV-Ö alt boyutları çocukluk dönemine aittir.

Çoklu doğrusal regresyon modeli kullanılarak bazı demografik değişkenler ile farklı ölçek değişkenlerinin, BKÖÇÖ-KP düzeyi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Model uyumu gerekli rezidüel ve uyum istatistikleri kullanılarak incelenmiştir. Cinsiyet, şimdiki yaş, geçmiş T-DSM-IV-Ö KOKG-EF, DB-EF ve ÇÇTÖ-T düzeylerinin BKÖÇÖ-KP puanı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğuna ilişkin kurulan hipotezin sonucunda:

BKÖÇÖ-KP bağımlı değişken; cinsiyet, şimdiki yaş, KOKG-EF, DB-EF ve ÇÇTÖ-T bağımsız değişkenler olarak belirlenerek regresyon analizi yapılmıştır ($F(5,162)=9,236$ $R=0,471$, $p<0,05$). Cinsiyet, şimdiki yaş, KOKG-EF, DB-EF ve ÇÇTÖ-T puanlarının birlikte, BKÖÇÖ-KP düzeylerine ilişkin varyansın %22,2'sini açıkladığı görülmektedir.

Bununla birlikte; kız cinsiyetin ($\beta=-0,218$, $p<0,05$) BKÖÇÖ-KP'nin anlamlı bir yordayıcısı olduğu, şimdiki yaş ($\beta=0,169$, $p<0,05$) ve ÇÇTÖ-T'nin ($\beta=0,317$, $p<0,05$) BKÖÇÖ-KP'nin pozitif yönlü ve anlamlı bir yordayıcısı oldukları görülmektedir. KOKG-EF ($\beta=-0,048$, $p>0,05$) ve DB-EF ($\beta=0,061$, $p>0,05$) puanlarının BKÖÇÖ-KP'nin anlamlı yordayıcısı olmadıkları gözlenmiştir. Yapılan regresyon analizine ait verilere Tablo 32'de yer verilmiştir.

Tablo 32. BKÖÇÖ Kimlik Problemleri Alt Boyut Puanını Yordayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Bulguları

Değişken	B	Std.Hata	Beta	t	p	T	VIF	R	R ²	F	p
Şimdiki yaş	0,438	0,183	0,169	2,386	0,018	0,962	1,040				
Cinsiyet	-1,990	0,655	-0,218	-3,040	0,003	0,933	1,072				
DB-EF	0,089	0,137	0,061	0,653	0,514	0,566	1,797	0,471	0,222	9,236	<0,001
KOKG-EF	-0,037	0,072	-0,048	-0,520	0,604	0,555	1,803				
ÇÇTÖ-T	0,141	0,031	0,317	4,471	<0,001	0,954	1,048				

Bağımlı değişken: Borderline Kişilik Özellikleri Çocuk Ölçeği Kimlik Problemleri Alt Boyutu (BKÖÇÖ-KP); Bağımsız değişkenler: Cinsiyet, Şimdiki Yaş, Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (T-DSM-IV-Ö) Ebeveyn Formu Davranım Bozukluğu alt boyutu (DB-EF), Karşıt Olma Karşı Gelme alt boyutu (KOKG-EF), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanı (ÇÇTÖ-T); B: regresyon katsayısı, Beta: standartlaştırılmış katsayılar, t: t istatistiği, istatistiksel anlamlılık : $p<0,05$, Çoklu doğrusal bağlantı istatistikleri: T:tolerans, VIF: Varyans enflasyon faktörü R:korelasyon katsayısı, R²:determinasyon katsayısı, F: modelin anlamlılığı
Not: Tablodaki T-DSM-IV-Ö alt boyutları çocukluk dönemine aittir.

5.TARTIŞMA

DEHB, çoğunlukla diğer psikiyatrik bozukluklarla eş zamanlı olarak ortaya çıkmaktadır. Komorbid durumlar, DEHB'nin klinik görünümünü, tanı sürecini ve prognozunu önemli ölçüde etkileyerek tedavi sürecini karmaşık hale getirebilmektedir (Kunwar vd., 2007). Mevcut kanıtlar, çocukluk döneminde DEHB öyküsü bulunan ergenlerin, DEHB öyküsü olmayanlara kıyasla borderline kişilik özellikleri geliştirme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Fischer vd., 2002; Miller vd., 2008). Ergenlik döneminin, kişilik bozukluklarının başlangıcı açısından kritik bir dönem olduğu dikkate alındığında, çocuklukta DEHB öyküsü bulunan ergenlere odaklanılarak borderline kişilik özellikleri gelişimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi, DEHB'li bireylerde bu bozukluğun gelişimsel sürecine ışık tutma açısından büyük önem taşımaktadır. Bu doğrultuda çalışmamızda, çocuklukta DEHB öyküsü bulunan 13-19 yaş arası ergenlerdeki borderline kişilik özelliklerini ve ilişkili olan değişkenleri inceledik. Çalışmamızın, DEHB tanısı alan ergenlerde borderline kişilik özellikleri gelişiminin önlenmesi için alınabilecek önlemlerin belirlenmesine, borderline kişilik özelliklerinin eşlik ettiği durumların özelliklerinin saptanmasına ve bu bireylere yönelik özgün takip ve tedavi stratejilerinin oluşturulmasına katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Araştırmamızda, DEHB tanılı ergenlerde erkek/kız oranı 1,29 olarak tespit edilmiştir. Literatürde, çocukluk dönemi DEHB için erkek/kız oranının toplum temelli çalışmalarda genellikle 3:1, klinik örneklerde ise 5:1 ile 9:1 arasında değiştiği bildirilmektedir (Gaub ve Carlson, 1997; Skogli vd., 2013). Ancak, ergenlikten yetişkinliğe geçiş sürecinde bu oranların erkek ve kızlar arasında giderek dengelendiği gözlemlenmektedir. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırma, DEHB semptomlarının cinsiyetler arasında görülme oranı açısından anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuştur (Flory vd., 2021). Toplum örneklerindeki cinsiyet oranı çocukluk ve yetişkinlik arasında genellikle daha az farklılık gösterse de klinik örneklerde DEHB yaygınlık oranındaki cinsiyet farkı çocukluktan yetişkinliğe doğru belirgin şekilde azalmaktadır (Williamson ve Johnston, 2015). Bizim çalışmamıza benzer şekilde klinik örneklerdeki DEHB'li ergenler ile yapılan bir çalışmada, kız ve erkekler ergenler arasında DEHB prevalansı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Korsgaard vd., 2016). Örneklemimizin klinik bir popülasyondan seçilmiş olması ve 13-19 yaş aralığındaki, erken yetişkinliğe yakın ergenlerden oluşması erkek/kız oranının 1,29 gibi dengeli bir oranda bulunmasını etkilemiş olabilir. Ayrıca son yıllarda

DEHB konusunda artan klinik farkındalık ve daha gelişmiş tanı yöntemleri, kızlarda DEHB'nin daha fazla tespit edilmesine katkıda bulunmuş olabilir.

Çalışmamızda DEHB tanısı almış katılımcıların %59,5'inin kombine tip DEHB'ye sahip olduğu belirlenmiştir. Willcutt'un gerçekleştirdiği meta-analiz sonuçlarına göre, klinik başvurularda en sık teşhis edilen alt tipin kombine tip olduğu, bunu dikkatsizlik alt tipinin izlediği ve en az sıklıkta hiperaktivite/dürtüsellik alt tipinin görüldüğü bildirilmiştir (Willcutt, 2012). Klinik örneklem üzerinde gerçekleştirilen çalışmamızda kombine tip DEHB'nin en yaygın alt tip olarak gözlemlenmesi, bu bulgularla uyumlu bir sonuç sunmaktadır.

DEHB tanısı, bireylerin büyük bir kısmında, akademik hayatın başlamasıyla birlikte ortaya çıkan artan zorluklar nedeniyle genellikle ilkökul döneminde konulmaktadır (Barkley vd., 2006). Finlandiya'da yapılan bir çalışmada, DEHB tanısının konulduğu ortalama yaşın 7,5 olduğu rapor edilmiştir (Nordström vd., 2013). Benzer şekilde, Caci ve arkadaşlarının DEHB'nin bireylerin günlük yaşamları üzerindeki etkisini değerlendirdiği çok merkezli kesitsel bir çalışmada, ortalama tanı yaşı 7 olarak tespit edilmiştir (Caci vd., 2014). Çalışmamızda, literatürle uyumlu bir şekilde, hastaların DEHB tanısı aldıkları yaşların ortalaması 7,8 olarak belirlenmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların mevcut tanılarına ilişkin değerlendirmede, %69'unun DEHB'ye eşlik eden en az bir komorbiditeye sahip olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda, DEHB'li ergenlerde en sık görülen komorbiditenin %40,4 oranında KOKGB olduğu tespit edilmiştir. Literatürdeki çalışmalarda da benzer bulgular olduğu görülmektedir. Elia ve arkadaşlarının yürüttüğü uzunlamasına bir çalışmada, DEHB tanısı alan bireylerin %66'sının en az bir ek psikiyatrik bozukluğa sahip olduğu ve en yaygın komorbiditenin %40,6 oranıyla KOKGB olduğu rapor edilmiştir (Elia vd., 2008). Benzer şekilde, Yoshimasu ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği kohort çalışmasında, DEHB'li çocukların %62'sinde 19 yaşına kadar en az bir psikiyatrik komorbidite görüldüğü, en sık eşlik eden tanıların ise KOKGB ve DB olduğu saptanmıştır (Yoshimasu vd., 2012). Araştırmamızın bulguları, literatürdeki verilerle uyumlu olarak, DEHB tanısı alan bireylerdeki yüksek komorbidite oranlarının dikkat çekici olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, DEHB'nin karmaşık klinik tablosunu ve tedavi gereksinimlerini bir kez daha vurgulamaktadır.

Çalışmamızda, DEHB'li katılımcıların %30,4'ünün borderline kişilik özellikleri açısından eşik üstü düzeyde olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, ABD genelinde

gerçekleştirilen geniş ölçekli bir çalışmada, DEHB'nin uzun vadeli etkileri ve komorbiditeleri incelenmiş ve DEHB tanısı olan bireylerde yaşam boyu BKB görülme oranının %33,7 olduğu bildirilmiştir (Bernardi vd., 2012). Jacob ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada, yetişkin DEHB'li bireylerin %27'sinde BKB eş tanısı olduğu saptanmıştır (Jacob vd., 2007). İsveç'te yapılan bir çalışmada DEHB'li bireylerin %37'sinin BKB tanısı aldığı bildirilmiştir (Anckarsäter vd., 2006). Miller ve arkadaşlarının çalışmasında ise, çocukluk döneminde DEHB tanısı almış bireylerin %13,5'inde ergenlik döneminde BKB geliştiği gösterilmiştir. Akça ve arkadaşları tarafından ABD'de yatılı bir psikiyatri kliniğinde takip edilen ergenlerle yürütülen araştırmada, DEHB'li ergenlerde BKB eş tanı oranının %45 olduğu rapor edilmiştir (Akça vd., 2020). Çalışmamız, DEHB ve BKB komorbiditesine ilişkin literatürde bildirilen oranlarla büyük ölçüde tutarlılık göstermektedir. Ancak, bazı çalışmalarda daha yüksek veya daha düşük oranlar bildirildiği görülmektedir. Bu durum, örneklemelerin ve ölçüm yöntemlerinin farklılık göstermesiyle açıklanabilir.

1991-1995 yılları arasında yatarak tedavi gören hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, BKB tanısı alan hastaların büyük bir kısmının kadın olduğu (%77,1, N=276) ve bu oranın BKB tanısı almayan grupta daha düşük olduğu (%56,0, N=61) tespit edilmiştir. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu rapor edilmiş ve kadın cinsiyet, BKB gelişimi için önemli bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır (Zanarini vd., 1997). Benzer şekilde, çalışmamızda borderline kişilik belirtileri açısından eşik üstü grubun %58,8'inin kızlardan, eşik altı grubun ise %36,8'inin kızlardan oluştuğu belirlenmiştir. Eşik üstü grupta kızların oranının daha yüksek olduğu gözlemlenmiş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, BKÖÇÖ alt boyutlarının cinsiyet değişkenine göre analizi sonucunda, kızların toplam puanlarının yanı sıra duygusal düzensizlik, olumsuz ilişkiler ve kimlik problemleri alt boyutlarında da erkeklere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır. Çocuklukta görülen DEHB semptomlarının ergenlik döneminde BKB belirtileri üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada, bizim çalışmamıza benzer şekilde kızların erkeklere kıyasla daha fazla BKB semptomuna sahip olduğu gözlemlenmiştir (Vaillancourt vd., 2014). Bu bulgular, kız cinsiyetin BKB gelişimi açısından dikkate alınması gereken önemli bir değişken olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda, ebeveyn ayrılığının borderline kişilik özellikleri açısından eşik üstü gruptaki ergenlerde anlamlı olarak daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. Benzer şekilde, okul çağındaki 94 çocuğun değerlendirildiği bir çalışmada, borderline özellikler sergileyen

çocukların ebeveynlerinde boşanma oranlarının, borderline özellik göstermeyen çocukların ebeveynlerine kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuş ve ebeveyn ayrılığının BKB gelişimi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Guzder vd., 1999). Bulgularımız, parçalanmış aile yapısının DEHB’li ergenlerde borderline kişilik özellikleri gelişimi açısından bir risk faktörü olabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda, ailede duygudurum bozukluğu öyküsü olan bireylerde, olmayanlar ile kıyaslandığında borderline kişilik özelliklerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, BKB olan bireylerin akrabalarında, hiçbir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayan kontrol grubunun akrabalarına göre daha yüksek oranlarda duygudurum bozukluklarının görüldüğünü rapor eden önceki çalışmalarla uyumludur ve bu alandaki literatürü desteklemektedir (Riso vd., 2000).

Düşük doğum ağırlığı, optimal olmayan intrauterin çevrenin önemli bir göstergesi olarak, çeşitli hastalık risklerini öngörmede etkili bir faktör olarak kabul edilmektedir (Cottrell ve Seckl, 2009; Whincup vd., 2008). 2007 yılında yapılan bir çalışmada, doğum öncesi olumsuzluklara maruz kalan ve düşük doğum ağırlığı ile doğan çocuklarda artmış duygusal sorunlar bildirilmiştir (Rice vd., 2007). Çalışmamızda borderline özellikler bakımından eşik üstü grupta yer alan bireylerde düşük doğum ağırlığı öyküsünün, eşik altı gruptakilere kıyasla daha yaygın olduğu gözlenmiştir. Doğum öncesi ve doğum sırasındaki olumsuzlukların genetik faktörlerle etkileşime girerek psikiyatrik bozuklukların gelişimine katkıda bulunabileceği öne sürülmektedir (Schlotz ve Phillips, 2009). Bu bağlamda, düşük doğum ağırlığı, BKB’ye yatkın bireylerde potansiyel bir risk faktörü olarak değerlendirilebilir.

Araştırmamızda, borderline özellikler açısından eşik üstü gruptaki ergenlerin, eşik altı gruptakilere kıyasla ilaç kullanımına bir yıldan uzun süre ara verme oranlarının daha yüksek olduğu, ilaç kullanım sürelerinin daha kısa olduğu tespit edilmiştir. Borderline özelliklerin eşik üstü düzeyde olduğu bireylerde tedaviye devamlılık oranlarının düşük bulunması, bozukluğun temel belirtileriyle ilişkilendirilebilir. Özellikle bu bireylerin yaşadığı duygusal düzensizlikler, klinisyenle ilişki kurmada karşılaşılan zorluklar ve tedavi süreçlerine yönelik motivasyon eksiklikleri bu durumu açıklayabilir. Ayrıca, BKB’ye özgü spesifik bir farmakolojik tedavinin bulunmaması ve mevcut ilaçların yalnızca belirli semptomlara yönelik kullanılması, bu hastalarda tedaviye bağlılığın azalmasına katkıda bulunmuş olabilir (Choi-Kain vd., 2016). Tedavide öncelikli yaklaşımın terapi yöntemleri

olması da bu durumun diğer bir açıklaması olabilir (Simonsen vd., 2019). Dahası, BKB'ye eşlik eden psikiyatrik durumlar, tedaviye uyumu daha karmaşık hale getirerek ilaç kullanım sürelerini ve devamlılığını olumsuz yönde etkileyebilir.

Çalışmamızda, borderline kişilik özellikleri açısından eşik üstü grupta yer alan ergenlerin, eşik altı gruba kıyasla daha yüksek oranlarda BDT aldığı belirlenmiştir. Klinik uygulama kılavuzlarında BKB için birinci basamak tedavi olarak psikoterapilerin önerilmesi, bulgularımızı destekler niteliktedir (Simonsen vd., 2019). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tedavi kılavuzlarına göre, klinik deneyimler, BKB olan hastaların kişiler arası sorunlarını çözmek, kişiliklerinde ve genel işlevselliklerinde kalıcı iyileşmeler sağlamak ve bunları sürdürebilmek için uzun süreli psikoterapiye ihtiyaç duyduğunu göstermektedir (Association AP., 2001). Buna karşın, ilaç tedavisi daha çok destekleyici bir yöntem olarak kabul edilmektedir (Stoffers vd., 2012). ABD'de yapılan geniş örneklemli toplum temelli bir çalışmada, BKB'li bireylerin yüksek oranda tedavi arayışında bulunduğu saptanmıştır (Tomko vd., 2014). Çalışmamızın bulguları ve mevcut literatür ışığında, eşik üstü grupta yer alan bireylerde kişiler arası ilişkilerde bozulma, terk edilme korkusu ve tekrarlayan boşluk hissi gibi borderline kişilik bozukluğu semptomları, psikoterapiye olan gereksinimi arttırmış olabilir.

Literatürde, BKB tanısı alan bireylerde komorbid tanıların sıklıkla eşlik ettiği yönünde bulgular bulunmaktadır (Zanarini vd., 2004). Klinik bir örnekleme, BKB olan ve olmayan ergenlerin olumsuz çocukluk deneyimlerine maruz kalma durumlarının incelendiği bir çalışmada, BKB grubunda komorbid tanıların daha yaygın olduğu tespit edilmiştir (Infurna vd., 2016). Çalışmamızda, DEHB tanılı ergenlerden oluşan örnekleme, eşik üstü gruptaki bireylerde mevcut komorbid tanı sayısının, eşik altı gruba kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Eşik üstü grupta, KOKGB, anksiyete bozukluğu, depresif bozukluk ve DB tanılarının prevalansının, eşik altı gruba kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde bu bulguları destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Akça ve arkadaşlarının çalışmasında DEHB'ye eşlik eden BKB tanısı olan ergenlerin, sadece DEHB'li ergenlere kıyasla daha fazla psikiyatrik tanı aldığı ve daha şiddetli psikiyatrik ve davranışsal sorunlar yaşadığı gösterilmiştir (Akça vd., 2020). Ergenlik dönemindeki BKB semptomlarının psikopatolojilere olan etkisinin araştırıldığı uzunlamasına bir çalışmada, BKB semptomlarının belirli zaman aralıklarında depresif belirtiler, psikotik semptomlar ve hipomanik belirtiler ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Winsper vd., 2020). Benzer şekilde ABD'de yapılan geniş örneklemli bir araştırmada, BKB tanısı alan bireylerde yaşam boyu

anksiyete bozukluğu eşlik etme oranının %84.8 ve duygudurum bozukluğu eşlik etme oranının %82.7 olduğu saptanmıştır (Tomko vd., 2014). Çalışmamızın bulguları, mevcut literatürle uyumlu olarak, borderline kişilik özelliklerinin ergenlik döneminde erken tanısının, ilerleyen dönemlerde ortaya çıkabilecek psikopatolojik sonuçları öngörme ve bu olumsuz etkileri en aza indirme açısından kritik bir öneme sahip olduğunu vurgulamaktadır. Bu nedenle, borderline kişilik özelliklerinin erken teşhis edilmesi ve bu bireylere yönelik hedefe yönelik müdahalelerin planlanması, ergenlerde eş tanı prevalansını azaltmaya katkı sağlayabilir.

