



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAğCILAR EğİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI EğİTİM KLİNİğİ**

**BORDERLINE KİşİLİK BOZUKLUğU TANISI ALAN
HASTALARDAKİ PSİKOTİK SEMPTOMLARIN ÇOCUKLUK
AğI TRAVMALARI VE DİSSOSİYATİF SEMPTOMLAR İLE
İLİşKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Selin Laçın

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/ 2021



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAğCILAR EğİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI EğİTİM KLİNİğİ**

**BORDERLINE KİşİLİK BOZUKLUğU TANISI ALAN
HASTALARDAKİ PSİKOTİK SEMPTOMLARIN ÇOCUKLUK
AğI TRAVMALARI VE DİSSOSİYATİF SEMPTOMLAR İLE
İLİşKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Selin Laçın

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hasan BELLİ

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/ 2021

I. TEŞEKKÜR

Tüm asistanlık sürecimde desteğini her zaman yanımda hissettiğim, kendisinden hayata dair ve mesleki alanda çok şey öğrendiğim, eğitimim ve tez yazım sürecimdeki desteğini ve yardımseverliğini unutmayacağım sevgili hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Hasan Belli'ye,

Hasta görüşmelerimde yol gösterici klinik yaklaşımlarını her zaman hatırlayacağım, mesleki alandaki ilerleyişimizi daima destekleyen sevgili hocam Prof. Dr. Mustafa Solmaz'a,

Her zaman ulaşılabilir olan, sorduğum-danıştığım her konuda sabırla dinleyip bilgisini paylaşan sevgili hocam Prof. Dr. Ramazan Konkan'a,

Asistanı olabilme şansını yakaladığım için çok mutlu olduğum, mesleki bilgisini paylaşmaya her zaman hazır olan, her sorunumuzu önemseyerek dinlemiş ve bizlere yol göstermiş olan sevgili hocam Doç. Dr. Cenk Ural'a,

Rotasyonlarım sırasında tanıştığım, birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım ve çok şey öğrendiğim bütün hocalarıma, asistan arkadaşlarıma ve tüm diğer sağlık çalışanı arkadaşlarıma,

Her zaman destekleyici ve paylaşımcı bir asistan ortamımız olmasını sağlayan, asistanlık sürecimi iyi hatırlamamdaki en büyük pay sahipleri Dr. Seda Sarıkaya Erdil ve Dr. Rukiye Demirbaş'a, diğer pay sahipleri Dr. Erdem Uysal, Dr. İrem Yazıcı Karabulut, Dr. Hüseyin Köse, Dr. Hasan Gökçay, Dr. Hande Poyraz, Dr. Behice Beyhan, Dr. Talha Ağaç, Dr. İ. Beyza Yurdunkulu, Dr. Berk Turan ve yolumun az da olsa kesiştiği diğer asistan arkadaşlarıma,

Psikiyatri kliniğini güzelleştiren, desteklerini eksik etmeyen sevgili ekip arkadaşlarım tüm hemşire, psikolog, sekreter ve personelimize,

Hep yanımda olduğunu bildiğim babam ve abime,

Beni her konuda destekleyen, sonsuz sabrına ve sevgi dolu haline hep hayran olduğum, hayatımda en büyük emek sahibi canım anneme,

Bu yorucu süreçte yüzümü her daim güldürebilen, bana umut olan, varlığıyla hep iyi ki dedirten, en büyük destekçim eşim Mustafa Laçın'e

...sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR.....	i
II. İÇİNDEKİLER	ii
III. ÖZET	iv
IV. ABSTRACT	vi
V. KISALTMALAR.....	viii
VI. TABLO LİSTESİ.....	ix
VII. ŞEKİL LİSTESİ.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Tarihçe	4
2.1.3. Tanı Ölçütleri ve Klinik Tanı.....	6
2.1.4. Epidemiyoloji.....	9
2.1.5. Etiyoloji	10
2.1.6. Komorbidite	13
2.1.7. Tedavi	14
2.1.8. Prognoz	17
2.2. PSİKOTİK SEMPTOMLAR	18
2.3. DİSSOSİYASYON	20
2.4. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. ÖRNEKLEM.....	29
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	31
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	31
3.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ–28)	31
3.2.3. Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q)	32
3.2.4. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) –Pozitif Belirtiler Alt Ölçeği	32
4. BULGULAR	34
4.1. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU VE KONTROL GRUBUNUN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	34

4.2. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU TANILI HASTA GRUBU İLE KONTROL GRUBUNUN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMAÖLÇEĞİ, DİSSOSİYASYON ÖLÇEĞİ VE PANSS- POZİTİF ALT ÖLÇEĞİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	39
4.3. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU VE KONTROL GRUBUNUN KORELASYON ANALİZLERİ	41
5. TARTIŞMA	47
5.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER	47
5.2. CTQ-28, DIS-Q VE PANSS-POZİTİF BELİRTİLER ALT ÖLÇEĞİ SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	52
6. SONUÇLAR	59
7. KAYNAKLAR	61
8. ÖZGEÇMİŞ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
9. EKLER.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK-1: ETİK KURUL ONAYI	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK-2: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK-3: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK-4: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK-5: DİSSOSİYASYON ÖLÇEĞİ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK-6: PANSS- POZİTİF BELİRTİLER ALT ÖLÇEĞİ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

III. ÖZET

BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU TANISI ALAN HASTALARDAKİ PSİKOTİK SEMPTOMLARIN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE DISSOSİYATİF SEMPTOMLAR İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

AMAÇ: Borderline kişilik bozukluğu tanısı konan hastalardaki psikotik bulguları, dissosiyatif semptomları ve çocukluk çağı travmatik yaşantılarını ayrı ayrı araştıran birçok çalışma mevcuttur. Ancak, bu üçü arasındaki neden-sonuç ilişkisi halen netlik kazanmamıştır. Bu sebeple çalışmamızda; borderline kişilik bozukluğu tanısı konan hastalardaki psikotik semptomların, çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve dissosiyatif semptomlar ile olan ilişkisini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmamıza, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran, DSM-5 tanı kriterlerine göre borderline kişilik bozukluğu tanısı konan ve son 6 ay içinde etkin bir psikiyatrik tedavi almayan 80 hasta ile halihazırda psikiyatrik tanısı olmayan 80 kontrol grubu olmak üzere toplam 160 kişi dahil edilmiştir. Hasta ve kontrol grubundan Sosyodemografik Veri Formu, Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q) ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'ni (CTQ-28) doldurmaları istenmiş, görüşmeci tarafından ise Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nin (PANSS) pozitif belirtiler alt ölçeği doldurulmuştur. Analizlerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 22.0 programı kullanılmıştır.

BULGULAR: Borderline kişilik bozukluğu tanısı olan hasta grubunda daha sık çocukluk çağı travmaları görüldüğü tespit edilmiştir. Hasta grubunda dissosiyatif semptomlar ve pozitif psikotik belirtilerin skorları da daha yüksek saptanmıştır. Hasta grubunda psikotik semptomların çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif semptomlarla anlamlı bir ilişkisinin olmadığı saptanmıştır. Ancak, kontrol grubundaki psikotik semptomların %25'inin çocukluk çağı travmaları, özellikle fiziksel ihmal ile bağlantılı olduğu, %26'sının ise hem çocukluk çağı travmaları ile hem de dissosiyatif semptomlar ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

SONUÇ: Borderline kişilik bozukluğu tanımlı hastalarda daha sık çocukluk çağı travma öyküsü bulunmaktadır. Bu hastalarda dissosiyatif semptomlar ve pozitif psikotik semptomlar daha sık görölmektedir. Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almayan kişilerde, çocukluk çağı travma öyküsü dissosiyatif semptomların görölmese için risk oluşturabilir ve özellikle fiziksel ihmal öyküsünün varlığı psikotik semptomları tetikleyebilir. Sonuçlarımızın literatüre ve bu alanda çalışan klinisyenlere katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Borderline kişilik bozukluğu, dissosiyasyon, psikoz, travma.



IV. ABSTRACT

THE INVESTIGATION OF HOW PSYCHOTIC SYMPTOMS IN PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER ARE RELATED TO CHILDHOOD TRAUMA AND DISSOCIATIVE SYMPTOMS

OBJECTIVE: Many studies investigate psychotic symptoms, dissociative symptoms and childhood traumatic experiences in patients with a borderline personality disorder. Yet, the causality relationship between these three in borderline personality disorder hasn't been clarified yet. In this study, we aimed to investigate the psychotic symptoms in borderline personality disorder that are related to childhood trauma and dissociative symptoms.

METHOD: In our research includes a total of 160 persons, 80 patients of them applied to the outpatient clinic, were diagnosed with borderline personality disorder according to DSM-5, and didn't receive any effective psychiatric treatment in the last 6 months. 80 people in the control group who didn't have psychiatric treatment. Everyone filled the Sociodemographic Data Form, Dissociation Questionnaire (DISQ), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ28). The clinician completed the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) positive symptoms subscale. IBM SPSS 22.0 was used statistical program for analysis.

RESULTS: Childhood trauma was higher in patients with a borderline personality disorder. The scores of dissociative symptoms and positive psychotic symptoms were higher in the patient's group. There was no significant relationship between psychotic symptoms with dissociative symptoms and childhood trauma in the patient group. %25 of the psychotic symptoms are associated with childhood traumas, especially physical neglect, %26 are associated with both childhood traumas and dissociative symptoms in the control group.

CONCLUSION: Borderline personality disorder patients have childhood trauma more frequently. In these patients, dissociative symptoms and positive

psychotic symptoms are more common. We were found that childhood trauma causes dissociative symptoms and especially physical neglect may cause psychotic symptoms in people without any psychiatric illness. We are thinking that our results will contribute to the literature and clinicians working on this field.

Keywords: Borderline personality disorder, dissociation, psychosis, trauma.



V. KISALTMALAR

ACTH	: Adrenocorticotropic Hormone
APA	: American Psychiatric Association
BDT	: Bilişsel ve Davranışçı Terapi
BKB	: Borderline Kişilik Bozukluğu
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
CRH	: Corticotropin Releasing Hormone
CTQ-28	: Childhood Trauma Questionnaire
ÇÇTÖ	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
ÇKİS	: Çocukluk Çağında Kötüye Kullanılma ve İhmal Soru Formu
ÇÖYÖ	: Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantıları Ölçeği
DDT	: Diyalektik Davranışçı Terapi
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DIS-Q	: Dissociation Questionnaire
DKB	: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
HPA	: Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal
ICD	: International Classification of Diseases
KZVD	: Kendine Zarar Verici Davranış
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
NICE	: National Institute for Clinical Excellence
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
PANSS	: Positive and Negative Syndrome Scale
SSRI	: Selective Serotonin Reuptake Inhibitor
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
5-HIAA	: 5-Hidroksiindol Asetik Asit

VI. TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Araştırmada değerlendirilen BKB tanılı vakaların demografik ve klinik özelliklerinin KG bulunan vakalarla karşılaştırılması.....	35
Tablo 2: Araştırmada değerlendirilen BKB tanılı vakaların psikiyatrik tanı özelliklerinin KG bulunan vakalarla karşılaştırılması.....	37
Tablo 3: BKB tanılı vakaların intihar girişim biçimleri ve intihar girişim sayıları ...	38
Tablo 4: BKB tanılı vakaların ailelerinde ruhsal bozukluk özellikleri	39
Tablo 5: Araştırmada değerlendirilen BKB tanılı vakaların ve KG bulunan katılımcılar arasında ÇÇTÖ, DIS-Q ve PANSS-Pozitif belirtiler alt ölçeği ortalamalarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 6: BKB tanılı vakalarda PANSS-PAÖ, ÇÇTÖ ve DIS-Q skorları arasındaki ilişki.....	42
Tablo 7: KG tanılı vakalarda PANSS-PAÖ, ÇÇTÖ ve DIS-Q skorları arasındaki ilişki.....	43
Tablo 8: BKB tanılı vakalarda yaş, intihar girişim sayısı ve PANSS-PAÖ, ÇÇTÖ, DIS-Q skorları arasındaki ilişki	44
Tablo 9: BKB tanılı vakalarda görülen psikotik belirtileri açıklamada ÇÇTÖ ve DIS-Q skorlarının etkinliği	45
Tablo 10: KG bulunan katılımcılarda görülen psikotik belirtileri açıklamada ÇÇTÖ ve DIS-Q skorlarının etkinliği.....	46

VII. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: BKB tanılı vakalar ve KG (Kontrol grubu) katılımcılar arasında çocukluk
çağı travma ve dissosiyasyon varlığı oranlarının karşılaştırılması 41



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Borderline kişilik bozukluğu (BKB), çok çeşitli belirtilerle kendini gösteren heterojen bir klinik tablodur. Temel klinik özellikleri arasında stabil olmayan kişiler arası ilişkiler, affektif instabilite ve dürtüsellik yer alır. Dürtüsel davranışlar arasında kendine zarar verici davranışlar da yer almakta, bu durum hastaneye başvuru sıklığını arttırmaktadır. Bu hastalar terk edilmeye karşı aşırı hassasiyet gösterir. Partner ilişkilerinde terk edilmekten kaçınmak için uygunsuz tepkiler verebilir, öfke atakları yaşayabilirler. Bu hasta grubunda zaman zaman, geçici tipte psikotik atakların görüldüğü ve büyük oranda dissosiyatif bozuklukların da kliniğe eşlik ettiği bildirilmiştir.

Borderline kişilik bozukluğu, en sık rastlanan kişilik bozukluğudur. Toplumda görülme sıklığı %1,2- %6 arasında değişmektedir. Polikliniklerde ayaktan takip edilen hastalarda %10 ve yatarak tedavi gören hastalarda %20 oranında gözlenmektedir. Bu yüksek oranlar nedeniyle BKB'nin tanınması ve tedavisinin uygun şekilde planlanması önemlidir.

Çocukluk çağında travmaya maruz kalmak erişkin yaşamda çok çeşitli psikopatolojilerin gelişmesine yol açmaktadır. Borderline kişilik bozukluğuna sahip olan hastalarla yapılan çalışmalarda da çocukluk çağında travma öyküsünün bildirilme sıklığı dikkat çekmiştir. Çocukluk çağı travmalarının özellikle pozitif tipte psikotik semptomların varlığı için de risk oluşturduğu saptanmıştır. Özellikle çoklu travmanın varlığı bu riski daha da arttırabilir. Dissosiyatif semptomların da etyolojisinde travma öyküsü çok önemli bir yer tutmaktadır.

Bu çalışmada amaç, borderline kişilik bozukluğu olan hastalardaki psikotik semptomların hem çocukluk çağındaki travma öyküsü ile hem de dissosiyatif semptomlarla olan ilişkisini saptamaktır. Böylece, bu hasta grubunun klinik takibinde dikkat edilecek hususlara farkındalığın artırılması ve tedavinin daha etkin planlanmasının sağlanması hedeflenmiştir. Literatürde bu konuya yönelik yapılan çalışmalar son zamanlarda ağırlık kazanmıştır ancak, hala bu konuda çalışma

sayısının yetersiz olduğu gör÷lmektedir. Çalışmamızın bu alandaki eksikliklere katkı sağlayacağı düşün÷lmüştür.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU

2.1.1. Tanım

Borderline kişilik bozukluğu (BKB) genç erişkin dönemde başlayan; yoğun ve stabil olmayan kişilerarası ilişkiler, benlik algısı ve duygulanımda tutarsızlık ile, tekrarlayan kendine zarar verici davranışlar ve durumla uyumsuz öfke atakları şeklinde belirgin dürtüselliğin olduğu bir kişilik örüntüsüdür (1). Bu bozukluğa sahip olan hastalar kişilerarası ilişkilerinde reddedilme veya terkedilme durumlarına karşı sıklıkla aşırı duyarlı davranırlar. Yaşanılan bu yoğun olumsuz duygular kişilerarası ilişkilerde daha da kötüleşme, duygusal yaşantılarını düzenleme konusunda güçlükler ve tutarsızlıklara yol açar (2).

Sınırdaki kişilik bozukluğu olan hastalar sıklıkla aile içi şiddet, saldırı, kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi gibi durumlarla sağlık hizmetlerine başvururlar. Bu hastalara hem klinik ortamlarda hem de genel popülasyonda oldukça sık rastlanılır (3).

Borderline kişilik bozukluğu olan kişilerin duygulanımlarındaki tutarsızlık; tepkisel bir duygudurumdan bir diğerine hızlı ve akıcı değişimler olması ile tanımlanır. Bu kişiler tarafından sıklıkla gerginlik, öfke, üzüntü, kaygı-panik gibi duygular ve kronik boşluk ile yalnızlık düşünceleri deneyimlenir. Stabil olmayan, gergin kişiler arası ilişkilere sahiptirler; ilişkilerinde sık tartışmalar olur ve tekrarlanan ayrılıklar yaşanır (1,4). Derin bir terkedilme ve sonunda yalnız kalma korkusu nedeniyle olmadık girişimlerde bulunabilir, uygunsuz öfke tepkileri verebilirler. Terk edilmekten sakınmak için yaptıkları bu girişimler arasında kendine zarar verici davranış (KZVD) ve intihar girişimleri de yer almaktadır (5).

Genelde, borderline kişilik bozukluğu olan hastaların bakım verenleri ile ilişkisi, zorlu ve şiddetli ilgi taleplerinin olması, karşı tarafta uyandırdıkları güçlü ve kışkırtıcı duygular nedeniyle stabil olmamakta, benzer nedenlerle tedavi süreçlerinde de çok sık güçlüklerle karşılaşmaktadır (6).

2.1.2. Tarihçe

Sınır kavramı ilk kez psikiyatrist Adolf Stern (1938) tarafından nevroz ve psikoz “arasında” kalan “sınır” vakaları tanımlamak için kullanılmıştır. Bu döneme kadar geçen sürede hastalar nevroz ve psikoz olarak, tedavi edilebilirliklerine göre sınıflandırılıyordu; hastalar nevroz grubunda ise analiz edilebilir yani tedavi edilebilir, psikoz grubunda ise analiz edilemez yani tedavi edilemezdi (7). Zamanla, psikotik denemeyecek ama klasik psikanalizle de tedavi edilemeyen bir hasta grubu daha olduğu fark edildi. Nevrotik gruba da uygun olmayan bu hastaları tanımlamak için Stern “sınırdaki nevroz grubu” ifadesini kullandı (8). Sınırdaki grupta yer alan hastalar tarihsel gelişimi içinde aynı zamanda ambulatuvar şizofreni (Zilboorg), sanki kişilik (Helene Deutsch), psödonörotik şizofreni (Paul Hoch ve Phillip Politan) ve psikotik karakter bozukluğu (John Frosch) olarak da adlandırılmıştır (9).

Bir sonraki büyük adım Otto Kernberg tarafından 1967’de atıldı. Kernberg, sınır kişilik organizasyonunu, bir kişilik örgütlenmesi paterni olarak tanımlamıştır (4,7). İçselleştirilmiş nesne ve kendilik tasarımlarının niteliklerini ve değişikliklerinin önemini vurgulamıştır. Kernberg; ruhsal gelişim sürecini beş döneme ayırır ve BKB olan hastaların 3. evrede (ayrışmış kendi ve nesne tasarımları dönemi: 6–8. aylarda başlar 18–36. aya doğru tamamlanır) takıldıklarını belirtir. Bu evre aynı zamanda Mahler’in ayrılma-bireyleşme evresi, 16.-30. aylar arasındaki yeniden yakınlaşma (rapprochement) alt evresine denk gelmektedir. Bu evrede çocuk annesinin kendisini bırakma eylemine karşı tetiktir, onun nerede olduğuna karşı aşırı ilgi gösterir. BKB olan bireylerin de annenin kendisini terk etmesi ve yalnız kalması ile sonuçlanacak bir ayrılık tehdidinden korkarak infantil krizin sıkıntısından kurtulma yaşantısını yineler gibi davrandıkları söylenir. Kernberg’in 3. evresindeki çocuklar, kendilerinin ve annelerinin iyi ve kötü yönlerini birleştiremezler. İyi ve kötü olan bu karşıt imgeler bölme yoluyla ayrı ayrı konumlandırılır ve nesne sürekliliği başarılı bir şekilde pekiştirilemez. Nesne sürekliliği olan çocuklarda genelde ayrılıklar daha iyi tolere edilir, çünkü nesnenin fiziksel olarak yok olması durumunda içselleştirilmiş anne imgesine sahiptirler. Borderline kişilik bozukluğu olan kişilerde ise bu içsel imge yoktur, nesne sürekliliği çok az ya da yoktur.

Ayrılma-terkedilmeye karşı tahammülsüzlüğün bundan dolayı kaynaklandığı düşünülmektedir (4).

Kernberg, sınır hastaların psikoterapisinde, nesne ilişkilerinin niteliği ve üstbenlik bütünleşmesinin derecesinin, tedavinin gidişatını belirleyen en önemli etkenlerden biri olduğunu düşünmüştür (4). Bu hastaların psikanalitik psikoterapide ilkel aktarımlar geliştirmesinin nedeninin nesne ilişkilerinin yapısal özelliklerinden dolayı olduğunu belirtmiştir. O zamana kadar ilkel aktarımları nedeniyle psikanaliz için uygun olmadığı düşünülen borderline hastaların bu yoğun aktarımlarının seanslar sırasında çalışılmasının iyileştirici bir etkisi olduğunu göstermiştir. Böylece Kernberg, borderline kişilik bozukluğunun psikoterapi ile tedavi edilebileceğini ilk öne süren kişi olmuştur (10,11).

Kernberg, ruhsal yapıda gelişebilecek patolojik gelişimleri nevrotik, sınır ve psikotik örgütlenmeler olarak sınıflandırmıştır. Bu üç grup arasındaki ayırıcı tanı için; kimlik bütünleşmesi, gerçeği değerlendirme ve savunma mekanizmalarını temel almıştır. Nevrotik örgütlenmede, kimlik bütünleşmiş, gerçeği değerlendirme net ve kesindir. Temel savunma mekanizması olarak, bastırma ve ona yardımcı üst düzey savunma mekanizmaları kullanılmaktadır. Sınır ve psikotik örgütlenmede ise, kimlik dağınıklığı vardır. Sınır hasta, kendilik ve nesneyi ayırt edebilirken, psikotik örgütlenme içindeki hasta bunu yapamaz. Hem sınır hem de psikotik örgütlenmelerde temel savunma mekanizması olarak, bölme ve ona yardımcı ilkel savunma mekanizmaları kullanılmaktadır. Nevrotik ve sınır hastada savunma ruhsal çatışmayla ilgilidir; oysa psikotik örgütlenmede amaç, kişiliğin dağılmasını engellemektir (10).

