



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

SINIR KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA ABARTMA EĞİLİMİNİN
ALGISAL DEĞERLENDİRME SÜREÇLERİ İLE İLİŞKİSİNİN
ARAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ

Araş. Gör. Dr. Ceyhun Hacıyev

Ankara, 2023



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

SINIR KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA ABARTMA EĞİLİMİNİN
ALGISAL DEĞERLENDİRME SÜREÇLERİ İLE İLİŞKİSİNİN
ARAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ

Araş. Gör. Dr. Ceyhun Hacıyev

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Gamze Özçürümez Bilgili

Dr. Öğr. Üyesi Dr. Yasemin Hoşgören Alıcı

Ankara, 2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Anabilim Dalı Başkanımız ve tez danışmanım değerli hocam Sayın Prof. Dr. Gamze Özçürümez Bilgili'ye;

Tezimin hazırlanmasında ve eğitimimde bana büyük destek olan hocam Sayın Prof. Dr. Orhan Murat Koçak'a;

Eğitimimde çok büyük katkıları olan ve bana mesleğimi kazandıran tüm hocalarıma;

Tezimin hazırlanmasında ve diğer çalışmalarımda yanımda bulunup özveri ile yardım eden uzmanlık eğitimini keyifli kılan asistan arkadaşlarıma;

Klinikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm psikolog, sekreter ve personel arkadaşlarıma;

Sevgi, dostluk ve fedakarlıklarıyla her zaman yanımda olan, desteğini hiç esirgemeyen çok kıymetli arkadaşlarım Dr. Surac Orucov, Dr. İlay Nur Kırmızı Bandur, Dr. Furkan Şan ve Dr. Ahmet Can Tekin'e;

Veri toplamada bana yardımlarını esirgemeyen sevgili meslektaşım Dr. Koray Yarız'e;

Hayatın tüm zorluklarına rağmen bana her türlü eğitim ve öğrenim olanağını sunan, sevgi ve şefkatleriyle beni hayata hazırlayan aileme;

Her zaman yaşama umutla bakmayı bana hatırlatan sevgili yeğenim Meryem'e sonsuz teşekkür ederim.

Ceyhun Hacıyev, 2023

ÖZET

Giriş

Sınır Kişilik Bozukluğu (SKB), reddedilmeye karşı aşırı duyarlılık ve terk edilme korkusu, duyguları yoğun yaşama eğilimi, zayıf benlik imajı ve dürtüsellik ile karakterizedir. SKB psikopatolojisinde duygu düzenleme güçlüğü'nün temel sorumlu faktörlerin başında geldiğini savunan geniş bir araştırma alanı mevcuttur. Alanyazında SKB'de farklı duyuşsal modaliteler bağlamında algısal bozuklukların ortaya çıktığı gösterilmiştir. Klinik gözlem ve literatür bilgileri SKB'de abartma eğilimini vurgulamaktadır. Çalışmamızda SKB'de abartma eğiliminin algısal süreçlerle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem

Çalışmamızda deneklerin algılama performansını (algılama süresi ve doğru sayıları) değerlendirmek için geriye doğru maskeleye paradigması uygulanmıştır. Aynı zamanda algısal abartmanın değerlendirilebilmesine olanak sağlayan bir paradigma geliştirilmiş ve uygulanmıştır. Bu paradigmada katılımcılar aynı görsellerin hem sözel hem de numerik olarak farklılıklarını değerlendirmiştir. Değerlendirmeler yapılırken tepki süreleri kaydedilmiştir. Sözel ve numerik değerlendirmelerin tepki süreleri farkı üzerinden yorumlama süresi ve likertlemeye göre 1'den 4'e kadar değerlendirmelerin sayısal farkları üzerinden abartmanın ölçüsü olarak sapma değeri hesaplamıştır. Ayrıca dürtüsellik, bölme dahil ilkel savunma mekanizmaları, zihinselleştirme değerlendirmesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri belirlenmesi için ölçekler uygulanmıştır. Anksiyete ve depresyonun öz-bildirim ve klinisyen değerlendirmeleri yapılarak klinik abartma katsayıları (KAK) hesaplanmıştır. 22 SKB ve 24 sağlıklı kontrolden oluşan gruplar arasında karşılaştırmalar yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler MATLAB ve SPSS 23 (IBM, ABD) programları kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular

Student t testi sonuçları geriye doğru maskeleye paradigmasında SKB grubunun kontrol grubuna göre doğruyu algılamak için daha uzun süreye ihtiyaç duyduğunu ($p=0.007$) ve daha az doğru sayısına ulaştığını göstermiştir ($p=0.043$). Anksiyete ve depresyon için

KAK puanları açısından Student t testine göre SKB grubu anlamlı olarak daha yüksek puanlar almıştır($p<0.001$). Gruplar arasında sapma değerleri açısından student t testinde anlamlı farklılık saptanmadığı gibi, Pearson korelasyon analizinde KAK değerleri ile sapma korelasyon göstermemiştir. Lineer regresyon analizinde dürtüsellüğün sapma üzerinde etkisi olmadığı, yorumlama süresi ($p=0.014$) ve anksiyetenin anlamlı ($p=0.014$), ilkel savunma mekanizmaları değerlerinin neredeyse anlamlı ($p=0.054$) etkisi olduğu saptanmıştır.

Tartışma

SKB hastalarının algılama hızlarının kontrollerden düşük olduğu gösterilmiştir. Bulgularımız dürtüsellikle algısal abartma arasında doğrudan bir ilişki olduğunu göstermemekle birlikte, anksiyete ve ilkel savunmaların ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu çalışma literatürde de belirtilen SKB’de abartma eğiliminin bölme ve anksiyete ile ilişkisini ortaya koymayı amaçlayan, bildiğimiz kadarıyla, ilk çalışmadır.

Anahtar Kelimeler: *sınır kişilik bozukluğu, algısal süreçler, abartma eğilimi, geriye doğru maskeleme, tepki süresi, anksiyete, bölme*

ABSTRACT

Introduction

Borderline Personality Disorder (BPD) is characterized by hypersensitivity to rejection and fear of abandonment, heightened emotional experiences, poor self-image and impulsivity. There is a large area of research arguing that emotion dysregulation is one of the main responsible factors in the psychopathology of BPD. In the literature, it has been shown that perceptual disturbances occur in the context of different sensory modalities in BPD. Clinical observations and knowledge from the literature emphasize the tendency to exaggeration in BPD. In our study, we aimed to investigate the relationship between the tendency to exaggeration and perceptual processes.

Method

In our study, a backward masking paradigm was applied to assess participants' perceptual performance (perception duration and accuracy). Further, we developed and applied a paradigm that allows the assessment of perceptual exaggeration. In this paradigm, participants evaluated both verbal and numerical differences of the identical images. Response times were recorded during the evaluations. Interpretation time was calculated based on the difference in reaction times of verbal and numerical evaluations and "deviation" value was calculated as a measure of exaggeration based on the quantitative differences of the evaluations from 1 to 4 according to Likert scale. In addition, scales were applied to determine impulsivity, primitive defense mechanisms including splitting, mentalization assessment, anxiety and depression scores. Self-report and clinician assessments of anxiety and depression were made and "clinical exaggeration coefficients" (CAC) were calculated. Comparisons were made between groups consisting of 22 BPD and 24 healthy controls. The data obtained from the study were analyzed using MATLAB and SPSS 23 (IBM, USA).

Results

Student's t-test results showed that in the backward masking paradigm, the BPD group needed a longer time to perceive the correct answer ($p=0.007$) and reached a lower number of correct answers ($p=0.043$) compared to the control group. In terms of CAC scores for anxiety and depression, according to Student's t test, the BPD group had significantly higher

scores ($p < 0.001$). There was no significant difference between the groups in terms of "deviation" values in Student's t test, and there was no correlation between CAC values and "deviation" in Pearson correlation analysis. Linear regression analysis showed that impulsivity had no effect on "deviation", interpretation time ($p = 0.014$) and anxiety had a significant effect ($p = 0.014$), and primitive defense mechanism values had an almost significant effect ($p = 0.054$).

Discussion

It has been shown that the perceptual speed of BPD patients is lower than that of controls. Although our findings do not show a direct relationship between impulsivity and perceptual exaggeration, they do indicate that anxiety and primitive defenses are related. To the best of our knowledge, this is the first study that aims to reveal the relationship of exaggeration tendency with splitting and anxiety in BPD as reported in the literature.

Keywords: *borderline personality disorder, perceptual processes, exaggeration, backward masking, reaction time, anxiety, splitting*

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	3
ÖZET	4
ABSTRACT	6
İÇİNDEKİLER.....	8
KISALTMALAR ve SİMGELER DİZİNİ	10
ŞEKİLLER DİZİNİ	13
TABLOLAR DİZİNİ.....	14
1. GİRİŞ.....	15
2. GENEL BİLGİLER.....	19
2.1. Sınır Kişilik Bozukluğunun tanımı	19
2.2. SKB'nin epidemiyolojisi	20
2.3. SBK'nin kalıtsallığı ve genetik atyapısı	22
2.4 Gen-çevre etkileşimleri.....	23
2.5 SKB'nin tanı sistemlerindeki yeri.....	25
2.6. SBK'yi açıklamaya yönelik modeller.....	32
2.6.1. Kernberg'in Sınır Kişilik Örgütlenme Modeli	32
2.6.2. Duygu Düzenleme Bozukluğu Modeli	33
2.6.3. Yansıtıcı İşlev (Zihinselleştirme) Bozukluğu Modeli	34
2.6.4. Kişilerarası Aşırı Duyarlılık Modeli.....	35
2.6.5. Hiperbolik Mizaç Modeli	36
2.6.6. Kişilerarası Disfori Modeli	38
2.7. SKB'de algısal süreçler ve abartma eğilimi	39
2.8. Bölme veya iki değerli düşünme	43
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	46
3.1. Çalışma Tasarımı	46