Eşik üstü ve eşik altı gruplar, kullanılan ilaç tedavileri açısından karşılaştırıldığında, metilfenidat, antidepresan ve atomoksetin kullanım oranları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Ancak, antipsikotik kullanım oranlarının borderline özellikleri eşik üstü olan bireylerde anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İngiltere’de yapılan bir çalışmada, farmakolojik tedavi alan BKB’li hastaların %60’ına antipsikotik reçete edildiği rapor edilmiştir (Paton vd., 2015). Çalışmamızda, eşik üstü grupta antipsikotik kullanım oranlarının eşik altı gruba kıyasla daha yüksek bulunması, literatür bulguları doğrultusunda, klinisyenlerin borderline özellikleri yüksek olan hastalarda antipsikotikleri daha sık tercih etmesinden kaynaklanıyor olabilir. Bu durum, özellikle duygu düzenleme güçlükleri, dürtüsellik ve özellikle kriz dönemlerinde ortaya çıkan yoğun öfke ya da intihar düşünceleri gibi semptomların yönetiminde antipsikotiklerin yaygın olarak kullanılmasıyla açıklanabilir (Hancock-Johnson vd., 2017; Jariani vd., 2010).

Çalışmamızda, sigara ve alkol kullanımının, borderline kişilik özellikleri açısından eşik üstü grupta, eşik altı gruba kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Borderline kişilik özellikleri arasında yer alan dürtüsellik ve duygusal düzensizlik gibi faktörlerin bağımlılıkların gelişiminde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (Shmulewitz vd., 2024). Bu bulgu, eşik üstü gruptaki bireylerde sigara ve alkol kullanımının daha yaygın olmasının altında yatan bir etken olabilir. Ayrıca, bireylerin kaygı ve depresyon gibi duygusal zorluklarla başa çıkabilmek amacıyla bağımlılık yapan maddeler veya davranışlara yönelmesi, sigara ve alkol kullanımına ilişkin riskleri artırabilir (Starcevic ve Khazaal, 2017). Çalışmamızda, borderline kişilik özellikleri eşik üstü olan bireylerde depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve DB gibi komorbid durumların daha sık görüldüğü saptanmıştır. Bu komorbid durumlar, söz konusu bireylerde sigara ve alkol kullanımını artırıcı bir etkiye sahip olabilir. Bu bağlamda, çalışmamızın bulguları, borderline

kişilik özellikleri ile bağımlılık yapıcı davranışlar arasındaki ilişkiye dikkat çekmekte ve bu alanda daha kapsamlı araştırmalar yapılmasının önemini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda, borderline kişilik özellikleri akran zorbalığı değişkenine göre karşılaştırıldığında akran zorbalığını deneyimleyen bireylerde borderline kişilik özelliklerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak, farklı zorbalık türleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Mevcut literatür, çocuklukta yaşanan stres ve travmatik olayların, duygusal tepkisellik ve duygu düzenlemeden sorumlu nöronal devreleri etkileyerek nörobiyolojik işleyişte kalıcı değişikliklere neden olabileceğini öne sürmektedir (McLaughlin vd., 2019). Bu tür nörobiyolojik bozulmalar, işlevsiz duygu düzenleme, düşük özsaygı, olumsuz benlik algısı, uyumsuz başa çıkma stratejileri, zayıf nörobilişsel işlevsellik ve düşük mentalizasyon becerileri ile ilişkilendirilmektedir (Schlechter vd., 2024). Bu bağlamda, akran zorbalığı, DEHB’li bireylerde duygu düzenleme becerilerini daha da zayıflatarak borderline kişilik belirtilerinin ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir. Önceki araştırmalar, duygusal düzensizlik ile zayıf sosyal beceriler, düşük arkadaşlık kalitesi, akran reddi, akranlara yönelik saldırganlık ve akran zorbalığı arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (McQuade vd., 2024). Duygu düzenleme güçlükleri yaşayan bireylerin sosyal ortamlarda daha az uyumlu tepkiler verme eğiliminde olmaları nedeniyle, akran çatışmalarının artması ve akranları tarafından daha fazla olumsuz tepkiyle karşılaşmaları beklenmektedir (Bunford vd., 2015). Akran zorbalığı ve BKB belirtileri arasındaki bu ilişki iki yönlü olarak değerlendirilebilir. Bir yandan, DEHB’li bireylerde akran zorbalığı deneyimi, borderline kişilik özelliklerini tetikleyebilir. Öte yandan, BKB’ye yatkınlığı olan bireylerin var olan kişilerarası sorunları, onların zorbalığa maruz kalma olasılığını artırabilir. Literatürde, 6050 anne ve çocuğun katılımıyla gerçekleştirilen 12 yıllık bir uzunlamasına çalışmada, çocuklukta akran zorbalığına maruz kalmanın 12 yaşında borderline kişilik özellikleri gelişimi için önemli bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (Wolke vd., 2012). Çalışmamızın bulguları, önceki literatürle uyumlu olup, DEHB’li bireylerde akran zorbalığını deneyimlemenin, ergenlikte borderline kişilik özellikleri gelişimiyle ilişkili olabileceğini desteklemektedir. Ancak, bu ilişkinin nedenselliğini belirlemek için uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda, DEHB tanısı alan ergenlerin çocukluk dönemindeki DEHB, KOKGB ve DB semptomları, dosyalarında yer alan T-DSM-IV-Ö kullanılarak değerlendirilmiştir. Ergenlik dönemindeki borderline kişilik özellikleri ise BKÖÇÖ aracılığıyla ölçülmüştür ve bu borderline özellikler; duygusal düzensizlik, kimlik problemleri, olumsuz ilişkiler ve

kendine zarar verme alt boyutlarında ele alınmıştır. Yapılan korelasyon analizleri sonucunda, T-DSM-IV-Ö'nün DEHB belirtilerini değerlendiren dikkat eksikliği ve hiperaktivite-dürtüsellik alt boyutları ile BKÖÇÖ toplam puan ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızda, çocukluk döneminde gözlemlenen DEHB semptomları ile ergenlik dönemindeki borderline kişilik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaması, literatürdeki DEHB semptomları ve BKB ilişkisini destekleyen çalışmalarla örtüşmemektedir. Matthies ve arkadaşları tarafından 2011 yılında 60 yetişkin DEHB tanılı hasta ile yapılan retrospektif bir çalışmada, çocukluktaki DEHB belirtilerinin daha şiddetli olmasının, yetişkinlikte BKB'yi öngördüğü tespit edilmiştir (Matthies vd., 2011). DEHB ve BKB komorbiditesini araştıran çalışmaların dahil edildiği kapsamlı bir incelemede, çocukluk döneminde başlayan DEHB'nin özellikle dürtüsellik ve duygusal düzensizlik gibi özelliklerinin yetişkinlikte BKB gelişimi için önemli bir risk faktörü olabileceği öne sürülmüştür (Philipsen, 2006). En az bir kişilik bozukluğu tanısına sahip olan 217 yetişkin hastayı içeren İtalya merkezli bir çalışmada, kadınlarda çocukluk DEHB belirtileri ile BKB özellikleri arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (Fossati vd., 2015). İsveç İkizler Çalışmasından elde edilen verilerle 13.330 kişilik geniş bir örneklem üzerinde gerçekleştirilen araştırmada, çocukluk dönemindeki DEHB semptom şiddeti ve özellikle dürtüsellik belirtilerinin, BKB gelişimiyle anlamlı bir ilişki içinde olduğu bulunmuştur (Tiger vd., 2022). Söz konusu çalışmada, bizim çalışmamızdan farklı olarak, katılımcılar yetişkinlik döneminde değerlendirilmiş ve çocukluk dönemindeki DEHB semptomları ile yetişkinlikte BKB tanısı arasındaki ilişki doğrudan BKB tanısı almış bireyler üzerinde incelenmiştir. Literatürdeki çalışmaların büyük çoğunluğu DEHB'li bireyleri yetişkinlik döneminde değerlendirmiştir, bizim çalışmamızda ise DEHB'li bireyler ergenlik döneminde değerlendirilmiştir. Bu metodolojik farklılık sonuçlarımızın önceki çalışmalarla çelişmesine yol açmış olabilir. Ayrıca, çalışmamızdaki hastalar klinik örneklemden alınmış olup büyük çoğunluğunun tedavi öyküsü olduğu görülmüştür, ilaç tedavileri ve psikoterapi gibi erken dönemde yapılan müdahaleler katılımcılardaki DEHB belirtilerinin borderline kişilik özelliklerine dönüşmesini önleyerek, DEHB belirtileri ve borderline kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi etkilemiş olabilir. Vaillancourt ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılan çalışmada, bizim çalışmamıza benzer şekilde çocukluktaki DEHB belirtilerinin ergenlikteki borderline kişilik özelliklerine etkisi değerlendirilmiş ve çocukluktaki DEHB belirtilerinin ergenlikte BKB gelişimini doğrudan etkilemediği bulunmuştur. Söz konusu çalışmada DEHB belirtilerinin borderline kişilik özellikleri gelişimini depresyon ve saldırganlık gibi dolaylı faktörler aracılığıyla etkilediği belirtilmiştir. (Vaillancourt vd.,

2014). 7-12 yaşları arasındaki 177 erkek çocuğun 24 yaşına kadar takip edildiği uzunlamasına bir çalışmada, çocuklukta DEHB semptomlarının yetişkinlikte BKB'yi yordadığı tespit edilmiştir (Burke ve Stepp, 2012). Ancak DEHB'nin dürtüsellik alt boyutuyla BKB semptomları arasındaki ilişki bazı değişkenler kontrol edildiğinde anlamını kaybetmiştir. Bu durum, DEHB semptomlarının BKB gelişimi üzerindeki etkisinin doğrudan olmadığını, psikososyal, çevresel ve biyolojik faktörlerin de bu ilişkiyi etkileyebileceğini düşündürmektedir. Başka bir çalışmada da çocukluk döneminde DEHB'si olan bireylerin yalnızca bir kısmında ergenlik döneminde kişilik bozukluğu geliştiği saptanmış, DEHB'den kişilik bozukluğuna giden süreçte ilişkili başka faktörlerin rol oynadığı belirtilmiştir (Miller vd., 2008). Çalışmamızda, çocuklukta DEHB tanısı alan ergenlerde borderline kişilik özellikleri gelişimini etkileyebilecek diğer psikososyal, çevresel ve biyolojik faktörler bu ilişkiyi etkilemiş olabilir.

Araştırmamızda, DEHB tanılı katılımcıların kliniğimize başvuru sürecinde, DSM-5 kriterlerine dayanarak klinisyenler tarafından konulan ek tanıları dosyalarından incelenmiş ve kayıt altına alınmıştır. Katılımcıların ek tanıları ile borderline kişilik özellikleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, çocukluk döneminde depresif bozukluk tanısı alan ergenlerde, duygusal düzensizlik ve kendine zarar verme alt boyut puanlarının, depresif bozukluk tanısı almayanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra, KOKGB tanısı alan ergenlerin olumsuz ilişkiler alt boyut puanlarının, bu tanıyı almayanlara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, çocukluk döneminde DEHB'ye eşlik eden depresif bozukluk ve KOKGB ek tanılarının, belirli borderline kişilik özellikleriyle ilişkili olabileceğini göstermektedir.

T-DSM-IV-Ö alt boyutları ile BKÖÇÖ toplam puan ve alt boyutlarının ilişkisi kız ve erkek katılımcılarda ayrı ayrı korelasyona alınmıştır. Kız ergenlerde çocukluk dönemindeki DB semptomlarının ergenlikte BKÖÇÖ'nün olumsuz ilişkiler ve kendine zarar verme alt boyutlarıyla, KOKGB semptomlarının ise olumsuz ilişkiler alt boyutuyla anlamlı bir ilişki içerisinde olduğu gözlemlenmiştir. Buna karşın erkek katılımcılarda ise T-DSM-IV-Ö KOKGB ve DB alt boyutları ile BKÖÇÖ alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Klinik tanı kriteri aranmaksızın toplum örnekleminde yürütülen ve 1233 kız çocuğunu 8 ila 14 yaş arasında takip eden bir çalışmada, ebeveyn raporlarına dayalı değerlendirmelerde çocuklukta daha yüksek DEHB ve KOKGB semptomları gösteren kızların, 14 yaşında borderline kişilik belirtileri geliştirme olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Stepp vd., 2012). Çalışmamızda kızlarda DB ve KOKGB

semptomlarının borderline kişilik özellikleriyle ilişkili bulunması, mevcut literatürle uyum göstermektedir. Erkeklerde bu ilişkinin görülmemesi, erkeklerde görülen DB ve KOKGB semptomlarının ilerleyen yaşlarda daha çok antisosyal davranışlar ve madde kullanımı, suça karışma gibi problemli davranışlarla kendini göstermesinden kaynaklanmış olabilir. Nitekim literatürdeki çalışmaları içeren kapsamlı bir incelemede, çocukluk ya da ergenlik dönemindeki KOKGB ve DB semptomlarının yetişkinlikte antisosyal kişilik bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, suça karışma gibi riskleri artırdığı ve erkek çocuklarda bu riskin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, olumsuz aile ilişkileri, negatif ebeveyn tutumları ve travmatik yaşam deneyimleri, KOKGB ve DB'nin ilerleyerek antisosyal kişilik bozukluğuna dönüşmesinde önemli bir rol oynamıştır (Salisbury, 2013). Cohen tarafından 1996 yılında gerçekleştirilen çalışmada, çocukluk dönemindeki risk faktörlerinin genç yetişkinlikte ortaya çıkan kişilik bozukluğu semptomlarını nasıl etkilediği incelenmiştir (Cohen, 1996). Bu çalışmada, çocukluk dönemindeki DEHB, KOKGB ve DB semptomları ile çevresel bazı risk faktörlerinin, yetişkinlikte kişilik bozukluğu semptomlarını yordadığı ve kız çocuklarında çocukluk risk faktörlerinin etkisinin erkeklere göre daha güçlü olduğu bulunmuştur. Norveç'te çocuk ve ergen psikiyatri kliniğinin yataklı ünitesinde tedavi alan ergenlerle yapılan bir çalışmada, DSM-IV'e göre yıkıcı davranış bozukluğu tanısı olan ergenlerde yetişkinlik döneminde BKB görülme olasılığının duygusal bozukluğu olan ergenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiş ve kadınlarda, davranış bozukluklarının BKB gelişimi için erkeklerden daha güçlü bir risk faktörü olduğu raporlanmıştır. Aynı çalışmada davranış bozukluklarının sadece erkek katılımcılarda antisosyal kişilik bozukluğunu yordadığı gösterilmiştir (Helgeland vd., 2005). Gelecekte yapılacak araştırmaların, BKB'nin cinsiyete bağlı biyolojik ve sosyokültürel boyutlarını kapsamlı bir şekilde ele alması, cinsiyet farklılıklarının BKB'nin ortaya çıkışı, seyri ve klinik özellikleri üzerindeki etkilerini daha iyi anlamaya katkı sağlayarak, bireyselleştirilmiş tanı ve tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesine olanak tanıyabilir.

Çalışmamızdaki ergenlerin güncel DEHB, KOKGB ve DB belirtilerinin ölçüldüğü T-DSM-IV-Ö alt boyutları ile BKÖÇÖ alt boyutları arasındaki ilişkilerin incelendiği korelasyon analizinde; T-DSM-IV-Ö alt boyutları ile BKÖÇÖ'nün birçok alt boyutu arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Katılımcıların ergenlik dönemindeki DEHB belirtileri ile borderline kişilik özellikleri arasındaki anlamlı ilişki olduğunu gösteren bulgumuz, bu iki bozukluğun duygu düzenleme güçlükleri, dürtüsellik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma gibi ortak semptomlara sahip olması nedeniyle klinik açıdan örtüştüğünü belirten mevcut

literatürle uyumlu bulunmuştur (Matthies ve Philipsen, 2014). Bu bulgu, ergenlikteki DEHB belirtilerinin ilerleyen süreçlerde borderline kişilik özellikleri gelişiminde olası bir risk faktörü olabileceğine işaret etmektedir. Çalışmamızda, çocukluk dönemindeki DEHB belirtilerinden ziyade ergenlikteki DEHB belirtileri ile borderline kişilik özellikleri arasında bir ilişki bulunması, Miller ve arkadaşlarının DEHB tanısı almış çocukları yetişkinliğe kadar takip ettiği boylamsal çalışmanın bulgularıyla da tutarlıdır (Miller vd., 2008). İlgili çalışmada, ergenlik döneminde DEHB belirtileri devam eden bireylerin, belirtileri azalan veya tamamen ortadan kalkan bireylere kıyasla BKB geliştirme riskinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, çocuklukta DEHB tanısı almanın BKB gelişiminde bir risk faktörü olabileceği ifade edilmekle birlikte, bu riskin özellikle ergenlik döneminde DEHB belirtilerinin devam etmesiyle daha belirgin hale geldiği vurgulanmıştır. Benzer şekilde, çalışmamızda da ergenlik dönemindeki DEHB belirtileri ile borderline kişilik özellikleri arasındaki anlamlı ilişki, BKB belirtilerinin çocuklukta DEHB sürecinden ziyade ergenlikte devam eden DEHB semptomlarıyla daha yakından ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu ilişkinin daha net bir şekilde ortaya konulabilmesi ve gelişimsel süreçlerin daha iyi anlaşılabilmesi için, daha geniş kapsamlı ve uzun süreli boylamsal çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda, DEHB'li ergenlerde çocukluk çağı travmaları ile borderline kişilik özellikleri arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, cinsel istismarın BKB belirtileriyle ilişkisi diğer travma türlerine kıyasla daha düşük düzeyde kalmış ve cinsel istismar ile kimlik problemleri alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu, ABD'de özel bir psikiyatri hastanesinin yatılı servisinde tedavi gören ergenlerle yapılan bir çalışmayla uyumludur; söz konusu çalışmada, cinsel istismarın kimlik dağınıklığı ile ilişkisi diğer travma türlerine göre daha zayıf bulunmuştur (Penner vd., 2019). İhmal veya istismar yaşadığı mahkeme kayıtlarıyla doğrulanan 500 bireyin yetişkinliğe kadar takip edildiği prospektif bir çalışmada, fiziksel istismar ve ihmalin BKB gelişiminde anlamlı risk faktörleri olduğu belirlenirken, cinsel istismar anlamlı bir risk faktörü olarak değerlendirilmemiştir (Widom vd., 2009). Ayrıca, 10-12 yaş grubundaki çocuklarla yapılan ve çocukluk çağı travmalarının borderline kişilik özelliklerinin gelişimindeki rolünü inceleyen bir başka çalışmada, cinsel istismarın borderline kişilik özellikleriyle ilişkili olmadığı, buna karşın diğer travma türlerinin anlamlı bir ilişki gösterdiği bulunmuştur (Hecht vd., 2014). Her ne kadar literatürde çalışmamızı destekleyen bulgular bulunsa da çelişkili sonuçlar da mevcuttur. Örneğin, ABD'de yürütülen toplum temelli bir çalışmada,

cinsel istismarın özellikle BKB semptomlarında artışla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Johnson vd., 1999). Bu durum, farklı travma türlerinin borderline kişilik özellikleri üzerindeki etkilerinin bireysel, bağlamsal ve metodolojik faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterebileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızın bulguları, DEHB’li ergenlerde çocukluk döneminde yaşanan istismar ve ihmalin, ergenlik dönemindeki borderline kişilik özellikleriyle bağlantılı olduğunu göstermektedir. Ancak, çocuklukta maruz kalınan farklı istismar ve ihmal türlerinin borderline kişilik özellikleri üzerindeki etkisinin aynı düzeyde olmayabileceği görülmektedir. Bu bağlamda, çalışmamız cinsel istismarın DEHB’li ergenlerde borderline kişilik özelliklerinin gelişiminde diğer istismar türlerine kıyasla daha zayıf bir etkisi olabileceğini göstermektedir. Farklı travma türlerinin DEHB’li ergenlerde borderline kişilik özellikleriyle olan ilişkisini daha kapsamlı bir şekilde anlayabilmek için daha geniş örneklemelerle yürütülecek boylamsal çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda, katılımcılardaki anksiyete bozukluğu, OKB ve depresif bozukluk belirtilerinin ölçüldüğü ÇADÖ-Y ebeveyn formu alt boyutlarının, BKÖÇÖ alt boyutları ile ilişkili olduğu görülmüştür. BKÖÇÖ-T ile anksiyete bozuklukları alt boyutları arasındaki ilişkiler detaylı incelendiğinde, en güçlü ilişkinin toplam anksiyete skoru ile olduğu; bunu sırasıyla yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve sosyal anksiyete bozukluğunun izlediği görülmüştür. Ancak, ayrılık anksiyetesi semptomları ile borderline kişilik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu borderline kişilik özelliklerinin belirli anksiyete türleriyle daha yakından ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Literatürde de benzer bulgulara rastlanmıştır. BKB’li bireylerde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %55,9’unun iki veya daha fazla anksiyete bozukluğuna sahip olduğu, en yaygın olan anksiyete bozukluklarının sosyal fobi (%42), panik bozukluk (%39) ve yaygın anksiyete bozukluğu (%28) olduğu belirlenmiştir (Quenneville vd., 2020). Shea ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, BKB ve MDB arasında güçlü bir ilişki olduğu ve BKB semptomlarında iyileşmenin, depresyonun iyileşmesiyle paralel olduğu gösterilmiştir (Shea vd., 2004). Çalışmamızda da benzer şekilde, MDB alt boyutunun BKÖÇÖ alt boyutları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. BKB’nin yaygın görülen psikiyatrik bozukluklarla komorbiditesini inceleyen bir çalışmada, internalizan bozuklukların distress alt boyutunda yer alan depresif bozukluk, distimi, yaygın anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu tanıları ile BKB arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (Eaton vd., 2011). Ayrıca ABD’de genç yetişkinlerle yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada, BKB’nin sıklığı, demografik özellikleri ve komorbiditeleri incelenmiş, BKB’li katılımcılarda yaşam boyu anksiyete bozukluğu

görölme oranı %84,8, yaşam boyu duygudurum bozukluğu görölme oranı ise %82,7 olarak raporlanmıştır (F. Leichsenring vd., 2024). OKB ve depresif bozukluk tanılı hastalarda eşlik eden kişilik bozukluklarının incelendiği bir çalışmada, OKB'ye en sık eşlik eden kişilik bozukluğunun BKB olduğu saptanmıştır (Yaluğ vd., 2003). Bu bulgu, alışmamızdaki OKB alt boyutu ile borderline kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Yapılan alışmalarda, BKB'nin anksiyete bozuklukları, depresif bozukluk ve OKB ile yüksek oranlarda komorbidite gösterdiği dikkat çekmektedir. Çalışmamızda önceki çalışmalardan farklı olarak borderline kişilik özellikleri ile anksiyete bozukluğu, depresif bozukluk ve OKB belirtileri arasındaki ilişki DEHB'li ergenlerden oluşan bir popölasyonda incelenmiştir. Araştırmamızın bulguları, DEHB tanısı almış ergenlerde borderline kişilik özellikleri ile anksiyete, depresyon ve OKB belirtileri arasındaki güçlü ilişkiyi ortaya koyarak literatöre önemli katkılar sunmaktadır.