Borderline kişiliğin bir sendrom olarak özellikleri ise, en iyi olarak Gunderson (1996) tarafından ortaya konmuştur. Gunderson çalışmalarında BKB için yapısal tanısal ölçütler oluşturmaya çalışmış ve bazı klinik özelliklerin bu kişilerde ortak olduğunu belirtmiştir. Bunlar; öfke ya da depresyonun ağırlıklı olduğu şiddetli duygulanım, dürtüsel davranışlar, yüzeysel sosyal uyum, geçici kişiler arası ilişkiler, genellikle paranoid niteliğe sahip kısa psikotik yaşantılar ve yapılandırılmamış

psikolojik testlerde garip, belirsiz, mantık dışı, ya da ilkel yanıtlar vermelerine karşın daha yapılandırılmış testlerde iyi performans sergilemeleri olarak sayılabilir (12).

Borderline kişilik bozukluğu Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) sınıflandırma sistemi olan DSM'de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) ilk olarak 1968 yılında DSM-II ile (APA,1968) latent tip şizofreni tanımlaması ile yer almıştır. Bunun ardından ilk defa 1980'de DSM-III'te 2. Eksen bozuklukları kategorisinde yer almış ve 10 yıl sonra da duygusal açıdan dengesiz kişilik bozukluğu adıyla Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasına (International Classification of Diseases- ICD) eklenmiştir (13–15).

2.1.3. Tanı Ölçütleri ve Klinik Tanı

Borderline kişilik bozukluğu olan hastalar sıklıkla farklı şikayetler ile hastaneye başvururlar. Bu durum tanı konusunda karışıklıklara neden olmaktadır. Bu hasta grubunun heterojen grup olduğu ve geniş davranış spektrumu özelliği gösterdiği bilgisi daima akılda tutulmalıdır. Klinik spektrum, daha olgun ve işlevsel hasta grubundan psikoz sınırında olan hasta grubuna kadar uzanır (16).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 5. baskıya göre, borderline (sınırdaki) kişilik bozukluğu tanı ölçütleri:

Aşağıdakilerden beşi (ya da daha çoğu) ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, kişilerarası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellik ile giden yaygın bir örüntü:

1. Gerçek ya da imgesel bir ayrılıp gidilmeden (terk edilmeden) kaçınmak için çalgınca çaba gösterme (Not: Beşinci tanı ölçütü kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını burada kapsamayın.)
2. Gözünde aşırı büyütme (göklere çıkarma) ve yerin dibine sokma uçları arasında gelip giden, tutarsız ve gergin kişilerarası ilişkiler örüntüsü.

3. Kimlik karmaşası: Belirgin ve sürekli, tutarsız bir benlik algısı ya da kendilik duyumu
4. Kendine kötülüğü dokunabilecek en az iki alanda dürtüsellik (örn. para harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, güvensiz araba kullanma, tıkınırcasına yemek yeme). (Not: Beşinci tanı ölçütü kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını burada kapsamayın.)
5. Yineleyici intihar davranışları, girişimleri ya da göz korkutmaları ya da kendine kıyım davranışları.
6. Duygudurumda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı olarak duygulanımda tutarsızlık (örn. yoğun dönemsel disfori, kolay kızma ya da genellikle birkaç saat, ancak seyrek olarak birkaç günden daha uzun süren bunalı).)
7. Süreğen bir boşluk duygusu.
8. Uygunsuz, yoğun bir öfke ya da öfkesini denetlemekte güçlük çekme (örn. sık sık kızgınlık gösterme, sürekli öfkeli olma, sık sık kavgaya karışma).
9. Zorlanmayla ilişkili, gelip geçici kuşkucu düşünceler ya da ağır çözülme belirtileri (14).

DSM-5'te yer alan bu tanı ölçütlerine göre borderline kişilik bozukluğunun klinikte en sık görülen bulgusu duygulanım değişkenliğidir. Hastalar biranda öfkeli, ardından depresif olabilir sonra ise hiçbir şey olmamış gibi davranabilirler. BKB; kişiler arası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık sergileyen, belirgin impulsivitenin eşlik ettiği sürekli bir örüntü olarak tanımlanmaktadır. BKB olan kişilerde, terk edilmekten kaçınmak için sürekli bir çaba gösterme, tutarsız kişiler arası ilişkiler ve benlik algısı, dürtüsel davranışlar, tekrarlayan intihar davranışları, duygulanımda dalgalanma, sürekli bir boşluk hissi, yoğun öfke, paranoid düşünce içeriği ve bazen de yoğun dissosiyatif belirtiler ortaya çıkabilir (17). Dürtüsel davranışlar birçok şekilde görülebilir; madde kullanım bozukluğu, tıkınırcasına yeme, güvensiz cinsel ilişki, sorumsuzca para harcama ve dikkatsizce araba kullanma gibi. Özellikle stres altındayken olan geçici psikotik belirtiler

(mikropsikotik ataklar da denmektedir), intihar ve kendine zarar verme davranışları eşlik edebilir. Sınırdaki kişilerin terk edilme tehdidi altında ego işlevsellik düzeyleri bozulmaya başlar. Gerçeklik ilkesine bağlı olan ikincil süreç düşünme yerini birincil süreç düşünceye bırakır; arzular, fanteziler ve dürtüler baskınlık kazanır. Bu dönemde psikotik belirtiler tabloya eşlik edebilir (8).

Borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda bilişsel işlevlerde bozukluk olabileceğine dair yapılmış çalışmalar kısıtlı sayıdadır. Bu konuda yapılan bir meta analiz çalışmasında sınır kişilik bozukluğu olan hastaların sağlıklı kontrollere göre nöropsikolojik işlevlerinde çoklu alanlarda bozulma olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Dikkat, bilişsel esneklik, öğrenme ve hafıza, planlama, işleme hızı ve görsel-uzamsal yetenekler olmak üzere altı işlev alanında anlamlı olarak daha düşük skorlar bildirilmiştir (18).

Bu dönemde yapılan bir başka çalışmada BKB olan hasta grubunda saptanan bir diğer klinik özellik olarak “pseudologia fantastica” yani “patolojik yalan söyleme” olduğu gösterilmiştir. Bu hasta grubu bilgi saklayabilir, yalan söyleyebilir. BKB olan hastalarda patolojik yalan söyleme ile narsisistik doyum, zayıf benlik saygısı ve kırılabilir benlik duygusu arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (19).

Sınır hastaların kullandığı temel savunma mekanizması bölme (splitting) başta olmak üzere ilkel idealleştirme (primitive idealization), yansıtma özdeşim (projective identification), inkâr (denial), tümgüçlülük ve değersizleştirme (omnipotence-.devaluation). Bölme savunma mekanizmasında hastalar başkalarını tümüyle “iyi” ya da “kötü” olarak görmektedir. Yoğun yüceltme ve değersizleştirmenin belirgin olduğu kaotik bir ilişki şekli vardır; iyiler sevilir ve yüceltilir, kötüler ise değersizleştirilir (5).

Borderline kişilik bozukluğu tanısı 30 yaşından önce daha sık teşhis edilmekte, 30 yaşından sonra tanı alan hastaların sayısı düşmektedir (20).

Yapılan bir çalışmada çocukluk çağında saptanan kişilik özelliklerinden borderline kişilik bozukluğunun öncülü sayılabilecekler tanımlanmıştır. Bunlardan çocukluk çağında görülen dürtüsellik, uygunsuz davranışların olması ve

saldırganlık özelliklerinin erişkin dönemde saptanabilecek BKB gelişimi için risk faktörü olabileceği bildirilmiştir. Bu tür erken dönem klinik öncüllerin belirlenmesinin erken müdahale için fırsat sağlayabileceği düşünülmüştür (21).

2.1.4. Epidemiyoloji

Borderline kişilik bozukluğunun toplumda görülme sıklığının %1,2 ile %6 arasında değiştiği bildirilmiştir (22). Birinci dereceden akrabalarında borderline kişilik bozukluğu tanısı almış olan bireylerde beş kat daha yaygın olarak görülmektedir (23).

Yapılan toplum temelli çalışmalarda, BKB prevalansının klinik ortamlarda yapılan çalışmaların sonucunda saptanan erkek/kadın:1/3 oranının aksine, genel toplum popülasyonunda erkeklerde ve kadınlarda nispeten benzer olduğu sonucuna varılmıştır (20,22). Oranlar arasında saptanan bu çelişki bize, borderline kişilik bozukluğu olan kadın hastaların erkeklere göre daha çok tedavi başvurusunda bulunduğunu gösterir (24). BKB daha genç yaşlarda (30'dan küçük) ve ayrılmış/boşanmış/dul yetişkinlerde, daha düşük gelir ve eğitim seviyesine sahip olanlarda daha yaygın görülmektedir. (22).

Borderline kişilik bozukluğu, polikliniklerde ayaktan takip edilen hastalarda %10 ve yatarak tedavi gören hastalarda %20 oranında gözlenmekte, kişilik bozuklukları içerisinde oranı ise %30 - %60 arasında farklılaşmaktadır. BKB olan hastalarının yaklaşık %75'i hayatlarında en az bir kez ciddi bir intihar girişiminde bulunmakta, bunların yaklaşık %8-10'u tamamlanmaktadır. Bu oran genel popülasyondan neredeyse 50 kat daha yüksektir (1,25). İntihar girişimi açısından daha yüksek riske sahip olan hastalar, daha önce intihar girişim öyküsü olanlar, majör depresyon ve madde kullanım bozukluğu komorbiditesi olan hastaları içerir. Sorunlu bir erken yaşam deneyimi, antisosyal özelliklerin varlığı, umutsuzluk ve dürtüsellik de bağımsız olarak intihar davranışı riskini artırır (26).

Borderline kişilik bozukluğu vakalarının %90'ında ek bir psikiyatrik tanı, %40'ında ise ikiden fazla psikiyatrik eş tanı vardır. Hastaların aile öykülerinde

duygudurum ve madde kullanım bozuklukları daha yaygın olarak görülmektedir (27).

2.1.5. Etiyoloji

Borderline kişilik bozukluğu ile ilgili yapılan son etiyolojik çalışmalar genetik, biyolojik, davranışsal ve erken dönem yaşantıları üzerine odaklanmıştır (28). Hem kalıtımın hem de çevresel faktörlerin tek başına açıklamakta yetersiz kaldığı durumlar mevcuttur, bu nedenle sınırdaki kişilik bozukluğunun pek çok faktörün karşılıklı etkileşimi sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir (29).

2.1.5.1. Genetik

Borderline kişilik bozukluğunun, aile içinde kuşaklar arasında sıklıkla görülüyor olması araştırmacılara kalıtımın rolü olabileceğini düşündürmüştür. Yapılan bir çalışmada BKB’de kalıtsallık oranı yaklaşık %60 olarak bildirilmiştir. İkiz çalışmasında ise, konkordans oranları monozigotlar için %35 ve dizigotlar için %7 olarak saptanmıştır (30).

Bozukluğun genetik kökenine bakıldığında tanı ölçütlerinden en çok dürtüsellik/sinirlilik ve affektif dengesizlik için daha güçlü genetik bağlantılar kurulabilmiştir (31).

Borderline kişilik bozukluğunda epigenetik değişikliklerin araştırıldığı bir çalışmada; HTR2A, NR3C1, MAOA, MAOB ve COMT gibi nöropsikiyatrik genlerde metilasyon gibi epigenetik değişikliklerin patogeneizde rol oynayabileceği öne sürülmüştür (32). Özellikle glukokortikoid reseptör geninin NR3C1 promotör bölgesi, üzerinde en çok çalışma yapılan gen bölgesi olmuştur. Çocukluğunda travma öyküsü olan BKB tanılı hastalarda NR3C1 promotör bölgesinde artmış metilasyon olduğu saptanmıştır. Bu gen bölgesinin sadece çocukluk çağı travması ile değil, aynı zamanda BKB’deki semptom şiddeti ile de ilişkili olabileceği bulunmuştur (33).

2013 yılında Perroud ve arkadaşlar tarafından yapılan çalışmada; çocukluk çağı travma öyküsü olan BKB tanılı hastalarda BDNF gen bölgesinin iki promotör bölgesinde artmış metilasyon olduğu saptanmıştır (34). 2015 yılında Prados ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise; BKB olan hastalarda miR124-3 gen bölgesi çocukluk çağı travması ile ilişki bulunmuştur (35).

2.1.5.2. Biyolojik ve Nöroanatomik

Yapılan çalışmalarda serotoninin; agresyon, impulsivite ve intihar davranışları ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Kişilik bozukluğu olan hastalarla yapılan bir çalışmada, saldırgan davranışlar ve intihar girişimlerinin beyin omurilik sıvısındaki (BOS) azalmış 5-hidroksiindol asetik asit (5-HIAA) düzeyleri ile bağlantılı olduğu sonucuna varılmıştır. BKB olan hastalarla yapılan bir çalışmada ise artmış intihar davranışı olan hastalarda azalmış 5-HIAA düzeyleri olduğu görülmüştür (36,37).

Frontal lobtaki bazı bozulmaların dürtüsel davranışları arttırdığı saptanmıştır. BKB olan bireylerde özellikle beyinde frontal bölgede serotonin düzeyinin düşük olduğu saptanmış; bu kişilere serotonin düzeyini yükselten ilaçlar verildiğinde öfke düzeylerinin ve diğer dürtüsel davranışlarının azaldığı görülmüştür. Bu bilgi bize bozukluğun dürtüsellikle ilgili kısmını oluşturan semptomların biyolojik sebeplere dayandırılabilceğini göstermektedir. Serotonin sistemindeki bozuklukların, duygudurum düzensizliği, tekrarlayan intihar girişimleri, kendine zarar verme davranışları ve saldırganlık gibi BKB semptomları ile ilişkili olduğu saptanmış, bu durumun sebebi olarak da ventral prefrontal korteksin dürtüsel ve saldırgan davranışlara yatkınlık üzerindeki engelleyici işlevinin bozulması olduğu öne sürülmüştür (38).

Borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile saptanan hipokampus ve amigdala hacimlerini inceleyen bir çalışmada, tüm beyin hacminde değişme olmaksızın, hipokampus hacminde %16 ve amigdala hacminde %8 azalma bulunmuş, bu sonuçların aynı alanda yapılan diğer çalışmalarla uyumlu sonuçlar olduğu saptanmıştır (39) Bu durum hastaların çocukluk

çağı travmaları ile ilişkili bulunmuştur. Yine aynı çalışmada BKB olan ve ek olarak madde kullanım bozukluğu bulunan kişilerde sağ ve sol putamen hacimlerinde artış olduğu sonucuna ulaşılmıştır (40). Hipokampusün yapısal bütünlüğündeki bu değişimin, çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin bellek işlemesi de dahil olmak üzere nörobilişsel eksikliklere neden olduğu düşünülmektedir. Bu, borderline kişilik bozukluğu hastasının çocukluk çağı istismarı, algısal çarpıtmalar ve kimlik kararsızlığı ile ilişkili sıklıkla belirtilen dissosiyatif semptomlarına katkıda bulunan bir faktör olabilir (41).

Yapılan diğer bir araştırmada, BKB olan kişilerin terkedilmeye karşı aşırı tepkisel boyutta olan ve tekrarlayan kendine zarar verici davranışlarının yeterli endojen opioidleri (beta-endorfin, met-enkefalin) olmaması ile bağlantılı olduğu öne sürülmüştür. Kendine zarar verici davranışların vücutta endojen opioid salınımını arttırması ile kompensatuar bir yanıt oluştuğu düşünülmüştür (42).

Borderline kişilik bozukluğunda yapılan, florin-18 işaretli deoksiglukoz pozitron emisyon tomografisi (FDG-PET) çalışmasında, sınır kişilik bozukluğu grubunda çift taraflı üst prefrontal kortekste metabolizma azalırken, çift taraflı alt prefrontal kortekste metabolizma artışı saptanmıştır (43).

Çocukluğunda istismara uğrayan BKB hastalarında, kortikotropin serbestleştirici hormona (Corticotropin releasing hormone- CRH) adrenokortikotropik hormon (Adrenocorticotrophic hormone- ACTH)/kortizol yanıtının arttığı tespit edilmiş ve süreklilik gösteren çocuk istismarının CRH reseptör hassasiyetini arttırdığı düşünülmüştür (44).

2.1.5.3.Çevresel Faktörler

Çocukluk çağındaki travma öyküsü BKB tanısı için bir önkoşul değildir, ancak en önemli etiyolojik faktördür. Kaynaklarda, BKB olgularının % 81'inde önemli çocukluk çağı travma öyküsü rapor edilmiştir. Hastaların % 71 oranında fiziksel, % 67 oranında cinsel istismar ve % 62 oranında da aile içi şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (6).

Yapılan pek çok araştırmada BKB olan kişilerin çocukluk dönemlerinde duygusal, cinsel ve fiziksel olarak kötü muameleye maruz kaldıkları saptanmıştır (1,5,45,46). Çalışmalarda BKB olan kişilerde; çocukluk çağında bakıcısı ya da bir tanıdığı tarafından fiziksel istismara maruz kalma oranı %10-73 arasında, cinsel istismara maruz kalma oranı %16-71 arasında bulunmuştur (45).

Çeşitli kişilik bozukluğu tanısı olan hastaların çalışma grubuna alındığı bir çalışmada, %78 oranında çocukluk çağı travması öyküsü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Özellikle borderline kişilik bozukluğu tanısı olan grupta çocukluk çağında var olan travmanın klinik şiddet göstergesi olduğu saptanmıştır (47).

Çocukta (özellikle 5 yaş öncesinde); anneden erken yaşta uzun süreli ayrılık yaşamanın, bakım veren konumundaki kişilerin sık değişmesinin, kaotik aile yapısının erişkinlikte BKB düşündürecek semptomların varlığı için artmış risk oluşturduğu saptanmıştır (48).

2.1.6. Komorbidite

Borderline kişilik bozukluğu klinikte sıklıkla ektanılarla birlikte bulunur. Yaklaşık %75 oranında komorbid durumlar saptanmıştır. En sık majör depresyon eşlik etmekte, diğer yandan madde kullanım bozukluğu (birlikte görülme oranı %53.1), travma sonrası stres bozukluğu (birlikte görülme oranı %46.9), anksiyete bozuklukları (panik bozukluk, sosyal ve özgül fobi, yaygın anksiyete bozukluğu), obsesif kompulsif bozukluk, yeme bozuklukları, bipolar bozukluk, somatoform bozukluklar ile de birlikte görülmektedir (49). Bu ektanılar eşlik etme sıklığı açısından cinsiyetler arası farklılık göstermektedir. Örneğin kadınlarda yeme bozuklukları, erkeklerde ise madde kötüye kullanımı daha sık eşlik etmektedir (22).

İlk zamanlarda borderline kişilik bozukluğu şizofreni tanı grubu altında değerlendirilmiş ve tanımlanmıştır. Daha sonraki çalışmalarda duygudurum bozuklukları tanı kategorisi ile olan benzerliklerden dolayı bu grubun bir alt türü olabileceği öne sürülmüştür. Son çalışmalarda ise borderline kişilik bozukluğunun travma sonrası stres bozukluğunun bir varyantı olabileceği ifade edilmiştir. Çocukluk

çağı travması öyküsünün sıklıkla eşlik etmesi, çeşitli klinik semptomların örtüşüyor olması bu ilişkinin araştırılmasını gündeme getirmiştir. Borderline kişilik bozukluğu olan hastaların yaklaşık üçte birinin travma sonrası stres bozukluğu kriterlerini karşıladığı görülmüştür. Dikkatli alınan anamnez ve boylamsal değerlendirme ile yanlış tanı koyma önlenemekte, her iki tanı için kriterler karşılanıyorsa eştanı konabilmektedir (22,50).

Borderline kişilik bozukluğu diğer kişilik bozukluğu tanılarıyla da oldukça sık oranda birliktelik göstermektedir. Özellikle histriyonik, narsisistik ve antisosyal kişilik bozuklukları ile birlikte görülebilmektedir (16,51). Yapılan diğer çalışmalarda ise narsisistik, bağımlı ve şizotipal kişilik bozukluğu ile daha sık birliktelik bulunmuştur (20,22).

Ayrıca BKB olan hastalarda kliniğe; artrit, kardiyovasküler sistem ve gastrointestinal sistemle ilgili hastalıklar da eşlik edebilmektedir (13).

2.1.7. Tedavi

Borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda tedavi ilk basamakta psikoeğitim ile başlar. Hastayla mevcut durumu, tedavi hedefleri, planlanan tedavi şeklini ve sınırları da içerecek şekilde açık ve net bir tedavi çerçevesi çizilmesi önemlidir. Bu yöntem hasta ile hekim arasında ittifak oluşmasına da katkı sağlar. Ardından hastanın semptomları odaklı düzenlenen farmakolojik tedavi ve ona eşlik edecek/ tamamlayacak psikoterapi ile tedavi planı oluşturmak şu an için en uygun tedavi yöntemidir. Komorbid hastalıklar sıklıkla eşlik ettiğinden ve borderline kişilik bozukluğu heterojen klinik görünümde bir semptomlar kümesi olduğundan dolayı tedavi planı hastanın bireysel ihtiyaçlarına uygun ve esnek olmalıdır (52).

Psikoterapi tiplerinden herhangi birisinin üstünlüğü kanıtlanamasa da, klinik tecrübe tedavinin uzun sürmesinden yanadır. Psikoanalitik/psikodinamik terapi ve diyalektik davranışsal terapinin BKB olan hastalardaki etkinliği kanıtlanmıştır (52,53).

Diyalektik davranışçı terapi (DDT); Marsha Linehan tarafından 1993'te geliştirilmiştir. Bilişsel ve davranışçı terapinin (BDT) daha geliştirilmiş bir formudur, bazı unsurları Franz Alexander'ın görüşü olan düzeltici duygusal deneyim terapisinden, bir kısmı ise belirli doğu felsefe okullarından (örn. Zen) etkilenmiştir. DDT'de uygulanan dört tedavi yöntemi: 1. Grup beceri eğitimi 2. Bireysel terapi 3. Telefon konsültasyonu 4. Konsültasyon takımı şeklindedir. Bu terapi şeklinde hastaların intihar eylemlerine ve tehlikeli davranışlarına özellikle önem verilir, hastalarda duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesi amaçlanır. Hastalarla bu amaçla; tavsiye, metafor, hikaye anlatma, yüzleştirmeyi de içeren ek tekniklerin kullanıldığı haftalık görüşmeler planlanır. DDT uygulanmış BKB hastalarıyla yapılmış meta analiz çalışmasında öfke patlamalarının ve parasuisidal eylemlerin azaldığı saptanmıştır (9,54).