3.2. Katılımcılar	46
3.3. Bilgisayarlı testler	47
3.3.1. Geriye Doğru Maskeleye (BWM)	48
3.3.2. Yorumlama paradigması.....	51
3.4. İstatistiksel analizler	54
4. BULGULAR	61
5. TARTIŞMA.....	72
6. KAYNAKLAR.....	79
EK 1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	100
EK 2: AFEKTİF SİNİRBİLİM KİŞİLİK ÖLÇEĞİ	101
EK 3: BORDERLİNE KİŞİLİK ENVANTERİ	104
EK 4: ZİHİNSELLEŞTİRME ÖLÇEĞİ (MENTS)	106
EK 5: YANSITICI İŞLEYİŞ ÖLÇEĞİ (YİÖ)	108
EK 6: DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (FORM– I).....	110
EK 7: DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (FORM– II)	111
EK 8: BECK DEPRESYON ENVANTERİ.....	112
EK 9: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ.....	114
EK 10: HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	115
EK 11: HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	116
EK 12. YORUMLAMA PARADİGMASINDA KULLANILAN GÖRSELLER.....	117
EK 13. ETİK KURUL ONAY YAZISI	118

KISALTMALAR ve SİMGELER DİZİNİ

SKB:	Sınır Kişilik Bozukluğu
TSSB:	Travma sonrası stres bozukluğu
MDB:	Major Depresif Bozukluk
DSM:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD:	International Classification of Diseases
AMPD:	Alternative Model for Personality Disorders
HiTOP:	The Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology
WHO:	World Health Organization
fMRG:	Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
BOLD:	Blood Oxygen Dependent
EEG:	Elektroensefalografi
İSV:	İşitsel sözel varsanılar
AP:	Antipsikotik
AD:	Antidepresan
BWM:	Geriye Doğru Maskeleye
TS:	Tepki süresi
TS_s :	Sözel değerlendirmelerdeki tepki süreleri
TS_n :	Nümerik değerlendirmelerdeki tepki süreleri
SoA:	Stimulus Onset Ansenchrony
NDFM:	Nümerik değerlendirmelerdeki farkların miktarı
SDFM:	Sözel değerlendirmelerdeki farkların miktarı
KAK_a :	Anksiyete için klinik abartma katsayısı
KAK_d :	Depresyon için klinik abartma katsayısı
İSM:	İlkel savunma mekanizmaları

NİK:	Nesne İlişkileri Kuramı
DT:	Dichotomous thinking
BKE:	Borderline Kişilik Envanteri
ASKÖ:	Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği
Ment-S:	Mentalizasyon Ölçeği
YİÖ:	Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği
HDDÖ:	Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
HADÖ:	Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği
STAİ:	Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Ölçeği
GWAS:	Genome-wide association studies
PKP4:	Plakophilin 4
SERİNC5:	Serine Incorporator 5
MIR-124-3:	micro RNA 124-3
FKBP5:	FK506-binding protein 5
CRHR:	Human corticotropin-releasing hormone receptor gene
BDNF:	Brain-derived neurotrophic factor
HPA:	Hipotalamus-hipofiz-adrenal aks
dACC:	dorsal anterior cingulate cortex
RMET:	Reading mind in the eyes test
PKA:	Pearson korelasyon analizi
LRA:	Lineer Regresyon Analizi
SPSS:	Statistical Package For The Social Sciences
IBM:	International Business Machines
ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
NESARC:	Alkol ve İlişkili Durumlar Ulusal Epidemiyolojik Araştırması

SS: Standart sapma

Ort: Ortalama

s: saniye

ms: milisaniye



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1 “Sınır” psikopatolojinin kavramsallaştırılması ve Sınır Kişilik Bozukluğu tanısının tarihsel gelişimi	20
Şekil 2 Sınır kişilik bozukluğunun nörodavranışsal modeli	38
Şekil 3 Geriye doğru maskeleme paradigmasından elde edilen parametrelerin şematik gösterimi.	48
Şekil 4 Geriye doğru maskeleme paradigmasının uygulanmasında kullanılan uyaranlar ve test yönergesi.	49
Şekil 5 Geriye doğru maskeleme paradigmasının uygulanmasında kullanılan uyaranların şematik gösterimi.	50
Şekil 6 Sözel kıyasmanın yapıldığı görsel örneği.	52
Şekil 7 Numerik kıyaslamanın yapıldığı görsel örneği.	52
Şekil 8 Yorumlama paradigmasının uygulanmasında kullanılan uyaranların şematik gösterimi.	53
Şekil 9 Yorumlama paradigmasının uygulanmasında kullanılan uyaranların şematik gösterimi. <i>TSs</i> – Sözel değerlendirmelerdeki tepki süreleri; <i>TSn</i> – numerik değerlendirmelerdeki tepki süreleri.	54
Şekil 10. Maskele paradigmasında maskeleme sürelerinin ortalamalarının karşılaştırılması.	63
Şekil 11 Maskele paradigmasında maskeleme sürelerinin ve doğru sayılarının ortalamalarının standart sapmalı karşılaştırılması.	64
Şekil 12 Her iki grubun geriye doğru maskeleme paradigmasındaki doğru sayıları ve algılama sürelerinin saçılım grafiği.	65
Şekil 13 Yorumlama paradigmasında yorumlama süresi ve sapma değerlerinin gruplara göre karşılaştırılması.	68
Şekil 14 Grupların ilaç kullanma durumları açısından karşılaştırılması. (AP – Antipsikotik; AD – Antidepresan)	71
Şekil 15 Anksiyete, bölme savunma mekanizması, yorumlama süresi ve abartmanın karşılık ilişkisi	74

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1 ICD-11’de kişilik bozukluğu şiddet düzeyinin temel özellikleri.	29
Tablo 2 ICD-11’de kişilik özellikleri.	30
Tablo 3 Çalışma gruplarının özellikleri.	61
Tablo 4 Çalışma gruplarının algısal testlerdeki performansları	64
Tablo 5 Grup, ilkel savunma mekanizmaları ve impulsivitenin sapma ile ilişkisinin değerlendirildiği lineer regresyon analizi.	66
Tablo 6 Grup, ilkel savunma mekanizmaları, impulsivite, depresyon ve anksiyetenin sapma ile ilişkisinin değerlendirildiği lineer regresyon analizi.	66
Tablo 7 Sözel değerlendirmelerdeki tepkis sürelerinin sapma ile ilişkisinin değerlendirildiği lineer regresyon analizi.	67
Tablo 8 Grup, ilkel savunma mekanizmaları, impulsivite, yorumlama süresi, depresyon ve anksiyetenin sapma ile ilişkisinin değerlendirildiği lineer regresyon analizi.	67
Tablo 9 Grupların öz-bildirim ve klinisyen tarafından değerlendirilen anksiyete ve depresyon ölçek puanlarının normalize edilmiş değerlerinin ve klinik abartma katsayılarının karşılaştırılması.	69
Tablo 10 İlkel savunma mekanizmalarının algısal parametrelerle korelasyonları.	70
Tablo 11 İlkel savunma mekanizmalarının algısal parametrelerle korelasyonları.	70

1. GİRİŞ

Sınır kişilik bozukluğu (SKB), reddedilmeye karşı aşırı duyarlılık ve terk edilme korkusu, duyguları yoğun yaşama eğilimi, zayıf benlik imajı ve dürtüsellik ile karakterizedir(American Psychiatric Association, 2022). SKB, duygu düzenleme güçlüğü, disosiyasyon, otomatik mentalizasyon baskınlığı, kendine zarar verme davranışı, ruh halinde ve benlik duygusunda aşırı dalgalanmalar ve başkalarına bağlanmak için umutsuz çabalarla beraber onlara karşı yoğun, uygunsuz öfkeyi içeren aşırı duygusal tepkilerle tanımlanabilir(Ansell et al., 2007; Schmahl et al., 2014).

SKB'nin birçok tipik semptomu kişilerarası bağlamda ortaya çıkar ve bu da SKB'nin anormal sosyal biliş ile karakterize olduğunu düşündürür. Araştırmalar SKB hastalarının zihinsel durum atıflarında önyargıları olduğunu (diğerlerini kötü niyetli olarak değerlendirdiğini) göstermekte, zihinsel durumları çıkarsamada tutarlılık oranlarının düşük olduğunu bildirmektedir(Veen & Arntz, 2000). Örneğin bir çalışmada SKB'li bireylerin, kişileri sağlıklı katılımcılardan daha olumsuz ve agresif, depresif bireylerden ise daha agresif olarak değerlendirdikleri gösterilmiştir(Barnow et al., 2009). Klinik gözlem ve araştırmalarda yineleyen bulgu, SKB'li kişilerde kendisinin ve diğerlerinin zihinsel durumları üzerine düşünme işlevinde (reflective functioning) belirgin bozulmadır. Sharp ve arkadaşları SKB olanlarda hipermentalizasyon (aşırı zihinselleştirme) eğilimi saptamıştır. Sosyal bilişsel araştırmalarda sıklıkla Gözlerden Zihin Okuma (Reading mind in the eyes test-RMET) görevi kullanılmaktadır. Richman ve Unoka tarafından yapılan bir meta-analiz, SKB tanısı alanların, nötr (pozitif veya negatif olmayan) zihinsel durumları karşılaştırma grubundan daha az kesin olarak tanıdığını ortaya koymuştur. Benzer biçimde, SKB'de kişilerarası işlevsellikteki bozulmayı araştıran çalışmalarda, normatif dahil olma (diğer katılımcılarla eşit miktarda etkileşimde olma) durumunda reddedilmiş hissetme, yansız (nötr) durumları hatalı yorumlama eğilimi saptanmıştır. Bir fMRI ve cyberball paradigması ile yapılan çalışmada sağlıklı kontrollere kıyasla SKB olan kişilerde normatif dahil olma koşullarından ziyade ancak aşırı dahil olma koşullarında olumlu duygulanım uyandığı belirlenmiştir. Yine pek çok çalışmada SKB olan kişilerin reddedilme duyarlılığının yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular ışığında SKB olan kişilerin yalnızlığa daha az tahammül gösterdiği, sosyal

etkileşimden tatmin olma eşiklerinin yüksek olduğu, reddedilmeye aşırı tepki verdikleri sonucuna varılabilir(Domsalla et al., 2014; Foxhall et al., 2019; Lis & Bohus, 2013).