Borderline kişilik özelliklerinin varlığı ve şiddetinin, bağlamsal ve gelişimsel faktörlere bağlı olarak yaşla birlikte değişim gösterdiği ve yaşam boyu farklılıklar sergilediği düşünölmektedir (Videler vd., 2019). Ergenlik dönemi, kimlik gelişimi ve duygusal düzenleme gibi kritik süreçlerin hassasiyet gösterdiği bir dönem olarak, borderline kişilik özelliklerinin ortaya çıkışı açısından önemli bir risk dönemi olarak değerlendirilmektedir. Bu dönemde çevresel, biyolojik ve psikolojik faktörlerin bir araya gelerek bireylerin kişilik gelişimini etkilediği ifade edilmektedir (Sharp vd., 2018). Çalışmamızda yapılan regresyon analizi sonuçları, DEHB tanısı almış ergenlerde yaşın, borderline kişilik özelliklerini pozitif yönde yordadığını göstermiştir. Bu bulgu, borderline kişilik özelliklerinin gelişiminde yaşın belirleyici bir faktör olabileceğini ortaya koymaktadır. Katılımcıların 14 yaşından 24 yaşına kadar takip edildiği boylamsal bir çalışmada, borderline kişilik özelliklerinin en yüksek seviyelerine 14-17 yaş arasında ulaştığı ve bu dönemin borderline kişilik özellikleri açısından kritik bir dönem olduğu belirlenmiştir (Bornovalova vd., 2009). Solmi ve meslektaşlarının yakın zamanda gerçekleştirdiği bir meta-analiz, kişilik bozukluklarının ortalama başlangıç yaşının 20,5 olduğunu göstermiştir (Solmi vd., 2022). Yaş ilerledikçe bireyler daha karmaşık sosyal roller ve beklentilerle karşılaşmaktadırlar. Orta ve geç ergenlik dönemi, psikolojik, sosyal ve biyolojik değişimlerin yanı sıra bireylerin gelişimsel görevler ve zorluklarla mücadele ettiği bir dönemdir. Bu süreçte yaşanan aksaklıklar, istikrarsız ilişkiler, değişken benlik algısı ve dürtüsellik gibi borderline kişilik özelliklerini tetikleyebilmektedir. DEHB'nin dikkat eksikliği, dürtüsellik ve planlama zorlukları, bu stres faktörlerine uyum sağlamayı zorlaştırarak borderline kişilik özelliklerinin gelişimine katkıda

bulunabilir. Bununla birlikte, normatif nörobiyolojik olgunlaşma süreçlerinin ilerlemesiyle bireylerin bu özelliklerini daha iyi düzenlemeleri beklenmektedir. Bu olgunlaşma süreciyle birlikte borderline kişilik özelliklerinde azalma yaşanması ve seviyelerin yetişkinlikte daha istikrarlı hale gelmesi öngörülmektedir (Aleva vd., 2023). Literatür incelendiğinde, çalışmamızla çelişen bazı sonuçlar olduğu görülmüştür. Topluma dayalı bir örneklemede kişilik bozukluğu özelliklerinin ergenlikten yetişkinliğe kadar olan seyrinin incelendiği bir çalışmada, yaş ile kişilik bozukluğu özellikleri arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiş, kişilik bozukluğu özelliklerinin, ergenlikten erken yetişkinliğe geçiş sürecinde (9-28 yaş) belirgin bir şekilde azaldığı belirtilmiştir (Johnson vd., 2000). Çalışmamızda borderline kişilik özellikleri, yalnızca ergenlik dönemi içinde (13-19 yaş) değerlendirilmişken, söz konusu çalışmada erken ergenlikten yetişkinlik dönemine kadar olan daha geniş bir yaş aralığı incelenmiştir. Sonuçlarımızın bu çalışmayla farklılık göstermesi, örneklemelerin yaş aralıklarındaki farklılıklardan ve bizim çalışmamızın erken ve orta ergenlik dönemine odaklanmasından, buna karşın geç ergenlik ve yetişkinlik dönemlerini kapsamamasından kaynaklanmış olabilir. Nitekim, literatürde borderline kişilik özelliklerinin ergenlikten sonra, özellikle yetişkinlik döneminde belirgin bir düşüş gösterdiği rapor edilmiştir (Sharp vd., 2018).

BKB tanısı kadınlarda daha sık konulmakta olup, bu tanıyı alanların yaklaşık üçte ikisinin kadın olduğu tahmin edilmektedir. Bu durum, BKB ile ilgili literatürün büyük bir kısmının bozukluğun kadınlardaki görülme sıklığına odaklanmasına ve cinsiyetin bağımsız bir değişken olarak yeterince incelenmemesine yol açmıştır (Johnson vd., 2003). Dolayısıyla, BKB'li bireylerde cinsiyet farklılıklarının bozukluğun gelişim süreci üzerindeki etkilerine dair bilgiler sınırlı kalmaktadır. Araştırmamızda, cinsiyet bağımsız değişken; BKÖÇÖ alt boyutları ise bağımlı değişken olarak ele alınmış ve regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonuçları, kız cinsiyetin ergenlerde borderline kişilik özelliklerinin anlamlı bir yordayıcısı olduğunu ortaya koymuştur. Yaş, DEHB, KOKGB, DB belirtileri, ek tanılar ve çocukluk çağı travmaları gibi değişkenler kontrol edildikten sonra dahi cinsiyetin borderline kişilik özellikleri üzerindeki yordayıcı etkisi devam etmiştir. Çalışmamızla paralel bulgular, DEHB popülasyonunda gerçekleştirilen bir araştırmada da gözlemlenmiştir. Bu araştırmada, kadınların BKB geliştirme olasılığının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiş, buna karşın antisosyal kişilik bozukluğu geliştirme riskinin erkeklerde daha fazla olduğu bulunmuştur (Cumyn vd., 2009). Bununla birlikte, literatürdeki bazı çalışmalar, BKB'nin kadın ve erkekler arasında yaygınlık açısından anlamlı bir farklılık

göstermediğini öne sürmektedir. Örneğin, DSM-III-R kişilik bozukluklarının ergenlerdeki prevalansının incelendiği toplum temelli bir çalışmada, BKB prevalansının kız ve erkek ergenler arasında anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (D. P. Bernstein vd., 1993). BKB tanısı alan kadınların farmakoterapi ve psikoterapi gibi tedavi hizmetlerine erkeklerden daha fazla başvurmasının, kadınlara daha yüksek oranda BKB tanısı konulmasına yol açmış olabileceği önceki araştırmalar tarafından öne sürülmüştür (R. A. Sansone ve L. A. Sansone, 2011). Bulgularımız, DEHB tanısı almış ergenlerde kız cinsiyetin borderline kişilik özelliklerinin gelişiminde risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir. Ancak, BKB'nin etiolojisinde cinsiyetin rolü konusunda çelişkili bulgular bulunduğundan, borderline kişilik özelliklerinin gelişiminde cinsiyetin etkisini daha iyi anlamak için ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Yapılan regresyon analizinde, DEHB'li bireylerde çocukluk dönemindeki T-DSM-IV-Ö ebeveyn formu dikkat eksikliği alt boyutunun ergenlik döneminde BKÖÇÖ kimlik problemleri alt boyutunu anlamlı şekilde yordadığı bulunmuştur. Tiger ve arkadaşlarının çalışmasında, çocukluk dönemindeki dikkatsizlik belirtileri ile ergenlikte kendine zarar verme davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tiger vd., 2022). Benzer şekilde, bizim çalışmamızda da dikkatsizlik belirtilerinin ergenlikte kimlik problemleri ile ilişkili bulunması, dikkatsizliğin bireyin benlik algısı ve kimlik gelişimi üzerindeki olumsuz etkilerini desteklemektedir. Sosyal etkileşimler ve ilişkiler, bireyin kimlik gelişiminde kritik bir rol oynamaktadır (Koepke ve Denissen, 2012). Aile ve arkadaş çevresinden alınan destek ve anlayış, ergenlerin kendilerini keşfetmelerini, farklı kimlik rollerini denemelerini ve bu süreçte güvende hissetmelerini sağlayarak sağlıklı bir kimlik geliştirmelerini kolaylaştırmaktadır (Branje, 2022). Dikkatsizlik belirtileri, bireyin dikkatini sürdürememesi ve organize olamaması nedeniyle sosyal çevresiyle etkili iletişim kurmasını, olumlu sosyal deneyimler yaşamasını ve çevresel geri bildirimleri etkili bir şekilde işlemesini engellemektedir (Pope vd., 1991). Bu durum, ergenlik döneminde sağlıklı bir kimlik gelişimini destekleyecek sosyal ve kişisel deneyimlerin sınırlandırılmasına neden olabilir. Böylece, bireyler kendilerini tanımlamakta ve kimliklerini oluşturmakta zorluk yaşayabilirler (Nijmeijer vd., 2008). Ayrıca çocukluk dönemindeki dikkatsizlik belirtileri, akademik başarısızlık ve sosyal izolasyon gibi olumsuz deneyimlere yol açabilmektedir (Pope vd., 1991). Bu olumsuz deneyimler, bireyin özgüvenini ve kendilik algısını zedeleyerek sağlıklı bir kimlik gelişimini engelleyebilir ve ergenlikte kimlik problemleri gibi BKB özelliklerinin ortaya çıkması daha olası hale getirebilir. Çalışmamızda saptanan

çocukluk dönemindeki dikkatsizlik belirtilerinin ergenlik döneminde borderline kişilik özelliklerinden biri olan kimlik problemlerini yordadığı bulgusu, literatüre yeni bir katkı sağlamakta olup, DEHB’li bireylerde dikkatsizlik belirtilerine yönelik erken müdahalelerin ergenlikte kimlik gelişimini desteklemede önemli bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

Regresyon analizinde, DEHB’li bireylerde çocukluk dönemindeki T-DSM-IV-Ö ebeveyn formu DB alt boyutunun ergenlik döneminde BKÖÇÖ kendine zarar verme alt boyutunu anlamlı şekilde yordadığı bulunmuştur. Çalışmamızın bulguları, literatürde yer alan kendine zarar verme davranışı nedeniyle hastaneye başvuran bireylerdeki psikiyatrik bozuklukların yaygınlığını inceleyen bir derleme çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Bahsi geçen çalışmada kendine zarar verme davranışı sergileyen gençlerde davranım bozukluğunun yaygın olarak görüldüğü ortaya konmuştur (Hawton vd., 2013). Polonya’da davranım bozukluğu tanılı 136 ergen ile yapılan bir çalışmada, ergenlerin yarısından fazlasında kendine zarar verme davranışı saptanmış ve bu bireylerde özsaygı, duygusal zekâ ve duygusal kontrol düzeylerinin düşük, dürtüsellik düzeylerinin ise yüksek olduğu bulunmuştur (Halicka-Masłowska vd., 2020). Duygusal zekâ, kişinin kendi duygularını anlama, yönetme ve kontrol etme kapasitesi ile empati kurabilme yeteneğini içeren bir dizi sosyal beceri olarak tanımlanmaktadır ve bu beceri, sorunları aşmak için uygun adımlar atabilme yetisini geliştirerek, kendine zarar verme davranışından korunmada önemli bir rol oynamaktadır (Halicka-Masłowska vd., 2020). Milone ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, davranım bozukluğu ve yüksek düzeyde katı duygusuz özellikleri gösteren ergenlerde belirgin empati eksikliklerinin olduğu gösterilmiştir (Milone vd., 2019). Mevcut literatür incelendiğinde, sosyal becerilerin hem davranım bozukluğu olan bireylerde hem de kendine zarar verme davranışı gösterenlerde yetersiz olduğu görülmektedir. Bu bağlamda çocukluktaki davranım bozukluğu, bireylerin sosyal beceri gelişimini olumsuz etkileyerek ergenlikte kendine zarar verme davranışlarını tetikleyebilir. Çalışmamızda, DEHB’li bireylerde çocukluktaki DB belirtilerinin ergenlikte kendine zarar verme eğilimini yordadığını bulmamız, bu ergenlerin kendine zarar verme davranışları açısından yakından takip edilmesinin ve erken müdahale programlarının geliştirilmesinin önemini ortaya koyarak ilgili literatüre katkı sağlamaktadır. Çocukluk döneminde gözlemlenen davranım bozukluğu belirtilerinin ergenlikte kendine zarar verme eğilimleri üzerindeki etkilerini ve bu süreçte rol oynayan faktörleri daha kapsamlı bir şekilde ortaya koyabilmek için boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda, çocukluk döneminde DEHB tanısına eşlik eden KOKGB tanısının, ergenlik döneminde ortaya çıkan borderline kişilik özellikleri gelişimini yordadığı bulunmuştur. KOKGB tanısının borderline kişilik özellikleri üzerindeki yordayıcı etkisi, yaş, cinsiyet, depresyon ve DB ek tanıları ile çocukluk çağı travmaları gibi değişkenler kontrol edildikten sonra da devam etmiştir. Elde edilen bulgular, BKB etiyojisini açıklayan temel yaklaşımlardan biri olan Biyososyal Teori ile uyum göstermektedir. Biyososyal Teori, BKB'nin temel bileşeni olarak duygusal düzensizliği öne sürerken, biyolojik kırılganlıklar ile geçersizleştirici çevre arasındaki karşılıklı etkileşimi, bozukluğun gelişiminde belirleyici bir süreç olarak tanımlamaktadır (Crowell vd., 2009). Benzer şekilde, Greene ve Doyle tarafından geliştirilen işlemsel model, çocukluk döneminde gözlenen duygusal ve davranışsal düzensizlikler ile uyumsuz ebeveynlik gibi olumsuz çevresel faktörler arasındaki etkileşimin, KOKGB'nin gelişiminde kritik bir rol oynadığını vurgulamaktadır. Bu model, Biyososyal Teori ile benzerlik göstererek, çevresel faktörlerin KOKGB'nin oluşumundaki belirleyici etkisini desteklemektedir (Greene ve Doyle, 1999). Dolayısıyla, KOKGB ve BKB'nin etiyojisinde ortak mekanizmaların yer alması, bu iki bozukluk arasındaki bağlantıyı açıklayabilir.

KOKGB belirtileri öfke patlamaları, inatçılık, otoriteye karşı gelme ve kolayca sinirlenme gibi davranışsal özellikleri kapsamaktadır (American Psychiatric Association, 2013). Bu belirtiler, kişiler arası ilişkilerde zorluklara yol açarak sosyal becerilerin gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmekte ve bireyin genel işlevselliğinde belirgin bozulmalara neden olabilmektedir. Benzer şekilde, kişiler arası ilişkilerde yaşanan zorluklar, BKB'nin de temel özelliklerinden biri olup, bu iki bozukluk arasındaki ilişkiye dair önemli ipuçları sunmaktadır (Burke ve Stepp, 2012). KOKGB'de sıkça gözlenen yoğun öfke ve otorite figürleriyle sürekli çatışma hali, ergenlik döneminde ilişkisel zorluklara, kendilik algısında dalgalanmalara ve duygusal düzensizliğe zemin hazırlamaktadır. Ergenlik döneminde BKB'ye özgü duygusal düzensizlik, öfke patlamaları, terk edilme korkusu ve istikrarsız ilişkiler gibi belirtilerin ortaya çıkması, KOKGB'ye sahip çocukların geliştirdiği uyumsuz başa çıkma mekanizmalarının bir devamı niteliğinde olabilir. KOKGB ve BKB'de görülen işlevsellik bozukluklarının örtüşmesi, KOKGB'nin, BKB gelişim sürecinde önemli bir risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir. Dolayısıyla, KOKGB'nin, BKB'nin gelişiminde potansiyel bir öncül olarak ele alınması önem taşımaktadır.

Bulgularımız, klinik örnekleme 7-12 yaşları arasındaki erkek katılımcılarla gerçekleştirilen takip çalışmanın bulgularıyla örtüşmektedir (Burke ve Stepp, 2012). Bu

çalışmada, katılımcılar yetişkinlik dönemine kadar takip edilmiş ve 24 yaşında tekrar değerlendirilmiştir. DEHB belirtileri özellikle de dürtüsellik BKB ile ilişkili bulunsa da diğer psikopatolojiler kontrol edildiğinde anlamını yitirmiştir. KOKGB ise psikopatolojiler kontrol edildikten sonra da anlamlı bir yordayıcı olmuştur. Sonuç olarak, KOKGB'nin BKB gelişimiyle DEHB'ye göre daha güçlü bir ilişki sergilediği belirlenmiştir. Fischer ve arkadaşlarının çalışmasında, DEHB'li bireylerde çocuklukta görülen karşı gelme, öfke ve inatçılık gibi KOKGB'ye özgü semptomların şiddetinin yetişkinlikte BKB gelişimiyle ilişkili olduğu belirlenmiştir (Fischer vd., 2002). Çocukluk döneminde DEHB tanısı almış bireylerin, ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde kişilik bozukluğu geliştirme riskini inceleyen bir başka çalışmada, DEHB'ye eşlik eden KOKGB ve DB'nin, BKB için güçlü bir yordayıcı olduğu ortaya konulmuştur (Miller vd., 2008). Çalışmamız, DEHB'li bireylerde çocukluk dönemindeki ek tanıların borderline kişilik özellikleri gelişimine etkisini kapsamlı bir şekilde ele alarak literatüre önemli bir katkı sağlamaktadır. Ayrıca çalışmamızda, çocukluk döneminde DEHB'ye eşlik eden KOKGB tanısı, başvuru sırasında klinisyen tarafından DSM-5 kriterlerine dayalı olarak konulmuştur, ancak geçmişteki T-DSM-IV-Ö'den elde edilen DEHB, KOKGB ve DB belirtileri ebeveyn ve öğretmen raporları aracılığıyla değerlendirilmiştir. Yapılan regresyon analizlerinde, çocuklukta KOKGB tanısının ergenlikte borderline kişilik özelliklerini yordadığı gözlenmiş olmasına rağmen; T-DSM-IV-Ö KOKGB alt boyutunun borderline özelliklerinin anlamlı yordayıcısı olmadığı görülmüştür. Klinisyen tarafından konulan tanıların daha tutarlı ve objektif olması, çocuklukta KOKGB tanısının ergenlikte BKB gelişimiyle daha güçlü bir ilişki göstermesine neden olmuş olabilir. Çalışmamızda, DEHB'li bireylerde çocuklukta gözlemlenen KOKGB ek tanısının, ergenlikte borderline kişilik özelliklerini öngördüğüne dair elde edilen bulgumuz literatüre özgün bir katkı sunmaktadır. Bu bulgu, DEHB'li bireylerde KOKGB belirtilerinin erken dönemde tespit edilip uygun müdahalelerle yönetilmesinin, ilerleyen yaşlarda borderline kişilik özelliklerinin gelişimini önlemede önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir.