Kaynaklarda aktarım odaklı psikoterapi ve zihinselleştirme temelli psikoterapi uygulamalarının da etkili olduğu gösterilmiştir (55). Zihinselleştirme temelli psikoterapi Fonagy ve arkadaşlarının geliştirdiği, psikanalizden temel alan, borderline kişilik bozukluğu olan hasta grubu için geliştirilmiş bir terapi şeklidir. Bireysel ya da grup terapisi şeklinde uygulanabilmektedir. Hastanın; duygudurum dalgalanmaları, dürtü düzensizliği ve kişilerarası iletişimdeki zorluklarını düzenleyebilmesi için bağlanma stilinde yer alan, kendisinin ve diğer insanların davranışlarının altında yatan zihinsel durumu anlayabilmesi hedeflenir (56). Zihinselleştirme temelli psikoterapinin yapılan çok sayıda randomize kontrollü çalışmada BKB hastaları için etkin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (9).

Aktarım odaklı psikoterapi Kernberg ve ekibinin psikanaliz kuramından geliştirdikleri, çağdaş nesne ilişkileri kuramı sentezinden türetilen kanıta dayalı bir psikoterapi şeklidir. Şiddetli kişilik patolojisi olan, klasik psikanalizin kullanılamadığı hastalarda kullanılabilmek üzere geliştirilmiştir. Terapist hasta ile çalışırken iki temel yöntem kullanır. Bunlardan birincisi “açıklığa kavuşturma”dır. Bu yöntemde aktarım, geleneksel psikoterapide olduğundan daha doğrudan incelenir. Böylece hastanın terapist hakkındaki çarpıtmalarının daha hızlı farkına varması sağlanır. İkinci yöntem ise “yüzleştirme”dir. Bu yöntemde terapist hastanın başka kişilerle olan ilişkilerinin aktarımsal çarpıtmalardan nasıl etkilendiğine işaret eder.

Bu terapi şeklinde sadece tipik olarak görülen semptomların (tekrarlayıcı intihar davranışları, yeme bozukluğu, alkol-madde kullanım bozukluğu, antisosyal davranışlar gibi) azaltılması değil, aynı zamanda hastanın mesleki ve eğitim alanındaki işlevselliğini geliştirmek, kişilik yapısını bütünleştirmek, duygusal bağlılık- cinsel özgürlük- duyarlılık alanlarında yeterliliğini arttırarak ikili ilişkilerde daha düzenli- kapsamlı sonuçlar sağlamak amaçlanır. Yüzyüze yapılan bir terapi şeklidir ve genelde haftada üç seanstan fazla yapılmaz (9,57).

BKB için yapılan farmakoterapi alanına yönelik çalışmalarda ise özgül bir ilaç tedavisi olduğu sonucuna ulaşılammıştır. Klinikte kullanılan ana tedavi kılavuzlarında da bu konuda fikir birliği oluşmadığı görülmektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) kılavuzunda semptom odaklı yaklaşım benimsenmiş; bu doğrultuda bilişsel- algısal semptomlar için antipsikotiklerin, duygulanım düzensizliği ve dürtüsel davranış bozukluğu için seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (Selective serotonin reuptake inhibitors- SSRI'lar) kullanılması önerilmiştir. Buna karşılık NICE (National Institute for Clinical Excellence) kılavuzunda ise BKB olan hastaya eşlik eden belirgin bir ruhsal bozukluk tanısı olduğunda farmakoterapinin kullanılması gerektiği belirtilmiştir. Son yapılan meta analiz çalışmalarında ise antidepresan kullanımı desteklenmemiş, antipsikotik ve duygudurum dengeleyici kullanımı desteklenmiştir. Tüm bu farklı yaklaşım önerilerine karşılık ortak benimsenen karar ise BKB olan hastalara polifarmasi verilmemesinden yana olmuştur (58).

Klinikteki uygulamalara bakıldığında farmakoterapinin; dürtü denetim bozukluğu, affektif dengesizlik ve bilişsel-algısal belirtiler olmak üzere üç belirti grubunda kullanım alanı olduğu saptanmıştır. Affektif dengesizlik için tedavide ilk basamak selektif serotonin geri alım inhibitörleridir (SSRI). Araştırmalarda en yaygın olarak kullanılan antidepresan ajanın fluoksetin olduğu ve yüksek dozlarda kullanıldığı görülmektedir. Fluoksetinin bu hasta grubunda dürtüsellik, öfke ve davranış problemleri üzerine olumlu etkisinin olduğu bilinmektedir (59). Trisiklik antidepresanların bu alandaki etkinlikleri hakkında tutarsız veriler bulunmaktadır, monoamin oksidaz inhibitörleri duygudurum bulgularında etkili bulunsa da, yan etkilerinden dolayı tercih edilmemektedir. Etkiyi arttırmak için gerekli görülürse

benzodiazepinler ile güçlendirme yapılabilir, ancak bağımlılık riski ve kötüye kullanıma dikkat edilmelidir. İkinci basamak olarak affektif stabilizeyi sağlamak için duygudurum dengeleyicilerin (lityum, valproat, karbamazepin) tedaviye eklenmesi de düşünülebilir. Kliniğe, dürtü denetim bozukluğu/davranış bozukluğu eşlik ettiğinde ise ilk basamak tedavi yine SSRI'dır. Ciddi davranış bozuklukları olduğunda SSRI tedavisinin yanına düşük doz antipsikotik, gerek görülürse de lityum ya da diğer duygudurum düzenleyiciler eklenebilir. Bilişsel-algisal belirtiler eşlik ettiğinde ise tedaviye düşük doz antipsikotik ile başlanmalı, etki görülmezse daha üst dozlara çıkılmalıdır. Bu hasta grubunda elektrokonvulsif tedavinin majör depresyon eş tanısı dışında kullanımı bulunmamaktadır (52).

Bir opioid antagonisti olan naltreksonun kendine zarar verici davranışları ve dissosiyatif semptomları azaltmadaki etkinliğini destekleyen sınırlı sayıda çalışma mevcuttur (60,61).

Omega-3 yağ asitlerinin membran stabilize edici özelliği mevcuttur. Psikiyatride kullanım alanı gitgide genişleyen Omega-3 yağ asitleri ile yapılan bir çalışmada borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda depresif belirtilerde etkili bulunmuştur, yan etkilerin az olması nedeniyle de tedaviyi bırakma oranı düşük saptanmıştır (1).

2.1.8. Prognoz

Yapılan bir izlem çalışmasında, sınır kişilik bozukluğu olan hastaların 1/3'ünün yıllar içinde kimlik algılarının sabitlendiği ve kendine zarar verme, uygunsuz öfke ve stabil olmayan ilişkiler gibi davranışlarını daha olgun ve dengeli davranış kalıplarıyla değiştirdikleri gözlenmiştir. Remisyonun arkasındaki mekanizma olarak çatışmalı yakınlıktan kaçınma ve sosyal öğrenme olduğu düşünülmüştür. Hastane yatışı olan sınır kişilik bozukluğu tanısı olan hastaların izleme alındıkları 10–15 yıl içinde işlevsel rollere geldikleri bulunmuştur. Bu takip süresi sonunda kadınların yaklaşık 1/2'si ve erkeklerin 1/4'ü yakın kişisel ilişkilerini sürdürebilmişlerdir. Bu kişilerin 1/2–1/3 kadarı sabit tam zamanlı iş sahibi

olabilmişlerdir. Düşük sosyoekonomik gruptan gelen hastaların başarı oranları daha düşük seyretmiştir (62).

Diğer bir ileriye dönük çalışmada, çocukluk çağı travma öyküsü olan hastaların geç erişkinlik dönemindeki semptomatik iyileşmesinin geciktiği ve bu olguların daha fazla şikayetleri olduğu gösterilmiştir (63).

Borderline kişilik bozukluğu tanısı olan hastaların ileriye dönük olarak takip edildiği bir çalışmada hastaların %88 oranında remisyona girdikleri saptanmıştır. Dürtüsellik, kendine zarar verici davranış ve intihar girişimlerinin ilerleyen dönemlerde kontrol altına alındığı, ancak disforik duygudurum, süregelen boşluk duygusu, yalnızlık düşüncesi gibi özelliklerin ise daha dirençli seyrettiği belirtilmiştir (64).

Yüksek zeka oranı, anne-babanın boşanmamış olması iyi prognostik faktörlerdendir. Affektif dengesizlik, kronik disforik duygudurumun varlığı, ilk tedavi başvurusunun daha genç yaşta olması, geçmiş hastane yatış süresi, antisosyal davranışların eşlik etmesi, madde kötüye kullanımı eş tanısının varlığı, ailede psikiyatrik öykünün olması, ebeveyn şiddeti ve özellikle anneyle olan sorunlu ilişkinin varlığı ise kötü prognostik faktörlerdendir (65).

2.2. PSİKOTİK SEMPTOMLAR

Psikotik belirtiler; psikotik bozukluklarda, duygudurum bozukluklarında, madde kullanımında, kişilik bozukluklarında, dissosiyatif bozukluklarda ve bazı tıbbi durumlarda görülebilen düşünce, algı, duygulanım ve davranışla ilgili belirtilerdir. Sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulmalar eşlik eder. Bu belirtilerin görüldüğü en önemli psikiyatrik bozukluk şizofrenidir. Şizofrenideki psikotik belirtiler pozitif ve negatif psikotik belirtiler olarak iki kategoriye ayrılmıştır. Pozitif psikotik belirtiler içinde sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma ve dezorganize davranışlar bulunmaktadır. Negatif psikotik belirtiler içinde ise duygusal tepkilerde azalma-küntlük, düşünce ve konuşmada fakirleşme (alogia), sosyal içe çekilme- isteksizlik (avolition), zevk alamama (anhedoni) yer almaktadır (5,9).

Bu çalışmamızda psikotik belirtileri taramak için Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (Positive and Negative Syndrome Scale- PANSS) pozitif alt türü kullanıldığı için bu başlık altında pozitif belirtiler üzerinde durulacaktır.

Sanrı(hezeyan); belli bir çağ ve toplum içinde gerçeğe uymayan, mantıklı tartışma ile değiştirilemeyen düşünceler anlamına gelmektedir. Gerçekle olan ilişkinin ağır derecede bozulduğunu gösteren bir düşünce içeriği bozukluğudur. Varsanı (hallüsinasyon) ise; gerçek bir uyarıcı olmamasına rağmen ortaya çıkan algılamalardır, hasta uyanıkken deneyimlenir. Dezorganize davranışta hastaların davranışları garip, saçma, alışılmadık dışında olabilir. Garip giyinim- görünüş, garip toplumsal ve cinsel davranışlar, saldırgan ve ajite davranışlar, stereotipik davranışlar görülür. Dezorganize konuşmada ise hastayla olan iletişimimizde onu tam anlayamadığımızı, ilişki kurmakta güçlük çektiğimizi hissederiz. Sorulara yandan, uygunsuz yanıtlar alınabilir (5,66).

Psikotik semptomların toplumdaki yaygınlığını şizofreni hastalarından bağımsız olarak araştıran çalışma sayısı oldukça azdır. Bu konuda yapılan bir çalışmada tüm psikotik bozuklukların yaşam boyu yaygınlığı %3,48 olarak bulunmuştur. Perala ve arkadaşlarının yaptığı bu çalışma psikotik bozuklukların yaygınlığı hakkında yapılan en kapsamlı genel nüfus araştırmalarındandır ve bu çalışmayla spesifik psikotik bozuklukların yaygınlıkları ayrı ayrı ilk kez rapor edilmiştir (67).

Borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda zaman zaman geçici kısa süren psikotik ataklar görülmektedir, bunlara aynı zamanda mikropsikotik atak da denmektedir. Özellikle paranoid tipte epizodlar görülür. Bunlar psikoterapötik yaklaşım, hastaneye yatırma ya da ilaç tedavisi ile düzeltilebilmektedir (68).

Psikotik semptomların varlığı nedeniyle, BKB olan hastalara uzun yıllar boyunca yanlış tanı konmuş ve tedavi verilmiştir (69). Özellikle işitsel hallüsinasyonların varlığı ile yanlış tanı birlikteliği en sık olarak saptanmıştır (70). İşitsel hallüsinasyonlar BKB olan hastaların %21-50'sinde ortaya çıkmaktadır (69). Şizofreni hastalarına benzer şekilde, BKB olan hastalarda da işitsel hallüsinasyonlar kafanın içinden ya da dışından geliyor şeklinde ve karşılıklı konuşmaların varlığı

olarak tanımlanabilir. Komut veren, yönlendiren, birbiriyle konuşan sesler duyulabilir, içerik çoğunlukla nahoş ve üzücü niteliktedir. Yapılan bir çalışmada sesler tarafından kontrol edildiğini bildirme oranı BKB olan hastalarda şizofreni hastalarından daha yüksek oranda saptanmış, ayrıca çocukluk çağı travması ile bu seslerin ilişkili olduğu ifade edilmiştir. BKB’de işitsel hallüsinasyonların ergenlik ya da daha öncesinde başlayıp uzun süre devam ettiği görülmüştür. Sınırdaki kişilik bozukluğu olan hasta grubunda işitsel hallüsinasyonların varlığı ile kendine zarar verici davranış ve intihar riskinin arttığı, daha sık hastane yatışı ve kötü prognoza yol açtığı saptanmıştır. BKB; psikotik semptomların stres ile yüksek oranda tetiklenmesi, biçimsel düşünce bozukluğunun- bizar hezeyanların eşlik etmemesi, negatif semptomların olmaması, affektif kısıtlılığın yokluğu ve sosyallığın korunması ve yüksek oranda dissosiyatif semptomların eşlik etmesi ile şizofreniden ayrılır. Ayırıcı tanıda yine de yetersiz kalınırsa uzunlamasına tanısız takip önerilmektedir (70,71).

Birçok çalışmada BKB’deki işitsel hallüsinasyonların dissosiyatif özellikte olduğu ifade edilmiştir. İşitsel hallüsinasyonların çocukluk çağı travmalarından özellikle duygusal istismar, ihmal ve dissosiyasyonun şiddeti ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Koku, görsel, taktil tipteki hallüsinasyonların geçmiş travmalarının doğası ile ilişkili olduğu saptanmıştır. BKB olan hastalardaki hallüsinasyonların psikoterapi ile gerilediği gözlemlenmiştir, ancak bu konuda yapılan çalışmalar hala yetersiz sayıdadır. İlaç çalışmalarında ise düşük doz antipsikotiklerin etkili olabileceği saptanmış, özellikle olanzapin (2,5-10 mg) üzerine çalışmalar yapılmıştır (70).

2.3. DİSSOSİYASYON

DSM-5’te dissosiyasyon; bilinç, bellek, kimlik ya da çevresel algının entegre olmuş işlevlerinin kopmasıdır. Bilincin bütünleşmiş işlevlerinde, bellek, kimlik veya çevrenin algılanmasında bozukluk olması durumu olarak da ifade edilmektedir. Dissosiyasyon, ani ya da aşamalı başlayabilmekte, geçici veya kronik olabilmektedir. (14). Çocukluk çağı ruhsal travmalarının etkisiyle oluşan; intihar girişimleri, kendine zarar verme davranışları, bilinç kesintileri, amneziler, konsantrasyon güçlüğü,

duygudurum dalgalanmaları, öfke patlamaları, kimlikte belirsizlik hisleri, çifte depresyon ve çalkantılı yakın ilişki dinamikleriyle ifade bulan bir psikopatoloji olarak da tanımlanmaktadır (72).

Dissosiyatif bozuklukların genel popülasyonda yaklaşık %10, yatan psikiyatri hasta grubunda ise %16 oranında, dissosiyatif kimlik bozukluğunun ise genel popülasyonda yaklaşık %1, yatan hasta grubunda ise %4 oranında yaygınlık gösterdiği bulunmuştur (73).

Dissosiyatif bozuklar DSM-5'te beş başlık altında ele alınmaktadır:

1. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu: Bir kişide yineleyici biçimde başka bir veya birden fazla kişiliğin belirmesi, bunların bireyin yaşamına kısa ya da uzun süre belli aralıklarla hakim olması, bu kişiliklerin birbirini tanımaması ve bu alter kişilikler arasındaki kaymaların birdenbire olması temel özellikleridir (14).
2. Dissosiyatif Amnezi: Günlük yaşantıda kısa süreli dalgınlıklar ve unutmalar ile açıklanamayacak şekilde kişinin yaşamının bir bölümünü anımsayamaması durumu (74).
3. Depersonalizasyon (Kendine Yabancılaşma) ve Derealizasyon (Gerçekdışılık) Bozukluğu: Depersonalizasyonda kişi kendi yüzünü, bedeninin tümünü ya da parçalarını, hareketlerini, duygularını ve düşüncelerini değişmiş ve kendisini yabancı bir varlık olarak algılamaktadır. Derealizasyonda ise kişi kendi çevresini ve duygularını gerçek değilmiş gibi hisseder (72).
4. Tanımlanmış Diğer Bir Dissosiyatif Bozukluk: Tanımlanmış diğer bir dissosiyatif bozukluk, DSM-5'te dissosiyatif bozukluklar kümesi içerisinde yer alan tanı ölçütlerini karşılamayan ancak özellikle işlevsellikte belirgin düşmeye neden olan süregelen dissosiyasyon durumlarını tanımlamaktadır. Bu kategori, dissosiyatif bozukluklardan herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce tartışılmak istendiğinde kullanılır (14).
5. Tanımlanmamış Dissosiyatif Bozukluk: Tanımlanmamış dissosiyatif bozukluk, DSM-5'te dissosiyatif bozukluklar kümesi içerisinde yer alan tanı ölçütlerini

karşılamayan ancak özellikle işlevsellikte belirgin düşmeye neden olan süregelen dissosiyasyon durumlarını tanımlamaktadır. Bu kategori ise, dissosiyatif bozukluklardan herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda (örn. acil servis koşullarında) kullanılır (14).

Geçici, strese bağlı şiddetli dissosiyatif semptomlar, hem DSM-5'te BKB için bir tanı kriteridir hem de travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) için dissosiyatif alt tipi işaret eder (75).

Dissosiyatif bozukluklara ilk kez Paracelsus'un (1493-1541) değindiği, meyhanede çalışan ve ikinci bir kişiliği olan bir kızıdan bahsettiği, ondan sonraki yıllarda ise modern psikiyatrinin babası olarak nitelendirilen Benjamin Rush'un (1746-1813) double mind (çift zihinli) iki vaka yayınladığı aktarılmaktadır. Dissosiyasyon ve dissosiyatif bozuklukların çağdaş anlamda tarihçesinin Pierre Janet (1859-1947) ile başladığı kabul edilmektedir. Janet, hastaların belirti ve davranışlarına sebep olan dissosiyatif etmenlerin geçmişteki travmatik yaşantılardan kaynaklanabileceğini ve dissosiyatif olmuş anı ve duygulanımların bilince çıkarılması ile tedavinin sağlanabileceğini ifade etmiştir (72,76). Dissosiyatif bozukluklar, psikiyatri alanında 1968'e kadar kullanılan tanı kategorilerinde yer almamıştır. İlk kez histerinin bir alt kategorisi olarak 1968'de DSM-II'de (APA, 1968) "histerik nöroz, dissosiyatif tip" adı altında yer almıştır (77).

Travmatik bir olay karşısında herkesin dissosiyatif olabileceği, dissosiyatif kimlik bozukluğunun çocukluk çağı travmasını en sık bildiren psikiyatrik tanı grubu olduğu ifade edilmiştir (78). Dissosiyatif bozukluklar için travma deneyiminin varlığı çok önemli bir etiyolojik faktördür. Travmanın erken yaşta başlaması, şiddeti, süresi, sıklığı gibi faktörler de etiyolojide önemlidir (72,79).

Yapılan bir çalışmada çocukluk çağında cinsel ya da fiziksel istismara maruz kalan kadınlarda dissosiyatif belirtilerin yaygın olduğu bulunmuştur. Birden fazla türde istismar varlığı daha yüksek dissosiyasyon oranı ile ilişkilidir (80,81).

Takip eden çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır; dissosiyatif belirtileri olan hasta grubunda çocukluk çağında travma öyküsü daha yüksek oranda saptanmıştır (82–85). Çocukluk çağı travma şiddeti ile disosiyasyon arasında da pozitif bir ilişki bulunmuştur (84).

Dissosiyatif amnezisi olan hastalarda, çocukluk travmaları içinde cinsel istismar öyküsünün daha sık olduğu saptanmıştır (86). Derealizasyonun ise çocukluk çağı travmalarından cinsel istismar için en iyi belirleyici olduğu ifade edilmiştir (87).

Yapılan başka bir çalışmada dissosiyatif semptomları olan hastalarda sağlıklı kontrol grubuna göre hipokampal hacim %19,2 daha küçük, amigdala hacmi de %31,6 daha küçük saptanmıştır. Dissosiyatif semptomları olan hastaların geçmiş öykülerine çocukluk çağı travmalarının çok sık eşlik ettiği düşünüldüğünde bu çalışmanın, çocukluk çağı travmasının eşlik ettiği diğer psikiyatrik bozukluklarda (örn. borderline kişilik bozukluğu) yapılan hipokampus ve amigdala hacimlerinin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığı çalışmalarla birbirini destekleyen sonuçlara ulaşmış olduğu görülmüştür (88).

Dissosiyatif bozukluklar; TSSB, şizofreni, yeme bozuklukları, somatizasyon bozuklukları, duygudurum bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, sınırda kişilik bozukluğu ile yüksek eşanı göstermektedir. Suisid girişim öyküsünün dissosiyatif bozukluğu olan hastalara çok sık eşlik ettiği saptanmıştır (22,78,89). Dissosiyatif semptomlar en sık dissosiyatif bozukluklara, TSSB ve ardından BKB kliniğine eşlik eder. Travma deneyiminden ve eşlik eden tanılardan bağımsız olarak, borderline kişilik bozukluğu olan hastaların neredeyse tamamı kimlik karmaşası, açıklanamayan duygudurum değişiklikleri ve duyarsızlaşma bildirir (79).