SKB tanı kriterleri de sosyal bağlamda dalgalı bir duygusal/davranışsal örüntünün hastalığın çekirdek özelliği olduğunu gözler önüne sermektedir. Böyle bir örüntünün şekillenmesinden sorumlu mekanizmalara dair pek çok hipotez öne sürülmektedir. Burada da duygu düzenleme güçlüğü'nün temel sorumlu faktörlerin başında geldiğini savunan geniş bir araştırmacı kitlesi mevcuttur. Aşırı uyarılma, negatif uyaranlara duyarlılık, emosyonel disinhibisyon gibi doğrudan emosyon regülasyonu ile ilişkili bilişsel ve emosyonel süreçlere odaklanan çalışmaların bulguları SKB'de duygu düzenlemesinin bozuk olduğunu destekler niteliktedir. Ancak emosyonun uyaran ile yanıt arasındaki tüm süreçlerle ilişkili olduğu dikkate alınırsa SKB'de duygu düzenleme ile ilgili hipotezlerin algısal süreçlerle ilişkisine odaklanmak uygun bir başlangıç gibi görünmektedir. Dahası SKB'de algısal belirtilerin (yanılsama ve varsanı gibi) yaygınlığı, farklı duyuşsal modaliteler (ağrı, somatosensorial, işitsel) ile ilişkili sapma bildiren çalışmalar ve duyuşsal deneyimlerine güvenmediklerine dair bildirimler bir arada ele alındığında algısal süreçlerin rolünün ihmal edilmemesi gerektiği açıktır. SKB'de algısal süreçlerle ilgili bulguların özeti, bu hastaların duyuşsal deneyimlerini abartmaya ve daha fazla ifade etmeye eğilimli oldukları yönündedir.

SKB'li kişilerin abartma eğilimi klinik gözlem açısından birçok klinisyenin yabancı olmadığı bir durumdur. Yapılan araştırmalar da çeşitli bağlamlarda abartma eğilimini destekler niteliktedir. Yakın tarihli bir araştırmada SKB'li bireyler ve Major Depresif Bozukluk tanımlı hastalar belirti şiddeti açısından karşılaştırılmış, SKB'li bireylerin depresif belirtilerini yüksek bildirdiği gösterilmiştir. Klinik gözlem ve araştırmalar, SKB'li bireyleri küçük anlaşmazlıkları büyütme ve bunları kişisel saldırılar olarak yorumlamaya eğilimli olarak tasvir eder, bu da daha sonra kolayca hem kendilerine hem de başkalarına karşı dürtüsel, yıkıcı davranışlara dönüşebilmektedir.

Alanyazına bakıldığında, SKB'de algısal süreçler üzerine yapılmış çok sayıda çalışma olduğu görülmektedir. SKB kliniği özelinde intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışı sıktır. SKB olan bireylerin bu davranışlarda bulunurken genelde ağrı hissetmedikleri ya da çok az hissettikleri yönünde bildirimleri, SKB olan bireylerin ağrı algısında farklılık olduğuna işaret etmektedir. Bu gözlemlerden yola çıkan çeşitli çalışmalar SKB'de ağrının algılanmasına odaklanmış ve ağrı duyarlılığında azalma olduğu

gösterilmiştir(Arrondo et al., 2015; Bohus et al., 2000; Bungert et al., 2015; Malejko et al., 2018). SKB’de tat ve görsel, işitsel algıyı değerlendiren çalışmalarda da benzer bulgulara ulaşılmıştır17,18(Niemantsverdriet et al., 2019; Stevens et al., 2004).

SKB’de raporlanan tüm bu algısal farklılıklar, daha kompleks, üst düzey bilişsel süreçlerdeki problemlerde de algısal süreçlerin önemli rolü olabileceğine işaret etmektedir. Ancak literatür henüz algısal süreçlerin SKB etiopatogenezinde nasıl bir rolü olduğunu açıklamaktan uzaktır. Hastalığın klinik özellikleriyle doğrudan ilişkilendirilebilecek, yukarıda belirtilen az sayıda çalışmaya ait bulgular yeterli değildir. Örneğin kişilerarası ilişkilerde, sıklıkla gözlenen, aşırı değer verme ya da aşırı değersizleştirme yönünde değerlendirmelerin arkasında bu algısal problemlerin olduğunu varsaymak mümkün olsa da, bu varsayım sınanmış değildir.

Yaşantıları, daha dar bir alanda, bölme veya dikotomik değerlendirme halinin, algılamının mı yoksa algı sonrası değerlendirme süreçlerinin mi bir sonucu olduğu henüz bilinmemektedir.

SKB’de “aşırı değer verme ya da aşırı değersizleştirme” tutumunun arkasında emasyon regülasyonu ve sosyal kognisyon gibi bilişsel süreçlerin olabileceğine dair bir dizi bulgu mevcuttur. Bu süreçlerin arkasında da alt düzey algısal, sensori-motor süreçlere dair problemler olabilir. Eğer bölme (“aşırı değer verme ya da aşırı değersizleştirme”, iki değerli düşünme) algısal süreçlerin bir sonucu ise erken algısal düzenleme ile ilişkili olması gerekir. Eğer ileri algısal süreçlerle (yorumlama ile) ilgili ise erken dönem işleme ile bir ilişkisi olmayacaktır. Bu çalışma bunu değerlendirmeye odaklanmıştır.

Bu araştırmanın amacı, SKB’li bireylerde algı ile ilgili işlemlerde algılamadaki farklılıkların, algı aşamasında mı yoksa algısal yaşantının değerlendirilmesi/sözelleştirilmesi/ ifade edilmesi aşamasında mı farklılık gösterdiğini araştırmaktır. İleride yöntem bölümünde detaylandırıldığı haliyle, en azından görsel algıda, algılamada bir farklılık olmadığı ancak algılananı ifade ederken bir değişimin gerçekleştiği yönündeki hipotez test edilecektir.

Bu çalışmada test edilen H_1 hipotezleri aşağıda sıralanmıştır:

1. Algılama süreleri Student t testine göre iki grup arasında anlamlı fark oluşturacaktır.
2. Student t testine göre SKB grubunun anksiyete ve depresyon için klinik abartma katsayıları (KAK) kontrollerden anlamlı bir şekilde yüksek olacaktır.
3. Anksiyete ve depresyon için KAK değerleri sapma değerleri ile Pearson korelasyon analizine göre ilişkili çıkacaktır.
4. Gruplar sapma değerleri açısından Student t testi ile anlamlı farklılık gösterecektir.
5. Lineer regresyon analizi Sınır Kişilik Envanterinin dürtüsellik maddelerinden oluşturulan dürtüsellik alt ölçeği puanlarının sapmaya anlamlı etki oluşturduğunu ortaya koyacaktır.
6. Dürtüsellik puanları ile yorumlama paradigmasından elde edilen tepki süreleri arasında Pearson korelasyon analizine göre anlamlı ilişki olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sınır Kişilik Bozukluğunun tanımı

Sınır Kişilik Bozukluğu (SKB), duygu düzenleme, dürtü kontrolü, kişilerarası ilişkiler ve kendilik imajında yaygın bir istikrarsızlık örüntüsü ile karakterize edilir. Bozukluğun klinik belirtileri arasında duygu düzenleme sorunları, dürtüsel saldırganlık, tekrarlanan kendine zarar verme davranışları ve bu hastaları ruh sağlığı kliniklerine sık başvurmalarına neden olan kronik intihar eğilimleri yer alır. Nedensel faktörler sadece kısmen bilinmektedir, ancak genetik faktörler ve çocukluk dönemindeki fiziksel ve cinsel istismar gibi olumsuz olaylar bozukluğun gelişimine katkıda bulunur(Ibrahim et al., 2018; Prados et al., 2015; Wilson et al., 2021).

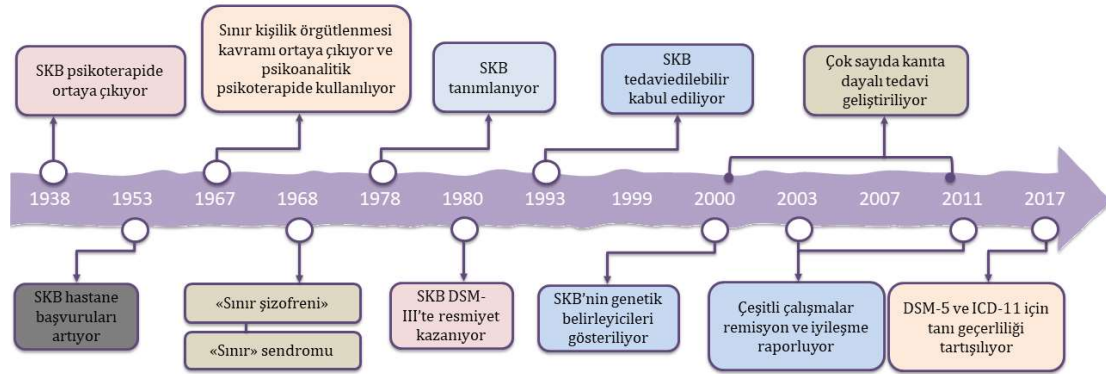
2.1.1. Sınır Kişilik Bozukluğu kavramının gelişimi

Sınırdaki kişilik bozukluğu 1980 yılında DSM-III'e dahil edilen bir tanı kategorisi olmasına rağmen, daha önceki literatürde çeşitli terimlerle anılmıştır. Knight, 'sınır durumları'(RP Knight, 1953); Rapaport, 'Pre-psikotik kişilik yapısı'; Frosch, 'Psikotik karakterler'(Frosch, 1970; J Frosch, 1964); Rangell ve Robins, 'Sınır kişilik'(Rangell, 1955); Zilboorg, 'Hastaneye yatmayı gerektirmeyen şizofreni'(Zilboorg, 1941) ve Hoch ve Polatin, 'Psödonörotik şizofreni'(Hoch & Polatin, 1949).