Regresyon analizleri, çocukluk çağı travmalarının BKÖÇÖ alt boyutlarının tamamını anlamlı şekilde yordadığını göstermiştir. Yaş, cinsiyet, DEHB, KOKGB, DB belirtileri ve eşlik eden ikincil psikiyatrik bozukluklar gibi değişkenler kontrol edildikten sonra dahi, çocukluk çağı travmalarının ergenlik dönemindeki borderline kişilik özellikleri üzerindeki yordayıcısı etkisi devam etmiştir. Bu bulgular, mevcut literatürle büyük ölçüde tutarlılık göstermektedir. BKB gelişim yollarını inceleyen bir derlemede, çocukluk çağı travmalarının

BKB için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Chanen ve Kaess, 2012). Çocukluk döneminde yaşanan istismar ve ihmalin erken yetişkinlikte kişilik bozuklukları üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan uzunlamasına bir çalışmada, bizim çalışmamıza benzer şekilde, fiziksel ve cinsel istismar ile ihmalin BKB gelişiminde belirleyici rol oynadığı ve bu ilişkinin yaş ve cinsiyet gibi demografik değişkenler kontrol edildiğinde dahi devam ettiği ortaya konulmuştur (Johnson vd., 1999). BKB'li 358 hastayı inceleyen bir araştırmada, katılımcıların %91'inin 18 yaşından önce istismara, %92'sinin ise ihmale maruz kaldığı saptanmıştır (Zanarini vd., 1997). BKB etiyojisine ilişkin araştırmalar dikkate alındığında, BKB gelişiminde çocukluk çağı travmalarının rolünün literatürde kapsamlı bir şekilde ele alındığı görülmektedir. Çocukluk çağı travmalarının BKB ve DEHB üzerindeki etkilerini karşılaştırmalı olarak inceleyen bir çalışmada, duygusal ve cinsel istismarın BKB gelişiminde, fiziksel istismar ve ihmalin ise DEHB üzerinde daha etkili olduğu gösterilmiştir (Ferrer vd., 2017). 2018 yılında İsveç'te yapılan bir kohort çalışmasında, çocukluk çağı istismarına tekrarlayan şekilde maruz kalmış kişilerde DEHB için artmış bir risk olduğu bulunmuştur (Björkenstam vd., 2018). Dalbudak ve Evren'in üniversite öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada, DEHB ve BKB için paylaşılan risk faktörleri araştırılmış, çocukluk çağındaki duygusal ve fiziksel istismar ile yetişkinlikteki DEHB semptomlarının, borderline kişilik özellikleri şiddetinin anlamlı yordayıcıları olduğu gösterilmiştir (Dalbudak ve Evren, 2015). Mevcut çalışmalar, çocukluk çağı travmalarının hem DEHB hem de BKB gelişimi üzerindeki etkisini ayrı ayrı ele almakta ve travmanın hassas bireylerde bu bozuklukların gelişimini artırabileceğini göstermektedir. Çalışmamızda, önceki araştırmalardan farklı olarak, çocukluk çağı travmalarının borderline kişilik özelliklerinin gelişimi üzerindeki etkisi DEHB'li ergenlerde incelenmiştir. Bu kapsamda, elde edilen bulgular, çocukluk çağı travmalarının DEHB'li ergenlerde borderline kişilik özelliklerinin gelişiminde önemli bir rol oynadığını ortaya koymakta ve literatüre önemli bir katkı sunmaktadır.

Çalışmamızda, BKÖÇÖ duygusal düzensizlik alt boyutunun bağımlı değişken, ÇÇTÖ-T'nin ise bağımsız değişken olarak belirlendiği regresyon modellerinin tamamında, çocukluk çağı travmalarının duygusal düzensizlik alt boyutunu anlamlı bir şekilde yordadığı bulunmuştur. Bu sonuç, BKB'nin dürtüsellik ve duygusal düzensizlik gibi mizaç özellikleri ile bireyin özel duygusal deneyimlerini ifade etmesine karşı hoşgörüsüzlükle şekillenen geçersizleştirici bir çocukluk ortamının etkileşimi sonucunda geliştiğini öne süren görüşü destekler niteliktedir (Linehan, 1993). Bu tür olumsuz çevresel koşullara maruz kalan çocuklar, duygularını etkili bir şekilde düzenleme becerilerini geliştirememekte ve bu

durum, onların duygusal bastırma ile yoğun duygusal dalgalanmalar arasında gidip gelmelerine neden olmaktadır (Weiner vd., 2019). Literatürde yapılan pek çok çalışma, BKB'nin çocukluk döneminde yaşanan istismar ve ihmal ile diğer kişilik bozukluklarından daha fazla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Battle vd., 2004; Zanarini vd., 2006). Ayrıca, duygusal düzenleme güçlüklerinin, çocukluk çağı travmaları ile BKB gelişimi arasındaki ilişkide temel bir aracı mekanizma olduğu çeşitli araştırmalarla doğrulanmıştır (van Dijke vd., 2010). Çalışmamızdan elde edilen bulgular, mevcut literatürle uyumlu olup, DEHB'li bireylerde çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimlerin, duygu düzenleme becerilerini olumsuz yönde etkileyerek yaşamın ilerleyen dönemlerinde borderline kişilik özellikleri gelişimine zemin hazırlayabileceğini düşündürmektedir. Bu bireylerde erken dönemde duygusal düzenleme stratejilerine yönelik müdahaleler borderline kişilik özelliklerinin gelişimini önlemeye yardımcı olabilir.

Çalışmamız DEHB'li katılımcılarda çocukluk çağı travmalarının, BKÖÇÖ olumsuz ilişkiler alt boyutunu yordadığını ortaya koymuştur. DEHB'li bireyler için sosyal destek ağlarının önemi büyüktür. DEHB'nin neden olduğu dikkat dağınıklığı ve dürtüsellik gibi sorunlar, çocukluk döneminde yaşanan travmatik deneyimlerle birleştiğinde sosyal becerilerin gelişimini daha da zorlaştırabilir. Bu durum, bireylerin akranlarıyla sağlıklı ilişkiler kurma ve sürdürme süreçlerinde zorluk yaşamalarına ve sosyal dışlanma ile karşı karşıya kalmalarına neden olabilir (de Boo ve Prins, 2007). Travmatik deneyimlerin, DEHB'li ergenlerde kişilerarası ilişki bozukluklarıyla ilişkisinin bir diğer olası mekanizması ise bağlanma süreçleriyle açıklanabilir. Minzenberg ve arkadaşları tarafından BKB'li hastalarla yapılan bir çalışmada, çocukluk çağı kötü muamelesi, kişilerarası işlev bozuklukları ve BKB'nin diğer klinik semptomlarıyla bağlanma bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Minzenberg vd., 2006). Bağlanma Kuramı'na göre, bağlanma stilleri erken çocukluk döneminde bakım verenlerle kurulan etkileşimler sonucu şekillenmekte ve yetişkinlikte kişilerarası ilişkilerde sürdürülmektedir (Holmes, 2014). Çocukluk çağında yaşanan travmalar, bireylerin güvenli bağlanma geliştirmesini engelleyebilir ve bu durum ergenlik döneminde sosyal destekten yeterince yararlanamamalarına neden olarak kişilerarası ilişkilerde bozulmalara yol açabilir. Özellikle başkalarının güvenilmez olduğuna dair gelişen olumsuz bilişsel şemalar, ergenlik dönemindeki kişilerarası ilişkilerin kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Çocukluk çağı travması ile güvensiz bağlanma arasındaki yakın ilişkiyi dikkate alan birçok araştırmacı, bu bağlantıyı psikiyatrik hastalarda incelemiş ve tutarlı bir şekilde çocukluk çağı travmalarının

psikiyatrik hastalarda güvensiz bağlanma stilleriyle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Baryshnikov vd., 2017; Frias vd., 2016). Buchheim ve meslektaşları, BKB hastalarının bağlanma durumlarını başlangıçta ve bir yıllık psikoterapi sürecinin ardından değerlendirmiş ve dezorganize bağlanma yaşayan BKB hastalarının, dezorganize bağlanma yaşamayanlara kıyasla daha kötü psikososyal işlevselliğe sahip olduğunu bildirmişlerdir (Buchheim vd., 2017). Duygudurum bozukluğu olan hastalar ile yapılan bir çalışmada, çocukluk çağı travmaları ile borderline kişilik özellikleri arasındaki ilişkiye güvensiz bağlanmanın aracılık ettiği bulunmuştur (Baryshnikov vd., 2017). Çalışmamız, DEHB'li hastalardaki çocukluk çağı travmalarının ergenlikte kişiler arası ilişkilerde görülen olumsuzlukların yordayıcısı olduğuna dikkat çekmektedir. Ancak, bu ilişkinin altında yatan mekanizmaların daha iyi anlaşılabilmesi için, gelecekte yapılacak uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Kendine zarar verme davranışı, bireyin kısa süreli bir rahatlama sağlayarak öfke, yalnızlık, boşluk veya üzüntü gibi yoğun ve ezici duygusal sıkıntıları azaltmak ya da yönetmek için kullandığı bir baş etme mekanizmasıdır (Calvo vd., 2024). Bazı bireyler, yaşamlarındaki zorlu deneyimlere duygusal veya sosyal düzensizlikle yanıt vermelerine neden olan ve bu deneyimlerini yönetmek için kendine zarar verme davranışına başvurma gereksinimi yaratan kırılganlıklar geliştirebilir. Bu kırılganlık faktörlerinin genetik yatkınlık, yüksek duygusal tepkisellik ve çocukluk çağı kötü muamelesi gibi risk faktörlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Nock, 2009). Araştırmalar, çocukluk çağında kötü muameleye maruz kalmanın, frontal kortekste azalmış aktivite ve artmış stres tepkisi ile ilişkilendirilen nörobiyolojik anormalliklere yol açabileceğini göstermektedir (Kaufman ve Charney, 2001). Bu tür nörobiyolojik değişiklikler, bireylerde artan duygusal tepkiselliğin yönetilmesini zorlaştırarak, stresli veya zorlayıcı olaylara duygusal ya da sosyal düzensizlikle yanıt verme eğilimini artırabilir. Bu süreç, çocukluk çağı travmalarına maruz kalan bireylerde, etkili sosyal sorun çözme ve iletişim becerilerinin öğrenilmesini engelleyerek ergenlik döneminde, bireyin kendine zarar verme gibi uygunsuz baş etme mekanizmalarına sebep olmaktadır (Edinger vd., 2020). Çocukluk çağı travmalarının kendine zarar verme davranışları üzerindeki bu etkileri, konuyla ilgili çok sayıda araştırmanın yapılmasına zemin hazırlamıştır. Thompson ve arkadaşları tarafından düşük sosyoekonomik düzeyden gelen ve olumsuz çevresel koşullara sahip çocuklarla gerçekleştirilen bir çalışmada, fiziksel istismarın şiddeti, kötü muamelenin kronikliği ve birden fazla kötü muamele türüne maruz kalma durumlarının, çocuklarda intihar düşüncelerini güçlü bir şekilde yordadığı bulunmuştur (Thompson vd., 2005). Benzer

şekilde, çocukluk çağı olumsuz yaşam olaylarının, yetişkinlik döneminde ortaya çıkan intihar düşünceleri ve intihar girişimleri gibi kendine zarar verme davranışları üzerindeki etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilen toplum temelli bir araştırmada, çocukluk döneminde yaşanan istismar ve ihmalin, yetişkinlikte gelişen intihar eğilimleri için önemli bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (Enns vd., 2006).

Çalışmamızda, çocukluk çağı travmalarının ergenlik döneminde kendine zarar verme davranışlarını yordadığı bulunmuş ve bu ilişki içinde duygusal istismarın en güçlü belirleyici olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgu, Liu ve arkadaşları tarafından yapılan meta-analizle tutarlıdır. Söz konusu çalışmada çocukluk çağı kötü muamelesinin tüm alt türlerinin kendine zarar verme davranışıyla ilişkili olduğu, ancak en güçlü ilişkinin duygusal istismar ile bulunduğu gösterilmiştir (Liu vd., 2018). Çocukluk çağı kötü muamelesi ile intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme arasındaki ilişkiyi inceleyen yakın tarihli bir meta-analizde, çocukluk çağı kötü muamelesinin tüm alt türleri (duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal) ile intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. En güçlü ilişki, duygusal istismar ile bulunmuş, duygusal istismara maruz kalan ergenlerin, kendine zarar verme davranışı sergileme olasılığının yaklaşık üç kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Calvo vd., 2024).

Bizim çalışmamızda da bu çalışmalarla benzer şekilde kendine zarar verme alt boyutu ile en güçlü ilişki gösteren çocukluk çağı travma türünün duygusal istismar olduğu gözlemlenmiştir. Çalışmamızda elde edilen, çocukluk çağı travmalarının kendine zarar verme davranışlarını yordadığı yönündeki bulgumuz, literatürle uyum göstermekle olup, DEHB'li bireylerde erken yaşta yaşanan travmatik deneyimlerin, ilerleyen dönemlerde bu bireylerde kendine zarar vermeyle ilişkili davranışları geliştirme riskini artırabileceğini göstermektedir. Ayrıca duygusal istismarın, diğer istismar türlerine göre bu ilişkide daha belirleyici olabileceğine işaret etmektedir.

Araştırmamız, çocukluk çağı travmalarının BKÖÇÖ kimlik problemleri alt boyutunu yordadığını ortaya koymuştur. Kimlik, bireyin yaşamına anlam ve yön veren roller, hedefler ve değerlerin bütünleşmesiyle oluşan karmaşık bir yapıdır. Erik Erikson, kimliğin yaşam planlamasında birey için bir rehber işlevi gördüğünü ifade etmiştir (Berman, 2016). Gelişimsel psikopatoloji perspektifine göre, çocuklukta yaşanan kötü muamele kimlik gelişimini olumsuz etkileyen önemli bir psikososyal bir stres faktörü olarak değerlendirilmektedir (Potterton vd., 2022). Çocukluk çağı travması kimlik gelişimini

bozucu etkisini, kimlik gelişimine katkıda bulunan deneyimlerden bireyi mahrum bırakarak gerçekleştirmektedir. Bu etkinin, özellikle kimlik oluşumunda gelişimsel bir dönüm noktası olan ergenlik döneminde daha belirgin hale geldiği bilinmektedir (Azarmehr vd., 2024; van Doeselaar vd., 2020). Çocukluk döneminde kötü muameleye maruz kalan bireyler, ergenlik sürecinde kimliklerini keşfederken kendilerini güvende hissetmeyebilirler ve bu durum kimlik karmaşasına yol açabilir (Berman vd., 2020). Kimlik karmaşasının, çocukken ihmal edilmiş ve kim olduklarına dair net bir duygu geliştirmek için gerekli destek fırsatlarından mahrum bırakılmış ergenler arasında yaygın bir gelişimsel sorun olduğu bildirilmektedir (Backes ve Bonnie, 2019). Travmatik olayların kimlik üzerindeki etkilerine dair çalışmalar çeşitli grupları incelemiş olsa da özellikle ergenlik dönemindeki etkileri ele alan araştırmaların sınırlı olduğu dikkat çekmektedir. ABD’de yaşayan ve çeşitli ülkelerden gelen mülteci ergenlerle yapılan bir çalışmada, savaş ve çatışmanın travmatik etkilerine maruz kalmanın, ergen katılımcılarda kimlik gelişimini olumsuz etkilediği ve kimlik sıkıntılarını artırdığı gösterilmiştir (Guler, 2014). Benzer şekilde çocukluk travmalarının ve pandeminin ergenlerin kimlik karmaşası üzerindeki etkilerini inceleyen başka bir çalışmada, çocukluk travmalarının ergenlikte kimlik karmaşasını artırdığı saptanmıştır (Azarmehr vd., 2024). Ergenlerde yapılan bir başka çalışmada ise çalışmamızla çelişkili bulgular saptandığı görülmüştür. Bu çalışmada, stresli yaşam olaylarının ergenlerin kimlik gelişimi üzerinde doğrudan bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir (de Moor vd., 2019). Bulgularımız, DEHB’li ergenlerde çocukluk çağındaki travmatik deneyimlerin ilerleyen süreçlerde kimlik gelişimini uzun vadede şekillendirme potansiyeline sahip olabileceğini düşündürmektedir. Özellikle, travmatik deneyimlerin DEHB’li bireylerin kimlik oluşumu üzerindeki spesifik etkilerini ve bu sürece katkıda bulunan bireysel ve çevresel faktörleri inceleyen araştırmalar, daha hedefe yönelik müdahaleler geliştirilmesine önemli katkılar sağlayabilir.

Bildiğimiz kadarıyla çalışmamız çalışmamız çocukluk çağı travmalarının ergenlikte borderline kişilik özelliklerine etkisini alt boyutlar düzeyinde inceleyerek, bu ilişkiyi DEHB örnekleminde ele alan ilk araştırmadır. Bu bulgular, BKB gelişim sürecinde travmatik deneyimlerin inkâr edilemez etkisini desteklerken, DEHB tanısı almış ergenlerde çocuklukta yaşanan travmatik olayların gelişimsel süreçleri olumsuz etkileyerek borderline kişilik özelliklerinin ortaya çıkışını arttırabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda borderline kişilik özelliklerini değerlendirdiğimiz DEHB’li bireylerde klinik olarak doğrulanmış bir BKB tanısı olmaması ve katılımcıların büyük çoğunluğunun bu özellikler açısından eşik altı düzeyde bulunması, önemli bir kısıtlılık olarak

değerlendirilmektedir. Bu durum, BKB tanısı almış veya yüksek düzeyde borderline kişilik özellikleri sergileyen bireylerde bulguların genellenebilirliğini sınırlandırabilir. Bu nedenle, BKB tanısı almış veya belirgin düzeyde borderline özelliklere sahip bireyler üzerinde yapılacak gelecekteki çalışmalar, DEHB ve BKB arasındaki gelişimsel ilişkilerin belirlenmesine katkı sağlayabilir. Ayrıca, örneklem büyüklüğümüzün nispeten küçük olması, bulgularımızın genellenebilirliğini sınırlamaktadır ve sonuçların daha geniş bir örnekleme tekrarlanması önem taşımaktadır. Ek olarak çalışmamızda hasta ve sağlıklı gruplar arasındaki değişkenleri karşılaştırmak için sağlıklı bir kontrol grubu yer almamıştır. Çalışmamızda retrospektif bir yaklaşım benimsenmiş olup, borderline kişilik özelliklerine ilişkin veriler yalnızca bir zaman noktasında toplanmıştır. Bu durum, borderline kişilik özelliklerinin ve bu özellikleri yordayan değişkenlerle ilişkilerinin zaman içindeki gelişimsel seyrini incelememizi engellemiştir. Gelecekte yürütülecek boylamsal araştırmalar, bu eksiklikleri gidermekle birlikte, DEHB ve borderline kişilik özellikleri arasındaki ilişkilerin nedensel bağlantılarının anlaşılmasına katkıda bulunabilir.

Çalışmamızın kısıtlılıklarının yanı sıra, güçlü yönleri de bulunmaktadır. DEHB’li bireylerde borderline kişilik özelliklerini alt boyutlar düzeyinde ele alan çalışmamız, birçok açıdan özgün bir yaklaşım sergilemektedir. Borderline kişilik özelliklerinin gelişimini etkileyen faktörleri kapsamlı bir şekilde değerlendirmek amacıyla çalışmada ayrıntılı bir sosyodemografik ve klinik veri formu kullanılmıştır. Bu yöntem, katılımcıların bireysel, ailesel ve klinik özellikleri ile borderline kişilik özellikleri arasındaki ilişkilerin daha derinlemesine incelenmesine olanak sağlamıştır. Çalışmamız, ergenlik dönemindeki borderline kişilik özellikleri üzerindeki etkileri açısından çocuklukta görülen DEHB, KOKGB, DB semptomlarının ayrıntılı olarak incelendiği ilk araştırmalardan biridir. Ayrıca, çocukluk çağı travmalarının alt boyutlar düzeyinde değerlendirilmesi ve katılımcıların çocukluk döneminde sahip olduğu ikincil psikiyatrik bozuklukların klinisyenler tarafından tanısal değerlendirme yoluyla ele alınması, çalışmamızın önemli güçlü yönleri arasında yer almaktadır. Bu kapsamlı yaklaşım, DEHB ve borderline kişilik özellikleri arasındaki ilişkilerin anlaşılmasına katkı sağlamaktadır. Bunun yanı sıra, risk faktörlerinin birbirinden bağımsız etkilerini değerlendirmek amacıyla çok değişkenli regresyon analizleri kullanılmıştır. Bu metodolojik yaklaşım, risk faktörlerinin borderline kişilik özellikleri üzerindeki özgül etkilerinin daha net bir şekilde ortaya koyulmasını sağlamıştır.