Kurt Schneider tarafından tanımlanan ve başlangıçta şizofreni tanısı için patognomonik olduğu düşünülen belirtilerin zamanla disosiyatif bozukluk, benzodiazepin çekilme sendromu ve bipolar bozukluk olan olgularda da görüldüğü saptanmıştır. Tanımlanan bu ilk sıra belirtiler; kendi aralarında tartışan sesler duyma, davranışlar üzerine yorum yapan sesler duyma, düşünce yayılması ve yayınlanması, işitilebilen düşünceler, somatik edilgenlik deneyimleri ile ilgili belirtiler olarak bilinmektedir (90,91). Yapılan bazı çalışmalarda bu belirtilerin dissosiyatif kimlik

bozukluğunda (DKB) şizofreniden daha yaygın görüldüğü iddia edilmiştir. Bu nedenle Schneider'in birinci sıra belirtileri ile başvuran hastalarda dissosiyatif bozukluk olabileceği de akılda tutulmalıdır. Bu hastaların öyküsünde çocukluk çağı travmasının olması, depersonalizasyon-derealizasyon, borderline kişilik bozukluğu eştanılarının olması, dissosiyatif füğ- amnezi ve somatik semptomları daha sık tariflemeleri bizi dissosiyatif bozukluk tarafına yönlendirmelidir (92).

Yapılan bir başka çalışmada DKB olan olgularda işitsel varsanılarının başka dissosiyatif belirtilerle birlikte olduğu, sanrısız ya da bizar yapıda olmadığı, daha çok hastanın durumuna uygun olduğu, bu hastalardaki flashback ve regresyon dönemleri dışında gerçeklik testlerinde genel olarak bozulma olmadığı, düşünce bozukluğu ve negatif belirtilerin olmadığı, sosyalliğin korunduğu ve duygulanımın tepkisel olduğu saptanmıştır (69,93). Hem dissosiyatif hasta grubunda hem de şizofreni tanılı hasta grubunda en yaygın duyulan sesin cezalandırıcı ve düşmanca özellikte olduğu saptanmıştır (94). Ayrıca bu hastalardaki Schneider'in birinci sıra belirtilerinin antipsikotik tedaviye yanıt vermediği, daha çok psikoterapötik müdahalelerden ve hipnozdan fayda gördüğü bildirilmiştir (95).

2.4. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

DSM-5'te travma “Bireyin kendisinin ya da bir başkasının hayatını tehdit edecek ciddi yaralanma, fiziksel bütünlüğüne zarar verecek bir olayı yaşaması ya da buna şahit olması, bu durum karşısında yoğun çaresizlik, korku ve dehşet duyguları yaşaması.” olarak tanımlanmaktadır (14). UNICEF 2004 (United Nations International Children's Emergency Fund), Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne göre: Madde 1- Bu sözleşme uyarınca çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır (96).

Çocukluk çağı travması, anne-baba ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür. Bu eylem ya da eylemsizliklerin sonucu olarak çocuğun

fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi durumu, olarak ifade edilmektedir (97).

DSM-5’te çocukluk çağı travmaları “Çocuğa Kötü Davranma ve Çocuğu Boşlama Sorunları” başlığıyla; çocuğa fiziksel, cinsel ya da duygusal istismar olarak ve çocuk ihmali (duygusal-fiziksel) olarak sınıflandırılmaktadır (14).

On sekiz yaşından küçük, çocuk bireylere karşı onların bedensel, sosyal ve ruhsal gelişimlerini olumsuz yönde etkileyen tüm durumlar istismar olarak tanımlanırken sağlık, sevgi, şefkat, yiyecek, barınma, korunma, eğitim gibi temel ihtiyaçlarının sağlanmaması veya yeterli olarak karşılanamaması ihmal olarak tanımlanmaktadır. Aradaki en önemli fark istismarın aktif bir süreç olup hareket ve aksiyon içermesi, ihmalin ise pasif bir süreç olmasıdır (98,99).

Bu anlattıklarımıza ek olarak bazı nörobiyolojik boyutlara da vurgu yapmamız gerekmektedir. Hipotalamus-Pitüiter-Adrenal (HPA) aks, vücudun stres karşısında nöroendokrin sistemini düzenleyen bir yoldur. Çocukluk çağı travma öyküsü olan kişilerde HPA aksında disregülasyon tespit edilmiştir (100). Yapılan hayvan çalışmalarıyla da agresyon ile kortizol arasında negatif ilişki olduğu saptanmıştır. Yüksek agresyon gösteren hayvanlara kortizol verildiğinde bu yanıtın kaybolmuş olduğu gözlemlenmiştir (101).

Çocukluk çağı travmasının, özellikle beynin sol bölgesinde, erişkin hipokampal hacmindeki azalma ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Sağlıklı dorsolateral prefrontal korteks gelişimi sağlıklı hipokampal gelişime bağlıdır. Bu nedenle hipokampal gelişimi sekteye uğrayan kişilerde görülen dorsolateral prefrontal kortekste oluşan anormalliğin artan saldırganlık, duygusal reaktivite ve zayıf dürtü kontrolü ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (102).

Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin yaygınlığını araştıran bir meta analiz çalışmasında, genel yaygınlık oranları cinsel istismar için yaklaşık %13 (kızlarda %18, erkeklerde %8), fiziksel istismar için yaklaşık %23, duygusal istismar için yaklaşık %36, fiziksel ihmal için yaklaşık %16 ve duygusal ihmal için yaklaşık %18

olarak bulunmuştur (103). Ülkemizde ise yapılan bir çalışmada çocukluk çağı travması yaygınlık oranı %31,3 bulunmuştur (104).

Bir grup ergen yaştaki öğrencinin dahil edildiği bir çalışmada, toplam 839 lise öğrencisinin %16.5'i ihmal, %15.8'i duygusal istismar, %13.5'i fiziksel istismar ve %10.7'si cinsel istismara (ensest dahil) uğradıkları sonucuna ulaşmışlardır. Kendine fiziksel zarar verme davranışının sıklığı %21,4 ve intihar girişimi sıklığı % 10,1'dir. Çocukluk dönemi travması belirten kişiler, belirtmeyenlere göre daha yüksek derecede dissosiyatif belirtiler göstermekte, daha sık kendine fiziksel olarak zarar vermekte ve intihar girişiminde bulunmaktadır (105).

Çocukluk döneminde yaşanan travmatik olaylar kişinin psikopatoloji geliştirmesinde önemli bir risk faktörüdür. Çocukluk çağında cinsel istismara uğrayan kişilerin %47'sinde çocukluk çağı başlangıçlı psikiyatrik bozukluklar, %26-32'sinde ise yetişkin dönemde başlayan psikiyatrik bozuklukların görüldüğü bildirilmektedir. Yapılan pek çok çalışmada çocukluk çağı travmaları ile psikotik semptomlar (özellikle pozitif semptomlar: hezeyan, hallüsinasyon) arasında bağlantı bulunmuştur. İşitsel, görsel, taktil hallüsinasyonlar ile çocukluk çağı travmaları arasında pozitif bağlantı olduğu saptanmıştır (106). Başka bir çalışmada çocukluk çağı ihmali ve istismarı özellikle işitsel hallüsinasyonlar ile ilişkilendirilmiştir (107,108).

Özellikle çocuklukta çoklu travma (politravma) varlığı psikotik semptomlar ile daha sıkı ilişkili bulunmuştur (109).

Çocukluk çağı travmasının varlığı erişkin yaşta şizofreni gelişimi için kalıtsal olmayan bir etiyolojik faktör olarak görülmektedir. Yapılan çalışmada, çoklu travma öyküsü varlığında şizofreni spektrum bozukluğu geliştirme riski 4,23 kat artmış bulunmuştur. Bu risk, dörtten fazla travma deneyimlemiş hastalarda kontrollere göre 10 kat fazla bulunmuştur. (109).

Yakın zamanda yapılan bir çalışmada, şizofreni spektrum bozukluk tanısı olan hastaların yaklaşık %75'inin çocukluk çağı travması tariflediği saptanmıştır. Travma öyküsü ile hastaların suisid girişimleri arasında bir ilişki olduğu ve hem

travmanın yoğunluğu hem de yaşanan travmanın sayısı ile bu hastalardaki dissosiyatif semptomlar arasında da bir bağlantı olduğu saptanmıştır (110).

Kaynaklar çocukluk çağı travması öyküsü olan kişilerde yapılan çalışmalarda dissosiyatif belirtilerin daha sık olduğunu saptamıştır. Yapılan bir çalışmada, hastalarda fiziksel ya da cinsel istismar öyküsü olduğunda dissosiyatif belirtilerin daha sık eşlik ettiği saptanmıştır (80,109).

Türkiye’de dissosiyatif bozukluğu olan hastaların %46’sı çocukluk çağı fiziksel istismarı, %33’ü çocuklukta cinsel istismar bildirmiştir (111).

Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış kişilerde ilerleyen zamanda kişilik bozukluğu görülme sıklığı artmaktadır. Özellikle BKB olan hastalar çocukluk çağında cinsel istismara maruz kaldıklarını bildirmişlerdir ve bu hastalarda travma öyküsünün klinik şiddet göstergeleri ile ilişkili olduğu saptanmıştır (47). Çalışmalar BKB olan hastaların çocukluk ya da ergenlik öykülerinde % 71–81 oranlarında travmatik yaşantının yer aldığını göstermektedir. Yapılan bir çalışmada BKB olan hastaların %72,2’si çocukluklarında en azından bir tür, %41,7’si ise birden çok türde travma ile karşı karşıya kaldıklarını bildirmişlerdir (112).

Kingdon ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada BKB ve şizofreni tanılı hastalar karşılaştırılmış; çocukluk çağı travma öyküsünün borderline kişilik bozukluğu tanısı olan ve komorbid şizofreni tanısı olan hastalarda daha sık saptandığı görülmüştür. Sadece şizofreni tanılı hastalarda ise daha az oranda çocukluk çağı travma öyküsü saptanmıştır, ancak bu hasta grubunda minimizasyon oranlarının ise daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (113).

Çocukluk çağı travmaları ile ilerleyen dönemde BKB gelişimi arasında tek yönlü bir ilişkinin olmadığı, çeşitli mekanizmalar (HPA aks değişiklikleri, endojen opiyat sistemi değişiklikleri, nöroplastisite, epigenetik değişiklikler, beyin morfolojisindeki farklılıklar) arasındaki kompleks etkinin sonucunda ortaya çıktığı sonucuna ulaşılmıştır (114).

Yapılan bir çalışmada, borderline kişilik bozukluğu olan hastalara %72,5 oranında disosiyatif bozukluğun eşlik ettiği saptanmıştır. Bu çalışmada çocukluk çağı duygusal ve cinsel istismar, fiziksel ihmal ve toplam çocukluk çağı travma puanlarının borderline kişilik bozukluğunda; duygusal ihmal ve minimizasyon puanlarının disosiyasyon bozukluklarında önemli bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur (115).

Yakın zamanda yapılan bir çalışmada farklı çocukluk çağı travmalarının erişkin döneme yansıyan tanısal farklılıklarına bakılmıştır. Borderline kişilik özelliklerinin duygusal istismar öyküsü, disosiyatif bozuklukların ise cinsel ve fiziksel istismar öyküsü varlığı ile tahmin edildiği ortaya konmuştur (116).

Ayrıca yapılan bir başka çalışmada BKB tanısı olan hastalarda duygusal istismar öyküsünün dürtüsellik ile cinsel istismar öyküsünün ise suicidal girişim ile daha sık ilişkili olduğu saptanmıştır (117).

2009 yılında yapılan bir meta analiz çalışmasında; çocukluk çağı travmalarının erişkin yaşamda görülebilecek fiziksel hastalıklarla ilişkisi incelenmiştir. Çocukluk çağı travma öyküsünün olmasının, özellikle nörolojik hastalıklar, kas-iskelet sistemi hastalıkları ile daha yüksek oranda birliktelik gösterdiği saptanmış; bunu solunum sistemi, kardiyovasküler sistem hastalıkları, gastrointestinal sistemle ilgili hastalıklar ve metabolik bozuklukların izlediği görülmüştür. Özellikle kadın cinsiyette fiziksel hastalıklara klinikte daha fazla oranda denk gelindiği bildirilmiştir (118).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Bu çalışma için Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 25/12/2020 tarihinde 2020.12.2.09.209 karar no ile etik kurul onayı alınmıştır (EK-1).

Araştırmamız, borderline kişilik bozukluğu tanılı hastalardaki çocukluk çağı travmalarının ve dissosiyatif semptomların hastaların yaşadıkları psikotik semptomlarla ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılan retrospektif tanımlayıcı bir çalışmadır. Bu çalışmaya; Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Bölümü polikliniğine Kasım 2020-Ekim 2021 tarihleri arasında başvuran, DSM-5 kriterlerine göre borderline kişilik bozukluğu tanısı alan ve etkin bir tedavi görmemiş 80 hasta ile cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi uygunluğu dikkate alınarak seçilen herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan 80 sağlıklı kontrol grubundan oluşmak üzere toplam 160 kişi alınmıştır. Kişiler çalışmaya alınmadan önce çalışma hakkında sözlü olarak bilgilendirilmiştir ve kendileri aydınlatılmış onam formunu okuyup imzalamışlardır (EK- 2).

Yapılan görüşmelerde hasta ve kontrol gruplarına araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (Childhood Trauma Questionnaire- CTQ-28, ÇÇTÖ), Dissosiyasyon Ölçeği (Dissociation Questionnaire- DIS-Q) ve PANNS- Pozitif Belirtiler Altölçeği uygulanmıştır. PANNS- Pozitif Belirtiler Altölçeği hekim tarafından, diğer ölçekler ise katılımcının kendisi tarafından doldurulmuştur.

Çalışmamız ile ilgili G*power 3.1 programı ile yapılan güç analizinde çalışma ve kontrol gruplarında TCI Yenilik Arayışı etki büyüklüğü 0,48 bulunmuş (The relationship between psychotic symptoms and dissociative symptoms in patients with borderline personality disorder) (alfa hata olasılığı=0.05); güç değeri 0.80 alınarak yapılan örneklem genişliği analizinde toplam alınması gerekli örnek sayısı 160(80+80) olarak bulundu.

Araştırmada BKB tanılı ve kontrol grubunda bulunan katılımcıların demografik ve klinik özellikleri sayı, yüzde, ortalama, standart sapma gibi betimleyici istatistiksel analizlerle incelendi. BKB olan ve kontrol grubunda bulunan vakalar arasında cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, sigara kullanımı, alkol ve madde kullanımı, ruhsal bozukluklarla ilişkili oransal veriler Ki-Kare Analizi ile karşılaştırıldı. Araştırmada BKB tanılı ve kontrol grubunda bulunan katılımcılar arasında yaş, PANNS-Pozitif belirtiler alt ölçeği, ÇÇTÖ ve DIS-Q skor ortalamaları normal dağılan verilerde Bağımsız Gruplar t testi ile, normal dağılmayan verilerde ise Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldı. BKB tanılı vakaların yaş, PANNS-Pozitif belirtiler alt ölçeği, ÇÇTÖ ve DIS-Q skorları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi ile incelendi. Buna ek olarak kontrol grubunda bulunan katılımcıların PANNS-Pozitif belirtiler alt ölçeği, ÇÇTÖ ve DIS-Q skorları arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Analizi ile incelendi. BKB tanılı ve kontrol grubunda bulunan vakaların PANSS-Pozitif belirtiler alt ölçeği skorlarını açıklamada ÇÇTÖ ve DIS-Q puanlarının etkinliğini incelemek amacıyla Hiyerarşik Regresyon Analizi ile değerlendirildi. Araştırmada kullanılan analizler için anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak belirlendi. Araştırmada verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık verileriyle ($\pm 1,5$) kontrol edildi. Analizlerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 22.0 programı kullanıldı.

Hasta grubunda araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- 1.18–65 yaş arasında olmak
- 2.DSM-5'e göre borderline kişilik bozukluğu yeni tanısı almış ve henüz tedavi görmemiş olmak
- 3.Bilişsel bozulma yapabilecek organik veya organik olmayan herhangi bir hastalığının bulunmaması (deliryum, demans, zeka geriliği vb. gibi)
- 4.Son 6 aydır etkin psikiyatrik ilaç tedavisi almamış olmak
- 5.Okuma-yazma biliyor olmak
- 6.Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek

Hasta grubunda araştırmaya alınmama kriterleri;

1. Testleri yapabilecek düzeyde eğitimi olmayanlar
2. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılamayanlar

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmaya katılan kişilerin sosyodemografik özelliklerini saptayabilmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan formda katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum, ruhsal ve fiziksel hastalık öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık varlığı, sigara-alkol ve madde kullanımı, suicidal öykü, ailede göç öyküsü ve bakım veren kaybının varlığı gibi klinik değişkenlere ilişkin sorular yer alır. Bu çalışmada kullanılan sosyodemografik veri formu EK-3'te yer almaktadır.

3.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28)

Çocukluk dönemindeki örselenme ve ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak tarayan, Bernstein ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Şar ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılmıştır. CTQ-28, 28 maddeden oluşan ve tüm maddelerin 5'li Likert tipinde değerlendirildiği bir ölçektir. Duygusal ihmal, fiziksel ihmal, cinsel istismar, duygusal istismar ve fiziksel istismar şeklinde 5 alt boyuttan oluşur. Alt grup puanları 5–25, toplam puan 25–125 arasındadır. Toplam puanın yüksek olması, çocukluk çağı travmaları düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelir. Bu alt gruplar dışında, travma inkar ölçümünü yapan, yanıltıcı özelliğe sahip 3 minimizasyon sorusu da vardır. Bu minimizasyon soruları 11., 21. ve 25. sorulardır. Minimizasyon soruları hesaplanırken, sadece kişi bu sorulara 5 yanıtı verdiyse değerlendirmeye alınır, ve her 5 yanıtı verilen sorunun puanı 1 olarak düşünölüp toplamda 0-3 arası puanlama yapılır. Minimizasyon sorularının puanları toplam puana yansımaz,

ölçeğin sonuçlarının doğru değerlendirmesine katkı sağlar. Ölçekte bulunan 2, 7, 13, 17, 24 sayılı maddeler duygusal istismar; 8, 9, 10, 14, 16 sayılı maddeler fiziksel istismar; 19, 20, 22, 23, 26 sayılı maddeler cinsel istismar; 1, 3, 5, 15, 28 sayılı maddeler fiziksel ihmal; 4, 6, 12, 18, 27 sayılı maddeler duygusal ihmal durumunu ölçmektedir. 4, 6, 12, 15, 18 ve 27. sorular ters kodlanmıştır. Yani, kişi 6. Soruya 4 yanıtını veriyse o sorudan 2 puan alır. Ölçeğin iç-tutarlılığını gösteren Cronbach alfa değeri 0,93 Gutmann yarım test katsayısı ise 0,97 olarak bulunmuştur. Pearson korelasyon katsayısı hesaplandığında madde 4 ($r = 0,17$) dışındaki tüm maddelerin 0,30'un üzerinde hatta birçoğunun 0, 50'nin üzerinde olduğu saptanmıştır. Bu da ölçeğin iç-tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir. İki hafta ara ile yapılan test-tekrar testinde ise toplam puan için korelasyon katsayısı .90 ($p < .0001$, $N=48$) bulunurken alt puanlar için korelasyon katsayıları duygusal istismarda .90 ($p = .001$), duygusal ihmalde .85 ($p < 0,001$), fiziksel istismarda .90 ($p < .001$), cinsel istismarda .73 ($p < .001$) ve fiziksel ihmalde .71 ($p < .001$) olarak hesaplanmıştır. Bu da ölçeğin yapısal geçerliğinin yüksek olduğunu göstermektedir (119,120). CTQ-28, EK-4'te yer almaktadır.

3.2.3. Dissosiyasyon Ölçeği (DIS-Q)

Dissosiyasyon ölçeği, Vanderlinden ve arkadaşları tarafından 1993 yılında geliştirilen 63 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Her madde 1 ile 5 puan arasında puanlanır. Toplam puanın 63'e bölünmesi ile çıkan sonucun 2,5'un üzerinde olması anlamlı kabul edilir (121). Ölçeğin Türkçe güvenilirliği ve geçerliliği Şar ve arkadaşları tarafından 1997 yılında yapılmıştır (122). DIS-Q, EK-5'te yer almaktadır.

3.2.4. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) –Pozitif Belirtiler Alt Ölçeği

PANSS, psikotik bozuklukları olan hastalarda pozitif ve negatif belirtiler ile genel psikopatolojiyi değerlendirmek üzere Kay ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilmiş, 30 maddeden oluşan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. 30

maddeden yedisi pozitif alt ölçeğe, yedisi negatif alt ölçeğe, geri kalan 16 madde ise genel psikopatoloji alt ölçeğine ayrılmıştır. Her madde yedi puanlık şiddet değerlendirmesini içermektedir. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin puan aralığı 7–49, genel psikopatoloji alt ölçeğinin ise 16-112’dir (123,124). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır (125). PANSS-Pozitif belirtiler alt ölçeği, EK-6’da yer almaktadır.



4. BULGULAR

4.1. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU VE KONTROL GRUBUNUN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmada değerlendirilen BKB tanılı vakaların yaş ortalamalarının $24,15 \pm 7,23$, kontrol grubunda bulunan katılımcıların yaş ortalamalarının $24,46 \pm 6,44$ olduğu, Bağımsız Gruplar t testine göre iki grup arasında yaş ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede benzer olduğu ($t=-0,29$, $p=0,773$) bulundu. BKB tanılı vakaların 6'sının (%7,5), kontrol grubunda bulunan vakaların 6'sının (%7,5) erkek olduğu ve iki grup arasında cinsiyet oranlarının aynı olduğu bulundu.