Her ne kadar 1980 öncesinde herhangi bir tanı kategorisine dahil edilmemiş olsa da, söz konusu yazarlar tarafından farklı adlandırılmasının bazı nedenleri olabileceği düşünülmektedir. Manipülatif intihar girişimleri, kendini yaralama, yüksek dozda uyuşturucu, alkol ya da narkotik kullanımı, rastgele cinsel ilişki ve hız yapma gibi riskli davranışlar Sınırdaki Kişilik Bozukluğu vakalarının ayırt edici özellikleridir. Bozukluğun bu ve benzeri özellikleri nedeniyle başlangıçta ne nevrotik ne de psikotik gruba dahil edilebilen olguların diğer tanı kategorilerindeki ruhsal bozukluklardan farklı bir bozukluğa sahip oldukları düşünülmüştür. DSM-IV-TR'de sınır kişilik bozukluğu, genç yetişkinlik döneminde başlayan ve değişen koşullar altında ortaya çıkan, kişilerarası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellik gösteren kalıcı bir örüntü olarak tanımlanmaktadır(American Psychiatric Association, 1994). Tanı kriterleri açısından, borderline kişilik bozukluğu olan hastalar, terk edilmekten kaçınmak

için ısrarlı bir çaba, tutarsız kişilerarası ilişkiler ve belirgin bir şekilde tutarsız bir benlik duygusu, dürtüsellik, tekrarlayan intihar davranışları, ruh hali dalgalanmaları, sürekli boşluk hissi, yoğun öfke ve paranoid düşünce veya şiddetli disosiyatif semptomlarla karakterize edilir. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi DSM-IV, 'sınır kişilik bozukluğu' terimini kullanırken, ICD-10 (Dünya Sağlık Örgütü) duygusal olarak değişken kişilik bozukluğu terimini tercih eder ve bozukluğu 'sınır' ve 'dürtüsel' olmak üzere iki türe ayırır(World Health Organization, 2004). 'Sınır' tipi ruh hali dalgalanmalarını içerirken, 'dürtüsel' tip ruh hali dalgalanmalarını ve dürtüsellliği içerir(World Health Organization, 2004).

DSM-5 ve ICD-11 tanı sistemlerinde SKB'nin yeri ileride detaylı tartışılmıştır.



Şekil 1 “Sınır” psikopatolojinin kavramsallaştırılması ve Sınır Kişilik Bozukluğu tanısının tarihsel gelişimi

2.2. SKB'nin epidemiyolojisi

Genel nüfusla yapılan yüz yüze görüşmelerden oluşan tüm kişilik bozukluklarının dahil edildiği farklı ülkelerden 13 epidemiyolojik çalışmanın genel bir değerlendirmesi, 2-5 yıllık yaygınlığın %0 ile %4,5 arasında olduğunu, SKB için medyan %1,7 ve ortalama

%1,6 ile, DSM-III ve DSM-IV'teki on kişilik bozukluğu arasında en yaygın dördüncüsü olduğunu göstermiştir(Gunderson et al., 2018) (Torgersen et al., 2001) (Johnson et al., 2008).

Bununla birlikte, 2-5 yıllık yaygınlık, bozukluğun yaşam boyunca ve bireyin bakış açısından önemini anlamak için sınırlı bir değere sahip olduğu için, yaşam boyu yaygınlık daha değerlidir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Alkol ve İlişkili Durumlar Ulusal Epidemiyolojik Araştırması (NESARC), SKB için *yaşam boyu yaygınlığın* %5,9 olduğunu göstermiştir; bu, yukarıda açıklanan ortalama 2-5 yıllık yaygınlığın dört katına yakındır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 14 ila 32 yaş arasındaki bireylerin dört kez değerlendirildiği bir başka çalışmada, SKB'nin ortalama kısa dönem yaygınlığı %1,5 ve kümülatif yaygınlığı %5,5 olarak bulunmuştur(Johnson et al., 2008). Birleşik Krallık'ta ise büyük bir ulusal örneklem toplumunda %0,7'lik bir yaygınlık göstermiştir(Coid et al., n.d.). Daha da önemlisi, kısa dönem yaygınlık yıldan yıla artmamıştır; bazı bireyler tanıyı kaybetmiş, diğer bireyler ise tanıyı ilk kez daha sonraki zaman noktalarında almıştır. Gerçekten de, nispeten az sayıda hasta istikrarlı bir tanıya sahip olur, genellikle hastalar remisyona girer ve çok azı nüks eder(J. Gunderson et al., n.d.; M. C. Zanarini et al., 2012). Yetişkinlikteki SKB tanısına benzer bir güvenilirlik, geçerlilik ve istikrarla çocuklukta da SKB teşhis edilebilir(Kaess et al., 2014). Toplum temelli örneklemelerden elde edilen dikkate değer bir bulgu, DSM-5'te belirtilen klinik ortamlardaki 3:1 kadın:erkek cinsiyet oranının aksine, SKB yaygınlığının erkeklerde ve kadınlarda nispeten benzer olmasıdır(Grant et al., 2008; Tomko et al., 2014). Bununla birlikte, SKB olan kadınların erkeklere oranı da klinik popülasyonda daha yüksektir(M. F. Lenzenweger et al., 2007). Bu sonuç, SKB'li kadınların erkeklerden daha fazla tedavi arama olasılığı olduğu şeklinde yorumlanabilir. SKB tedavisi gören hastaların yaklaşık %80'inin kadın olduğu bildirilmekte.

SKB'nin genel popülasyondaki yaygınlığı kişilik bozukluklarının ortalama yaygınlığından çok daha yüksek olmasa da, psikiyatrik klinik popülasyonlardaki hastalar arasında SKB yaygınlığı önemli ölçüde daha yüksektir. Gerçekten de, SKB tüm tedavi ortamlarında yüksek bir yaygınlığa sahiptir(Bender et al., 2001); psikiyatri polikliniklerindeki veya hastanelerindeki tüm hastaların ~%15-28'ini(Chanen et al., 2008; Korzekwa et al., n.d.; Zimmerman et al., 2008), birinci basamak başvurularının

%6'sını(Gross et al., n.d.) ve tüm acil servis başvurularının %10-15'ini(Chaput & Lebel, 2007; Tomko et al., 2014) SKB'li hastalar oluşturmaktadır. Norveç'in Oslo kentinde yapılan bir araştırmada, tüm kurumlar tarafından psikiyatrik tedavi gören bireylerde, tedavi görmeyen bireylere kıyasla 14 kat daha yüksek oranda SKB görülmüştür(T. Widiger & Widiger, 2012). Diğer kişilik bozuklukları yaşam kalitesinde benzer veya daha yüksek düşüşler gösterse bile, başka hiçbir kişilik bozukluğu tedavi açısından aynı eğilimi göstermemiştir.

Bir çalışmada, SKB olan bireyler olmayanlara kıyasla daha sık bekar ve daha düşük eğitim ve gelire sahip bulunmuştur(Ullrich & Coid, 2009). Epidemiyolojik bir çalışma Norveç'in Oslo kentinde gerçekleştirilmiş ve değişkenler arasındaki kovaryans kontrol edildiğinde, mevcut SKB kriterlerinin sayısı ile daha genç yaş, daha az eğitim ve şehrin merkezinde bekar olma arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir(Torgersen et al., 2001).

2.3. SBK'nin kalıtsallığı ve genetik atyapısı

Farkı değerlerin bildirildiği az sayıda araştırma olmasına rağmen, SKB'nin genetik aktarımı ve kalıtsallığı azımsanmayacak kadar yüksektir; özellikle, ikiz çalışmalarından elde edilen veriler en azından orta düzeyde kanıtlar sağlar. İki çalışmaya göre, çift yumurta ikizlerine kıyasla monozigotik ikizlerde SKB uyum oranı (concordance) daha yüksek bulunmuştur (%36 ve %35'e karşı %19 ve %7) (Bornovalova et al., n.d.; Kendler et al., n.d.; Torgersen et al., 2000)

Bununla birlikte, bir diğer ikiz çalışması, çevresel etkilerle karşılaştırıldığında ortak bir genetik etkinin SKB gelişimine çok az katkısı olduğunu bildirmiştir (%58'ye karşı %42)(J. G. Gunderson et al., 2011). Benzer şekilde, ortak bir aile ortamının, ailelerde SKB'nin birikmesine çok az katkısı olduğu çıkarımı da yapılabilir(J. G. Gunderson et al., 2011). İkiz çalışmalarına baktığımızda, her iki ikizle de görüşme yapmak için aynı kişi kullanılarak çalışıldığında (böylece görüşmeciy varyansından kaçınılır), kalıtım derecesi ~ 0.70 olarak bulunmuş(Torgersen et al., 2000). Hem görüşme hem de kişisel bildirim anketlerini kullanan çalışmalarda ve SKB'yi iki kez (10 yıl arayla) ölçen çalışmalarda benzer değerler bildirilmiştir(Torgersen et al., 2012)(Reichborn-Kjennerud et al., 2015). Buna göre, ~ 0.70 'lik bir kalıtım derecesi muhtemelen doğru bir tahmindir.

Bir meta-analizde SKB ile psikiyatrik bozukluklara yatkınlık için tipik aday genler (örneğin, serotonin taşıyıcısını kodlayan SLC6A4) açısından anlamlı bir ilişki bildirilmemiştir (Amad et al., n.d.). SKB'li yaklaşık 1.000 hastada yapılan ilk genom çapında ilişkilendirme çalışması (GWAS), bipolar bozukluk, şizofreni ve majör depresyon ile genetik bir örtüşmeyi göstermiş. (İlgili genler, hücre adezyonu veya miyelinizasyon gibi nöral işlemenin temel özellikleri üzerinde etkilere sahiptir ve bunlar DPYD(dihidropirimidin dehidrojenazı kodlayan), PKP4 (plakofilin 4'ü kodlayan) ve SERINC5'i (kodlayan serin birleştirici 5) içerir(Witt et al., n.d.).) Buna göre, SKB'li bireylerdeki gen varyantları muhtemelen SKB'ye özgü değildir, ancak genetik örtüşmenin transdiagnostik klinik semptomlarla bağlantılı olup olmadığı veya genel olarak artan psikiyatrik bozukluk riskini yansıtır yansıtmadığı sorusunu gündeme getirir. Genetik faktörler ve nörobiyolojik faktörler SKB için risk faktörleri olarak takip edilmekle birlikte, tüm psikiyatrik hastalıklar için geçerli olan erken teşhis veya müdahale için yeterli özgüllüğe sahip değildir.