6.SONUÇ

Bu çalışma, çocukluk döneminde DEHB tanısı almış bireylerin sosyodemografik ve klinik verilerini detaylı bir şekilde değerlendirerek, bu verilerin ergenlikte gözlemlenen borderline kişilik özellikleri üzerindeki etkilerini incelemiş ve literatüre önemli katkılar sunmuştur. Çalışmada, ergen katılımcıların mevcut DEHB belirtileri ile borderline kişilik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak, çocukluk dönemindeki DEHB belirtilerinin ergenlik dönemindeki borderline kişilik özellikleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Çalışmamızın sonuçları, cinsiyet, yaş, çocukluk dönemindeki KOKGB ek tanısı ve çocukluk çağı travmalarının ergenlikte gözlemlenen borderline kişilik özellikleri için önemli yordayıcı faktörler olduğunu ortaya koymuştur. Elde edilen sonuçlar, çocukluk döneminde DEHB'ye ek olarak KOKGB tanısı alan bireylerin, ilerleyen yaşlarda borderline kişilik özellikleri geliştirme riski açısından yakından izlenmesi gerektiğini ortaya koymakta ve KOKGB'ye yönelik erken müdahale ve önleyici psikososyal desteklerin önemini vurgulamaktadır. Ayrıca DEHB'li bireylerde erken dönemde görülen KOKGB belirtilerinin, gelişimsel süreç içerisindeki rolünü anlamak için gelecekte yapılacak boylamsal çalışmalara katkı sağlamaktadır. Bu doğrultuda, klinik değerlendirmelerde DEHB semptomlarına eşlik eden KOKGB semptomlarının uzun vadeli etkilerinin de göz önünde bulundurulması gerektiği düşünülmektedir. Ek olarak sonuçlarımız erken dönem travmatik yaşantıların, borderline kişilik özellikleri üzerindeki etkilerini gözler önüne sermekte ve DEHB'li bireylerde çocukluk çağı travmalarının dikkatle ele alınması gerektiğini göstermektedir. Erken müdahale programlarının çocukluk çağı travmalarını ele alacak şekilde yapılandırılması, ilerleyen yaşlarda gelişebilecek borderline kişilik özelliklerini önleme açısından önemli bir adım olabilir. Çalışmamız, çocuklukta DEHB tanısı almış ergenlerde borderline kişilik özelliklerinin gelişimine yönelik risk faktörlerinin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlamakta ve klinik uygulamalarda hedefe yönelik müdahale stratejilerinin tasarlanmasına ışık tutmaktadır.

DEHB'li çocuklarda borderline kişilik özelliklerinin gelişimine uzanan süreç, halen tam olarak aydınlatılamamış karmaşık etkileşimler tarafından şekillenmektedir. Bu süreçte, biyolojik, çevresel ve psikososyal faktörlerin birlikte rol oynadığı düşünülmektedir. Bu faktörler arasındaki ilişkilerin daha iyi anlaşılabilmesi ve borderline kişilik özelliklerinin gelişimsel seyrinin netleştirilebilmesi için, DEHB'li bireyleri farklı zaman noktalarında değerlendiren boylamsal çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

7. KAYNAKLAR

- Abdelnour, E., Jansen, M. O., & Gold, J. A. (2022). ADHD Diagnostic Trends: Increased Recognition or Overdiagnosis? *Mo Med*, 119(5), 467-473.
- Akça, Ö. F., Wall, K., & Sharp, C. (2020). Borderline personality disorder and attention deficit/hyperactivity disorder in adolescence: overlap and differences in a clinical setting. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 7, 1-9.
- Álamo, C., López-Muñoz, F., & Sánchez-García, J. (2016). Mechanism of action of guanfacine: a postsynaptic differential approach to the treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Actas espanolas de psiquiatria*, 44(3), 107-112.
- Albajara Sáenz, A., Villemonteix, T., & Massat, I. (2019). Structural and functional neuroimaging in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Dev Med Child Neurol*, 61(4), 399-405. doi:10.1111/dmcn.14050
- Alberts-Corush, J., Firestone, P., & Goodman, J. T. (1986). Attention and impulsivity characteristics of the biological and adoptive parents of hyperactive and normal control children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(3), 413-423.
- Aleva, A., Laceulle, O. M., Denissen, J. J., Hessels, C. J., & van Aken, M. A. (2023). Adolescence as a peak period of borderline personality features? A meta-analytic approach. *European Journal of Personality*, 37(6), 669-685.
- American Psychiatric Association. (1968). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-II).
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third ed., (DSMIII).
- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Revised (DSM-III-R): Washington DC: APA Press.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5th ed.) DSM-5 (Vol. 5). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Anckarsäter, H., Stahlberg, O., Larson, T., Hakansson, C., Jutblad, S.-B., Niklasson, L., . . . Cloninger, C. R. (2006). The impact of ADHD and autism spectrum disorders on temperament, character, and personality development. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1239-1244.
- Andrewes, H. E., Hulbert, C., Cotton, S. M., Betts, J., & Chanen, A. M. (2019). Relationships between the frequency and severity of non-suicidal self-injury and suicide attempts in youth with borderline personality disorder. *Early intervention in psychiatry*, 13(2), 194-201.
- Asherson, P. (2012). ADHD across the lifespan. *Medicine*, 40(11), 623-627.

- Asherson, P., Buitelaar, J., Faraone, S. V., & Rohde, L. A. (2016). Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues. *The Lancet Psychiatry*, 3(6), 568-578.
- Association, A. P. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Text revision*.
- Association, A. P. (2001). *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*: American Psychiatric Pub.
- Association, A. P. (2024). *The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*: American Psychiatric Pub.
- Auersperg, F., Vlasak, T., Ponocny, I., & Barth, A. (2019). Long-term effects of parental divorce on mental health—A meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 119, 107-115.
- Ayano, G., Demelash, S., Gizachew, Y., Tsegay, L., & Alati, R. (2023). The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. *J Affect Disord*, 339, 860-866. doi:10.1016/j.jad.2023.07.071
- Aydin, S. U., Basay, B. K., Cetin, G. O., Aydin, A. G., & Tepeli, E. (2019). Altered microRNA 5692b and microRNA let-7d expression levels in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of psychiatric research*, 115, 158-164.
- Azarmehr, R., Reck, A. J., Zhang, L., & Oshri, A. (2024). COVID-19-related stress exacerbates the effect of child maltreatment on negative affect via increased identity confusion during adolescence. *J Adolesc*, 96(1), 18-30. doi:10.1002/jad.12249
- Backes, E. P., & Bonnie, R. J. (2019). The promise of adolescence: Realizing opportunity for all youth.
- Banaschewski, T., Becker, K., Scherag, S., Franke, B., & Coghill, D. (2010). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview. *European child & adolescent psychiatry*, 19, 237-257.
- Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Rüther, E. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry research*, 134(2), 169-179.
- Barkley, R. A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry*, 63 Suppl 12, 10-15.
- Barkley, R. A. (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*: Guilford Publications.

- Barkley, R. A., Cunningham, C. E., Gordon, M., Faraone, S. V., Lewandowski, L., & Murphy, K. R. (2006). ADHD symptoms vs. impairment: revisited. *The ADHD Report: Special Issue—Focus on Assessment*, 14(2), 1-9.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Kwasnik, D. (1996). Motor vehicle driving competencies and risks in teens and young adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 98(6), 1089-1095.
- Baryshnikov, I., Joffe, G., Koivisto, M., Melartin, T., Aaltonen, K., Suominen, K., . . . Isometsä, E. (2017). Relationships between self-reported childhood traumatic experiences, attachment style, neuroticism and features of borderline personality disorders in patients with mood disorders. *J Affect Disord*, 210, 82-89. doi:10.1016/j.jad.2016.12.004
- Battaloğlu, E., & Başak, A. N. (2010). Kompleks hastalık genetiği: güncel kavramlar ve nörolojik hastalıkların tanısında kullanılan genomik yöntemler. *Klinik Gelişim Dergisi*, 23(1), 128.
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., . . . Morey, L. C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *J Pers Disord*, 18(2), 193-211. doi:10.1521/pedi.18.2.193.32777
- Batty, M. J., Liddle, E. B., Pitiot, A., Toro, R., Groom, M. J., Scerif, G., . . . Hollis, C. (2010). Cortical gray matter in attention-deficit/hyperactivity disorder: a structural magnetic resonance imaging study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(3), 229-238.
- Bauermeister, J. J., Shrout, P. E., Ramírez, R., Bravo, M., Alegría, M., Martínez-Taboas, A., . . . Ribera, J. C. (2007). ADHD correlates, comorbidity, and impairment in community and treated samples of children and adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, 35, 883-898.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., . . . Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(2), 295-302.
- Berman, S. L. (2016). Identity and trauma. *Journal of Traumatic Stress Disorders & Treatment*, 5(2), 1-3.
- Berman, S. L., Montgomery, M. J., & Ratner, K. (2020). Trauma and identity: A reciprocal relationship? In (Vol. 79, pp. 275-278): Elsevier.
- Bernardi, S., Faraone, S. V., Cortese, S., Kerridge, B. T., Pallanti, S., Wang, S., & Blanco, C. (2012). The lifetime impact of attention deficit hyperactivity disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Psychological medicine*, 42(4), 875-887.

- Bernstein, D. P., Cohen, P., Skodol, A., Bezirgianian, S., & Brook, J. S. (1996). Childhood antecedents of adolescent personality disorders. *The American journal of psychiatry*, 153(7), 907-913.
- Bernstein, D. P., Cohen, P., Velez, C. N., Schwab-Stone, M., Siever, L. J., & Shinsato, L. (1993). Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *Am J Psychiatry*, 150(8), 1237-1243. doi:10.1176/ajp.150.8.1237
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., . . . Desmond, D. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190.
- Biederman, J., & Faraone, S. V. (2005). Epidemiology and diagnosis. *Lancet*, 366, 237-248.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Mick, E., Monuteaux, M. C., & Aleardi, M. (2006). Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community. *J Clin Psychiatry*, 67(4), 524-540. doi:10.4088/jcp.v67n0403
- Biskin, R. S., Paris, J., Renaud, J., Raz, A., & Zerkowicz, P. (2011). Outcomes in women diagnosed with borderline personality disorder in adolescence. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 20(3), 168-174.
- Björkenstam, E., Björkenstam, C., Jablonska, B., & Kosidou, K. (2018). Cumulative exposure to childhood adversity, and treated attention deficit/hyperactivity disorder: a cohort study of 543 650 adolescents and young adults in Sweden. *Psychol Med*, 48(3), 498-507. doi:10.1017/s0033291717001933
- Bøe, T., Øverland, S., Lundervold, A. J., & Hysing, M. (2012). Socioeconomic status and children's mental health: results from the Bergen Child Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(10), 1557-1566. doi:10.1007/s00127-011-0462-9
- Bornoalova, M. A., Hicks, B. M., Iacono, W. G., & McGue, M. (2009). Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: a longitudinal twin study. *Dev Psychopathol*, 21(4), 1335-1353. doi:10.1017/s0954579409990186
- Bozzatello, P., Bellino, S., Bosia, M., & Rocca, P. (2019). Early Detection and Outcome in Borderline Personality Disorder. *Front Psychiatry*, 10, 710. doi:10.3389/fpsy.2019.00710
- Branje, S. (2022). Adolescent identity development in context. *Curr Opin Psychol*, 45, 101286. doi:10.1016/j.copsyc.2021.11.006
- Briars, L., & Todd, T. (2016). A review of pharmacological management of attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics*, 21(3), 192-206.

- Bridler, R., Häberle, A., Müller, S. T., Cattapan, K., Grohmann, R., Toto, S., . . . Greil, W. (2015). Psychopharmacological treatment of 2195 in-patients with borderline personality disorder: A comparison with other psychiatric disorders. *Eur Neuropsychopharmacol*, 25(6), 763-772. doi:10.1016/j.euroneuro.2015.03.017
- Brown, H. R., & Harvey, E. A. (2019). Psychometric Properties of ADHD Symptoms in Toddlers. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 48(3), 423-439. doi:10.1080/15374416.2018.1485105
- Brown, T. E. (2005). *Attention deficit disorder: The unfocused mind in children and adults*: Yale University Press.
- Brunner, R., Henze, R., Parzer, P., Kramer, J., Feigl, N., Lutz, K., . . . Stieltjes, B. (2010). Reduced prefrontal and orbitofrontal gray matter in female adolescents with borderline personality disorder: is it disorder specific? *Neuroimage*, 49(1), 114-120.
- Buchheim, A., Hörz-Sagstetter, S., Doering, S., Rentrop, M., Schuster, P., Buchheim, P., . . . Fischer-Kern, M. (2017). Change of Unresolved Attachment in Borderline Personality Disorder: RCT Study of Transference-Focused Psychotherapy. *Psychother Psychosom*, 86(5), 314-316. doi:10.1159/000460257
- Bunford, N., Evans, S. W., & Wymbs, F. (2015). ADHD and emotion dysregulation among children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18, 185-217.
- Burd, L., & Kerbeshian, J. (1988). Historical roots of ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(2), 262-262.
- Burke, J. D., & Stepp, S. D. (2012). Adolescent disruptive behavior and borderline personality disorder symptoms in young adult men. *J Abnorm Child Psychol*, 40(1), 35-44. doi:10.1007/s10802-011-9558-7
- Caci, H., Doepfner, M., Asherson, P., Donfrancesco, R., Faraone, S., Hervas, A., & Fitzgerald, M. (2014). Daily life impairments associated with self-reported childhood/adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder and experiences of diagnosis and treatment: Results from the European Lifetime Impairment Survey. *European Psychiatry*, 29(5), 316-323.
- CADDRA–Canadian, A. (2020). Resource Alliance: Canadian ADHD Practice Guidelines. In: Toronto ON.
- Cailhol, L., Jeannot, M., Rodgers, R., Guelfi, J., Perez-Diaz, F., Pham-Scottez, A., . . . Speranza, M. (2013). Borderline personality disorder and mental healthcare service use among adolescents. *Journal of personality disorders*, 27(2), 252-259.
- Calvo, N., Lugo-Marín, J., Oriol, M., Pérez-Galbarro, C., Restoy, D., Ramos-Quiroga, J. A., & Ferrer, M. (2024). Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury in adolescent population: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl*, 157, 107048. doi:10.1016/j.chiabu.2024.107048

- Carlson, E. A., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Dev Psychopathol*, 21(4), 1311-1334. doi:10.1017/s0954579409990174
- Carpenter, R. W., & Trull, T. J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current psychiatry reports*, 15, 1-8.
- Cénat, J. M., Kokou-Kpolou, C. K., Blais-Rochette, C., Morse, C., Vandette, M.-P., Dalexis, R. D., . . . Kogan, C. S. (2024). Prevalence of ADHD among black youth compared to white, latino and Asian youth: a meta-analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 53(3), 373-388.
- Chabrol, H., Montovany, A., Ducongé, E., Kallmeyer, A., Mullet, E., & Leichsenring, F. (2004). Factor structure of the borderline personality inventory in adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 20(1), 59-65.
- Chamberlain, S. R., & Sahakian, B. J. (2007). The neuropsychiatry of impulsivity. *Current opinion in psychiatry*, 20(3), 255-261.
- Chanen, A., Sharp, C., & Hoffman, P. (2017). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority. *World Psychiatry*, 16(2), 215-216. doi:10.1002/wps.20429
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McGorry, P. D., Allot, K. A., Clarkson, V., & Yuen, H. P. (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of personality disorders*, 18(6), 526-541.
- Chanen, A. M., Jovev, M., McCutcheon, L. K., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2008). Borderline personality disorder in young people and the prospects for prevention and early intervention. *Current Psychiatry Reviews*, 4(1), 48-57.
- Chanen, A. M., & Kaess, M. (2012). Developmental pathways to borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*, 14(1), 45-53.
- Chanen, A. M., Nicol, K., Betts, J. K., & Thompson, K. N. (2020). Diagnosis and treatment of borderline personality disorder in young people. *Current psychiatry reports*, 22, 1-8.
- Chanen, A. M., Velakoulis, D., Carison, K., Gaunson, K., Wood, S. J., Yuen, H. P., . . . Pantelis, C. (2008). Orbitofrontal, amygdala and hippocampal volumes in teenagers with first-presentation borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 163(2), 116-125.
- Chang, Z., Lichtenstein, P., Asherson, P. J., & Larsson, H. (2013). Developmental twin study of attention problems: high heritabilities throughout development. *JAMA psychiatry*, 70(3), 311-318.

- Charach, A., Dashti, B., Carson, P., Booker, L., Lim, C. G., Lillie, E., . . . Schachar, R. (2011). Attention deficit hyperactivity disorder: effectiveness of treatment in at-risk preschoolers; long-term effectiveness in all ages; and variability in prevalence, diagnosis, and treatment.
- Chazan, R., Borowski, C., Pianca, T., Ludwig, H., Rohde, L. A., & Polanczyk, G. (2011). Do phenotypic characteristics, parental psychopathology, family functioning, and environmental stressors have a role in the response to methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? A naturalistic study from a developing country. *J Clin Psychopharmacol*, 31(3), 309-317. doi:10.1097/JCP.0b013e318217b4df
- Choi-Kain, L. W., Albert, E. B., & Gunderson, J. G. (2016). Evidence-based treatments for borderline personality disorder: Implementation, integration, and stepped care. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(5), 342-356.
- Class, Q. A., Abel, K. M., Khashan, A. S., Rickert, M. E., Dalman, C., Larsson, H., . . . D'Onofrio, B. M. (2014). Offspring psychopathology following preconception, prenatal and postnatal maternal bereavement stress. *Psychological medicine*, 44(1), 71-84.
- Clements, C. C., Castro, V. M., Blumenthal, S. R., Rosenfield, H. R., Murphy, S. N., Fava, M., . . . Doyle, A. E. (2015). Prenatal antidepressant exposure is associated with risk for attention-deficit hyperactivity disorder but not autism spectrum disorder in a large health system. *Molecular psychiatry*, 20(6), 727-734.
- Coghill, D., & Banaschewski, T. (2009). The genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert review of neurotherapeutics*, 9(10), 1547-1565.
- Coghill, D., Banaschewski, T., Cortese, S., Asherson, P., Brandeis, D., Buitelaar, J., . . . Doepfner, M. (2021). The management of ADHD in children and adolescents: bringing evidence to the clinic: perspective from the European ADHD Guidelines Group (EAGG). *European child & adolescent psychiatry*, 1-25.
- Cohen, P. (1996). Childhood Risks for Young Adult Symptoms of Personality Disorder: Method and Substance. *Multivariate Behav Res*, 31(1), 121-148. doi:10.1207/s15327906mbr3101_7
- Conners, C. K. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder—historical development and overview. *Journal of attention disorders*.
- Cook Jr, E. H., Stein, M. A., Krasowski, M. D., Cox, N. J., Olkon, D. M., Kieffer, J. E., & Leventhal, B. L. (1995). Association of attention-deficit disorder and the dopamine transporter gene. *American journal of human genetics*, 56(4), 993.
- Cortese, S., Adamo, N., Del Giovane, C., Mohr-Jensen, C., Hayes, A. J., Carucci, S., . . . Cipriani, A. (2018). Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 5(9), 727-738. doi:10.1016/s2215-0366(18)30269-4

- Cortese, S., & Coghill, D. (2018). Twenty years of research on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): looking back, looking forward. *BMJ Ment Health*, 21(4), 173-176.
- Coşğun, S., & Çakiroğlu, S. (2020). Sınır Kişilik Özellikleri Ölçeği Çocuk ve Ergen Formunun Türkçeye uyarlanması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21.
- Cottrell, E. C., & Seckl, J. (2009). Prenatal stress, glucocorticoids and the programming of adult disease. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 3, 707.
- Crichton, A. (2008). An inquiry into the nature and origin of mental derangement: on attention and its diseases. *Journal of attention disorders*, 12(3), 200-204.
- Crick, N. R., Murray–Close, D., & Woods, K. (2005). Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and psychopathology*, 17(4), 1051-1070.
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 319-328. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.4287
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychol Bull*, 135(3), 495-510. doi:10.1037/a0015616
- Cumyn, L., French, L., & Hechtman, L. (2009). Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry*, 54(10), 673-683. doi:10.1177/070674370905401004
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse Negl*, 34(11), 813-822. doi:10.1016/j.chiabu.2010.04.004
- Dalbudak, E., & Evren, C. (2015). The impact of childhood traumas, depressive and anxiety symptoms on the relationship between borderline personality features and symptoms of adult attention deficit hyperactivity disorder in Turkish university students. *Nord J Psychiatry*, 69(1), 42-47. doi:10.3109/08039488.2014.922612
- Daley, D., Van Der Oord, S., Ferrin, M., Cortese, S., Danckaerts, M., Doepfner, M., . . . Asherson, P. (2018). Practitioner review: current best practice in the use of parent training and other behavioural interventions in the treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(9), 932-947.
- Davids, E., & Gastpar, M. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 29(6), 865-877.