Tablo 1: Araştırmada değerlendirilen BKB tanılı vakaların demografik ve klinik özelliklerinin KG bulunan vakalarla karşılaştırılması

		Grup					
		BKB		KG			
		n/Ort.	%/SS.	n/Ort.	%/SS.	Analiz	p
Yaş		24,15	7,23	24,46	6,44	t=-0,29	0,773
Cinsiyet	Kadın	74	92,5	74	92,5	X2=0,00	0,999
	Erkek	6	7,5	6	7,5		
Mezuniyet durumu	İlkokul	16	20,0	8	10,0	X2=3,23	0,199
	Lise	46	57,5	50	62,5		
	Üniversite	18	22,5	22	27,5		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	27	33,8	11	13,8	X2=15,10	0,002*
	Düzenli çalışıyor	24	30,0	42	52,5		
	Düzensiz çalışıyor	9	11,3	3	3,8		
	Öğrenci	20	25,1	24	30,0		
Meslek	İşçi	25	31,3	28	35,0	X2=22,06	<0,001*
	Memur	3	3,8	17	21,3		
	Serbest meslek	16	20,0	2	2,5		
	Diğer	36	45,0	33	41,3		
Medeni durum	Bekar	57	71,3	55	68,8	X2=7,00	0,057*
	Evli	13	16,3	22	27,5		
	Boşanmış	6	7,5	3	3,8		
	Dul	4	5,0	0	0,0		
Çocuk	Var	17	21,3	14	17,5	X2=0,36	0,548
	Yok	63	78,8	66	82,5		
Sigara kullanımı	Var	57	71,3	20	25,0	X2=34,27	<0,001
	Yok	23	28,7	60	75,0		
Alkol kullanımı	Var	38	47,5	23	28,7	X2=5,96	0,015
	Yok	42	52,5	57	71,3		
Madde kullanımı	Var	11	13,8	1	1,3	X2=9,01	0,003
	Yok	69	86,3	79	98,8		
Ek tıbbi hastalık var mı?	Var	28	35,0	9	11,3	X2=12,69	<0,001
	Yok	52	65,0	71	88,8		
Daha önce intihar girişiminde bulundu mu?	Var	62	77,5	2	2,5	X2=93,75	<0,001*
	Yok	18	22,5	78	97,5		
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?	Var	37	46,3	11	13,8	X2=20,12	<0,001
	Yok	43	53,8	69	86,3		
Ailede göç öyküsü var mı?	Var	17	21,3	8	10,0	X2=3,84	0,050
	Yok	63	78,8	72	90,0		
Erken yaşta anne-baba-bakımveren kaybı var mı?	Var	12	15,0	5	6,3	X2=3,23	0,073
	Yok	68	85,0	75	93,8		

KG= Kontrol Grubu, Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, t=Bağımsız Gruplar t testi, X2=Ki-Kare Analizi,

*=Fisher Exact Test Sonucu

Borderline kişilik bozukluğu tanılı vakalar ile kontrol grubu arasında Ki-Kare Analizlerinde çalışma durumu oranlarının ($X^2=15,10$, $p=0,002$) ve meslek oranlarının ($X^2=22,06$, $p<0,001$) istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklı olduğu bulundu.

Borderline kişilik bozukluğu olan vakaların 57'sinde (%71,3) sigara kullanımı, 38'inde (%47,5) alkol kullanımı, 11'inde (%13,8) madde kullanımı, 28'inde (%35,0) ek tıbbi bir hastalık, 62'sinde (%77,5) geçmişte intihar girişimi, 37'sinde (%46,3) ailede psikiyatrik öykü olduğu ve 17'sinin (%21,3) göç geçmişi olduğu bulundu. Ki-Kare analizlerine göre BKB tanılı vakalarda sigara kullanım oranlarının ($X^2=34,27$, $p<0,001$), alkol kullanım oranlarının ($X^2=5,96$, $p=0,015$), madde kullanım oranlarının ($X^2=9,01$, $p=0,003$), ek tıbbi hastalık varlığı oranlarının ($X^2=12,69$, $p<0,001$), intihar girişimi oranlarının ($X^2=93,75$, $p<0,001$), ailede psikiyatrik hastalık oranlarının ($X^2=20,12$, $p<0,001$) ve ailede göç öyküsü oranlarının ($X^2=3,84$, $p=0,05$) kontrol grubunda bulunan katılımcıların oranlarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 1).

Araştırmada değerlendirilen BKB tanılı bireylerin 57'sinin (%71,3) daha önceden farklı bir psikiyatrik tanı aldığı bulundu. BKB tanılı vakaların 34'ünün (%42,5) depresif nöbet, 10'unun (%12,5) anksiyete bozukluğu, 6'sının (%7,5) panik bozukluk, 8'inin (%10,0) dürtü kontrol bozukluğu, 12'sinin (%15,0) bipolar bozukluk, 7'sinin BKB, 4'ünün (%5,0) DEHB (Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu), 3'ünün (%3,8) şizofreni, 5'inin (%6,3) duygudurum bozukluğu ve 2'sinin (%2,5) obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanısı ile takip edildiği değerlendirildi. Ki-Kare Analizlerine göre BKB tanılı vakaların daha önceden bir psikiyatrik tanı alma durumu oranlarının ($p<0,001$), depresif nöbet oranlarının ($p<0,001$), dürtü kontrol bozukluğu oranlarının ($p=0,007$) ve bipolar bozukluk tanı oranlarının ($p<0,001$) kontrol grubunda bulunan katılımcıların oranlarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 2).

Tablo 2: Araştırmada değerlendirilen BKB tanılı vakaların psikiyatrik tanı özelliklerinin KG bulunan vakalarla karşılaştırılması

		Grup				
		BKB		KG		
		n	%	N	%	
Daha önce psikiyatrik bir tanı aldı mı?	Var	57	71,3	8	10,0	<0,001
	Yok	23	28,7	72	90,0	
Depresif Nöbet	Var	34	42,5	4	5,0	<0,001
	Yok	46	57,5	76	95,0	
Anksiyete Bozukluğu	Var	10	12,5	4	5,0	0,093
	Yok	70	87,5	76	95,0	
Panik Bozukluk	Var	6	7,5	1	1,3	0,117
	Yok	74	92,5	79	98,8	
Dürtü Kontrol Bozukluğu	Var	8	10,0	0	0,0	0,007
	Yok	72	90,0	80	100,0	
Bipolar Bozukluk	Var	12	15,0	0	0,0	<0,001
	Yok	68	85,0	80	100,0	
Borderline Kişilik Bozukluğu	Var	7	8,8	0	0,0	0,014
	Yok	73	91,3	80	100,0	
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	Var	4	5,0	0	0,0	0,120
	Yok	76	95,0	80	100,0	
Şizofreni	Var	3	3,8	0	0,0	0,245
	Yok	77	96,3	80	100,0	
Duygudurum Bozukluğu	Var	5	6,3	0	0,0	0,059
	Yok	75	93,8	80	100,0	
Obsesif Kompulsif Bozukluk	Var	2	2,5	0	0,0	0,497
	Yok	78	97,5	80	100,0	
Şizoaffektif Bozukluk	Var	1	1,3	0	0,0	0,999
	Yok	79	98,8	80	100,0	
Yeme Bozuklukları	Var	1	1,3	0	0,0	0,999
	Yok	79	98,8	80	100,0	
Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu	Var	3	3,8	0	0,0	0,245
	Yok	77	96,3	80	100,0	
Şizoid Kişilik Bozukluğu	Var	1	1,3	0	0,0	0,999
	Yok	79	98,8	80	100,0	
Uyum Bozukluğu	Var	1	1,3	0	0,0	0,999
	Yok	79	98,8	80	100,0	
Distimik Bozukluk	Var	1	1,3	0	0,0	0,999
	Yok	79	98,8	80	100,0	
Dissosiyatif Bozukluk	Var	1	1,3	0	0,0	0,999
	Yok	79	98,8	80	100,0	
Uyku Bozukluğu	Var	1	1,3	0	0,0	0,999
	Yok	79	98,8	80	100,0	

KG:Kontrol grubu

Araştırmada değerlendirilen BKB tanılı vakaların 62'sinin (%77,5) geçmişte intihar girişimi olduğu, bu vakaların ortalama intihar girişimi sayısının $3,11 \pm 2,78$ (Min.=1,00-Maks.=4,00) olduğu bulundu. Buna ek olarak 17 (%27,4) vakanın başka/diğer intihar yöntemleri şeklinde, 52 (%83,9) vakanın ilaç içme şeklinde, 8 (%12,9) vakanın yüksekten atlama şeklinde ve 1 (%1,6) vakanın ası şeklinde intihar ettiği değerlendirildi (Tablo 3).

Tablo 3: BKB tanılı vakaların intihar girişim biçimleri ve intihar girişim sayıları

		N	%
Daha önce intihar girişiminde bulundu mu?	Var	62	77,5
	Yok	18	22,5
İntihar girişim şekli	Diğer	17	27,4
	İlaç	52	83,9
	Yüksekten atlama	8	12,9
	Ası	1	1,6
		Ort.±SS	Min.-Maks
İntihar girişim sayısı		3,11	1,00-14,00

Not: Aynı vakada farklı intihar yöntemlerinin bir arada olduğu unutulmamalı

Araştırmada değerlendirilen BKB tanılı vakaların 37'sinin (%46,3) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu değerlendirildi (hastaların kendisinden alınan bilgiye dayanarak). BKB tanılı vakalarla yapılan görüşmeler sonucunda vakaların 4'ünün ailesinde (%10,8) alkol kötüye kullanımının, 6'sının (%16,2) ailesinde anksiyete bozukluklarının, 5'inin (%13,5) ailesinde dürtü, öfke ve dikkat bağlantılı bozuklukların, 1'inin (%2,7) ailesinde uyku bozukluklarının, 1'inin (%2,7) ailesinde konversif bozuklukların, 3'ünün (%8,1) ailesinde bipolar bozukluğun, 1'inin (%2,7) ailesinde OKB'nin ve 12'sinin (%32,4) ailesinde bilinmeyen veya diğer ruhsal sorunlardan birisinin olabileceği değerlendirildi (Tablo 4).

Tablo 4: BKB tanılı vakaların ailelerinde ruhsal bozukluk özellikleri

		N	%
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?	Var	37	46,3
	Yok	43	53,8
	Anksiyete Bozukluğu	6	16,2
	Uyku bozukluğu	1	2,7
	Şizofreni	3	8,1
	Dürtü, Öfke veya Dikkat ile bağlantılı bozukluklar	5	13,5
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	1	2,7
	Konversif Bozukluk	1	2,7
	Depresif Nöbet	10	27,0
	Bipolar Bozukluk	3	8,1
	Alkol Kullanım Bozukluğu	4	10,8
	Bilinmeyen veya Diğer	12	32,4

Not: Aynı vakada birden fazla tanı olduğu unutulmamalı

4.2. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU TANILI HASTA GRUBU İLE KONTROL GRUBUNUN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMAÖLÇEĞİ, DİSSOSİYASYON ÖLÇEĞİ VE PANSS- POZİTİF ALT ÖLÇEĞİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Mann Whitney U testine göre BKB tanılı vakaların Duygusal istismar ($Z=-7,79$, $p<0,001$), Fiziksel İstismar ($Z=-5,42$, $p<0,001$), Cinsel İstismar ($Z=-6,54$, $p<0,001$), Fiziksel İhmal ($Z=-3,66$, $p<0,001$), İnkâr ($Z=-3,18$, $p=0,001$) ve ÇÇTÖ Toplam puan ($Z=-7,70$, $p<0,001$) ve PANSS-Pozitif alt ölçek ($Z=-10,67$, $p<0,001$) puan ortalamalarının kontrol grubunda bulunan katılımcıların ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu. Bağımsız Gruplar t testine göre BKB tanılı vakaların Duygusal İhmal ($t=7,22$, $p<0,001$) ve DIS-Q

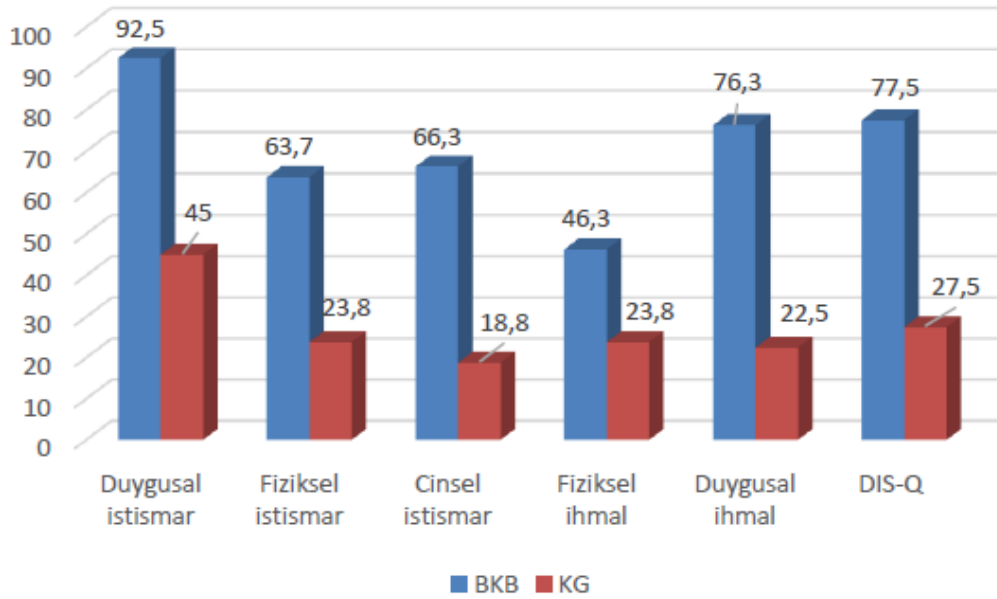
Toplam puan ($t=8,91$, $p<0,001$) ortalamalarının kontrol grubunda bulunan vakaların ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 5).

Tablo 5: Araştırmada değerlendirilen BKB tanılı vakaların ve KG bulunan katılımcılar arasında ÇÇTÖ, DIS-Q ve PANSS-Pozitif belirtiler alt ölçeği ortalamalarının karşılaştırılması

	Grup					
	BKB		KG			
	Ort.	SS./Med.	Ort.	SS./Med.	Analiz	p
ÇÇTÖ-Duygusal istismar	14,21	14,00	7,78	7,00	Z=-7,79	<0,001
ÇÇTÖ-Fiziksel istismar	8,80	14,00	5,81	7,00	Z=-5,42	<0,001
ÇÇTÖ-Cinsel istismar	9,96	7,00	5,71	5,00	Z=-6,54	<0,001
ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal	8,44	8,50	6,70	5,00	Z=-3,66	<0,001
ÇÇTÖ-Duygusal ihmal	15,75	4,91	10,26	4,70	t=7,22	<0,001
İnkâr	0,69	0,00	0,23	0,00	Z=-3,18	0,001
ÇÇTÖ-Toplam puan	56,90	56,00	36,26	32,50	Z=-7,70	<0,001
DIS-Q Puanı	197,78	54,22	126,61	46,49	t=8,91	<0,001
PANSS-PAÖ	17,31	17,00	9,11	9,00	Z=-10,67	<0,001

KG=Kontrol grubu, PANSS-PAÖ: PANSS-Pozitif alt ölçeği, Ort.=Ortalama, SS.=Standart Sapma, Z=Mann Whitney U testi (Med.) t =Bağımsız Gruplar t testi (SS.)

Araştırmada değerlendirilen BKB tanılı vakaların 74'ünde (%92,5) duygusal istismar, 51'inde (%63,7) fiziksel istismar, 53'ünde (%66,3) cinsel istismar, 37'sinde (%46,3) fiziksel ihmal ve 61'inde (%76,3) duygusal ihmal olduğu; buna ek olarak 62'sinde (%77,5) dissosiyasyon olduğu bulundu. Araştırmada değerlendirilen kontrol grubundaki vakaların 36'sında (%45) duygusal istismar, 19'unda (%23,8) fiziksel istismar, 15'inde (%18,8) cinsel istismar, 19'unda (%23,8) fiziksel ihmal ve 18'inde (%22,5) duygusal ihmal olduğu; buna ek olarak 22'sinde (%27,5) dissosiyasyon olduğu bulundu. Ki-Kare Analizlerine göre BKB tanılı vakalarda duygusal istismar ($p<0,001$), cinsel istismar ($p<0,001$), fiziksel istismar ($p<0,001$), fiziksel ihmal ($p=0,003$), duygusal ihmal ($p<0,001$) ve dissosiyasyon ($p<0,001$) oranlarının kontrol grubunda bulunan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu (Grafik 1).



Şekil 1: BKB tanılı vakalar ve KG (Kontrol grubu) katılımcılar arasında çocukluk çağı travma ve dissosiyasyon varlığı oranlarının karşılaştırılması

4.3. BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU VE KONTROL GRUBUNUN KORELASYON ANALİZLERİ

Pearson Korelasyon Analizine göre BKB tanılı vakaların PANSS-Pozitif belirtiler alt ölçeği skorları ile ÇÇTÖ ve alt ölçek skorları ve DIS-Q skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ilişki olmadığı ($p>0,05$) bulundu. Pearson Korelasyon Analizinde BKB tanılı vakaların DIS-Q skorları ile Duygusal İstismar ($r=0,349$, $p<0,001$) ve ÇÇTÖ Toplam skorları ($r=0,323$, $p=0,003$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede pozitif; İnkâr alt ölçek skorları ($r=-0,340$, $p=0,002$) ile istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif ilişki olduğu bulundu (Tablo 6).

Tablo 6: BKB tanılı vakalarda PANSS-PAÖ, ÇÇTÖ ve DIS-Q skorları arasındaki ilişki

		1	2	3	4	5	6	7	8
1-PANSS-PAÖ	R	-							
	P	-							
2-ÇÇTÖ-Duygusal istismar	R	0,077							
	P	0,496							
3-ÇÇTÖ-Fiziksel istismar	R	0,065	0,438						
	P	0,570	<0,001						
4-ÇÇTÖ-Cinsel istismar	R	0,122	0,209	0,134					
	P	0,280	0,062	0,238					
5-ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal	R	0,149	0,454	0,495	0,111				
	P	0,186	<0,001	<0,001	0,327				
6-ÇÇTÖ-Duygusal ihmal	R	0,019	0,647	0,398	0,041	0,542			
	P	0,867	<0,001	<0,001	0,715	<0,001			
7-İnkar	R	-0,161	-0,606	-0,328	-0,198	-0,453	-0,695		
	P	0,155	<0,001	0,003	0,078	<0,001	<0,001		
8-ÇÇTÖ-Toplam puan	R	0,135	0,794	0,714	0,458	0,695	0,762	-0,684	
	P	0,232	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
9-DIS-Q Puanı	R	0,053	0,349	0,149	0,192	0,152	0,269	-,340	0,323
	P	0,639	0,001	0,188	0,089	0,177	0,016	0,002	0,003

PANSS-PAÖ= PANSS-Pozitif alt ölçeği, Pearson Korelasyon Analizi

Spearman Korelasyon Analizine göre kontrol grubunda bulunan vakaların PANSS-Pozitif belirtiler alt ölçek skorları ile Duygusal İstismar ($r=0,253$, $p=0,024$), Fiziksel İstismar ($r=0,291$, $p=0,009$), Cinsel istismar ($r=0,324$, $p=0,003$), Fiziksel İhmal ($r=0,347$, $p=0,002$), Duygusal İhmal ($r=0,320$, $p=0,004$), ÇÇTÖ Toplam puan ($r=0,376$, $p=0,001$) ve DIS-Q toplam puanları ($r=0,367$, $p=0,001$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede pozitif ilişki olduğu bulundu. Spearman Korelasyon Analizine göre kontrol grubunda bulunan vakaların DIS-Q skorları ile Duygusal İstismar ($r=0,398$, $p<0,001$), Fiziksel İstismar ($r=0,398$, $p<0,001$), Cinsel istismar ($r=0,347$, $p=0,002$), Fiziksel İhmal ($r=0,362$, $p=0,001$), Duygusal İhmal

($r=0,417$, $p<0,001$) ve ÇÇTÖ Toplam puanları ($r=0,487$, $p<0,001$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede pozitif ilişki olduğu bulundu (Tablo 7).

Tablo 7: KG tanılı vakalarda PANSS-PAÖ, ÇÇTÖ ve DIS-Q skorları arasındaki ilişki

		1	2	3	4	5	6	7	8
1-PANSS-PAÖ	r	-							
	p	-							
2-ÇÇTÖ-Duygusal istismar	r	0,253							
	p	0,024							
3-ÇÇTÖ-Fiziksel istismar	r	0,291	0,472						
	p	0,009	<0,001						
4-ÇÇTÖ-Cinsel istismar	r	0,324	0,559	0,590					
	p	0,003	<0,001	<0,001					
5-ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal	r	0,347	0,451	0,609	0,374				
	p	0,002	<0,001	<0,001	0,001				
6-ÇÇTÖ-Duygusal ihmal	r	0,320	0,590	0,454	0,486	0,608			
	p	0,004	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001			
7-İnkar	r	0,002	-0,384	-0,184	-0,229	-0,360	-0,438		
	p	0,986	<0,001	0,103	0,041	0,001	<0,001		
8-ÇÇTÖ-Toplam puan	r	0,376	0,782	0,627	0,585	0,766	0,891	-0,471	
	p	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
9-DIS-Q Puanı	r	0,367	0,398	0,398	0,347	0,362	0,417	-0,042	0,487
	p	0,001	<0,001	<0,001	0,002	0,001	<0,001	0,711	<0,001

KG=Kontrol grubu, PANSS-PAÖ=PANSS-Pozitif alt ölçeği, Spearman Korelasyon Analizi

Borderline kişilik bozukluğu tanılı vakalarda Pearson Korelasyon

Analizlerine göre kişilerin yaşları ile cinsel istismar ($r=-0,223$, $p=0,037$), Duygusal ihmal ($r=-0,223$, $p=0,046$), ÇÇTÖ Toplam puan ($r=-0,238$, $p=0,034$) ve DIS-Q ($r=-0,360$, $p=0,001$) toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif ilişki olduğu bulundu. Spearman Korelasyon Analizine göre BKB tanılı vakaların intihar girişimi sayıları ile PANSS-Pozitif belirtiler alt ölçeği, ÇÇTÖ toplam ve alt

ölçek puanları ve DIS-Q toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede ilişki olmadığı ($p>0,05$) bulundu (Tablo 8).

Tablo 8: BKB tanılı vakalarda yaş, intihar girişim sayısı ve PANSS-PAÖ, ÇÇTÖ, DIS-Q skorları arasındaki ilişki

		Yaş ^a	İntihar girişim sayısı ^b
1-PANSS-Pozitif altölçeği toplam puanı	R	0,099	0,081
	P	0,382	0,529
2-ÇÇTÖ-Duygusal istismar	R	-0,213	-0,143
	P	0,058	0,267
3-ÇÇTÖ-Fiziksel istismar	R	-0,135	0,010
	P	0,231	0,939
4-ÇÇTÖ-Cinsel istismar	R	-0,233	-0,062
	P	0,037	0,633
5-ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal	R	0,026	0,004
	P	0,821	0,977
6-ÇÇTÖ-Duygusal ihmal	R	-0,223	0,102
	P	0,046	0,429
7-ÇÇTÖ-Toplam puan	R	-0,238	0,005
	P	0,034	0,968
8-DIS-Q Puanı	R	-0,360	0,117
	P	0,001	0,365

PANSS-PAÖ= PANSS-Pozitif alt ölçeği, a=Pearson Korelasyon Analizi, b=Pearson Korelasyon Analizi

Hiyerarşik Regresyon Analizinde BKB olan vakaların PANSS-Pozitif belirtiler alt ölçeği skorlarını açıklamada ÇÇTÖ alt ölçek skorlarının ($F=0,87$, $p=0,524$) istatistiksel açıdan anlamlı derecede etkili olmadığı bulundu. Buna ek olarak modele DIS-Q skorlarının eklenmesi ile açıklayıcılığın istatistiksel açıdan anlamlı seviyede değişmediği ($F=0,73$, $p=0,645$) değerlendirildi (Tablo 9).