2.4 Gen-çevre etkileşimleri

Erken yaşta kötü muamelenin SKB etiyojisindeki önemli rolü göz önüne alındığında, SKB semptomlarını açıklayabilecek epigenetik değişikliklerin saptanması büyük ilgi görmektedir. Genom çapında yapılan bir metilasyon analizinde, nöral plastisite ve amigdala fonksiyonunun düzenlenmesinde rol oynayan MIR124-3 de dahil olmak üzere bazı genlerde artmış metilasyon bildirilmiştir(Prados et al., 2015). MIR124-3, SKB ve çocuklukta kötü muamele ile ilişkilendirilmiştir ve erken yaşta kötü muameleden yetişkinlikte SKB'ye giden yolda bir role sahip olabilir. Aynı zamanda başka genlerin metilasyonundaki değişiklikler de (örneğin, BDNF'nin (beyin kaynaklı nörotrofik faktör) kodlayan genin artmış metilasyonu) erken yaşta kötü muamele ve SKB'ye yatkınlık ile ilişkili bulunmuş(Perroud et al., n.d.).

SKB hastalarında bazal kortizol gibi stres hormonlarının yüksek seviyeleri ve geri bildirim duyarlılığının azaldığı bildirilmiştir(Rausch et al., 2015). Ek olarak, FKBP5 ve CRHR gibi hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksen aktivitesinin düzenlenmesinde yer alan genlerdeki polimorfizmler, SKB'nin etiyojisinde yer aldığı düşünülmektedir. Bu varyantlar, çocuklukta kötü muamele görmüş olan SKB'li hastalarda, kötü muameleyle uğramayanlara göre daha sık görülür(Martín-Blanco et al., 2016). Bununla birlikte,

çocukluk çağı travması ile HPA eksenini genlerindeki polimorfizmler arasındaki ilişkiler depresyon, intihar ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi diğer psikiyatrik bozukluklarda da bulunmuştur(Kloet et al., 2005). HPA eksenini hormonlarındaki anormallikler, SKB'de erken dönem sıkıntılarının beyin yapısı ve işlevi üzerindeki etkisine aracılık edebilir; duygu düzenleme mekanizmalarının bozulması bunun önemli bir biyopsikolojik mekanizmasıdır.

SKB ile ilişkili FKBP5 ve CRHR varyantları, kortizol salgılanmasının artmasına neden olarak beyinde (örneğin hipokampüste) yapısal ve işlevsel değişikliklere yol açar(Carrion et al., n.d.)(Cattane et al., 2017). Ek olarak, sağlıklı bireylerde yapılan çalışmalar, HPA eksenini işleviyle bağlantılı poligenik varyasyonun, erken yaşam stresinin tehditle ilişkili amigdala(Iorio et al., n.d.) aktivitesi üzerindeki etkisini hafiflettiğini ve kortizolün, amigdala ile dorsal anterior singulat korteks (dACC)(Veer et al., n.d.) arasındaki işlevsel bağlantıyı etkilediğini öne sürmektedir.

Artan HPA aktivitesi ve azalan periferik oksitosin seviyeleri, SKB'li hastalarda erken yaşam kötü muamele ve güvensiz bağlanma öyküsü ile ilişkili bulunmuştur(Bertsch et al., 2013). Ayrıca, ebeveyn ve çocuk HPA eksenini aktivitesi, katılımcılar birbirleriyle temas halindeyken daha yüksek biyolojik senkronizasyon gösterir; yani, ebeveyn-çocuk etkileşiminin kalitesinin düşük olması gibi risk altındaki koşullar bağlamında daha yüksek korelasyonlar gösterirler(Pratt et al., n.d.).

Ayrıca, periferik oksitosin seviyeleri, ebeveyn-çocuk etkileşimi ile yakından bağlantılı olduğu bilinmektedir; oksitosin seviyeleri, davranış senkronizasyonunun bir fonksiyonu olarak ebeveynlerde ve bebeklerde artar(Herpertz et al., 2015)(Feldman et al., n.d.). Eşzamanlı bir ilişkide davranışsal eşzamanlılık, çocuk sıkıntılı olduğunda ve ebeveyn kendi rahatsızlık duygularını düzenlemede başarılı olmakla birlikte yatıştırıcı bir davranış benimseyerek çocuğun dengesini yeniden sağlamasına yardımcı olduğunda ortaya çıkar.

Özetle, destekleyici olmayan bir çevre ile duygu düzenleme sorunlarına yapısal yatkınlık, SKB'nin gelişmesine ortam sağlar(Ruocco & Carcone, 2016).

2.5 SKB'nin tanı sistemlerindeki yeri

2.5.1 DSM-5'de Sınır Kişilik Bozukluğu

SKB'nin DSM-5 TR tanı kriterleri aşağıdaki gibidir(American Psychiatric Association, 2022).

Aşağıdakilerden en az beşi ile belirli, erken erişkinlikte başlayan, kişilerarası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık;

1. Terk edilmekten kaçınmak için çılgınca çaba gösterme
2. Gözünde aşırı büyütme ve yerin dibine sokma uçları arasında giden, tutarsız ve gergin kişilerarası ilişkiler
3. Kimlik karmaşası
4. Kendine kötülüğü dokunacak en az iki dürtüsellik (para harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, güvensiz araç kullanma vb.)
5. Yineleyici intihar davranışları, girişimleri ya da göz korkutmalar
6. Duygulanımda tutarsızlık
7. Süreğen bir boşluk duygusu
8. Uygunsuz yoğun bir öfke, öfke denetiminde güçlük
9. Zorlanmayla ilişkili gelip geçici kuşkucu düşünceler ya da ağır çözülme belirtileri

SKB teşhisine yönelik kategorik yaklaşıma ek olarak, DSM-5 ayrıca kişilik bozukluklarının alternatif modeli olarak adlandırılan çok boyutlu bir teşhis yaklaşımı içerir(American Psychiatric Association, 2013; T. A. Widiger & McCabe, 2020) (Alternative Model of Personality Disorders - AMPD). AMPD'nin A Kriteri, kendilik (örneğin, kimlik ve öz-denetim) ve kişilerarası işleyişin (örneğin, empati ve yakınlık) boyutsal değerlendirmesini içerir, çünkü bu alanlardaki zorlukların, onları sağlıklı kişilik ve diğer psikopatoloji biçimlerinden ayıran kişilik bozukluklarının özünü tanımladığı düşünülür(Pincus, 2018).

Kriter B, beş geniş alanda (yani, olumsuz duygulanım, tarafsızlık, antagonizm, disinhibisyon ve psikotisizm) düzenlenen boyutsal kişilik özelliklerinin değerlendirilmesini içerir.

Son olarak, C'den G'ye kadar olan kriterler, yaygınlık, istikrar, başlangıç yaşı, diğer zihinsel bozukluklardan ayırım ve maddelerin etkisinden, gelişimsel durumdan veya sosyokültürel çevreden farklılaşma dahil olmak üzere bir ruh sağlığı teşhisi yapılırken ek hususları temsil eder. Kriter A'nın bir eşik seviyesinin üzerinde varlığını belirledikten sonra, SKB, Kriter B boyutlarında negatif duygulanım, disinhibisyon ve antagonizmdaki yükselmeler olarak temsil edilir.

SKB'nin AMPD kavramsallaştırması, psikopatolojinin diğer boyutlu modellerine benzer. Örneğin, Psikopatolojinin Hiyerarşik Taksonomisi (HiTOP)(Kotov et al., 2017), AMPD'nin A Kriteri ile örtüşebilecek sıkıntı ve bozukluğu karakterize etmek için genel bir psikopatoloji faktörü (p) içerir(T. A. Widiger & McCabe, 2020).

Ayrıca HiTOP, AMPD'deki Kriter B boyutlarına büyük ölçüde uyan altı geniş spektrumu (yani, içselleştirme, engellenmemiş dışsallaştırma, antagonistik dışsallaştırma, ayrılma, düşünce bozukluğu ve somatoform) tanımlar. HiTOP perspektifinden, SKB içselleştirme (yani, olumsuz duygulanım) ve antagonistik dışsallaştırma (yani, antagonizm) spektrumları ile karakterize edilir. Benzer şekilde, AMPD'nin B Kriterinde temsil olunan boyutlar, bireysel farklılıkları anlamak için yaygın olarak kullanılan bir paradigma olan beş faktörlü kişilik modelinin özellik alanlarıyla izomorfiktir(Costa Jr & McCrae, 1990, 1995).

2.5.2 ICD-11’de Sınır Kişilik Bozukluğu

ICD-11’de Kişilik Bozuklukları için genel tanısal gereklilikler(World Health Organization, 2019):

- Benliğin yönlerinin işleyişinde (örn. kimlik, öz değer, kendine bakışın tutarlılığı, öz denetim) ve/veya kişilerarası işlev bozukluğunda (örn. yakın ve karşılıklı olarak tatmin edici ilişkiler geliştirme ve sürdürme becerisi, başkalarının bakış açılarını anlama ve ilişkilerdeki çatışmayı yönetme becerisi) sorunlarla karakterize kalıcı bir bozukluk.
- Bozukluk uzun bir süre boyunca devam etmiştir (> 2 yıl).
- Bozukluk, biliş, duygusal deneyim, duygusal ifade ve uyumsuz davranış kalıplarında (örneğin, esnek olmayan veya yetersiz düzenlenmiş) kendini gösterir.