- de Aquino Ferreira, L. F., Queiroz Pereira, F. H., Neri Benevides, A. M. L., & Aguiar Melo, M. C. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Res*, 262, 70-77. doi:10.1016/j.psychres.2018.01.043
- de Boo, G. M., & Prins, P. J. (2007). Social incompetence in children with ADHD: possible moderators and mediators in social-skills training. *Clin Psychol Rev*, 27(1), 78-97. doi:10.1016/j.cpr.2006.03.006
- de Moor, E. L., Van der Graaff, J., Van Dijk, M. P., Meeus, W., & Branje, S. (2019). Stressful life events and identity development in early and mid-adolescence. *Journal of Adolescence*, 76, 75-87.
- Del Casale, A., Bonanni, L., Bargagna, P., Novelli, F., Fiaschè, F., Paolini, M., . . . Pompili, M. (2021). Current Clinical Psychopharmacology in Borderline Personality Disorder. *Curr Neuropsychopharmacol*, 19(10), 1760-1779. doi:10.2174/1570159x19666210610092958
- Distel, M., Trull, T., Derom, C., Thiery, E., Grimmer, M., Martin, N., . . . Boomsma, D. (2008). Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychological medicine*, 38(9), 1219-1229.
- Distel, M. A., Carlier, A., Middeldorp, C. M., Derom, C. A., Lubke, G. H., & Boomsma, D. I. (2011). Borderline personality traits and adult attention-deficit hyperactivity disorder symptoms: a genetic analysis of comorbidity. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 156b(7), 817-825. doi:10.1002/ajmg.b.31226
- Distel, M. A., Hottenga, J.-J., Trull, T. J., & Boomsma, D. I. (2008). Chromosome 9: linkage for borderline personality disorder features. *Psychiatric Genetics*, 18(6), 302-307.
- Ditrich, I., Philipsen, A., & Matthies, S. (2021). Borderline personality disorder (BPD) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) revisited—a review-update on common grounds and subtle distinctions. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 8, 1-12.
- Drechsler, R., Brem, S., Brandeis, D., Grünblatt, E., Berger, G., & Walitza, S. (2020). ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*, 51(5), 315-335. doi:10.1055/s-0040-1701658
- Drtilkova, I., Sery, O., Theiner, P., Uhrova, A., Zackova, M., Balastikova, B., & Znojil, V. (2008). Clinical and molecular-genetic markers of ADHD in children. *Neuroendocrinology letters*, 29(3), 320-327.
- Durell, T. M., Adler, L. A., Williams, D. W., Deldar, A., McGough, J. J., Glaser, P. E., . . . Fox, B. K. (2013). Atomoxetine treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in young adults with assessment of functional outcomes: a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Journal of clinical psychopharmacology*, 33(1), 45-54.

- Eaton, N. R., Krueger, R. F., Keyes, K. M., Skodol, A. E., Markon, K. E., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2011). Borderline personality disorder co-morbidity: relationship to the internalizing-externalizing structure of common mental disorders. *Psychol Med*, 41(5), 1041-1050. doi:10.1017/s0033291710001662
- Ebert, D., Krause, J., & Roth-Sackenheim, C. (2003). [ADHD in adulthood--guidelines based on expert consensus with DGPPN support]. *Nervenarzt*, 74(10), 939-946.
- Ebner-Priemer, U. W., Houben, M., Santangelo, P., Kleindienst, N., Tuerlinckx, F., Oravecz, Z., . . . Kuppens, P. (2015). Unraveling affective dysregulation in borderline personality disorder: a theoretical model and empirical evidence. *J Abnorm Psychol*, 124(1), 186-198. doi:10.1037/abn0000021
- Edinger, A., Fischer-Waldschmidt, G., Parzer, P., Brunner, R., Resch, F., & Kaess, M. (2020). The Impact of Adverse Childhood Experiences on Therapy Outcome in Adolescents Engaging in Nonsuicidal Self-Injury. *Front Psychiatry*, 11, 505661. doi:10.3389/fpsy.2020.505661
- Elia, J., Ambrosini, P., & Berrettini, W. (2008). ADHD characteristics: I. Concurrent co-morbidity patterns in children & adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 2(1), 15. doi:10.1186/1753-2000-2-15
- Enns, M. W., Cox, B. J., Afifi, T. O., De Graaf, R., Ten Have, M., & Sareen, J. (2006). Childhood adversities and risk for suicidal ideation and attempts: a longitudinal population-based study. *Psychol Med*, 36(12), 1769-1778. doi:10.1017/s0033291706008646
- Ensink, K., Deschênes, M., Bégin, M., Cimon, L., Gosselin, T., Wais, M., . . . Fonagy, P. (2023). Dimensional model of adolescent personality pathology, reflective functioning, and emotional maltreatment. *Front Psychiatry*, 14, 1302137. doi:10.3389/fpsy.2023.1302137
- Ercan, E., Amado, S., Somer, O., & Çıkoğlu, S. (2001). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çabası. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 8(3), 132-144.
- Ercan, E. S., Polanczyk, G., Akyol Ardic, U., Yuce, D., Karacetin, G., Tufan, A. E., . . . Rodopman Arman, A. (2019). The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nordic journal of psychiatry*, 73(2), 132-140.
- Ernst, M., Moolchan, E. T., & Robinson, M. L. (2001). Behavioral and neural consequences of prenatal exposure to nicotine. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(6), 630-641.
- Erskine, H. E., Norman, R. E., Ferrari, A. J., Chan, G. C., Copeland, W. E., Whiteford, H. A., & Scott, J. G. (2016). Long-term outcomes of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(10), 841-850.

- Erşan, E. E., Doğan, O., Doğan, S., & Sümer, H. (2004). The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *European child & adolescent psychiatry*, 13, 354-361.
- Faraone, S. V. (2018). The pharmacology of amphetamine and methylphenidate: Relevance to the neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder and other psychiatric comorbidities. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 87, 255-270.
- Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., . . . Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 1, 15020-15020.
- Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., . . . Manor, I. (2021). The world federation of ADHD international consensus statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, 789-818.
- Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological medicine*, 36(2), 159-165.
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 57(11), 1313-1323.
- Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., . . . Lara, C. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The British journal of psychiatry*, 190(5), 402-409.
- Fayyad, J., Sampson, N. A., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., . . . Florescu, S. (2017). The descriptive epidemiology of DSM-IV adult ADHD in the world health organization world mental health surveys. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 9, 47-65.
- Ferrer, M., Andiön, Ó., Calvo, N., Ramos-Quiroga, J. A., Prat, M., Corrales, M., & Casas, M. (2017). Differences in the association between childhood trauma history and borderline personality disorder or attention deficit/hyperactivity disorder diagnoses in adulthood. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 267, 541-549.
- Fischer, M., Barkley, R. A., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). Young adult follow-up of hyperactive children: self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD. *Journal of abnormal child psychology*, 30, 463-475.
- Flory, K., Shi, D., Sicheloff, E. R., Roberts, A. M., Castellanos, R., Neger, E., . . . Benson, K. (2021). The Factor Structure and Gender Invariance of ADHD Symptoms in College Students. *Assessment*, 28(1), 57-72. doi:10.1177/1073191120918934

- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of psychoanalysis*, 72(4), 639-656.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder—A mentalizing model. *Journal of personality disorders*, 22(1), 4-21.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. L. (2018). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*: Routledge.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 21(4), 1355-1381.
- Fonagy, P., Luyten, P., & Strathearn, L. (2011). Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Infant mental health journal*, 32(1), 47-69.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant mental health journal*, 12(3), 201-218.
- Fossati, A., Gratz, K. L., Borroni, S., Maffei, C., Somma, A., & Carlotta, D. (2015). The relationship between childhood history of ADHD symptoms and DSM-IV borderline personality disorder features among personality disordered outpatients: the moderating role of gender and the mediating roles of emotion dysregulation and impulsivity. *Compr Psychiatry*, 56, 121-127. doi:10.1016/j.comppsy.2014.09.023
- Fossati, A., Novella, L., Donati, D., Donini, M., & Maffei, C. (2002). History of childhood attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and borderline personality disorder: a controlled study. *Compr Psychiatry*, 43(5), 369-377. doi:10.1053/comp.2002.34634
- Freitag, C. M., Haenig, S., Schneider, A., Seitz, C., Palmason, H., Retz, W., & Meyer, J. (2012). Biological and psychosocial environmental risk factors influence symptom severity and psychiatric comorbidity in children with ADHD. *Journal of Neural Transmission*, 119, 81-94.
- Frias, A., Palma, C., Farriols, N., Gonzalez, L., & Horta, A. (2016). Anxious adult attachment may mediate the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder. *Personal Ment Health*, 10(4), 274-284. doi:10.1002/pmh.1348
- Frodl, T., & Skokauskas, N. (2012). Meta-analysis of structural MRI studies in children and adults with attention deficit hyperactivity disorder indicates treatment effects. *Acta Psychiatr Scand*, 125(2), 114-126. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01786.x
- Gardner, D. M., & Gerdes, A. C. (2015). A review of peer relationships and friendships in youth with ADHD. *Journal of attention disorders*, 19(10), 844-855.

- Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(8), 1036-1045. doi:10.1097/00004583-199708000-00011
- Gecha, T., McLaren, V., & Sharp, C. (2024). Clinical cut-off scores for the Borderline Personality Features Scale for Children to differentiate among adolescents with Borderline Personality Disorder, other psychopathology, and no psychopathology: a replication study. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*, 11(1), 21. doi:10.1186/s40479-024-00264-1
- Geselowitz, B., Whalen, D. J., Tillman, R., Barch, D. M., Luby, J. L., & Vogel, A. (2021). Preschool Age Predictors of Adolescent Borderline Personality Symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 60(5), 612-622. doi:10.1016/j.jaac.2020.07.908
- Ghanizadeh, A., Freeman, R. D., & Berk, M. (2013). Efficacy and adverse effects of venlafaxine in children and adolescents with ADHD: a systematic review of non-controlled and controlled trials. *Rev Recent Clin Trials*, 8(1), 2-8. doi:10.2174/1574887111308010002
- Gizer, I. R., Ficks, C., & Waldman, I. D. (2009). Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Human genetics*, 126, 51-90.
- Golubchik, P., Sever, J., Zalsman, G., & Weizman, A. (2008). Methylphenidate in the treatment of female adolescents with cooccurrence of attention deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder: a preliminary open-label trial. *Int Clin Psychopharmacol*, 23(4), 228-231. doi:10.1097/YIC.0b013e3282f94ae2
- Goodman, D. W., Lasser, R. A., Babcock, T., Pucci, M. L., & Solanto, M. V. (2011). Managing ADHD across the lifespan in the primary care setting. *Postgraduate medicine*, 123(5), 14-26.
- Goodman, M., Hazlett, E. A., Avedon, J. B., Siever, D. R., Chu, K.-W., & New, A. S. (2011). Anterior cingulate volume reduction in adolescents with borderline personality disorder and co-morbid major depression. *Journal of psychiatric research*, 45(6), 803-807.
- Gormez, V., Kilincaslan, A., Ebesutani, C., Orengul, A. C., Kaya, I., Ceri, V., . . . Chorpita, B. F. (2017). Psychometric properties of the parent version of the revised child anxiety and depression scale in a clinical sample of Turkish children and adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 48, 922-933.
- Greene, R. W., & Doyle, A. E. (1999). Toward a transactional conceptualization of oppositional defiant disorder: Implications for assessment and treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 129-148.
- Greenfield, B., Henry, M., Lis, E., Slatkoff, J., Guilé, J.-M., Dougherty, G., . . . Daniel, L. (2015). Correlates, stability and predictors of borderline personality disorder among previously suicidal youth. *European child & adolescent psychiatry*, 24, 397-406.

- Greven, C. U., Rijdsdijk, F. V., & Plomin, R. (2011). A twin study of ADHD symptoms in early adolescence: hyperactivity-impulsivity and inattentiveness show substantial genetic overlap but also genetic specificity. *Journal of abnormal child psychology*, 39, 265-275.
- Grevet, E. H., Bandeira, C. E., Vitola, E. S., de Araujo Tavares, M. E., Breda, V., Zeni, G., . . . Karam, R. G. (2024). The course of attention-deficit/hyperactivity disorder through midlife. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 274(1), 59-70.
- Griffiths, M. (2011). Validity, utility and acceptability of borderline personality disorder diagnosis in childhood and adolescence: survey of psychiatrists. *The Psychiatrist*, 35(1), 19-22.
- Guidelines, A. P. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association. *The American journal of psychiatry*, 158(10 Suppl), 1-52.
- Guilé, J. M., Boissel, L., Alaux-Cantin, S., & de La Rivière, S. G. (2018). Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 199-210.
- Gul, N., Tiryaki, A., Kultur, S. E. C., Topbas, M., & Ak, I. (2010). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders among school age children in Trabzon. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 20(1), 50-56.
- Guler, J. (2014). The relationship among previous exposure to war and conflict, acculturation, and identity formation among adolescent refugees.
- Gunderson, J. G. (2009). Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 530-539.
- Gunderson, J. G., & Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: A gene-environment-developmental model. *Journal of personality disorders*, 22(1), 22-41.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., . . . Sanislow, C. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of general psychiatry*, 68(8), 827-837.
- Guzder, J., Paris, J., Zelkowitz, P., & Feldman, R. (1999). Psychological risk factors for borderline pathology in school-age children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(2), 206-212. doi:10.1097/00004583-199902000-00021
- Halicka-Masłowska, J., Szewczuk-Bogusławska, M., Rymaszewska, J., Adamska, A., & Misiak, B. (2020). From Emotional Intelligence to Self-Injuries: A Path Analysis in Adolescents With Conduct Disorder. *Front Psychiatry*, 11, 556278. doi:10.3389/fpsy.2020.556278

- Hall, C. L., Selby, K., Guo, B., Valentine, A. Z., Walker, G. M., & Hollis, C. (2016). Innovations in Practice: an objective measure of attention, impulsivity and activity reduces time to confirm attention deficit/hyperactivity disorder diagnosis in children—a completed audit cycle. *Child and Adolescent Mental Health*, 21(3), 175-178.
- Hancock-Johnson, E., Griffiths, C., & Picchioni, M. (2017). A Focused Systematic Review of Pharmacological Treatment for Borderline Personality Disorder. *CNS Drugs*, 31(5), 345-356. doi:10.1007/s40263-017-0425-0
- Hastrup, L. H., Kongerslev, M. T., & Simonsen, E. (2019). Low Vocational Outcome Among People Diagnosed With Borderline Personality Disorder During First Admission to Mental Health Services in Denmark: A Nationwide 9-Year Register-Based Study. *J Pers Disord*, 33(3), 326-340. doi:10.1521/pedi_2018_32_344
- Hawes, D. J. (2014). Does the concept of borderline personality features have clinical utility in childhood? *Current Opinion in Psychiatry*, 27(1), 87-93.
- Hawton, K., Saunders, K., Topiwala, A., & Haw, C. (2013). Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *J Affect Disord*, 151(3), 821-830. doi:10.1016/j.jad.2013.08.020
- Hebebrand, J., Dempfle, A., Saar, K., Thiele, H., Herpertz-Dahlmann, B., Linder, M., . . . Warnke, A. (2006). A genome-wide scan for attention-deficit/hyperactivity disorder in 155 German sib-pairs. *Molecular Psychiatry*, 11(2), 196-205.
- Hecht, K. F., Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Crick, N. R. (2014). Borderline personality features in childhood: the role of subtype, developmental timing, and chronicity of child maltreatment. *Dev Psychopathol*, 26(3), 805-815. doi:10.1017/s0954579414000406
- Hechtman, L. T. (1993). *Hyperactive Children Grown Up: ADHD in Children, Adolescents, and Adults*: New York: Guilford Press.
- Heiser, P., Friedel, S., Dempfle, A., Konrad, K., Smidt, J., Grabarkiewicz, J., . . . Hebebrand, J. (2004). Molecular genetic aspects of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 28(6), 625-641.
- Helgeland, M. I., Kjetsberg, E., & Torgersen, S. (2005). Continuities between emotional and disruptive behavior disorders in adolescence and personality disorders in adulthood. *Am J Psychiatry*, 162(10), 1941-1947. doi:10.1176/appi.ajp.162.10.1941
- Herpertz, S. C., Dietrich, T. M., Wenning, B., Krings, T., Erberich, S. G., Willmes, K., . . . Sass, H. (2001). Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. *Biological psychiatry*, 50(4), 292-298.
- Hirsch, O., Chavanon, M., Riechmann, E., & Christiansen, H. (2018). Emotional dysregulation is a primary symptom in adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of affective disorders*, 232, 41-47.

- Hobson, R. P., Patrick, M., Crandell, L., Garcia-Perez, R., & Lee, A. (2005). Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 17(2), 329-347.
- Holmes, J. (2014). *John Bowlby and attachment theory*: Routledge.
- Hooberman, D., & Stern, T. A. (1984). Treatment of attention deficit and borderline personality disorders with psychostimulants: case report. *J Clin Psychiatry*, 45(10), 441-442.
- Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Journal of pediatric psychology*, 32(6), 655-663.
- Hughes, A. E., Crowell, S. E., Uyeji, L., & Coan, J. A. (2012). A developmental neuroscience of borderline pathology: emotion dysregulation and social baseline theory. *J Abnorm Child Psychol*, 40(1), 21-33. doi:10.1007/s10802-011-9555-x
- Humphreys, K. L., & Zeanah, C. H. (2015). Deviations from the expectable environment in early childhood and emerging psychopathology. *Neuropsychopharmacology*, 40(1), 154-170.
- Hurtig, T., Ebeling, H., Taanila, A., Miettunen, J., Smalley, S. L., McGOUGH, J. J., . . . Moilanen, I. K. (2007). ADHD symptoms and subtypes: relationship between childhood and adolescent symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(12), 1605-1613.
- Ikonomidou, C., Bittigau, P., Ishimaru, M. J., Wozniak, D. F., Koch, C., Genz, K., . . . Tenkova, T. (2000). Ethanol-induced apoptotic neurodegeneration and fetal alcohol syndrome. *Science*, 287(5455), 1056-1060.
- Infurna, M. R., Brunner, R., Holz, B., Parzer, P., Giannone, F., Reichl, C., . . . Kaess, M. (2016). The Specific Role of Childhood Abuse, Parental Bonding, and Family Functioning in Female Adolescents With Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord*, 30(2), 177-192. doi:10.1521/pedi_2015_29_186
- İpçi, M., İzmir, S. B. İ., Türkçapar, M. H., Özdel, K., Ardiç, Ü. A., & Ercan, E. S. (2020). Dsm-iv'e göre dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (dehb) olan çocuk ve ergenlerde dehb alt tiplerinde psikiyatrik eş tanı varlığı. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 57(4), 283-289.
- Jacob, C. P., Romanos, J., Dempfle, A., Heine, M., Windemuth-Kieselbach, C., Kruse, A., . . . Strobel, A. (2007). Co-morbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257, 309-317.
- Jariani, M., Saaki, M., Nazari, H., & Birjandi, M. (2010). The effect of Olanzapine and Sertraline on personality disorder in patients with methadone maintenance therapy. *Psychiatria Danubina*, 22(4.), 544-547.