Tablo 9: BKB tanılı vakalarda görülen psikotik belirtileri açıklamada ÇÇTÖ ve DIS-Q skorlarının etkinliği

Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standart Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	SH	Beta			AL	ÜL
1	(Sabit)	18,824	2,602		7,235	,000	13,639	24,009
	ÇÇTÖ-Duygusal istismar	,000	,115	,000	-,002	,998	-,229	,229
	ÇÇTÖ-Fiziksel istismar	-,009	,103	-,012	-,086	,932	-,214	,197
	ÇÇTÖ-Cinsel istismar	,047	,082	,068	,571	,570	-,116	,209
	ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal	,178	,155	,167	1,151	,254	-,131	,488
	ÇÇTÖ-Duygusal ihmal	-,177	,137	-,236	-1,290	,201	-,450	,096
	İnkar	-,891	,623	-,239	-1,430	,157	-2,133	,351
2	(Sabit)	18,841	2,974		6,335	,000	12,913	24,770
	ÇÇTÖ-Duygusal istismar	1,725	,117	,000	,000	1,000	-,234	,234
	ÇÇTÖ-Fiziksel istismar	-,009	,104	-,012	-,086	,932	-,216	,198
	ÇÇTÖ-Cinsel istismar	,047	,083	,068	,564	,574	-,118	,212
	ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal	,178	,156	,167	1,141	,258	-,133	,490
	ÇÇTÖ-Duygusal ihmal	-,177	,138	-,236	-1,281	,204	-,452	,098
	İnkar	-,893	,634	-,240	-1,407	,164	-2,157	,372
	DIS-Q Puanı	,000	,008	-,002	-,013	,990	-,017	,017

SH=Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit. Model 1: R=0,07, F=0,87, p=0,524, p=0,684, Model 2: R=0,07, F=0,73, p=0,645.

Hiyerarşik Regresyon Analizinde kontrol grubunda olan vakaların PANSS-Pozitif belirtiler alt ölçek skorlarının %25'inin (F=3,95, p=0,002) ÇÇTÖ alt ölçek skorları tarafından açıklandığı, modele DIS-Q skorlarının eklenmesiyle açıklayıcılığın sadece %26'ya (F=3,58, p=0,002) yükseldiği; model 2 incelendiğinde sadece fiziksel ihmal alt ölçeği skorlarının (p=0,013) istatistiksel açıdan anlamlı bir faktör olduğu değerlendirildi (Tablo 10).

Tablo 10: KG bulunan katılımcılarda görülen psikotik belirtileri açıklamada ÇÇTÖ ve DIS-Q skorlarının etkinliği

Model		Standartlanmamış Katsayılar		Standart Katsayılar	t	p	95,0% GA	
		B	SH	Beta			AL	ÜL
1	(Sabit)	6,640	,636		10,441	,000	5,372	7,907
	ÇÇTÖ-Duygusal istismar	,036	,085	,074	,420	,676	-,133	,204
	ÇÇTÖ-Fiziksel istismar	-,127	,154	-,154	-,825	,412	-,434	,180
	ÇÇTÖ-Cinsel istismar	,087	,130	,112	,668	,506	-,173	,347
	ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal	,312	,118	,456	2,656	,010	,078	,547
	ÇÇTÖ-Duygusal ihmal	,031	,061	,086	,500	,618	-,091	,153
	İnkar	,139	,349	,044	,399	,691	-,556	,834
2	(Sabit)	6,425	,663		9,695	,000	5,104	7,747
	ÇÇTÖ-Duygusal istismar	,028	,085	,058	,329	,743	-,141	,197
	ÇÇTÖ-Fiziksel istismar	-,131	,154	-,159	-,853	,396	-,438	,175
	ÇÇTÖ-Cinsel istismar	,078	,130	,100	,597	,553	-,182	,337
	ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal	,301	,118	,440	2,560	,013	,067	,536
	ÇÇTÖ-Duygusal ihmal	,011	,063	,032	,180	,858	-,115	,138
	İnkar	,051	,357	,016	,142	,887	-,660	,762
	DIS-Q Puanı	,005	,004	,140	1,125	,264	-,004	,014

KG= Kontrol grubu, SH=Standart Hata, GA=Güven Aralığı, AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit. Model 1: R=0,25, F=3,95, p=0,002, Model 2: R=0,26, F=3,58, p=0,002.

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza BKB tanısı olan hasta grubu ve halihazırda psikiyatrik herhangi bir tanısı olmayan kontrol grubu dahil edilmiştir. Bu iki grup sosyodemografik veriler, çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif semptomlar ve pozitif psikotik semptomların varlığı açısından kıyaslanmış; ayrıca bu iki grup içinde pozitif psikotik semptomların çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif semptomlar ile olan ilişkisine bakılmıştır. Elde edilen bulgular güncel yazın ile karşılaştırılarak 2 ana başlık altında tartışılacaktır.

5.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

Yapılan toplum temelli çalışmalarda BKB tanısında kadın/erkek oranının benzer olduğu bulunmuştur (20,22,126). Ancak klinik başvurularda ise bu oran kadın cinsiyet yönünde yoğunlaşmaktadır (20). Kliniğimize başvuran BKB tanısı konan hastalarda da kadın cinsiyetin daha fazla olduğu saptandı. Bunun bir sebebi olarak kadınların psikolojik sorunları için erkeklerden daha sık klinik yardım talebinde bulunmaları gösterilebilir. Ayrıca kadınların şikayetlerini ifade ediş tarzlarının erkeklerden farklı olması, toplumda cinsiyete göre yüklenen rol kalıplarındaki farklılıklar, cinsiyetlere göre bazı tanıların konmasındaki yanlılık ve kadınların erkeklerden daha sık olarak cinsel-fiziksel istismara maruz kalmaları diğer sebeplerden olabilir (127). Bu sonuçlar, klinik şartlarda erkek cinsiyetteki hastalarda BKB tanısının daha sık olarak akla getirilmesiyle yanlış tanı ve tedavi riskinin azaltılabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda yer alan hasta grubu ile kontrol grubu arasında cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu bulgular, kontrol grubunun doğru seçildiğini bize göstermektedir ve gruplar arasında cinsiyet, yaş ve eğitim durumlarının benzer olması bu faktörlerden kaynaklanabilecek sapmaları engellemektedir.

Hasta grubumuzun yaş ortalaması 24,15 olarak bulunmuştur. Bu sonuç; BKB'nin genç erişkinlikte daha yaygın olduğunu, 30 yaşından sonra BKB tanısı konma sıklığının azaldığını belirten (20) ve tedavi amaçlı kliniğe başvuruların genelde geç ergenlik döneminde olduğunu belirten (1) çalışmalar ile uyumlu çıkmıştır.

Kişilik bozukluğu tanısı kişinin hayatını zorlaştıran, kişilerarası ilişkilerini- sosyal uyumunu ve genel işlevsellik düzeyini bozan bir durumdur. Birçok çalışmada BKB tanılı hastaların eğitim düzeylerinin ve sosyoekonomik koşullarının daha düşük olduğu, işsizlik ve yalnız yaşama (bekar/dul/boşanmış) oranlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (128–130). Bizim çalışmamızda hasta grubumuzdaki eğitim durumu; %57,5 lise mezunu, %22,5 üniversite mezunu ve %22 ilköğretim mezunu olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılan hastaların %33,8'inin herhangi bir işte çalışmadığı, %30'unun düzenli bir işte çalıştığı, %11,3'ünün düzensiz bir işte çalıştığı ve %23,8'inin öğrenciliğe devam ettiği saptanmış ve %1,3'ünün ise emekli olduğu bulunmuştur. Bu oranlarla kontrol grubuna göre anlamlı istatistiksel farklılık bulunmuştur ($p=0,02$). Hasta grubumuzdaki herhangi bir işte çalışmayan sayısı, kontrol grubunun yaklaşık 2,5 katı, düzensiz bir şekilde çalışanların sayısı kontrol grubundakilerin yaklaşık 3 katı bulunmuştur. Bu bulgu, BKB tanılı hastaların ailelerine olan ekonomik yükü yansıtmaya açısından önemlidir.

Hasta grubumuzun meslek dağılımına bakıldığında ise %36'sının herhangi bir mesleğinin olmadığı, %25'inin işçi ve %16'sının serbest olarak, %3'ünün ise memur olarak çalıştığı saptanmış, kontrol grubuna göre anlamlı istatistiksel farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). Kontrol grubundaki memur olarak çalışanların hasta grubundan yaklaşık 5,5 kat daha fazla olduğu, hasta grubunda serbest olarak çalışanların ise kontrol grubundan 8 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Bu durum BKB tanılı hastaların meslek edinebilme yetilerindeki düşüklüğe bağlı olabilir (130).

Medeni durum açısından bakıldığında BKB tanılı hastaların %71,3'ü bekar, %16,3'ü evli, %7,5'i boşanmış, %5'i ise eşinden ayrı yaşadığını bildirmiştir. Hasta grubunda bekar, boşanmış/dul ve eşinden ayrı yaşayanların sayısı kontrol grubundan

daha fazla, evli olanların sayısının ise kontrol grubunda daha fazla olduğu saptanmıştır. Ancak, gruplar arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamıza katılan hasta ve kontrol grubunun genç popülasyondan oluşması bekar oranının fazla olmasına katkı sağlamış olabilir.

Yapılan çalışmalarda görüldüğü üzere BKB hastalarına çok sık olarak alkol-madde kullanım bozukluğu eşlik etmektedir (131). Çalışmamıza katılan hastaların %71,3'ü sigara içtiğini belirtmiştir, bu oran kontrol grubunun yaklaşık 3 katıdır. Alkol kullanımının hasta grubunda %47,5, kontrol grubunda ise %28,7 oranında var olduğu belirtilmiştir. Madde kullanımı hasta grubunda %13,8 olarak saptanmıştır. Bu alanlarda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Hasta grubumuzda alkol-madde kullanım oranının daha fazla saptanmasının literatür bilgisiyle uyumlu olduğu görülmüştür. Bu durumun nedenleri arasında; BKB tanılı kişilerde DSM-5 tanı kriterleri arasında da yerini alan dürtüselliğin; hastaların karar verme süreçlerine etki ettiği, bu hastaların daha fazla risk alma eğiliminde olduğunun saptanması yer almaktadır. Bu kişiler beklemeye dayalı daha büyük ödülleri seçmektense anında alınan daha küçük ödülleri seçme eğilimindedirler (99,132–134). Ayrıca bu kişiler yaşadıkları duygusal zorluklarla başa çıkmak, “kendi kendini tedavi etmek” amacıyla da madde kullanımına yöneliyor olabilir (131). Alkol-madde kullanım bozukluğunun eşlik etmesinin morbidite ve mortalite üzerinde olumsuz etkileri düşünüldüğünde bu alandaki farkındalığın artırılmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Gunderson ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada BKB tanılı hastalara sık olarak diğer tıbbi rahatsızlıkların da eşlik ettiği bildirilmiştir (13). Çalışmamızda hasta grubunda %35 oranında ek tıbbi hastalıkların görüldüğü sonucuna ulaşılmış, bu oran kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Bu bilgi literatürle uyumludur.

Borderline kişilik bozukluğu olan hastaların intihar girişimi riskinin toplum genelinden daha fazla olduğu yapılan çalışmalarda saptanmıştır (35,135). Hastaların yaklaşık %75'inin hayatlarında en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir (1,35). Bizim çalışmamızda da hasta grubumuzun %77,5'inin geçmişte

en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır. Kontrol grubumuzda bu oran %2,5 olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Bu bilgi literatür bilgisi ile uyumludur. Çalışmamızda hasta grubunda intihar amaçlı girişimler arasında en sık ilaç içme (%83,9 oranında) olduğu saptanmıştır. Bunu sıklık olarak kesici alet kullanma (%27,4), yüksekte atlama (%12,9) ve ası girişiminde bulunma (%1,6) takip etmiştir. Literatür çalışmalarında da intihar girişimleri içinde en sık kullanılan yöntemin çok miktarda ilaç alımı olduğu bulunmuştur (136); çalışmamızda ulaşılan sonuç bu bilgiyle uyumludur. Çalışmamızda saptanan bir diğer bulgu ise hastalardaki intihar girişimi sayısının ortalama 3,11 olduğudur. Tekrarlayan intihar girişimlerinin olması BKB'nin tanısal özelliklerinden biridir (137) ve yapılan bir çalışmada kişi başına ortalama 3,4 intihar girişimi olduğu saptanmıştır (138). Ulaştığımız sonuç literatür bilgisiyle uyumlu çıkmıştır.

Yapılan pek çok çalışmada hastalarda gelecekteki intihar riskini saptamada en önemli faktörün geçmiş intihar girişimlerinin olduğu bildirilmiştir (135). Ayrıca dürtüsellik ve umutsuzluğun varlığının da gelecekteki intihar girişimlerini öngörebileceği düşünülmektedir (137). Hastalarla olan görüşmelerde bu klinik ipuçlarının yakalanmasının olası intihar girişimlerinin fark edilebilmesi için önemli olduğunu düşünüyoruz. Yapılan çalışmalarda, hastalarda tekrarlayan intihar davranışlarını tedavi etmek için en etkili yöntemin ayaktan takip ile uygulanacak psikoterapiler olduğu, hastaneye yatırılan BKB hastalarında klinik düzelme görülmediği, aksine bu tedavi şekline sonra hastaların mevcut klinik durumunda gerilemeler olduğu saptanmıştır (136).

Çalışmamıza katılan hasta grubumuzdan alınan bilgiye göre ailelerinde %46,3 oranında psikiyatrik hastalık öyküsünün olduğu görülmüştür. Kontrol grubumuza göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). Bu bulgunun literatür bilgisi ile uyumlu olduğu saptanmıştır (27). Hastaların yaklaşık %32,4'ü ailesindeki tanıyı bilmediğini söylemiş, belirtilen tanıları içinde ise en sık olarak anksiyete bozukluklarının (%16,2) olduğu görülmüştür. Çalışmamıza katılan kişilerin bildirimine göre ailedeki psikiyatrik hastalık yükü belirlenmeye çalışılmış ayrıca pek çok katılımcıdan bu konuda yeterli bilgi alınamamıştır. Bu haliyle, ailedeki

psikiyatrik hastalık durumu açısından net bir yorumda bulunmanın doğru olmayacağı düşünülmüştür.

Literatür bilgilerinde çevresel faktörlerin BKB gelişimdeki etkisiyle ilgili çok çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Göç öyküsünün varlığının da kişilerde, sosyal uyumda zorlanma nedenli bir çevresel stres etkeni olup erişkin yaşamda psikopatolojilere yol açabileceğine dair çalışmalar yapılmıştır (139–141). Ancak bunun aksine göç ile psikiyatrik hastalıkların anlamlı şekilde artmadığını destekleyen çalışmalar da yapılmıştır (142,143). Bizim çalışmamızda ailede göç öyküsünün varlığı hasta grubumuzda %21,3, kontrol grubumuzda %10 oranında saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmamızın, ulaşılan bu sonuçla, literatürde yer alan; göç öyküsünün erişkin yaşamdaki psikopatolojileri tetikleyebileceği bilgisini desteklediği düşünülmektedir.

Çocukluk dönemindeki travmatik yaşantıların varlığının yetişkin yaşamda çok çeşitli psikopatolojilere yol açtığı pek çok çalışma tarafından gösterilmiştir (144–146). Bu travmatik yaşantılardan biri de çocukluk döneminde yaşanan anne-baba-bakımveren kaybının olmasıdır. Çalışmamızda erken yaşta bakımveren kaybı hasta grubumuzda %15, kontrol grubumuzda %6,3 oranında saptanmıştır. Gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Daha önceki alınan psikiyatrik tanıları açısından gruplar karşılaştırıldığında, hasta grubumuzun yaklaşık %71,3'ünün daha önce psikiyatrik bir hastalık tanı ve tedavisi aldığı saptanmıştır. Kontrol grubunda ise bu oran %10 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($<0,001$). Alınan psikiyatrik tanıları bakıldığında ise hasta grubumuzda ilk sırayı depresif nöbet tanısının aldığı görülmüştür. Literatürdeki çalışmalarda, BKB tanılı hastaların polikliniğe başvurularındaki semptomları tarandığında, özellikle depresif ve anksiyete şikayetleri ile başvurdukları görülmüş (147,148). Bulgumuz, bu bilgi ile uyumlu çıkmıştır. Hastalarımızın %15'inin geçmişte bipolar bozukluk tanısı almış olduğu görülmektedir, bu oran kontrol grubunda %0 olarak bulunmuştur. Zimmerman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, bipolar bozukluk tanısı konan hastalar ile geçmişte bipolar bozukluk tanısı almayan psikiyatrik hasta grubu

karşılaştırılmıştır. Yeni değerlendirme ile bipolar bozukluk tanısı almış olan hasta grubunun borderline kişilik bozukluğu tanısı alma olasılığı, bipolar bozukluk tanısı almamış olan gruba göre daha yüksek bulunmuştur (149). BKB, heterojen bir klinik gruptur. Hastaların semptomları diğer psikiyatrik tanılarla karışabilmektedir. Klinisyenlerin, hasta görüşmelerinde, BKB ile bipolar bozukluk tanısının hem karışabileceğini hem de eştanı olarak birarada bulunabileceğini unutmaması önemlidir (150).

5.2. CTQ-28, DIS-Q VE PANSS-POZİTİF BELİRTİLER ALT ÖLÇEĞİ SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzun süreli ve şiddetli travmanın, özellikle yaşamın erken aşamalarında gerçekleşmişse, erişkin yaşama dair daha fazla olumsuz etkisinin görüldüğü bildirilmiştir (104,144). Çocukluk çağı travma öyküsünün varlığı ile ilerleyen dönemlerde duygusal öz farkındalığın azalması, duygu düzenleme güçlükleri, kimlik gelişiminde aksaklıklar ve kimlik bocalaması yaşama sorunları arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (104). Literatürde çocukluk çağı travmaları ve kişilik bozuklukları ile ilgili yapılmış çok sayıda çalışma vardır. Özellikle, tekrarlayıcı intihar girişimleri ve kendine zarar verici davranışları olan kişilerde travma öyküsü olduğu saptanmıştır (47). Borderline kişilik patolojisi olan hastalarda da etiyolojiye yönelik yapılan çalışmalarda çocukluk çağı travmalarının önemli bir yerinin olduğu bildirilmiştir (6,113,115).

Çalışmamızda hasta grubunda bildirilen çocukluk çağı travmalarından toplam puanlara bakılmış ve en yüksek puanın duygusal ihmal (ortalama 15,75) alanında olduğu görülmüştür. Diğerleri ise puan sıralamasına göre duygusal istismar (ort. 14,21), cinsel istismar (ort. 9,96), fiziksel istismar (ort. 8,80) ve fiziksel ihmal (ort. 8,44) şeklindedir. ÇÇTÖ'nün hasta grubundaki ortalama puanı ise 56,90 olarak bulunmuştur. Bu değerlerin her biri testin yorumlanmasında çalışmalarda kullanılan ortalama değerlerin üzerinde saptanmıştır. Ayrıca ÇÇTÖ ortalama puanı da testin yorumlanmasında kullanılan ortalama değerin üzerindedir (toplam ortalama değer:35). Her bir kategoride hasta grubundaki skorlar kontrol grubuna göre

istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bu bulgu bize borderline kişilik bozukluğu tanısı alan hastaların çocukluk çağı travmalarına halihazırda herhangi bir psikiyatrik tanı almayan kontrol grubuna göre daha sık olarak maruz kaldıklarını göstermektedir. Bu bilgi literatür bilgileri ile uyumludur (152,153). Ayrıca Zanarini ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada; borderline hasta grubunun istismar çeşitleri arasında en sık duygusal istismara, ihmallerden ise en sık duygusal ihmale maruz kaldıkları sonucuna ulaşılmıştır (45). Çin’de yapılan geniş örneklemli bir çalışmada kişilik bozukluklularına, bulundukları gruba (A, B, C tipi kişilik bozuklukları) göre farklı travma tiplerinin farklı oranlarda eşlik ettiği sonucuna ulaşılmış. B grubu kişilik bozukluklarına özellikle duygusal istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar öykülerinin öngörücü olduğu saptanmıştır (154). Specht ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise BKB gelişiminde özellikle duygusal ihmalin önemli olduğu saptanmıştır (155). Toplum temelli yapılan çalışmalarda da saptanmış olan duygusal ihmal ve istismarın en sık görülen çocukluk çağı travma alt tipleri olduğu ve diğer travma tiplerine de sıklıkla eşlik ettiği bilgisi dikkate alındığında, çalışmamızda ulaşılan bu sonuç şaşırtıcı olmamaktadır.

Literatüre bakıldığında yapılan pek çok çalışmada; BKB hastalarında cinsel istismar öyküsünün kontrol gruplarına göre anlamlı istatistiksel farkla saptandığı, BKB’nin etiyolojisinde önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (45). Zanarini ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, BKB olan hastalarda cinsel istismar öyküsünün daha sık olduğu ve dissosiyatif şikayetlerin şiddeti ile ilişkili olduğu saptanmıştır (41). Yapılan bir metanaliz çalışmasının sonucunda ise cinsel istismar öyküsünün BKB gelişmesi için bir risk faktörü olduğu hipotezinin desteklenmediği belirtilmiştir (156).