- Bozukluk bir dizi kişisel ve sosyal durumda kendini gösterir (yani, belirli ilişkiler veya sosyal rollerle sınırlı değildir), ancak belirli koşullarda tutarlı bir şekilde devreye girer.
- Bozukluğu karakterize eden davranış kalıpları gelişimsel olarak uyumsuzdur ve sosyo-politik çatışma da dahil olmak üzere öncelikle sosyal veya kültürel faktörlerle açıklanamaz.
- Belirtiler, yoksunluk etkileri de dahil olmak üzere bir ilaç veya maddenin doğrudan etkilerine bağlı değildir ve başka bir Ruhsal ve Davranışsal Bozukluk, Sinir Sistemi Hastalığı veya başka bir sağlık durumu ile daha iyi açıklanamaz.
- Bozukluk, kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında önemli ölçüde sıkıntı veya önemli ölçüde bozulma ile ilişkilidir.

Kişilik Bozukluğunda ciddiyetin belirlenmesine katkıda bulunan kişilik işlevlerinin yönleri:

Kendilik işlevlerindeki bozuklukların derecesi ve yaygınlığı:

- Kişinin kimlik duygusunun istikrarı ve tutarlılığı (örneğin, kimliğin veya benlik duygusunun ne ölçüde değişken ve tutarsız veya aşırı katı ve sabit olduğu).
- Genel olarak olumlu ve istikrarlı bir öz-değer duygusunu sürdürme becerisi.
- Kişinin kendi özellikleri, güçlü yönleri ve sınırlılıkları hakkındaki görüşünün doğruluğu.
- Kendini yönlendirme kapasitesi (uygun hedefleri planlama, seçme ve uygulama becerisi).

Çeşitli bağlamlarda ve ilişkilerde kişiler arası işlev bozukluğunun derecesi ve yaygınlığı (örn. romantik ilişkiler, okul/iş, ebeveyn-çocuk, aile, arkadaşlıklar, akran bağlamları):

- Başkalarıyla ilişki kurmaya ilgi.
- Başkalarının bakış açılarını anlama ve takdir etme becerisi.
- Yakın ve karşılıklı olarak tatmin edici ilişkiler geliştirme ve sürdürme becerisi.
- İlişkilerde çatışmayı yönetme becerisi.

Kişilik bozukluğunun duygusal, bilişsel ve davranışsal belirtilerinin yaygınlığı, şiddeti ve kronikliği:

Duygusal belirtiler

- Duygusal deneyim ve ifadenin kapsamı ve uygunluğu.
- Duygusal olarak aşırı veya yetersiz tepkisel olma eğilimi.
- İstenmeyen duyguları (örn. öfke, üzüntü) tanıma ve kabul etme becerisi.

Bilişsel belirtiler

- Özellikle stres altında durumsal ve kişiler arası değerlendirmelerin tutarlılığı.
- Belirsizlik durumlarında uygun kararlar verme becerisi.
- İnanç sistemlerinde istikrar ve esneklik.

Davranışsal belirtiler

- Dürtüleri kontrol etmede esneklik ve duruma göre ve sonuçları göz önünde bulundurarak davranışı modüle etme.
- Yoğun duygulara ve stresli durumlara karşı davranışsal tepkilerin uygunluğu (örn. kendine zarar verme veya şiddet eğilimi).

Yukarıdaki alanlardaki işlev bozukluklarının kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel, mesleki veya diğer önemli işlev alanlarında sıkıntı veya bozulma ile ne ölçüde ilişkili olduğu.

Tablo 1 ICD-11’de kişilik bozukluğu şiddet düzeyinin temel özellikleri.

Kişilik bozukluğu şiddet düzeyinin temel özellikleri		
Hafif kişilik bozukluğu	Orta derecede kişilik bozukluğu	Ağır kişilik bozukluğu
Rahatsızlıklar kişilik işlevlerinin bazı alanlarını etkilerken diğerlerini etkilemez (örneğin, kimlik veya öz-değerin istikrarı ve tutarlılığı ile ilgili sorunların yokluğunda öz-yönelim ile ilgili sorunlar) ve bazı bağlamlarda belirgin olmayabilir.	Rahatsızlıklar kişilik işlevlerinin birçok alanını etkiler (örneğin, kimlik veya benlik duygusu, yakın ilişkiler kurma becerisi, dürtüleri kontrol etme ve davranışları düzenleme becerisi). Bununla birlikte, kişilik işlevlerinin bazı alanları nispeten daha az etkilenebilir.	Benliğin işleyişinde ciddi bozukluklar vardır (örneğin, benlik duygusu o kadar dengesiz olabilir ki, bireyler kim olduklarına dair bir duyguya sahip olmadıklarını veya son derece dar bir durum yelpazesi dışında herhangi bir duruma katılmayı reddedecek kadar katı olduklarını bildirebilirler; benlik görüşü kendini küçümseme ile karakterize edilebilir veya görkemli veya oldukça eksantrik olabilir)
Birçok kişiler arası ilişkide ve/veya beklenen mesleki ve sosyal rollerin yerine getirilmesinde sorunlar vardır, ancak bazı ilişkiler sürdürülür ve/veya bazı roller yerine getirilir.	Kişiler arası ilişkilerin çoğunda belirgin sorunlar vardır ve beklenen sosyal ve mesleki rollerin çoğunun performansı bir dereceye kadar tehlikeye girer. İlişkilerin çatışma, kaçınma, geri çekilme veya aşırı bağımlılıkla karakterize olması muhtemeldir (örneğin, sürdürülen az sayıda arkadaşlık, iş ilişkilerinde sürekli çatışma ve bunun sonucunda ortaya çıkan mesleki sorunlar, ciddi bozulma veya uygunsuz itaatkarlıkla karakterize romantik ilişkiler)	Kişilerarası işlevsellikteki sorunlar neredeyse tüm ilişkileri ciddi şekilde etkiler ve beklenen sosyal ve mesleki rolleri yerine getirme yeteneği ve isteği yoktur veya ciddi şekilde tehlikeye girmiştir.
Kişilik bozukluklarının spesifik belirtileri genellikle hafif şiddettedir.	Kişilik bozukluğunun spesifik belirtileri genellikle orta şiddette olur.	Kişilik bozukluğunun spesifik belirtileri şiddetlidir ve kişilik işlevinin tüm alanlarını olmasa da çoğunu etkiler.
Tipik olarak kendine veya başkalarına önemli ölçüde zarar verme ile ilişkili değildir.	Bazen kendine veya başkalarına zarar verme ile ilişkilidir.	Genellikle kendine veya başkalarına zarar verme ile ilişkilidir.
Kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında ya sınırlı alanlarla (örneğin romantik ilişkiler; istihdam) sınırlı olan ya da daha fazla alanda mevcut olan ancak daha hafif olan önemli sıkıntı veya bozulma ile ilişkili olabilir.	Kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında belirgin bozulma ile ilişkilidir, ancak sınırlı alanlarda işlevsellik korunabilir.	Kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel, mesleki ve diğer önemli işlev alanları dahil olmak üzere yaşamın tüm alanlarında veya neredeyse tüm alanlarında ciddi bozulma ile ilişkilidir.

Tablo 2 ICD-11’de kişilik özellikleri.

Özellik alanı	Temel tanım	Belirli özellikler
<i>Negatif Duygulanımlılık</i>	Durumla orantısız bir sıklık ve yoğunlukta çok çeşitli olumsuz duygular yaşama eğilimi.	Anksiyete, öfke, endişe, korku, kırılganlık, düşmanlık, utanç, depresyon, karamsarlık, suçluluk, düşük öz saygı ve güvensizlik. Örneğin, bir kez sinirlendiklerinde, bu kişiler soğukkanlılıklarını yeniden kazanmakta zorluk çekerler ve sakinleşmek için başkalarına ya da ortamı terk etmeye ihtiyaç duyarlar.
<i>Kopukluk</i>	Kişilerarası mesafeyi (sosyal kopukluk) ve duygusal mesafeyi (duygusal kopukluk) koruma eğilimi.	Sosyal etkileşimlerden kaçınma, arkadaşlık eksikliği ve yakınlıktan kaçınma gibi sosyal kopukluk. Çekingenlik, soğukluk ve sınırlı duygusal ifade ve deneyimi içeren duygusal uzaklaşma. Örneğin, bu tür bireyler başkalarıyla etkileşim içermeyen bir iş ararlar.
<i>Dissosyallık</i>	Hem benmerkezciliği hem de empati eksikliğini kapsayan, başkalarının haklarını ve duygularını önemsememe.	Kendini beğenmişlik, büyülenmecilik, başkalarının hayranlığını kazanma beklentisi ve dikkat çekmeyi içeren benmerkezcilik. Aldatıcı, manipülatif, sömürücü, acımasız, kaba, duygusuz ve fiziksel olarak saldırgan olmayı ve bazen başkalarının acı çekmesinden zevk almayı içeren empati eksikliği. Örneğin, bu kişiler kendilerine takdir gösterilmediğinde öfkeyle karşılık verir veya başkalarını aşağılarlar.
<i>Disinhibisyon</i>	Olası olumsuz sonuçları göz önünde bulundurmadan, anlık dış veya iç uyaranlara (örn. hisler, duygular, düşünceler) dayanarak aceleci davranma eğilimi.	Dürtüsellik, dikkat dağınıklığı, sorumsuzluk, umursamazlık ve planlama eksikliği. Örneğin, bu tür bireyler dikkatsiz araç kullanma, tehlikeli sporlar, madde kullanımı, kumar oynama ve plansız cinsel faaliyetlerde bulunabilirler.
<i>Anankastia</i>	Kişinin katı mükemmellik, doğru ve yanlış standartlarına ve bu standartlara uygunluğu sağlamak için kendisinin ve başkalarının davranışlarını kontrol etmeye ve durumları yönetmeye ilişkin katı odaklanma.	Kurallar, doğru ve yanlış normları, detaylar, aşırı programlama, düzenlilik ve tertiplilikle ilgilenmeyi içeren mükemmeliyetçilik. Duygusal ifade üzerinde katı kontrol, inatçılık, riskten kaçınma, sebatkarlık ve kasıtlılık gibi duygusal ve davranışsal kısıtlamalar. Örneğin, bu tür bireyler kendi standartlarına uymadığı için başkalarının işlerini inatla yeniden yapabilirler.