- Jensen, C. M., & Steinhausen, H.-C. (2015). Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7, 27-38.
- Jensen, P. S., Rubio-Stipec, M., Canino, G., Bird, H. R., Dulcan, M. K., Schwab-Stone, M. E., & Lahey, B. B. (1999). Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder: are both informants always necessary? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38(12), 1569-1579. doi:10.1097/00004583-199912000-00019
- Johnson, D. M., Shea, M. T., Yen, S., Battle, C. L., Zlotnick, C., Sanislow, C. A., . . . Zanarini, M. C. (2003). Gender differences in borderline personality disorder: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Compr Psychiatry*, 44(4), 284-292. doi:10.1016/s0010-440x(03)00090-7
- Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., & Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 56(7), 600-606. doi:10.1001/archpsyc.56.7.600
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Skodol, A. E., Hamagami, F., & Brook, J. S. (2000). Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: a community-based longitudinal investigation. *Acta Psychiatr Scand*, 102(4), 265-275. doi:10.1034/j.1600-0447.2000.102004265.x
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Skodol, A. E., & Oldham, J. M. (2008). Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(5), 410-413.
- Johnston, C., Mash, E. J., Miller, N., & Ninowski, J. E. (2012). Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clin Psychol Rev*, 32(4), 215-228. doi:10.1016/j.cpr.2012.01.007
- Kaess, M., Brunner, R., & Chanen, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*, 134(4), 782-793.
- Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(7):980-988
- Kaufman, J., & Charney, D. (2001). Effects of early stress on brain structure and function: implications for understanding the relationship between child maltreatment and depression. *Dev Psychopathol*, 13(3), 451-471. doi:10.1017/s0954579401003030
- Keen, D., & Hadjikhouri, I. (2011). ADHD in children and adolescents. *BMJ Clin Evid*, 2011.
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., . . . Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 163(4), 716-723. doi:10.1176/ajp.2006.163.4.716

- Kessler, R. C., Green, J. G., Adler, L. A., Barkley, R. A., Chatterji, S., Faraone, S. V., . . . Jewell, M. (2010). Structure and diagnosis of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: analysis of expanded symptom criteria from the Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale. *Archives of General Psychiatry*, 67(11), 1168-1178.
- Kim, J. H., Kim, J. Y., Lee, J., Jeong, G. H., Lee, E., Lee, S., . . . Solmi, M. (2020). Environmental risk factors, protective factors, and peripheral biomarkers for ADHD: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 7(11), 955-970.
- Kjaer, J. N., Biskin, R., Vestergaard, C., Gustafsson, L. N., & Munk-Jørgensen, P. (2016). The clinical trajectory of patients with borderline personality disorder. *Personal Ment Health*, 10(3), 181-190. doi:10.1002/pmh.1337
- Klefsjö, U., Kantzer, A. K., Gillberg, C., & Billstedt, E. (2021). The road to diagnosis and treatment in girls and boys with ADHD - gender differences in the diagnostic process. *Nord J Psychiatry*, 75(4), 301-305. doi:10.1080/08039488.2020.1850859
- Knight, R. P. (1953). Borderline states. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 17(1), 1.
- Koepke, S., & Denissen, J. J. (2012). Dynamics of identity development and separation-individuation in parent-child relationships during adolescence and emerging adulthood—A conceptual integration. *Developmental review*, 32(1), 67-88.
- Korsgaard, H. O., Torgersen, S., Wentzel-Larsen, T., & Ulberg, R. (2016). Personality disorders and Axis I comorbidity in adolescent outpatients with ADHD. *BMC Psychiatry*, 16, 175. doi:10.1186/s12888-016-0871-0
- Köpf, G. (2006). *ICD-10 literarisch*: Springer.
- Kraut, A. A., Langner, I., Lindemann, C., Banaschewski, T., Petermann, U., Petermann, F., . . . Garbe, E. (2013). Comorbidities in ADHD children treated with methylphenidate: a database study. *BMC psychiatry*, 13, 1-10.
- Kunwar, A., Dewan, M., & Faraone, S. V. (2007). Treating common psychiatric disorders associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Opin Pharmacother*, 8(5), 555-562. doi:10.1517/14656566.8.5.555
- Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Lee, S. S., & Willcutt, E. (2005). Instability of the DSM-IV subtypes of ADHD from preschool through elementary school. *Archives of general psychiatry*, 62(8), 896-902.
- Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2, 241-255.
- Langley, K., Fowler, T., Ford, T., Thapar, A. K., Van Den Bree, M., Harold, G., . . . Thapar, A. (2010). Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 196(3), 235-240.

- Larson, K., Russ, S. A., Kahn, R. S., & Halfon, N. (2011). Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics*, 127(3), 462-470.
- Laurensen, E. M. P., Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., Van Busschbach, J. J., & Luyten, P. (2013). Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 7, 1-4.
- Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O. F., Leweke, F., Luyten, P., . . . Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*, 23(1), 4-25. doi:10.1002/wps.21156
- Leichsenring, F., Heim, N., Leweke, F., Spitzer, C., Steinert, C., & Kernberg, O. F. (2023). Borderline personality disorder: a review. *JAMA*, 329(8), 670-679.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.
- Leyton, M., Okazawa, H., Diksic, M., Paris, J., Rosa, P., Mzengeza, S., . . . Benkelfat, C. (2001). Brain regional α -[11C] methyl-L-tryptophan trapping in impulsive subjects with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(5), 775-782.
- Li, Z., Chang, S.-h., Zhang, L.-y., Gao, L., & Wang, J. (2014). Molecular genetic studies of ADHD and its candidate genes: a review. *Psychiatry research*, 219(1), 10-24.
- Lichtenstein, P., Halldner, L., Zetterqvist, J., Sjölander, A., Serlachius, E., Fazel, S., . . . Larsson, H. (2012). Medication for attention deficit–hyperactivity disorder and criminality. *New England Journal of Medicine*, 367(21), 2006-2014.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.
- Liebke, L., Bungert, M., Thome, J., Hauschild, S., Gescher, D. M., Schmahl, C., . . . Lis, S. (2017). Loneliness, social networks, and social functioning in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(4), 349.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*: Guilford press.
- Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA research monograph*, 137, 201-201.
- Liu, R. T., Scopelliti, K. M., Pittman, S. K., & Zamora, A. S. (2018). Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 5(1), 51-64. doi:10.1016/s2215-0366(17)30469-8

- Ludolph, P. S., Westen, D., Misle, B., Jackson, A., Wixom, J., & Wiss, F. C. (1990). The borderline diagnosis in adolescents: Symptoms and developmental history. *American Journal of Psychiatry*, 147(4), 470-476.
- Maneeton, N., Maneeton, B., Srisurapanont, M., & Martin, S. D. (2011). Bupropion for adults with attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Psychiatry Clin Neurosci*, 65(7), 611-617. doi:10.1111/j.1440-1819.2011.02264.x
- Masarwa, R., Levine, H., Gorelik, E., Reif, S., Perlman, A., & Matok, I. (2018). Prenatal exposure to acetaminophen and risk for attention deficit hyperactivity disorder and autistic spectrum disorder: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of cohort studies. *American journal of epidemiology*, 187(8), 1817-1827.
- Matthies, S., van Elst, L. T., Feige, B., Fischer, D., Scheel, C., Krogmann, E., . . . Philipsen, A. (2011). Severity of childhood attention-deficit hyperactivity disorder—a risk factor for personality disorders in adult life? *J Pers Disord*, 25(1), 101-114. doi:10.1521/pedi.2011.25.1.101
- Matthies, S. D., & Philipsen, A. (2014). Common ground in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD)—review of recent findings. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 1, 1-13.
- May, T., Birch, E., Chaves, K., Cranswick, N., Culnane, E., Delaney, J., . . . Efron, D. (2023). The Australian evidence-based clinical practice guideline for attention deficit hyperactivity disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 57(8), 1101-1116.
- McGlashan, T. H. (1986). The Chestnut Lodge follow-up study: III. Long-term outcome of borderline personalities. *Archives of General Psychiatry*, 43(1), 20-30.
- McGough, J. J., Smalley, S. L., McCracken, J. T., Yang, M., Del’Homme, M., Lynn, D. E., & Loo, S. (2005). Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1621-1627.
- McLaughlin, K. A., Weissman, D., & Bitrán, D. (2019). Childhood adversity and neural development: A systematic review. *Annual review of developmental psychology*, 1(1), 277-312.
- McQuade, J. D., Taubin, D., & Mordy, A. E. (2024). Positive Emotion Dysregulation and Social Impairments in Adolescents with and without ADHD. *Res Child Adolesc Psychopathol*, 52(12), 1803-1815. doi:10.1007/s10802-024-01237-2
- Mechler, K., Banaschewski, T., Hohmann, S., & Häge, A. (2022). Evidence-based pharmacological treatment options for ADHD in children and adolescents. *Pharmacol Ther*, 230, 107940. doi:10.1016/j.pharmthera.2021.107940

- Menon, M., Katz, R. C., & Easterbrooks, M. A. (2020). Linking attachment and executive function systems: Exploring associations in a sample of children of young mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 2314-2329.
- Merza, K., Papp, G., & Kuritárné Szabó, I. (2015). The role of childhood traumatization in the development of borderline personality disorder in Hungary. *The European Journal of Psychiatry*, 29(2), 105-118.
- Mick, E., Biederman, J., Faraone, S. V., Sayer, J., & Kleinman, S. (2002). Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(4), 378-385.
- Miech, R. A., Caspi, A., Moffitt, T. E., Wright, B. R. E., & Silva, P. A. (1999). Low socioeconomic status and mental disorders: A longitudinal study of selection and causation during young adulthood. *American journal of Sociology*, 104(4), 1096-1131.
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S. V., Chen, L., & Jones, J. (1996). Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder in children? *The American journal of psychiatry*, 153(9), 1138-1142.
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., & Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical psychology review*, 28(6), 969-981.
- Miller, C. J., Flory, J. D., Miller, S. R., Harty, S. C., Newcorn, J. H., & Halperin, J. M. (2008). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and the emergence of personality disorders in adolescence: a prospective follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(9), 1477.
- Miller, T. W., Nigg, J. T., & Faraone, S. V. (2007). Axis I and II comorbidity in adults with ADHD. *J Abnorm Psychol*, 116(3), 519-528. doi:10.1037/0021-843x.116.3.519
- Milone, A., Cerniglia, L., Cristofani, C., Inguaggiato, E., Levantini, V., Masi, G., . . . Muratori, P. (2019). Empathy in Youths with Conduct Disorder and Callous-Unemotional Traits. *Neural Plast*, 2019, 9638973. doi:10.1155/2019/9638973
- Minzenberg, M. J., Fan, J., New, A. S., Tang, C. Y., & Siever, L. J. (2008). Frontolimbic structural changes in borderline personality disorder. *J Psychiatr Res*, 42(9), 727-733. doi:10.1016/j.jpsychires.2007.07.015
- Minzenberg, M. J., Poole, J. H., & Vinogradov, S. (2006). Adult social attachment disturbance is related to childhood maltreatment and current symptoms in borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis*, 194(5), 341-348. doi:10.1097/01.nmd.0000218341.54333.4e

- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*, 158(11), 1783-1793. doi:10.1176/appi.ajp.158.11.1783
- Mohammadi, M.-R., Zarafshan, H., Khaleghi, A., Ahmadi, N., Hooshyari, Z., Mostafavi, S.-A., . . . Salmanian, M. (2021). Prevalence of ADHD and its comorbidities in a population-based sample. *Journal of attention disorders*, 25(8), 1058-1067.
- Mohr-Jensen, C., Bisgaard, C. M., Boldsen, S. K., & Steinhausen, H.-C. (2019). Attention-deficit/hyperactivity disorder in childhood and adolescence and the risk of crime in young adulthood in a Danish nationwide study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(4), 443-452.
- Molina, B. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Vitiello, B., Jensen, P. S., . . . Abikoff, H. B. (2009). The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(5), 484-500.
- Morrison, J. R., & Stewart, M. A. (1973). The psychiatric status of the legal families of adopted hyperactive children. *Archives of general psychiatry*, 28(6), 888-891.
- Motlagh, M. G., Katsoyich, L., Thompson, N., Lin, H., Kim, Y.-S., Scahill, L., . . . Leckman, J. F. (2010). Severe psychosocial stress and heavy cigarette smoking during pregnancy: an examination of the pre-and perinatal risk factors associated with ADHD and Tourette syndrome. *European child & adolescent psychiatry*, 19, 755-764.
- Mukaddes, N. M. (2020). *Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar*: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Mukaddes, N. M., & Ercan, E. S. (2023). *Yaşam Boyu Nörogelişimsel Bozukluklar*: Simurg Art Yayınları.
- Nemoda, Z., Lyons-Ruth, K., Szekely, A., Bertha, E., Faludi, G., & Sasvari-Szekely, M. (2010). Association between dopaminergic polymorphisms and borderline personality traits among at-risk young adults and psychiatric inpatients. *Behavioral and Brain Functions*, 6, 1-11.
- Newman, L., Judd, F., Olsson, C. A., Castle, D., Bousman, C., Sheehan, P., . . . Everall, I. (2016). Early origins of mental disorder-risk factors in the perinatal and infant period. *BMC psychiatry*, 16, 1-8.
- Ni, X., Bismil, R., Chan, K., Sicard, T., Bulgin, N., McMain, S., & Kennedy, J. L. (2006). Serotonin 2A receptor gene is associated with personality traits, but not to disorder, in patients with borderline personality disorder. *Neuroscience Letters*, 408(3), 214-219.
- Ni, X., Sicard, T., Bulgin, N., Bismil, R., Chan, K., McMain, S., & Kennedy, J. L. (2007). Monoamine oxidase a gene is associated with borderline personality disorder. *Psychiatric Genetics*, 17(3), 153-157.

- NICE. (2018). National Institute for Health and Clinical Excellence Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management.
- Nickell, A. D., Waudby, C. J., & Trull, T. J. (2002). Attachment, parental bonding and borderline personality disorder features in young adults. *Journal of personality disorders*, 16(2), 148-159.
- Niesten, I. J., Karan, E., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M., & Zanarini, M. C. (2016). Description and prediction of the income status of borderline patients over 10 years of prospective follow-up. *Personal Ment Health*, 10(4), 285-292. doi:10.1002/pmh.1331
- Nigg, J. T., Willcutt, E. G., Doyle, A. E., & Sonuga-Barke, E. J. (2005). Causal heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder: do we need neuropsychologically impaired subtypes? *Biol Psychiatry*, 57(11), 1224-1230. doi:10.1016/j.biopsych.2004.08.025
- Nijmeijer, J. S., Minderaa, R. B., Buitelaar, J. K., Mulligan, A., Hartman, C. A., & Hoekstra, P. J. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clin Psychol Rev*, 28(4), 692-708. doi:10.1016/j.cpr.2007.10.003
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current directions in psychological science*, 18(2), 78-83.
- Nordström, T., Hurtig, T., Moilanen, I., Taanila, A., & Ebeling, H. (2013). Disruptive behaviour disorder with and without attention deficit hyperactivity disorder is a risk of psychiatric hospitalization. *Acta Paediatrica*, 102(11), 1100-1103.
- O'Grady, S. M., & Hinshaw, S. P. (2023). Developmental predictors of young adult borderline personality disorder: a prospective, longitudinal study of females with and without childhood ADHD. *BMC Psychiatry*, 23(1), 106. doi:10.1186/s12888-023-04515-3
- O'malley, G., McHugh, L., Mac Giollabhui, N., & Bramham, J. (2016). Characterizing adult attention-deficit/hyperactivity-disorder and comorbid borderline personality disorder: ADHD symptoms, psychopathology, cognitive functioning and psychosocial factors. *European Psychiatry*, 31, 29-36.
- Ogata, S. N., Silk, K. R., Goodrich, S., Lohr, N. E., Westen, D., & Hill, E. M. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147(8), 1008-1013.
- Palladino, V. S., McNeill, R., Reif, A., & Kittel-Schneider, S. (2019). Genetic risk factors and gene–environment interactions in adult and childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric genetics*, 29(3), 63-78.
- Palmer, E. D., & Finger, S. (2001). An early description of ADHD (inattentive subtype): Dr Alexander Crichton and 'Mental Restlessness' (1798). *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6(2), 66-73.

- Paris, J. (2000). Childhood precursors of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 77-88.
- Paris, J. (2009). The treatment of borderline personality disorder: implications of research on diagnosis, etiology, and outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 277-290.
- Paton, C., Crawford, M. J., Bhatti, S. F., Patel, M. X., & Barnes, T. R. (2015). The use of psychotropic medication in patients with emotionally unstable personality disorder under the care of UK mental health services. *J Clin Psychiatry*, 76(4), e512-518. doi:10.4088/JCP.14m09228
- Penner, F., Gambin, M., & Sharp, C. (2019). Childhood maltreatment and identity diffusion among inpatient adolescents: The role of reflective function. *Journal of Adolescence*, 76, 65-74.
- Perroud, N., Badoud, D., Weibel, S., Nicastro, R., Hasler, R., Küng, A.-L., . . . Aubry, J.-M. (2017). Mentalization in adults with attention deficit hyperactivity disorder: Comparison with controls and patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 256, 334-341.
- Pheula, G. F., Rohde, L. A., & Schmitz, M. (2011). Are family variables associated with ADHD, inattentive type? A case-control study in schools. *European child & adolescent psychiatry*, 20, 137-145.
- Philipsen, A. (2006). Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256, i42-i46.
- Philipsen, A., Limberger, M. F., Lieb, K., Feige, B., Kleindienst, N., Ebner-Priemer, U., . . . Bohus, M. (2008). Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *The British journal of psychiatry*, 192(2), 118-123.
- Pliszka, S. (2007). AACAP Work Group on Quality Issues Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(7), 894-921.
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American journal of psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Polderman, T. J., Huizink, A. C., Verhulst, F. C., van Beijsterveldt, C. E., Boomsma, D. I., & Bartels, M. (2011). A genetic study on attention problems and academic skills: Results of a longitudinal study in twins. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(1), 22.

- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nordic journal of psychiatry*, 59(5), 319-324.
- Pope, A. W., Bierman, K. L., & Mumma, G. H. (1991). Aggression, hyperactivity, and inattention-immaturity: Behavior dimensions associated with peer rejection in elementary school boys. *Developmental Psychology*, 27(4), 663.
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H., & Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*, 141(1), 6-20. doi:10.1111/acps.13118
- Posner, J., Polanczyk, G. V., & Sonuga-Barke, E. (2020). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 395(10222), 450-462. doi:10.1016/s0140-6736(19)33004-1
- Posner, M. I., Rothbart, M. K., Vizueta, N., Thomas, K. M., Levy, K. N., Fossella, J., . . . Kernberg, O. (2003). An approach to the psychobiology of personality disorders. *Development and psychopathology*, 15(4), 1093-1106.
- Potterton, R., Austin, A., Robinson, L., Webb, H., Allen, K. L., & Schmidt, U. (2022). Identity Development and Social-Emotional Disorders During Adolescence and Emerging Adulthood: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Youth Adolesc*, 51(1), 16-29. doi:10.1007/s10964-021-01536-7
- Prada, P., Nicastro, R., Zimmermann, J., Hasler, R., Aubry, J.-M., & Perroud, N. (2015). Addition of methylphenidate to intensive dialectical behaviour therapy for patients suffering from comorbid borderline personality disorder and ADHD: a naturalistic study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7, 199-209.
- Qiu, M. G., Ye, Z., Li, Q. Y., Liu, G. J., Xie, B., & Wang, J. (2011). Changes of brain structure and function in ADHD children. *Brain Topogr*, 24(3-4), 243-252. doi:10.1007/s10548-010-0168-4
- Quenneville, A. F., Kalogeropoulou, E., Küng, A. L., Hasler, R., Nicastro, R., Prada, P., & Perroud, N. (2020). Childhood maltreatment, anxiety disorders and outcome in borderline personality disorder. *Psychiatry Res*, 284, 112688. doi:10.1016/j.psychres.2019.112688
- Ramos-Galarza, C., & Pérez-Salas, C. (2021). Moderator Role of Monitoring in the Inhibitory Control of Adolescents With ADHD. *J Atten Disord*, 25(2), 188-198. doi:10.1177/1087054718776478
- Rasmussen, P., & Gillberg, C. (2000). Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1424-1431.
- Reale, L., Bartoli, B., Cartabia, M., Zanetti, M., Costantino, M. A., Canevini, M. P., . . . Bonati, M. (2017). Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 26(12), 1443-1457. doi:10.1007/s00787-017-1005-z

- Rey, J. M., Morris-Yates, A., Singh, M., Andrews, G., & Stewart, G. W. (1995). Continuities between psychiatric disorders in adolescents and personality disorders in young adults. *American Journal of Psychiatry*, 152(6), 895-900.
- Rice, F., Jones, I., & Thapar, A. (2007). The impact of gestational stress and prenatal growth on emotional problems in offspring: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(3), 171-183.
- Richard-Lepouriel, H., Kung, A.-L., Hasler, R., Bellivier, F., Prada, P., Gard, S., . . . Henry, C. (2019). Impulsivity and its association with childhood trauma experiences across bipolar disorder, attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 244, 33-41.
- Riddle, M. A., Yershova, K., Lazzaretto, D., Paykina, N., Yenokyan, G., Greenhill, L., . . . McCracken, J. T. (2013). The preschool attention-deficit/hyperactivity disorder treatment study (PATs) 6-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(3), 264-278. e262.
- Riffer, F., Farkas, M., Streibl, L., Kaiser, E., & Sprung, M. (2019). Psychopharmacological treatment of patients with borderline personality disorder: comparing data from routine clinical care with recommended guidelines. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 23(3), 178-188.
- Riso, L. P., Klein, D. N., Anderson, R. L., & Ouimette, P. C. (2000). A family study of outpatients with borderline personality disorder and no history of mood disorder. *J Pers Disord*, 14(3), 208-217. doi:10.1521/pedi.2000.14.3.208
- Romano, E., Tremblay, R. E., Farhat, A., & Côté, S. (2006). Development and prediction of hyperactive symptoms from 2 to 7 years in a population-based sample. *Pediatrics*, 117(6), 2101-2110.
- Rothenberger, A., Neumärker, K.-J., & Rothenberger, A. (2005). *Wissenschaftsgeschichte der ADHS*: Springer.
- Rucklidge, J. J. (2010). Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics*, 33(2), 357-373.
- Russell, A. E., Ford, T., Williams, R., & Russell, G. (2016). The Association Between Socioeconomic Disadvantage and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Systematic Review. *Child Psychiatry Hum Dev*, 47(3), 440-458. doi:10.1007/s10578-015-0578-3
- Rüfenacht, E., Euler, S., Prada, P., Nicastro, R., Dieben, K., Hasler, R., . . . Weibel, S. (2019). Emotion dysregulation in adults suffering from attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), a comparison with borderline personality disorder (BPD). *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 6, 1-10.
- S.I. Sharp, A. M., H.M. Gurling,. (2009). Genetics of attention-deficit hyperactivity disorder. In (Vol. 57, pp. 590-600).