Yapılan çalışmalarda çocukluk çağı travma öyküsünün varlığının BKB’de klinik şiddet göstergesi olabileceği saptanmıştır (153). Özellikle kendine zarar verici davranış ve intihar girişimi bu hastalarda daha sık gözlenmiştir (107,111). Bizim çalışmamızda ise hasta grubunda intihar girişimi sayısı ile çocukluk çağı travma bildirimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Bunda, çalışmaya dahil edilen hastaların ÇÇTÖ’deki inkar düzeyini ölçen alanda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmasının ($p=0,01$) bir etken

olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca; Yargıç ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, hasta grubuna özbildirime dayalı bir ölçek olan Çocukluk Çağı Örselenme Yaşantıları Ölçeği (ÇÖYÖ) doldurtulmuş, ayrıca aynı hasta grubuna yarı yapılandırılmış bir görüşme olan Çocukluk Çağında Kötüye Kullanılma ve İhmal Soru Formu (ÇKİS) uygulanmış. ÇKİS ile ÇÖYÖ arasında alınan sonuçlar karşılaştırılmış; ÇKİS ile alınan sonuçlar literatür ile uyumlu çıkmış ancak ÇÖYÖ ile alınan sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu çalışmanın sonunda, yarı yapılandırılmış ölçek ile alınan sonuçların daha sağlıklı olduğu düşünülmüş ve bu ölçekteki sonuçlar ile literatür bilgisinin uyumlu olduğu görülmüştür (157). Özetle; bizim çalışmamızda da özbildirime dayalı ÇÇTÖ'nün kullanılması ve sonuçların bu alanda literatür ile uyumlu çıkmamasında benzer durumun etken olabileceği düşünülmüştür. Gelecekte çocukluk çağı travmalarını saptamaya yönelik yapılacak çalışmalarda bu etkene dikkat edilmesi önerilir.

Çalışmamızda hasta grubundaki PANSS-Pozitif belirtiler alt ölçek puanı ortalaması 17,31 olarak, kontrol grubunda ise 9,00 olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). BKB tanılı hastalarda psikotik semptomların sağlıklı gruba göre daha yüksek düzeyde çıkması, literatürdeki BKB tanılı hastaların stres altında ya da terapide regresyona bağlı daha sık psikotik semptomlar gösterebileceği bilgisi ile uyumludur (94).

Çalışmamızda; hasta grubunda PANSS-Pozitif belirtiler alt ölçek puanları ile geçmişteki intihar girişimi sayıları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı korelasyon saptanmamıştır ($r=0,081$, $p=0,529$). Literatürde bu konuda yapılan çalışmalar göstermiştir ki, hastaların deneyimlediği psikotik semptomlar olumsuz içerikte olduğunda, (olumsuz ve nahoş içerikli olan ve kontrol etme-emir verme içerikli işitsel hallüsinasyon varlığı gibi) hastalardaki KZVD ve intihar girişimi riski artmaktadır (70). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada ise BKB tanılı hastalarda işitsel halüsinasyonların varlığının daha şiddetli bir BKB kliniğini gösterdiği saptanmış (158).

Borderline kişilik bozukluğu tanılı vakaların yaşları ile cinsel istismar, duygusal ihmal, ÇÇTÖ Toplam puan ve DIS-Q toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede negatif ilişki olduğu bulunmuştur.

Borderline kişilik bozukluğu tanılı hasta grubumuzda DIS-Q toplam puanı 197,78 olarak, kontrol grubumuzda ise 46,49 olarak saptanmış; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Grupların DIS-Q puanları, kesme puanı 2,5 olarak alınıp hesaplandığında ise hastaların %77,5'inde, kontrol grubunun ise %27,5'inde sonuçların anlamlı düzeyde çıktığı görülmüştür. Bu bulgular, borderline kişilik bozukluğu tanılı hastalarda kliniğe dissosiyatif semptomların kontrol gruplarına göre daha sık eşlik ettiğini bildiren literatür bilgileri ile uyumludur (152).

Çalışmamızdaki hasta grubunda dissosiyatif semptomlar ile ÇÇTÖ arasındaki ilişkiye baktığımızda dissosiyatif semptomlar ile ÇÇTÖ toplam puanı, duygusal ihmal ve duygusal istismar arasında anlamlı pozitif korelasyon gözlemlendi. Dissosiyatif semptomların en çok duygusal istismar puanları ile ilişkili olduğu saptandı ($r=0,349, p=0,001$). Bunu ÇÇTÖ toplam puanı ile olan ilişkisi ($r=0,323, p=0,003$) ve duygusal ihmal ile olan ilişkisi izlemektedir ($r=0,269, p=0,016$). Bu konuda yapılan çalışmalar göstermiştir ki; dissosiyatif semptomlar için travma öyküsünün varlığı önemli bir etiyolojik faktördür. Travmanın erken yaşta başlaması, şiddeti, süresi, sıklığı da dissosiyatif semptomların şiddetini etkileyen önemli etkenlerdendir (72,79). Dissosiyatif semptomlar ile ilişkisi en fazla saptanan çocukluk çağı travma tipi cinsel ve fiziksel istismardır (112,116). Çalışmamızda saptanan travma toplam skoru ile dissosiyatif semptomlar arasında pozitif yöndeki ilişki literatür bilgisi ile uyumludur. Ancak, travma alt tipleri ile dissosiyatif semptomlar arasında saptanan ilişki literatür bilgisi ile uyumlu çıkmamıştır. Bunda, hasta grubunda saptanan dissosiyatif semptomlar ile ÇÇTÖ' deki inkar puanları arasında negatif yöndeki ilişkinin ($r=-0,340, p=0,002$) etkisi olduğu düşünülmektedir. Kişilerin; fiziksel ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismarı bildirmekte, duygusal istismar ve ihmale oranla, daha çok zorlandıkları farkedilmiştir.

Çalışmamızdaki kontrol grubunda DIS-Q puanı ile ÇÇTÖ' nün tüm alt tip puanları arasındaki ilişkiye baktığımızda pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. DIS-Q puanının en çok ÇÇTÖ toplam puanı ile ilişkili olduğu saptanmıştır ($p<0,001, r=0,487$). Bunu sırayla duygusal ihmal ($p<0,001, r=0,417$), fiziksel ve duygusal istismar ($p<0,001, r=0,398$), fiziksel ihmal ($p=0,001, 0,362$) ve cinsel istismar ($p=0,002, r=0,347$) takip etmektedir. Bu bulgular bize, pek çok kez literatürde de doğrulanan dissosiyatif semptomların ortaya çıkmasında travmanın önemli bir etken olduğu bilgisini desteklemektedir. Travmatik yaşantılardan sonra dissosiyatif semptomların kimliğin koruyucu bir işlevi olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir. Ancak, süregelenleştğinde işlevselliği bozan bir semptom haline gelen dissosiyatif belirtilerin tedavi edilebilmesi için travmatik deneyimlerle ilgili bilişsel ve duygusal olarak işlenmesi gereklidir (159). Dissosiyatif belirtilerde etiyolojide travmanın önemli bir yer edindiği ve bu şikayetlere sahip kişilerde, travma üzerine çalışmadan şikayetleri geçirmenin mümkün olmayacağı akılda tutulmalıdır.

Çalışmamızda, hasta grubundaki intihar girişimi sayısı ile DIS-Q puanları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı korelasyon gözlemlenmemiştir ($r=0,117, p=0,365$). Bu bulgu yineleyici intihar girişimi sayısı ile dissosiyatif semptomlar arasında ilişki olduğunu belirten literatür bilgisi ile uyumlu çıkmamıştır (112).

Çalışmamızdaki hasta grubunda, dissosiyatif semptomlar ile pozitif psikotik semptomlar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır. Literatürde, dissosiyatif semptomlar ile psikotik semptomlar arasında bağlantı olduğu ve dissosiyatif semptomların varlığının psikotik semptomların gelişmesine yol açabileceğine dair veriler mevcuttur (94).

Çalışmamızdaki kontrol grubunda DIS-Q ile PANSS-Pozitif belirtiler altölçeği puanları karşılaştırıldığında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,001, r=0,367$). Bu konuda literatürdeki çalışmalar gözden geçirildiğinde, dissosiyatif semptomlar ile özellikle işitsel hallüsinasyonlar üzerine yapılmış çeşitli çalışmalar olduğu görülmüştür ve arada anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir. Son dönemde yapılan bir çalışmada ise dissosiyatif semptomlar ile sadece işitsel

hallüsinasyonlar arasında değil, çoklu psikotik semptomlar arasında da anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Bu iki semptom grubunu birleştiren ortak yapının çocukluk çağı travması olduğu, travmatik yaşantıların dissosiyatif semptomlara, şiddetli dissosiyatif semptomların ise psikotik semptomlara yol açabileceği düşünülmüştür (160).

Çalışmamızdaki hasta grubunda PANSS-pozitif alt ölçek puanı ile ÇÇTÖ'nün tüm alt ölçeklerinin puanları karşılaştırıldığında arada anlamlı korelasyon saptanmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Ancak literatürde bu konuda yapılan çalışmalara bakıldığında, BKB tanılı hastalardaki işitsel halüsinasyonlar ile çocukluk çağında yaşanan travmatik olaylar arasında önemli bir ilişki olduğu saptanmış. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada; hallüsinasyonların şiddeti ile çocukluk çağı olumsuz yaşantıları, özellikle duygusal istismar alt tipi arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuş. Bu hastaların deneyimlediği işitsel halüsinasyonların içeriği, sıklıkla, yaşanan travmatik olaylara dair ve rahatsız edici özellikteydi. Bu hastalarda eşlik eden komorbid bir psikiyatrik tanının olmasının da (özellikle post-travmatik stres bozukluğu) psikotik semptomlar ile ilişkili olduğu bulunmuş (161). Yapılan bir başka çalışmada; TSSB kliniği eşlik eden ve etmeyen BKB hastalarında travmatik bellek nöral bağlantıları fonksiyonel MRG ile araştırılmış ve farklı nöral yolların kullanıldığı bulunmuş. Bu durumun, TSSB eşlik eden BKB hastalarının travmatik olayları daha iyi hatırlayabilmesinde, TSSB eşlik etmeyen BKB hastalarının ise travmatik olaya dair duygu ve deneyimlerini ifade etmekte zorluk yaşamalarında etken olabileceği düşünülmüş (162). Bizim çalışmamızda BKB tanılı hastaların kliniğe başvuru anındaki eşlik eden psikiyatrik tanılarına dair veriler kullanılmamıştır. Bu durumun, PANSS-Pozitif belirtiler alt ölçeği ile ÇÇTÖ puanlarının ilişkisinin literatürdeki bu bilgiler ışığında değerlendirilebilmesi için engel bir kısıtlılık oluşturduğu düşünüldü. Ayrıca borderline kişilik bozukluğu tanılı hastalarda saptanan otobiyografik bellek bozukluğu da bu durumda etkili olabilir (163).

Çalışmamızdaki kontrol grubunda PANSS-Pozitif belirtiler alt ölçek puanı ile ÇÇTÖ'nün tüm alt tip puanları arasındaki ilişkiye baktığımızda pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. PANSS-Pozitif belirtiler alt ölçek puanının en çok ÇÇTÖ

toplam puanı ile ilişkili olduğu saptanmıştır ($p=0,001, r=0,376$). Bunu sırayla fiziksel ihmal ($p=0,002, r=0,347$), cinsel istismar ($p=0,003, r=0,324$), duygusal ihmal ($p=0,004, r=0,320$), fiziksel istismar ($p=0,009, r=0,291$) ve duygusal istismar ($p=0,024, r=0,253$) takip etmektedir. Bu oranlar bize, psikiyatrik bir tanıdan bağımsız olarak, erken dönemde yaşanan travmatik olayların erişkin yaşama yansımalarını göstermesi açısından önemlidir.

Çalışmamızdaki hasta grubu verilerinde, BKB tanılı hastalardaki psikotik semptomların açıklanmasında çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif semptomların etkisine baktığımızda arada istatistiksel olarak anlamlı bir etkinin olmadığı görülmüştür. Ancak aynı veriler kontrol grubunda karşılaştırıldığında ise psikotik semptomların %25'inin ÇÇTÖ'nün alt tiplerinin sonuçları ile ilişkili olduğu, dissosiyatif semptomlara dair ölçek puanları araya eklendiğinde ise bu açıklayıcılığın %26'ya yükseldiği saptanmıştır. ÇÇTÖ alt tipleri incelendiğinde ise sadece fiziksel ihmalin istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu görülmüş, bu sonuçların, çocuklukta özellikle fiziksel ihmale maruz kalan erişkinlerin klinik takiplerinde dissosiyatif semptomlar ve psikotik semptomların gelişebileceği riski açısından dikkat edilmesinin önemli olduğunu gösterdiği düşünülmüştür.

6. SONUÇLAR

Çalışmamızın sonuçları aşağıda verilmiştir;

1. Borderline kişilik bozukluğu olan hasta grubunun tüm ölçek puanlarında sonuçları (DIS-Q, CTQ-28, PANSS-Pozitif belirtiler alt ölçeği) kontrol grubuna göre anlamlı seviyede yüksek çıkmıştır.
2. Borderline kişilik bozukluğu olan hasta grubunda pozitif psikotik bulgular ile çocukluk çağı travmaları ve dissosiyasyon ölçek puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Kontrol grubunda ise bu ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır. Kontrol grubunun psikotik semptomlarının bir kısmının (%25-26) çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif semptomlar ile ilişkisi bağlamında açıklanabildiği bilgisine ulaşılmıştır. Özellikle fiziksel ihmal alt ölçeğinin istatistiksel açıdan önemli bir faktör olduğu bulunmuştur.
3. Borderline kişilik bozukluğu tanılı hasta grubunda DIS-Q puanları ile duygusal istismar ve ÇÇTÖ-toplam puanı arasında anlamlı pozitif ilişki, DIS-Q ve inkar puanları arasında ise anlamlı negatif yönde ilişki saptanmıştır. Kontrol grubunda ise DIS-Q puanları ile ÇÇTÖ alt tipleri arasında anlamlı pozitif yönde ilişki bulunmuştur.
4. Borderline kişilik bozukluğu olanlarda geçmişte psikiyatrik tanı ve tedavi alma oranı kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı yüksek çıkmıştır.
5. Borderline kişilik bozukluğu olanlarda ailede psikiyatrik hastalık öyküsü kontrol grubuna göre anlamlı yüksek çıkmıştır.
6. Borderline kişilik bozukluğu olanlarda kontrollere göre intihar girişimi sayısı istatistiksel açıdan anlamlı seviyede yüksek çıkmıştır.
7. Borderline kişilik bozukluğu tanılı hastalarda intihar sayısı ile PANSS-Pozitif alt ölçeği, DIS-Q ve ÇÇTÖ puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda seçilen örneklem büyüklüğünün yeterli sayıda olmaması, çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Ayrıca polikliniğe başvuran hastaların çalışmaya alınması nedeniyle, sonuçların topluma genellenememesi de çalışmanın kısıtlılıkları arasındadır. Hasta grubumuzun çoğunluğunu kadın cinsiyet oluşturmaktadır. Bu

sebeple, verilerin erkek hastalar için geçerliliğine ayrıca bakılamamıştır.

Çalışmamıza katılan hastalardan özbildirime dayalı olan ÇÇTÖ'yü doldurmaları istenmiştir. Literatürde bu konuda yapılan araştırmada, özbildirime dayalı ölçekler ile görüşmeci tarafından doldurulan ölçek sonuçları arasında tutarsızlıklar saptanmış, bu durumun da çalışmamız için bir sınırlılık olduğu düşünülmüştür. Gelecekte yapılacak çalışmalarda travma bildirimlerine dair olan bu tutarsızlığın göz önünde bulundurulmasının önemli olduğu düşünülmüştür. Ayrıca çocukluk çağı travmaları için verilen ölçeğin 20 yaş öncesi travmaları kapsamaya yönelik sorular içermesi, travmanın yaşamın hangi evresinde gerçekleştiğine bağlı olarak erişkinliğe yansımalarının farklılık oluşturacağı kısmında önemli olmaktadır ve yapılacak çalışmalarda buna dikkat edilmesi önerilir. Ek olarak, travmanın gerçekleştiği zamandaki aile içindeki tepkinin tipi ile sosyal destek ve bu dönemde tedavi başvurusunun olup olmaması da travmaya bağlı erişkin yaşamda görülebilecek psikopatolojilerin gelişimi açısından önemli etkenlerdendir. Yapılacak çalışmalarda bu bilgi de göz önünde bulundurulmalıdır.

Çocukluk çağı travmaları ile borderline kişilik bozukluğu, psikotik semptomlar ve dissosiyatif semptomlar arasında yapılmış çok sayıda klinik çalışma vardır. Ancak bu çoklu değişkenlerin birlikte dahil edildiği ve aralarındaki ilişkinin netleştirilebildiği çalışmaların literatürde yetersiz kaldığı görülmüştür. Çalışmamızın sonuçlarının literatüre ve bu alanda çalışan klinisyenlere faydalı olacağını düşünmekteyiz. Bu alanda yapılacak daha geniş örneklemli, prospektif tipte uzun izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. 2004;364:453-61.
2. Scott LN, Kim Y, Nolf KA, Hallquist MN, Wright AGC, Stepp SD, vd. Preoccupied Attachment and Emotional Dysregulation: Specific Aspects of Borderline Personality Disorder or General Dimensions of Personality Pathology? J Personal Disord. 2013;27(4):473-95.
3. New AS, Siever LJ. Neurobiology and Genetics of Borderline Personality Disorder. Psychiatr Ann. 2002;32(6):329-36.
4. Kernberg O. Borderline Personality Organization. J Am Psychoanal Assoc. 1967;15(3):641-85.
5. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. 349-51 s.
6. Herman JL, Perry C, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. Am J Psychiatry. 1989;146(4):490-5.
7. Gunderson JG. Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. Am J Psychiatry. 2009;10.
8. Millon T. Modern Yaşamda Kişilik Bozuklukları. 2. Baskı. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları;
9. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan&Sadock Psikiyatri -Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. 11. Baskı. Güneş Tıp Kitabevleri;
10. Kernberg O. Sınır Durumlar ve Patolojik Narsisizm. Metis Yay.; 1999.
11. Kernberg OF. Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis. Jason Aronson; 1995. 301 s.
12. Gunderson JG. Borderline Kişilik Bozukluğu. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1994.
13. Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. Nat Rev Dis Primer. 2018;4(1):1-20.
14. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, DSM-5, Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014.
15. Gunderson JG. Revising The Borderline Diagnosis For DSM-V: An Alternative Proposal. J Personal Disord. 2010;24(6):694-708.

16. Stone MH. Clinical Guidelines For Psychotherapy For Patients With Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2000;23(1):193-210.
17. Belli H, Ural C, Akbudak M. Borderline Kişilik Bozukluğu: Duygudurum Dengeleyicilerinin Tedavideki Yeri / Borderline Personality Disorder: Place Of Mood Stabilizers İn The Treatment. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci* [İnternet]. 15 Mart 2013 [a.yer 22 Ağustos 2021]; Erişim adresi: <https://arsiv.dusunenadamdergisi.org/ing/Articledetailsd8be.html?MkID=923>
18. Ruocco AC. The neuropsychology of borderline personality disorder: A meta-analysis and review. *Psychiatry Res.* 2005;137(3):191-202.
19. Snyder S. Pseudologia fantastica in the borderline patient. *Am J Psychiatry.* 1986;143(10):1287-9.
20. Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ. Characteristics of Borderline Personality Disorder in a Community Sample: Comorbidity, Treatment Utilization, and General Functioning [İnternet]. Guilford Publications Inc.; 2014 [a.yer 18 Ağustos 2021]. Erişim adresi: https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/pedi_2012_26_093
21. Cramer P. Childhood Precursors of Adult Borderline Personality Disorder Features: A Longitudinal Study. *J Nerv Ment Dis.* 2016;204(7):494.
22. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, vd. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results From the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* [İnternet]. 2008 [a.yer 18 Ağustos 2021];69(4). Erişim adresi: <https://www.psychiatrist.com/jcp/medical/comorbidity/prevalence-correlates-disability-comorbidity-dsm-iv-borderline-personality-disorder-wave-2-nesarc/>
23. Videbeck SL. *Psychiatric Mental Health Nursing.* 5. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin.; 2001. 332 s.
24. Geleerd ER. Borderline States in Childhood and Adolescence. *Psychoanal Study Child.* 1958;13(1):279-95.
25. Videbeck SL. *Psychiatric mental health nursing.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin.; 2001. 414-51 s.
26. Black DW, Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder: Prevalence, Risk Factors, Prediction, and Prevention. *J Personal Disord.* 2004;18(3):226-39.
27. Johnson DM, Shea MT, Yen S, Battle CL, Zlotnick C, Sanislow CA, vd. Gender differences in borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Compr Psychiatry.* 2003;44(4):284-92.

28. Caspi A. Role of Genotype in the Cycle of Violence in Maltreated Children. *Science*. 2002;297(5582):851-4.
29. Marziali E. Borderline personality disorder: Diagnosis, etiology, and treatment. *Smith Coll Stud Soc Work*. 1992;62(3):205-27.
30. Torgersen S, Lygren S, Øien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, vd. A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry*. 2000;41(6):416-25.
31. Siever LJ, Torgersen S, Gunderson JG, Livesley WJ, Kendler KS. The borderline diagnosis III: identifying endophenotypes for genetic studies. *Biol Psychiatry*. 2002;51(12):964-8.
32. Dammann G, Teschler S, Haag T, Altmüller F, Tuzek F, Dammann RH. Increased DNA methylation of neuropsychiatric genes occurs in borderline personality disorder. *Epigenetics*. 2011;6(12):1454-62.
33. Martin-Blanco A, Ferrer M, Soler J, Salazar J, Vega D, Andión O, vd. Association between methylation of the glucocorticoid receptor gene, childhood maltreatment, and clinical severity in borderline personality disorder. *J Psychiatr Res*. 2014;57:34-40.
34. Perroud N, Salzmann A, Prada P, Nicastro R, Hoeppli M-E, Furrer S, vd. Response to psychotherapy in borderline personality disorder and methylation status of the BDNF gene. *Transl Psychiatry*. 2013;3(1):e207-e207.
35. Prados J, Stenz L, Courtet P, Prada P, Nicastro R, Adouan W, vd. Borderline personality disorder and childhood maltreatment: a genome-wide methylation analysis. *Genes Brain Behav*. 2015;14(2):177-88.
36. Brown GL, Ebert MH, Goyer PF, Jimerson DC, Klein WJ, Bunney WE, vd. Aggression, suicide, and serotonin: Relationships of CSF amine metabolites. *Am J Psychiatry*. 1982;139(6):741-6.
37. Gardner DL, Lucas PB, Cowdry RW. CSF metabolites in borderline personality disorder compared with normal controls. *Biol Psychiatry*. 1990;28(3):247-54.
38. Kamali M, Oquendo MA, Mann JJ. Understanding the neurobiology of suicidal behavior. *Depress Anxiety*. 2001;14(3):164-76.
39. Driessen M, Herrmann J, Stahl K, Zwaan M, Meier S, Hill A, vd. Magnetic Resonance Imaging Volumes of the Hippocampus and the Amygdala in Women With Borderline Personality Disorder and Early Traumatization. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(12):1115-22.
40. Brambilla P, Soloff PH, Sala M, Nicoletti MA, Keshavan MS, Soares JC. Anatomical MRI study of borderline personality disorder patients. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2004;131(2):125-33.