2.5.2.1 Sınır Örüntü niteleyicisi

Yukarıda tanımlanan özellik alanlarına ek olarak ICD-11 Kişilik Bozuklukları sınıflandırması ayrıca bir “Sınır Örüntü Niteleyicisi” belirtme seçeneğini de içerir. Özellik niteleyicileri gibi, Sınır Örüntü niteleyicisi de isteğe bağlı olarak kabul edilir ve özellik niteleyicileri ile birlikte kullanılabilir (örneğin, Sınır Örüntü, Olumsuz Duygulanım, Disinhibisyon ve Dissosyallik ile birlikte Orta Düzey Kişilik Bozukluğu). Özellik niteleyicilerinden farklı olarak, Sınır Örüntü Niteleyicisi, Sınır Kişilik Bozukluğu için DSM-5 kriterlerinden uyarlanan 9 politetik özellikten en az 5'ini gerektirecek şekilde operasyonel hale getirilmiştir.

Sınır Örüntü Niteleyicisi, kişilik bozukluğu örüntüsü, aşağıdakilerden beşi (veya daha fazlası) ile belirtildiği gibi, kişilerarası ilişkilerde, benlik imajında ve duygulanımlarda yaygın bir istikrarsızlık ve belirgin dürtüsellik ile karakterize olan bireylere uygulanabilir:

- Gerçek veya hayali terk edilmeden kaçınmak için çılgınca çabalar.
- Tipik olarak idealleştirme ve değersizleştirmenin aşırı uçları arasında gidip gelme ile karakterize edilen dengesiz ve yoğun kişilerarası ilişkiler örüntüsü
- Belirgin ve sürekli olarak istikrarsız benlik imajı veya benlik duygusu ile kendini gösteren kimlik bozukluğu.
- Potansiyel olarak kendine zarar veren davranışlarla kendini gösteren dürtüsellik (örn. riskli cinsel davranışlar, dikkatsiz araç kullanma, aşırı alkol veya madde kullanımı, tıknırcasına yeme).
- Tekrarlayan kendine zarar verme atakları (örn. intihar girişimleri veya eylemler, kendine zarar verme).
- Ruh halinin belirgin tepkiselliği nedeniyle duygusal dengesizlik. Ruh halindeki dalgalanmalar ya içsel olarak (örn. kişinin kendi düşünceleri tarafından) ya da dış olaylar tarafından tetiklenebilir. Sonuç olarak, birey tipik olarak birkaç saat süren ancak birkaç güne kadar sürebilen yoğun disforik ruh hali durumları yaşar.
- Kronik boşluk hissi.
- Uygunsuz yoğun öfke veya sık sık öfke gösterileri (örn. bağırma veya çılglık atma, bir şeyleri fırlatma veya kırma, fiziksel kavgalara girme) ile kendini gösteren öfkeyi kontrol etmede zorluk.

- Yüksek duygusal uyarılma durumlarında geçici dissosiyatif semptomlar veya psikotik benzeri özellikler (örn. kısa süreli halüsinasyonlar, paranoya).

Belirli bir zamanda belirli bir bireyde hepsi mevcut olmayabilen Sınır Örüntü'nün diğer belirtileri aşağıdakileri içerir:

- Kendini yetersiz, kötü, suçlu, iğrenç ve aşağılık olarak görme.
- Kendiliğin diğer insanlardan son derece farklı ve yalıtılmış olarak deneyimlenmesi; acı verici bir yabancılaşma ve yaygın yalnızlık hissi.
- Reddedilmeye karşı aşırı duyarlılık; kişiler arası ilişkilerde tutarlı ve uygun düzeyde güven tesis etme ve sürdürmede sorunlar; sosyal sinyallerin sık sık yanlış yorumlanması.

2.6. SBK'yi açıklamaya yönelik modeller

2.6.1. Kernberg'in Sınır Kişilik Örgütlenme Modeli

Sınır Kişilik Örgütlenmesi modeli Kernberg tarafından ortaya atılmıştır. Kişilik örgütlenmesi, temel kişilik özelliklerini ve işlevsellik düzeylerini kapsayan geniş bir kavramdır(Kernberg, 1967a, 1975). Bu nedenle, SKB ve diğer kişilik bozukluklarının tanı ölçütlerine dayandığı semptomlar, kişilik örgütlenmesinin yüzeysel bir yönünü temsil etmektedir. Bu nedenle, sınır kişilik örgütlenmesi modeli, SKB'nin çok ötesine uzanmaktadır. Kernberg genel olarak üç kişilik örgütlenme düzeyi öne sürmüştür: nevrotik, psikotik ve sınır.

Sınır Kişilik Örgütlenme aşağıdakilerle karakterize edilir: kimlik sorunları, yani, benlik ve önemli diğerleri kavramının zayıf bir şekilde bütünleşmesi ("kimlik dağılması sendromu"); ilkel savunma mekanizmaları (yani ilkel idealleştirme, yansıtma özdeşim ve bölme); bozulmamış ama kırılgan gerçeklik değerlendirmesi. SKB'ye ek olarak, sınır kişilik örgütlenmesi diğer bazı DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, beşinci baskı) kişilik bozukluklarında bulunabilir: narsisistik, histrionik, antisosyal, şizoid ve paranoid. Kernberg'e göre, iki tür sınır kişilik örgütlenmesi vardır: nevrotik örgütlenmeye daha çok benzeyen "yüksek işlevli" ve psikotik örgütlenmeye daha yakın olan "düşük işlevli". Sınır kişilik örgütlenmesi modeli, aktarım odaklı psikoterapinin teorik çerçevesidir(Clarkin & Kernberg, 2015); SKB gibi şiddetli kişilik

bozuklukları için özel olarak hazırlanmış, manüelleştirilmiş, ampirik olarak doğrulanmış bir psikanalitik psikoterapidir.

Sınır kişilik örgütlenmesi modeli, bir yandan kimlik bozukluğu, ilkel savunmalar ve kırılan gerçeklik değerlendirmesi, diğer yandan olumsuz duygulanım ve saldırganlık göstergeleri arasındaki pozitif korelasyonları, bir yandan da kimlik bozukluğu ve ilkel savunmalar arasındaki ters korelasyonları gösteren bir çalışma tarafından desteklenmiştir(M. Lenzenweger et al., 2001). Model, kişinin kendi deneyimini düzenlemek için nesneleri kullanmanın uyumsuz yollarının (yani ilkel savunmaların), B kümesi kişilik bozukluklarıyla ilişkili saldırganlığı ve kişilik özelliklerini öngördüğünün gösterilmesiyle daha fazla destek almıştır(Stern et al., 2010).

2.6.2. Duygu Düzenleme Bozukluğu Modeli

Linehan ve meslektaşları tarafından ortaya atılan duygu düzenleme (düzenleyememe) modeli, duygu düzenleme bozukluğunun SKB'nin psikopatolojik özü olduğunu ve intihara meyilli olmayan kendine zarar verme gibi bozuklukla ilişkili birçok tipik davranışın temelini oluşturduğunu ileri sürer(Crowell et al., 2009; Linehan, 1993; Lineman et al., 2007). Duygu düzenleme bozukluğu üç bileşenden oluşur: emosyonel uyaranlara karşı artan hassasiyet; emosyonel uyaranlara yoğun tepkiler ve duygusal temel uyarılmışlık düzeyine yavaş, gecikmeli dönüş. Bu modele göre, emosyonel uyaranlara karşı aşırı duyarlılığın bir sonucu, çeşitli bağlamlarda ve durumlarda ortaya çıkan olumsuz duygulanımdır ve kişi daha sonra olumsuz duygulanımı yönetmek ve azaltmak için uyumsuz davranışlara baş vurur (örneğin, intihara meyilli olmayan kendine zarar verme). Duygu düzensizliği modeli, özellikle SKB için geliştirilmiş kanıta dayalı bilişsel-davranışçı bir tedavi olan diyalektik davranış terapisinin teorik temelidir(Lineman et al., 2007).

Duygu düzenleme bozukluğu modeli, kısmen diyalektik davranış terapisinin nispeten geniş bir alana yayılması ve etkinliği nedeniyle etkili ve popüler olmuştur. Yıllar geçtikçe, model biraz değiştirildi ve SKB'deki duygu düzensizliği, özellikle korku ve öfke olmak üzere olumsuz duygusal durumlar arasında sürekli bir salınım olarak tanımlandı(Rosenthal et al., 2008). Goodman ve ark. kişilerarası bağlamda özellikle

belirgin olan SKB'deki duygusal dengesizliğin temeli olarak disfori ve öfke arasındaki salınımı tanımladı(Goodman et al., 2009).

Çalışmalar, duygu düzenleyememe modeline büyük ölçüde destek sağlamıştır. SKB'de artan emosyonel duyarlılığın, özellikle kişiler arası nitelikteki olmak üzere olumsuz uyaranlar tarafından ortaya çıkarıldığı gösterilmiştir(Gratz et al., 2010; Koenigsberg et al., 2010). Diğer taraftan reddedilme, terk edilme, başkaları tarafından hayal kırıklığına uğratılma, tecrit, kişiler arası saldırganlıklar, ihanetler ve kimlik tehditleri (yani, SKB bireylerinin savunmasız bir benlik imajını tehdit eden başkalarının olayları veya davranışları) de benzer duygular ortaya çıkardığı gösterilmiştir(Miskewicz et al., 2015). Diğer araştırmalar, SKB'si olan kişiler ile sağlıklı kişiler arasındaki en önemli farkın, duygusal yoğunlukta büyük ve sık meydana gelen değişiklikler olduğunu bildirmektedir(Ebner-Priemer et al., 2008; Houben et al., 2015). Bu, olumludan olumsuz duygusal durumlara ve tersi yönde belirli bir "emosyonel değişkenlik" biçimi olarak kabul edilmektedir(Houben, Vansteelandt, et al., 2016). Bununla birlikte, bu tür bir duygusal değişim diğer duygudurum bozukluklarını da karakterize etdebileceği için, SKB açısından özgül olmayabilir(Houben, Bohus, et al., 2016). Duygu düzensizliği, çeşitli psikopatoloji biçimlerinin bir özelliği olmasına rağmen, yakın tarihli bir inceleme, duygu düzensizliğinin SKB ve yeme bozukluklarında daha belirgin olduğunu göstermiştir(D'Agostino et al., 2017).