- Salisbury, T. (2013). The relationship between oppositional defiant disorder, conduct disorder, antisocial personality disorder and psychopathy: A proposed trajectory. *Western Undergraduate Psychology Journal*, 1(1).
- Salzman, J. P., Salzman, C., Wolfson, A. N., Albanese, M., Looper, J., Ostacher, M., . . . Miyawaki, E. (1993). Association between borderline personality structure and history of childhood abuse in adult volunteers. *Compr Psychiatry*, 34(4), 254-257. doi:10.1016/0010-440x(93)90007-q
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011). Gender patterns in borderline personality disorder. *Innov Clin Neurosci*, 8(5), 16-20.
- Sar, V., Ozturk, E., & Ikikardes, E. (2012). Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. *Turkiye Klinikleri Tip Bilimleri Dergisi*, 32(4), 1054-1063.
- Sauer, J. M., Ring, B. J., & Witcher, J. W. (2005). Clinical pharmacokinetics of atomoxetine. *Clin Pharmacokinet*, 44(6), 571-590. doi:10.2165/00003088-200544060-00002
- Scassellati, C., Bonvicini, C., Faraone, S. V., & Gennarelli, M. (2012). Biomarkers and attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analyses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(10), 1003-1019. e1020.
- Schatz, D. B., & Rostain, A. L. (2006). ADHD with comorbid anxiety: a review of the current literature. *Journal of Attention disorders*, 10(2), 141-149.
- Schlechter, P., Bryant, R. A., & Morina, N. (2024). Do aversive well-being comparisons mediate the effects of childhood adversity on anxiety and depression? *Child Abuse Negl*, 154, 106938. doi:10.1016/j.chiabu.2024.106938
- Schlotz, W., & Phillips, D. I. (2009). Fetal origins of mental health: evidence and mechanisms. *Brain, behavior, and immunity*, 23(7), 905-916.
- Schmahl, C. G., Elzinga, B. M., Vermetten, E., Sanislow, C., McGlashan, T. H., & Bremner, J. D. (2003). Neural correlates of memories of abandonment in women with and without borderline personality disorder. *Biological psychiatry*, 54(2), 142-151.
- Schulze, A., Cloos, L., Zdravkovic, M., Lis, S., & Krause-Utz, A. (2022). On the interplay of borderline personality features, childhood trauma severity, attachment types, and social support. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*, 9(1), 35. doi:10.1186/s40479-022-00206-9
- Sciberras, E., Mulraney, M., Silva, D., & Coghill, D. (2017). Prenatal risk factors and the etiology of ADHD—review of existing evidence. *Current psychiatry reports*, 19, 1-8.

- Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2009). Cascades of emotion: The emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation. *Review of general psychology*, 13(3), 219-229.
- Shapiro-Thompson, R., & Fineberg, S. K. (2022). The State of Overmedication in Borderline Personality Disorder: Interpersonal and Structural Factors. *Curr Treat Options Psychiatry*, 9(1), 1-13. doi:10.1007/s40501-021-00255-x
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2015). Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence--recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *J Child Psychol Psychiatry*, 56(12), 1266-1288. doi:10.1111/jcpp.12449
- Sharp, C., Ha, C., Michonski, J., Venta, A., & Carbone, C. (2012). Borderline personality disorder in adolescents: evidence in support of the Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder in a sample of adolescent inpatients. *Comprehensive psychiatry*, 53(6), 765-774.
- Sharp, C., Vanwoerden, S., & Wall, K. (2018). Adolescence as a sensitive period for the development of personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 669-683.
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 171(3), 276-293. doi:10.1176/appi.ajp.2013.13070966
- Shaw, P., & Sudre, G. (2021). Adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder: understanding teenage symptom trajectories. *Biological psychiatry*, 89(2), 152-161.
- Shea, M. T., Stout, R. L., Yen, S., Pagano, M. E., Skodol, A. E., Morey, L. C., . . . Zanarini, M. C. (2004). Associations in the course of personality disorders and Axis I disorders over time. *J Abnorm Psychol*, 113(4), 499-508. doi:10.1037/0021-843x.113.4.499
- Shmulewitz, D., Levitin, M. D., Skvirsky, V., Vider, M., Eliashar, R., Mikulincer, M., & Lev-Ran, S. (2024). Comorbidity of problematic substance use and other addictive behaviors and anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder: a network analysis. *Psychol Med*, 1-11. doi:10.1017/s0033291724002794
- Silk, T. J., Beare, R., Malpas, C., Adamson, C., Vilgis, V., Vance, A., & Bellgrove, M. A. (2016). Cortical morphometry in attention deficit/hyperactivity disorder: Contribution of thickness and surface area to volume. *Cortex*, 82, 1-10. doi:10.1016/j.cortex.2016.05.012
- Silverstein, M. J., Faraone, S. V., Alperin, S., Biederman, J., Spencer, T. J., & Adler, L. A. (2018). How informative are self-reported adult attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms? An examination of the agreement between the adult attention-deficit/hyperactivity disorder self-report scale V1. 1 and adult attention-deficit/hyperactivity disorder investigator symptom rating scale. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 28(5), 339-349.

- Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, A., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British journal of psychiatry*, 194(3), 204-211.
- Simonsen, S., Bateman, A., Bohus, M., Dalewijk, H. J., Doering, S., Kaera, A., . . . Taubner, S. (2019). European guidelines for personality disorders: past, present and future. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 6, 1-10.
- Sivakumar, T., Agarwal, V., & Sitholey, P. (2013). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder in North Indian clinic children and adolescents. *Asian Journal of psychiatry*, 6(3), 235-242.
- Sjöwall, D., & Thorell, L. B. (2014). Functional impairments in attention deficit hyperactivity disorder: the mediating role of neuropsychological functioning. *Dev Neuropsychol*, 39(3), 187-204. doi:10.1080/87565641.2014.886691
- Skogli, E. W., Teicher, M. H., Andersen, P. N., Hovik, K. T., & Øie, M. (2013). ADHD in girls and boys--gender differences in co-existing symptoms and executive function measures. *BMC Psychiatry*, 13, 298. doi:10.1186/1471-244x-13-298
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., . . . Kim, J. H. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular psychiatry*, 27(1), 281-295.
- Souza, I., Pinheiro, M. A., & Mattos, P. (2005). Anxiety disorders in an attention-deficit/hyperactivity disorder clinical sample. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 63, 407-409.
- Spencer, T. J. (2006). ADHD and comorbidity in childhood. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 27.
- Spencer, T. J., Biederman, J., & Mick, E. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Journal of pediatric psychology*, 32(6), 631-642.
- Speranza, M., Revah-Levy, A., Cortese, S., Falissard, B., Pham-Scottez, A., & Corcos, M. (2011). ADHD in adolescents with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 11, 158. doi:10.1186/1471-244x-11-158
- Staller, J., & Faraone, S. V. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: epidemiology and management. *CNS drugs*, 20, 107-123.
- Starcevic, V., & Khazaal, Y. (2017). Relationships between behavioural addictions and psychiatric disorders: What is known and what is yet to be learned? *Frontiers in psychiatry*, 8, 53.
- Steiger, H., Richardson, J., Joobar, R., Gauvin, L., Israel, M., Bruce, K. R., . . . Young, S. N. (2007). The 5HTTLPR polymorphism, prior maltreatment and dramatic-erratic personality manifestations in women with bulimic syndromes. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 32(5), 354-362.

- Stepp, S. D., Burke, J. D., Hipwell, A. E., & Loeber, R. (2012). Trajectories of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder symptoms as precursors of borderline personality disorder symptoms in adolescent girls. *J Abnorm Child Psychol*, 40(1), 7-20. doi:10.1007/s10802-011-9530-6
- Stepp, S. D., & Lazarus, S. A. (2017). Identifying a borderline personality disorder prodrome: Implications for community screening. *Personal Ment Health*, 11(3), 195-205. doi:10.1002/pmh.1389
- Stepp, S. D., Lazarus, S. A., & Byrd, A. L. (2016). A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: Taking stock and moving forward. *Personal Disord*, 7(4), 316-323. doi:10.1037/per0000186
- Stevenson, J. (1992). Evidence for a genetic etiology in hyperactivity in children. *Behavior genetics*, 22, 337-344.
- Stoffers-Winterling, J. M., Storebø, O. J., Pereira Ribeiro, J., Kongerslev, M. T., Völlm, B. A., Mattivi, J. T., . . . Lieb, K. (2022). Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 11(11), Cd012956. doi:10.1002/14651858.CD012956.pub2
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012(8), Cd005652. doi:10.1002/14651858.CD005652.pub2
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., . . . Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 5(5), Cd012955. doi:10.1002/14651858.CD012955.pub2
- Sun, S., Kuja-Halkola, R., Faraone, S. V., D'Onofrio, B. M., Dalsgaard, S., Chang, Z., & Larsson, H. (2019). Association of psychiatric comorbidity with the risk of premature death among children and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA psychiatry*, 76(11), 1141-1149.
- Taurines, R., Schmitt, J., Renner, T., Conner, A. C., Warnke, A., & Romanos, M. (2010). Developmental comorbidity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2, 267-289.
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). Practitioner review: what have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(1), 3-16.
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). What have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry*, 54(1), 3-16. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x

- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994-e1001.
- Thome, J., & Jacobs, K. A. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. *European Psychiatry*, 19(5), 303-306.
- Thompson, R., Briggs, E., English, D. J., Dubowitz, H., Lee, L. C., Brody, K., . . . Hunter, W. M. (2005). Suicidal ideation among 8-year-olds who are maltreated and at risk: findings from the LONGSCAN studies. *Child Maltreat*, 10(1), 26-36. doi:10.1177/1077559504271271
- Tiger, A., Ohlis, A., Bjureberg, J., Lundström, S., Lichtenstein, P., Larsson, H., . . . Jayaram-Lindström, N. (2022). Childhood symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scand*, 146(4), 370-380. doi:10.1111/acps.13476
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *J Pers Disord*, 28(5), 734-750. doi:10.1521/pedi_2012_26_093
- Ünal F, Öktem F, Çetin Çuhadaroglu F, Çengel Kültür SE, Akdemir D, Foto Özdemir D, Çak HT, Ünal D, Tıraş K, Aslan C, Kalaycı BM, Doğan BS, Kütük F, Yanar E, Karaokur R, Karabucak B, Karakök B, Karaer Y, Artık A. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 Kasım 2016 -Türkçe Uyarlamasının (ÇDŞG-ŞY- DSM-5-T) Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2019, 30(1):42-50
- Vaillancourt, T., Brittain, H. L., McDougall, P., Krygsman, A., Boylan, K., Duku, E., & Hymel, S. (2014). Predicting borderline personality disorder symptoms in adolescents from childhood physical and relational aggression, depression, and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Dev Psychopathol*, 26(3), 817-830. doi:10.1017/s0954579414000418
- van Dijke, A., Ford, J. D., van der Hart, O., van Son, M., van der Heijden, P., & Bühring, M. (2010). Affect dysregulation in borderline personality disorder and somatoform disorder: differentiating under- and over-regulation. *J Pers Disord*, 24(3), 296-311. doi:10.1521/pedi.2010.24.3.296
- van Doeselaar, L., McLean, K. C., Meeus, W., Denissen, J. J. A., & Klimstra, T. A. (2020). Adolescents' Identity Formation: Linking the Narrative and the Dual-Cycle Approach. *J Youth Adolesc*, 49(4), 818-835. doi:10.1007/s10964-019-01096-x
- van Reekum, R., & Links, P. S. (1994). N of 1 study: methylphenidate in a patient with borderline personality disorder and attention deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry*, 39(3), 186-187. doi:10.1177/070674379403900321
- Van Vyve, L., Dierckx, B., Lim, C. G., Danckaerts, M., Koch, B. C. P., Häge, A., & Banaschewski, T. (2024). Pharmacotherapy for ADHD in children and adolescents:

- A summary and overview of different European guidelines. *Eur J Pediatr*, 183(3), 1047-1056. doi:10.1007/s00431-023-05370-w
- Videler, A. C., Hutsebaut, J., Schulkens, J. E. M., Sobczak, S., & van Alphen, S. P. J. (2019). A Life Span Perspective on Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 21(7), 51. doi:10.1007/s11920-019-1040-1
- Wagner, S., Baskaya, Ö., Lieb, K., Dahmen, N., & Tadić, A. (2009). The 5-HTTLPR polymorphism modulates the association of serious life events (SLE) and impulsivity in patients with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*, 43(13), 1067-1072.
- Wais, M., Bégin, M., Sharp, C., & Ensink, K. (2024). Trauma-related symptoms in adolescents: the differential roles of sexual abuse and mentalizing. *Front Psychol*, 15, 1364001. doi:10.3389/fpsyg.2024.1364001
- Ward, M. F. (1993). The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *American journal of Psychiatry*, 150, 885-885.
- Weiner, L., Perroud, N., & Weibel, S. (2019). Attention Deficit Hyperactivity Disorder And Borderline Personality Disorder In Adults: A Review Of Their Links And Risks. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 15, 3115-3129. doi:10.2147/ndt.S192871
- Whincup, P. H., Kaye, S. J., Owen, C. G., Huxley, R., Cook, D. G., Anazawa, S., . . . Carlsson, S. (2008). Birth weight and risk of type 2 diabetes: a systematic review. *Jama*, 300(24), 2886-2897.
- Whittle, S., Chanen, A. M., Fornito, A., McGorry, P. D., Pantelis, C., & Yücel, M. (2009). Anterior cingulate volume in adolescents with first-presentation borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 172(2), 155-160.
- Widom, C. S., Czaja, S. J., & Paris, J. (2009). A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood. *J Pers Disord*, 23(5), 433-446. doi:10.1521/pedi.2009.23.5.433
- Wietecha, L. A., Ruff, D. D., Allen, A. J., Greenhill, L. L., & Newcorn, J. H. (2013). Atomoxetine tolerability in pediatric and adult patients receiving different dosing strategies. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(12), 1577.
- Wilens, T. E., Biederman, J., Wozniak, J., Gunawardene, S., Wong, J., & Monuteaux, M. (2003). Can adults with attention-deficit/hyperactivity disorder be distinguished from those with comorbid bipolar disorder? Findings from a sample of clinically referred adults. *Biological psychiatry*, 54(1), 1-8.
- Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499.
- Willerman, L. (1973). Activity level and hyperactivity in twins. *Child development*, 288-293.

- Williamson, D., & Johnston, C. (2015). Gender differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A narrative review. *Clinical psychology review*, 40, 15-27.
- Wilson, S. T., Stanley, B., Brent, D. A., Oquendo, M. A., Huang, Y. y., & Mann, J. J. (2009). The tryptophan hydroxylase-1 A218C polymorphism is associated with diagnosis, but not suicidal behavior, in borderline personality disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 150(2), 202-208.
- Winograd, G., Cohen, P., & Chen, H. (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *J Child Psychol Psychiatry*, 49(9), 933-941. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01930.x
- Winsper, C. (2012). *The developmental precursors of borderline personality disorder symptoms at 11 years in a British cohort*. University of Warwick
- Winsper, C. (2018). The aetiology of borderline personality disorder (BPD): contemporary theories and putative mechanisms. *Curr Opin Psychol*, 21, 105-110. doi:10.1016/j.copsyc.2017.10.005
- Winsper, C., Wolke, D., Scott, J., Sharp, C., Thompson, A., & Marwaha, S. (2020). Psychopathological outcomes of adolescent borderline personality disorder symptoms. *Aust N Z J Psychiatry*, 54(3), 308-317. doi:10.1177/0004867419882494
- Wolke, D., Schreier, A., Zanarini, M. C., & Winsper, C. (2012). Bullied by peers in childhood and borderline personality symptoms at 11 years of age: a prospective study. *Journal of child psychology and psychiatry*, 53(8), 846-855.
- Wolraich, M., Brown, L., Brown, R., DuPaul, G., Earls, M., Feldman, H., & Visser, S. (2011). Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; Steering Committee on Quality Improvement and Management. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 128(5), 1007-1022.
- Xiao, Q., Shen, L., He, H., Wang, X., Fu, Y., Ding, J., . . . Chen, B. T. (2024). Alteration of prefrontal cortex and its associations with emotional and cognitive dysfunctions in adolescent borderline personality disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 33(11), 3937-3949. doi:10.1007/s00787-024-02438-2
- Yaluğ, İ., Kocabaşoğlu, N., Aydoğan, G., & Günel, B. (2003). Obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozuklukta depresyon ve kişilik bozukluğu komorbiditesi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 16(1), 28-34.
- Yektaş, Ç. (2020). Çocuk ve ergen psikiyatrisi güncel yaklaşımlar ve temel kavramlar (1-2 Cilt). *İçinde ES Ercan, Ö. Bilaç, İ. Perçinal Yazıcı, MÖ Kütük, Ü. Işık, AG Kılıçoğlu, FS Durak, H. Kandemir, KU Yazıcı, Ü. Bolat, C. Kavurma, F. Kılıçaslan (Edl.), Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT)*, 1231-1240.

- Yoshimasu, K., Barbaresi, W. J., Colligan, R. C., Voigt, R. G., Killian, J. M., Weaver, A. L., & Katusic, S. K. (2012). Childhood ADHD is strongly associated with a broad range of psychiatric disorders during adolescence: a population-based birth cohort study. *J Child Psychol Psychiatry*, 53(10), 1036-1043. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02567.x
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry*, 161(11), 2108-2114.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 163(5), 827-832. doi:10.1176/ajp.2006.163.5.827
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., . . . Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 154(8), 1101-1106. doi:10.1176/ajp.154.8.1101
- Zhou, K., Dempfle, A., Arcos-Burgos, M., Bakker, S. C., Banaschewski, T., Biederman, J., . . . Ebstein, R. P. (2008). Meta-analysis of genome-wide linkage scans of attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 147(8), 1392-1398.
- Zhou, Z., Yan, Y., Gu, H., Sun, R., Liao, Z., Xue, K., & Tang, C. (2024). Dopamine in the prefrontal cortex plays multiple roles in the executive function of patients with Parkinson's disease. *Neural Regen Res*, 19(8), 1759-1767. doi:10.4103/1673-5374.389631
- Zlotnick, C., Rothschild, L., & Zimmerman, M. (2002). The role of gender in the clinical presentation of patients with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 16(3), 277-282.