41. Zanarini MC, Ruser TF, Frankenburg FR, Hennen J, Gunderson JG. Risk Factors Associated with the Dissociative Experiences of Borderline Patients. *J Nerv Ment Dis.* 2000;188(1):26-30.
42. Reeves-Dudley B. Borderline Personality Disorder Psychological Treatment: An Integrative Review. *Arch Psychiatr Nurs.* 2017;31(1):83-7.
43. Goyer PF, Andreason PJ, Semple WE, Clayton AH, King AC, Compton-Toth BA, vd. Positron-Emission Tomography and Personality Disorders. *Neuropsychopharmacology.* 1994;10(1):21-8.
44. Gabbard. Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders. American Psychiatric Publishing; 2014.
45. Zanarini MC. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1997;154(8):1101-6.
46. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood Maltreatment Increases Risk for Personality Disorders During Early Adulthood. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56(7):600-6.
47. Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropoulou V, New AS, Silverman JM, vd. Abuse and Neglect in Childhood: Relationship to Personality Disorder Diagnoses. *CNS Spectr.* 2003;8(10):737-54.
48. Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms | Development and Psychopathology | Cambridge Core [Internet]. [a.yer 18 Ağustos 2021]. Erişim adresi: <https://www.cambridge.org/core/journals/development-and-psychopathology/article/abs/early-maternal-separation-and-the-trajectory-of-borderline-personality-disorder-symptoms/D9D9110652F7424D4264FEA2847BED7B>
49. Çalışır M. Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Aslında Bir Bipolar Spektrum Bozukluğu mudur? :10.
50. Gunderson J, Sabo AN. The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *Am J Psychiatry.* 1993;150(1):19-27.
51. Oltmanns TF, Martin MT, Neale JM, Davison GC. Case studies in abnormal psychology. *Türk Psikologlar Derneği Yayınları;* 2003.
52. Oldham JM, Gabbard GO, Goin MK, Gunderson J, Soloff P, Spiegel D, vd. Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. 2010;82.
53. Oldham JM. Borderline Personality Disorder and Suicidality. *Am J Psychiatry.* 2006;7.

54. Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012 [a.yer 18 Ağustos 2021];(8). Erişim adresi: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005652.pub2/abstract>
55. Kernberg OF, Michels R. Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. 2009;166(5):505-8.
56. Allen JG. Treating Attachment Trauma with Plain Old Therapy. *J Trauma Dissociation*. 2013;14(4):367-74.
57. Kernberg OF. New developments in transference focused psychotherapy. *Int J Psychoanal*. 2016;97(2):385-407.
58. Martín-Blanco A, Ancochea A, Soler J, Elices M, Carmona C, Pascual JC. Changes over the last 15 years in the psychopharmacological management of persons with borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2017;136(3):323-31.
59. Oyekcin D, Yildiz D. Pharmacotherapy of Personality Disorders. *J Mood Disord*. 2012;2(1):34.
60. Moghaddas A, Dianatkhah M, Ghaffari S, Ghaeli P. The Potential Role of Naltrexone in Borderline Personality Disorder. *Iran J Psychiatry*. 2017;12(2):142-6.
61. Hancock-Johnson E, Griffiths C, Picchioni M. A Focused Systematic Review of Pharmacological Treatment for Borderline Personality Disorder. *CNS Drugs*. 2017;31(5):345-56.
62. Paris J. Implications of Long-term Outcome Research for the Management of Patients with Borderline Personality Disorder. *Harv Rev Psychiatry*. 2002;10(6):315-23.
63. Cohen P, Crawford TN, Johnson JG, Kasen S. The Children in the Community Study of Developmental Course of Personality Disorder. *J Personal Disord*. 2005;19(5):466-86.
64. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Silk KR, Hudson JI, McSweeney LB. The Subsyndromal Phenomenology of Borderline Personality Disorder: A 10-Year Follow-Up Study. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):929-35.
65. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Prediction of the 10-Year Course of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. 2006;163(5):827-32.
66. Kırpınar İ. Genç Psikiyatristin El Kitabı- Psikiyatrik Muayene ve Semiyoloji. 3. Baskı. Timaş Yayınları; 2016.

67. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, vd. Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(1):19-28.
68. Karayün D. Nevrotik Yapılı Hastaların ve Ailelerinin Borderline Yapılı Hastaların ve Ailelerinin Kişilik Özellikleri ve Aile İlişkilerinin Birbirine ve Kontrol Grubuna Göre Kıyaslanması. :186.
69. Beatson JA, Broadbear JH, Duncan C, Bourton D, Rao S. Avoiding Misdiagnosis When Auditory Verbal Hallucinations Are Present in Borderline Personality Disorder. J Nerv Ment Dis. 2019;207(12):1048.
70. Beatson J. Borderline personality disorder and auditory verbal hallucinations. Australas Psychiatry. Aralık 2019;27(6):548-51.
71. Tschoeke S, Steinert T, Flammer E, Uhlmann C. Similarities and Differences in Borderline Personality Disorder and Schizophrenia With Voice Hearing. J Nerv Ment Dis. 2014;202(7):544.
72. Öztürk E. Travma ve Dissosiyasyon: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi Ve Aile Dinamikleri. Nobel Tıp Kitapevleri; 2017.
73. Ross CA, Duffy CMM, Ellason JW. Prevalence, Reliability and Validity of Dissociative Disorders in an Inpatient Setting. J Trauma Dissociation. 2002;3(1):7-17.
74. Şarlak D, Öztürk E. Dissosiyatif Bozuklukların Epidemiyolojisi. İçinde 2018. s. 14-20.
75. Lanius RA, Brand B, Vermetten E, Frewen PA, Spiegel D. The Dissociative Subtype of Posttraumatic Stress Disorder: Rationale, Clinical and Neurobiological Evidence, and Implications. Depress Anxiety. 2012;29(8):701-8.
76. North CS, Ryall J-EM, Ricci DA, Wetzel RD. Multiple personalities, multiple disorders: Psychiatric classification and media influence. New York, NY, US: Oxford University Press; 1993. xv, 278 s. (Multiple personalities, multiple disorders: Psychiatric classification and media influence).
77. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II). Washington DC: APA; 1968.
78. Şar V. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu: Ruhsal Travma Kökenli Bir Psikopatoloji. Klinik Gelişim. Klinik Gelişim; 2010. 26-33 s.
79. Lyssenko L, Schmahl C, Bockhacker L, Vonderlin R, Bohus M, Kleindienst N. Dissociation in Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis of Studies Using the Dissociative Experiences Scale. Am J Psychiatry. 2018;175(1):37-46.

80. Chu JA, Dill DL. Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry*. 1990;147(7):887-92.
81. Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J, Sirof B, Knutelska M. The Role of Childhood Interpersonal Trauma in Depersonalization Disorder. *Am J Psychiatry*. 2001;158(7):1027-33.
82. Axis I and II comorbidity and childhood trauma history in chemical dependency - ProQuest [İnternet]. [a.yer 22 Ağustos 2021]. Erişim adresi: <https://www.proquest.com/openview/8d522deb23005a8a8fef134d998624e2/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1818298>
83. Carrion VG, Steiner H. Trauma and Dissociation in Delinquent Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(3):353-9.
84. Gast U, Rodewald F, Nickel V, Emrich HM. Prevalence of Dissociative Disorders among Psychiatric Inpatients in a German University Clinic. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189(4):249.
85. Sar V, Ozturk E. What Is Trauma and Dissociation? *J Trauma Pract*. 2006;4(1-2):7-20.
86. Sar V, Alioğlu F, Akyuz G, Karabulut S. Dissociative Amnesia in Dissociative Disorders and Borderline Personality Disorder: Self-Rating Assessment in a College Population. *J Trauma Dissociation*. 2014;15(4):477-93.
87. Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1990;147(8):1008-13.
88. Vermetten E, Schmahl C, Lindner S, Loewenstein RJ, Bremner JD. Hippocampal and Amygdalar Volumes in Dissociative Identity Disorder. *Am J Psychiatry*. 2006;163(4):630-6.
89. Öztürk E, Sar V. Somatization as a predictor of suicidal ideation in dissociative disorders. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;62(6):662-8.
90. Rosen C, Grossman LS, Harrow M, Bonner-Jackson A, Faull R. Diagnostic and prognostic significance of Schneiderian first-rank symptoms: a 20-year longitudinal study of schizophrenia and bipolar disorder. *Compr Psychiatry*. 2011;52(2):126-31.
91. Tandon R, Greden JF. Schneiderian first rank symptoms: Reconfirmation of high specificity for schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 1987;75(4):392-6.
92. Ross CA, Norton GR. Multiple personality disorder patients with a prior diagnosis of schizophrenia. *Dissociation Prog Dissociative Disord*. 1988;1(2):39-42.
93. Steinberg M, Cicchetti D, Buchanan J, Rakfeldt J, Rounsaville B. Distinguishing between multiple personality disorder (dissociative identity disorder) and

- schizophrenia using the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders. *J Nerv Ment Dis.* 1994;182(9):495-502.
94. Moskowitz AK, Barker-Collo S, Ellson L. Replication of Dissociation-Psychosis Link in New Zealand Students and Inmates: *J Nerv Ment Dis.* 2005;193(11):722-7.
95. International Society for the Study of Trauma and Dissociation. Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision. *J Trauma Dissociation.* 2011;12(2):115-87.
96. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme- UNICEF 2004 [İnternet]. Erişim adresi: https://www.unicefturk.org/public/uploads/files/UNICEF_CocukHaklarınaDairSözleşme.pdf
97. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Acta Medica.* 2004;35(2):82-6.
98. Herman JL. Travma ve İyileşme. Şefik Basım ve Yayıncılık; 2011. 13-30 s.
99. Yurdakök K. Çocuk İstismar ve İhmali, Tanım ve Risk Faktörleri. *Katkı Pediatri Dergisi.* 2010;537-46.
100. Decreased Adrenocorticotrophic Hormone and Cortisol Responses to Stress in Healthy Adults Reporting Significant Childhood Maltreatment - ScienceDirect [İnternet]. [a.yer 27 Ağustos 2021]. Erişim adresi: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322307004313?casa_token=IhAfwVhda5EAAAAA:-Z_wAmETrT8eKwn7b4h2j9gjPM67sNCWtHMjqsWSGtr6W8snmr-tGhEiUNVyl3jRGfO_-FA2fQ
101. Archer T, Oscar-Berman M, Blum K, Gold M. Neurogenetics and Epigenetics in Impulsive Behaviour: Impact on Reward Circuitry. *J Genet Syndr Gene Ther.* 2012;3(3):1000115.
102. Teicher MH, Anderson CM, Polcari A. Childhood maltreatment is associated with reduced volume in the hippocampal subfields CA3, dentate gyrus, and subiculum. *Proc Natl Acad Sci.* 2012;109(9):E563-72.
103. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, IJzendoorn MH van. The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Rev.* 2015;24(1):37-50.
104. Dereboy C, Sahin Demirkapi E, Sakiroglu M, Safak Ozturk C. The Relationship Between Childhood Traumas, Identity Development, Difficulties in Emotion Regulation and Psychopathology. *Turk J Psychiatry* [İnternet]. 2018 [a.yer 19 Ağustos 2021]; Erişim adresi: <http://www.turkpsikiyatri.com/default.aspx?modul=doi&doi=u20463>

105. Zoro SS, Tüzün Ü, Öztürk M, Kora ME, Alyanak B. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. :11.
106. Shevlin M, Dorahy M, Adamson G. Childhood traumas and hallucinations: An analysis of the National Comorbidity Survey. *J Psychiatr Res.* 2007;41(3-4):222-8.
107. Whitfield CL, Dube SR, Felitti VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and hallucinations. *Child Abuse Negl.* 2005;29(7):797-810.
108. Uytun MÇ, Öztop DB. Cinsel İstismar Mağduru Olan Çocuk ve Ergenlere Konulan Psikiyatrik Tanıların ve Uygulanan Tedavilerin Devamlılığının Değerlendirilmesi: Evaluation of Psychiatric Diagnosis and Continuity of Treatment of Children And Adolescents Who Abused Sexually. *Yeni Symp.* Eylül 2016;54(3):18-24.
109. Álvarez M-J, Masramon H, Peña C, Pont M, Gourdiér C, Roura-Poch P, vd. Cumulative Effects of Childhood Traumas: Polytraumatization, Dissociation, and Schizophrenia. *Community Ment Health J.* 2015;51(1):54-62.
110. Álvarez M-J, Masramon H, Foguet-Boreu Q, Tasa-Vinyals E, García-Eslava JS, Roura-Poch P, vd. Childhood Trauma in Schizophrenia Spectrum Disorders: Dissociative, Psychotic Symptoms, and Suicide Behavior. *J Nerv Ment Dis.* 2021;209(1):40.
111. Tsar V, Kundakci T, Kiziltan E, Bakim B, Bozkurt O. Differentiating Dissociative Disorders from Other Diagnostic Groups Through Somatoform Dissociation in Turkey. *J Trauma Dissociation.* 2001;1(4):67-80.
112. Arslan SH. Borderline Kişilik Bozukluğunda Örseleyici Çocukluk Yaşantıları ve Ruhsal Bulgular. :7.
113. Kingdon DG, Ashcroft K, Bhandari B, Gleeson S, Warikoo N, Symons M, vd. Schizophrenia and Borderline Personality Disorder: Similarities and Differences in the Experience of Auditory Hallucinations, Paranoia, and Childhood Trauma. *J Nerv Ment Dis.* Haziran 2010;198(6):399-403.
114. Cattane N, Rossi R, Lanfredi M, Cattaneo A. Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):221.
115. Sar V, Akyuz G, Kugu N, Ozturk E, Ertem-Vehid H. Axis I Dissociative Disorder Comorbidity in Borderline Personality Disorder and Reports of Childhood Trauma. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(10):0-0.
116. Tschoeke S, Bichescu-Burian D, Steinert T, Flammer E. History of Childhood Trauma and Association With Borderline and Dissociative Features. *J Nerv Ment Dis.* 2021;209(2):137.

117. Tunç P, Şahin D. The predictors of impulsive, self-injuring, and suicidal behaviors in borderline personality disorder. *Anatol J Psychiatry*. 2019;(0):1.
118. Wegman HL, Stetler C. A Meta-Analytic Review of the Effects of Childhood Abuse on Medical Outcomes in Adulthood. *Psychosom Med*. 2009;71(8):805.
119. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, vd. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*. 1994;151(8):1132-6.
120. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği/Validity and Reliability of the Turkish Version of Childhood Trauma Questionnaire - ProQuest [Internet]. [a.yer 21 Eylül 2021]. Erişim adresi:
<https://www.proquest.com/openview/5a7f835d5450dc4aa504e7de33c074a6/1?pq-origsite=gscholar&cbl=236265>
121. Vanderlinden J, Dyck RV, Vandereycken W, Vertommen H, Verkes RJ. The dissociation questionnaire (DIS-Q): Development and characteristics of a new self-report questionnaire. *Clin Psychol Psychother*. 1993;1(1):21-7.
122. Şar V, Kızıltan E, Kundakçı T. Dissosiyasyon ölçeği'nin (DIS-Q) Geçerlik ve Güvenilirliği. C. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitabı. 1997. 43-53 s.
123. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 01 Ocak 1987;13(2):261-76.
124. Leucht S, Kane JM, Kissling W, Hamann J, Etschel E, Engel RR. What does the PANSS mean? *Schizophr Res*. 15 Kasım 2005;79(2):231-8.
125. Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*; 1999.
126. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;62(6):553-64.
127. Skodol AE, Bender DS. Why Are Women Diagnosed Borderline More Than Men? *Psychiatr Q*. 2003;74(4):349-60.
128. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(6):590-6.
129. Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, Dyck IR, Stout RL, Bender DS, vd. Functional Impairment in Patients With Schizotypal, Borderline, Avoidant, or Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. 2002;159(2):276-83.

130. Oldham JM. Personality Disorders: Current Perspectives. *JAMA*. 1994;272(22):1770.
131. Trull TJ, Sher KJ, Minks-Brown C, Durbin J, Burr R. Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clin Psychol Rev*. 2000;20(2):235-53.
132. Bornovalova MA, Daughters SB, Hernandez GD, Richards JB, Lejuez CW. Differences in impulsivity and risk-taking propensity between primary users of crack cocaine and primary users of heroin in a residential substance-use program. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2005;13(4):311-8.
133. Lawrence KA, Allen JS, Chanen AM. Impulsivity in Borderline Personality Disorder: Reward-Based Decision-Making and its Relationship to Emotional Distress. *J Personal Disord*. 2010;24(6):785-99.
134. Reynolds B. A review of delay-discounting research with humans: relations to drug use and gambling. *Behav Pharmacol*. 2006;17(8):651-67.
135. LeGris J, Links PS, van Reekum R, Tannock R, Toplak M. Executive function and suicidal risk in women with Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Res*. 2012;196(1):101-8.
136. Paris J. Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina (Mex)*. 2019;55(6):223.
137. Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM, Malone KM, Mann JJ. Characteristics of Suicide Attempts of Patients With Major Depressive Episode and Borderline Personality Disorder: A Comparative Study. *Am J Psychiatry*. 2000;157(4):601-8.
138. Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius JR, Ulrich R. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1994;151(9):1316-23.
139. Nickerson A, Bryant RA, Schnyder U, Schick M, Mueller J, Morina N. Emotion dysregulation mediates the relationship between trauma exposure, post-migration living difficulties and psychological outcomes in traumatized refugees. *J Affect Disord*. 2015;173:185-92.
140. Cantor-Graae E, Selten J-P. Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review. *Am J Psychiatry*. 2005;162(1):12-24.
141. Mulder CL, Koopmans GT, Selten J-P. Emergency psychiatry, compulsory admissions and clinical presentation among immigrants to the Netherlands. *Br J Psychiatry*. 2006;188(4):386-91.
142. Pascual JC, Malagón A, Córcoles D, Ginés JM, Soler J, García-Ribera C, vd. Immigrants and borderline personality disorder at a psychiatric emergency service. *Br J Psychiatry*. 2008;193(6):471-6.

143. Swinnen SGHA, Selten J-P. Mood disorders and migration: Meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2007;190(1):6-10.
144. van der Kolk BA, Hostetler A, Herron N, Fislser RE. Trauma and the Development of Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1994;17(4):715-30.
145. Ghiassi V, Dimaggio G, Brüne M. Dysfunctions in understanding other minds in borderline personality disorder: A study using cartoon picture stories. *Psychother Res*. 2010;20(6):657-67.
146. Agid O, Shapira B, Zislin J, Ritsner M, Hanin B, Murad H, vd. Environment and vulnerability to major psychiatric illness: a case control study of early parental loss in major depression, bipolar disorder and schizophrenia. *Mol Psychiatry*. 1999;4(2):163-72.
147. Gross R, Olsson M, Gameroff M, Shea S, Feder A, Fuentes M, vd. Borderline Personality Disorder in Primary Care. *Arch Intern Med*. 2002;162(1):53-60.
148. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, vd. Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. 1998;155(12):1733-9.
149. Zimmerman M, Ruggero CJ, Chelminski I, Young D. Psychiatric Diagnoses in Patients Previously Overdiagnosed With Bipolar Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(1):0-0.
150. Pauselli L, Verdolini N, Santucci A, Moretti P, Quartesan R. Bipolar and Borderline Personality Disorders: A Descriptive Comparison of Psychopathological Aspects in Patients Discharged From an Italian Inpatient Unit Using PANSS and BPRS. 27:7.
151. Speranza M, Revah-Levy A, Cortese S, Falissard B, Pham-Scottez A, Corcos M. ADHD in adolescents with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*. 2011;11(1):158.
152. Semiz ÜB, Baflo C, Ergün BM, Noyan CO, Çetin M. Sınır Kişilik Bozukluğu Hastalarında Vücut Dismorfik Bozukluğu, Travma ve Disosiyasyon: Bir Önçalışma. 2005;15(2):7.
153. Hecht KF, Cicchetti D, Rogosch FA, Crick NR. Borderline personality features in childhood: The role of subtype, developmental timing, and chronicity of child maltreatment. *Dev Psychopathol*. 2014;26(3):805-15.
154. Zhang T, Chow A, Wang L, Dai Y, Xiao Z. Role of childhood traumatic experience in personality disorders in China. *Compr Psychiatry*. 2012;53(6):829-36.

155. Specht MW, Chapman A, Cellucci T. Schemas and borderline personality disorder symptoms in incarcerated women. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2009;40(2):256-64.
156. Fossati A, Madeddu F, Maffei C. Borderline Personality Disorder and Childhood Sexual Abuse: A Meta-Analytic Study. *J Personal Disord*. 1999;13(3):268-80.
157. Yargıç İ, Ersoy E, Oflaz SB. Çocukluk çağı travmalarının intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı ile ilişkisi. *Anatol J Psychiatry*. :9.
158. Cavelti M, Thompson KN, Hulbert C, Betts J, Jackson H, Francey S, vd. Exploratory comparison of auditory verbal hallucinations and other psychotic symptoms among youth with borderline personality disorder or schizophrenia spectrum disorder. *Early Interv Psychiatry*. 2019;13(5):1252-62.
159. Vermetten E, Spiegel D. Trauma and Dissociation: Implications for Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2014;16(2):434.
160. Longden E, Branitsky A, Moskowitz A, Berry K, Bucci S, Varese F. The Relationship Between Dissociation and Symptoms of Psychosis: A Meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2020;46(5):1104-13.
161. Niemantsverdriet MBA, Slotema CW, Blom JD, Franken IH, Hoek HW, Sommer IEC, vd. Hallucinations in borderline personality disorder: Prevalence, characteristics and associations with comorbid symptoms and disorders. *Sci Rep*. 2017;7(1):13920.
162. Driessen M, Beblo T, Mertens M, Piefke M, Rullkoetter N, Silva-Saavedra A, vd. Posttraumatic stress disorder and fMRI activation patterns of traumatic memory in patients with borderline personality disorder. *Biol Psychiatry*. 2004;55(6):603-11.
163. Beran E, Richman MJ, Unoka Z. Autobiographical Memory Impairment in Borderline Personality Disorder: A Quantitative Meta-Analysis Interpreted in Terms of the CaR-FA-X Model. *J Personal Disord*. 2019;33(6):818-31.