2.6.3. Yansıtıcı İşlev (Zihinselleştirme) Bozukluğu Modeli

Fonagy ve arkadaşları tarafından önerilen yansıtıcı (zihinselleştirme) işlev bozukluğu modeli, SKB'nin temel özelliğinin 'zihinselleştirme' ile ilgili bir zorluk olduğunu öne sürer(Fonagy & Target, 1996). Terim, sübjektif durumlar ve zihinsel süreçler açısından örtülü ve açık bir şekilde birbirimizi ve kendimizi anlamlandırma süreçlerini ifade eder(Bateman & Fonagy, 2004). Zihinselleştirme ile ilgili zorluklar, aynı zamanda duygu düzenleme, dikkat ve öz denetim ile ilgili sorunlara yol açan, dezorganize bağlanma öyküsü ile ilgilidir(Fonagy & Bateman, 2009). SKB'si olan bireyler bir "psişik eşdeğerlik" modunda işlev görürler (yani içsel gerçekliğin dış gerçeklikle özdeş olduğu varsayılır). İnsan ilişkilerine ilişkin anlayışlarında genellikle son derece somutturlar ve somutlukları, bölme, ayrışma ve yansıtımlı özdeşim yoluyla kendilerini benliğin zulmedici, yabancı yönlerinden kurtarma girişimlerine belirli bir çaresizlik katar(Fonagy,

2002). Yansıtıcı (zihinselleştirme) işlev bozukluğu modeli, sınır hastalar için kanıta dayalı psikanalitik yönelimli bir psikoterapi olan zihinselleştirmeye dayalı tedavinin teorik çerçevesidir(Bateman & Fonagy, 2004).

Yukarıda belirtilen model araştırmalarla desteklenmiştir. Zihinselleştirme ile ilgili zorlukların yalnızca zihinselleştirmenin azalması (yani, başkalarının niyetlerini anlama yeteneğinde bir bozulma) olarak değil, aynı zamanda artmış bir zihinselleştirme (yani, diğerlerinin niyetlerini aşırı atfetme eğilimi) olarak da ortaya çıktığı bulunmuştur(Bo & Kongerslev, 2017). İkincisi ile ilgili olarak, dezorganize bağlanmanın uzun vadeli sonuçlarından biri, insanların eylemlerinin kötü niyetli güdüler olduğu varsayımıdır, bunun da "hiper-zihinselleştirme" (hypermentalization) veya "sahte zihinselleştirme" (pseudomentalization) olarak deneyimlendiği varsayılabilir(Fonagy et al., 2017; Sharp et al., 2015). Zihinselleştirmenin gelişmiş veya azalmış olmasına bakılmaksızın, sonuç genellikle benzerdir ve her ikisi de diğer insanların zihinsel durumlarının çarpıtılmış bir algısıyla sonuçlanır(Chiesa & Fonagy, 2014).

2.6.4. Kişilerarası Aşırı Duyarlılık Modeli

Kişilerarası aşırı duyarlılık modeli, SKB için bir açıklama olarak karmaşık bir çevre-gelişimsel etkileşimi varsayar(J. G. Gunderson & Lyons-Ruth, 2008). Kişilerarası aşırı duyarlılık, terk edilme korkularının, reddedilme duyarlılığının ve yalnızlığa tahammülsüzlüğün oynadığı önemli rollerle, kişilerarası aşırı tepkiselliğe psikobiyojik bir eğilim olarak tanımlanır(J. G. Gunderson & Lyons-Ruth, 2008). Kişilerarası aşırı duyarlılığa genetik yatkınlığın, çocuğun erken gelişimi sırasında olumsuz ilişkisel deneyimlerle etkileşime girdiği ve bunun da ebeveynlerin kontrolcü-bakım verici veya kontrolcü-cezalandırıcı davranışları ile birlikte sınır psikopatolojinin gelişimine zemin hazırladığı varsayılmaktadır. Kişilerarası aşırı duyarlılık modeli, SKB için kanıta dayalı, düşük yoğunluklu bir müdahale olan ve toplum ruh sağlığı uzmanları tarafından kolayca öğrenilebilen ve uygulanabilen 'iyi psikiyatrik yönetimin' teorik temelidir(J. Gunderson, 2014).

Yukarıda bahsedilen model, SKB'yi yüksek düzeyde kişilerarası stres, sosyal ipuçlarına artan duygusal tepkiler ve sosyal olarak ilgili uyaranlara yanıt olarak artan amigdala aktivasyonu ile ilişkilendiren tutarlı kanıtlarla desteklenir(Dinsdale & Crespi,

2013). Ayrıca araştırmalar, SKB hastalarının olumsuz duyguların yüz ifadelerini tanımakta özellikle hızlı olduklarını ve nötr yüz ifadelerini kızgın veya hoşnutsuzluk olarak yorumlamalarının muhtemel olduğunu göstermiştir(Bertsch et al., 2013; Domes et al., 2009). SKB'si olan hastaların, diğerlerine kıyasla sosyal etkileşimler bağlamında daha güçlü duygusal tepkilere sahip oldukları gösterilmiştir(Lazarus et al., 2014). Kaynak (yani arkadaş veya yabancı) veya içerik (yani hassas veya hassas olmayan konu) ne olursa olsun, yüksek SKB özelliklerine sahip lisans öğrencilerinin, düşük SKB özelliklerine sahip olanlara göre hayali alaylara tepki olarak hem kızgın hem de üzgün hissetme olasılıklarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir(Tragesser et al., 2008). Ancak bazı araştırmalar, bu duygusal tepkilerin daha belirleyici olabileceğini, akademik geribildirim içeriğinin değil ama sosyal geribildirim içeriğinin yüksek SKB özelliklerine sahip bireylerin olumsuz duygusal tepkileriyle ilişkili olduğunu öne sürmüştür(Chapman et al., 2014). Simüle edilmiş bir sosyal dışlanma durumunda, SKB hastalarının kontrollere kıyasla daha kolay dışlanmış hissettikleri ve daha güçlü kendine odaklı olumsuz duygular (yani üzüntü, yalnızlık) ve başkalarına odaklanan daha güçlü olumsuz duygular (yani küskünlük, öfke) bildirdikleri bulundu(Renneberg et al., 2011; Staebler et al., 2011).

Birkaç çalışma, SKB'li bireylerde kişilerarası uyaranlara verilen daha güçlü duygusal tepkilerin nörobiyolojik bağıntılarını göstermiştir. Örneğin, kontrollerle karşılaştırıldığında bir çatışma tartışmasının ardından kortizol yanıtının iyileşmesinde gecikme oldu(Walter et al., 2008). Benzer şekilde, yüksek ayrışma seviyelerine sahip (genellikle daha büyük gelişimsel travma ile ilişkili) SKB bireylerinin, düşük disosiasyon ve kontrol seviyelerine sahip SKB bireylerine kıyasla topluluk önünde konuşma sosyal stres etkenine karşı daha güçlü bir norepinefrin stres tepkisine sahip olduğu bildirildi(Simeon et al., 2007). Son olarak, iki fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme çalışmasında, SKB bireyleri, simüle edilmiş bir sosyal dışlanma durumuna maruz kaldıklarında, sol medial prefrontal kortekste kontrollere göre daha büyük bir aktivasyon gösterdi(Domsalla et al., 2014; Ruocco et al., 2010).

2.6.5. Hiperbolik Mizaç Modeli

Hiperbolik mizaç modeli, Zanarini ve meslektaşları tarafından duygu düzensizliği ve kişilerarası aşırı duyarlılık modellerini bütünleştirmek amacıyla

geliştirilmiştir(Hopwood et al., 2012; M. Zanarini et al., 1994). SKB'nin, algılanan kişiler arası hayal kırıklığı veya hüsrana yanıt olarak yoğun içsel acı (yani öfke, üzüntü, utanç veya dehşet gibi derin olumsuz duygulanım) yaşama eğilimini ifade eden hiperbolik bir mizaç ile karakterize edildiğini varsayar. Bunun, gelişim sırasında algılanan veya gerçek bir kötü muamele ile birlikte olumsuz duygular yaşama eğiliminden kaynaklandığına inanılmaktadır. Bu tür eğilimler ve deneyimler duygu düzensizliğine zemin hazırlar ve bu da bireyin acı veren duygularına yardım etmek ve onaylamak ve duygularını düzenlemek için başkalarına yönelik ani, dürtüsel eğilimlere yol açar. Ancak bu dürtüsel, genellikle dramatik ve sosyal açıdan uygunsuz davranışlar, başkalarından kişinin sıkıntısını yatıştırmak yerine duygusal acısını geçersiz kılan tepkiler gelmesine neden olarak duygu ve davranışların daha da düzensizleşmesine yol açan bir kısır döngü yaratır(Yalch et al., 2015). Bu nedenle, hiperbolik mizaç modeline göre, SKB psikopatolojisi üç baskın özellik ile karakterize edilir: duygu düzenleme bozukluğu, kişilerarası aşırı duyarlılık ve dürtüsellik.

Bu model aynı zamanda akut ve mizaçsal SKB semptomları olduğunu öne sürmektedir. Akut semptomlar arasında yaygın olumsuz duygularla dürtüsel başa çıkma (örn. intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme) ve uygunsuz kişiler arası davranışlar (örn. talepkar veya değersizleştirici bir şekilde davranma) yer alır. Bunun aksine, mizaç semptomları kronik disfori ve buna eşlik eden kişilerarası bağımlılık ve terk edilme korkularıyla ilişkilidir. Akut semptomlar kişiler arası durumların dinamiklerine, yaşam ve çevresel koşullara daha duyarlı olsa da, mizaç semptomları daha yavaş düzeler, uzun vadeli psikososyal işlev bozukluğu ile ilişkilidir ve hiperbolik mizacın devam etme eğiliminde olan örtük özelliklerini yansıtır.

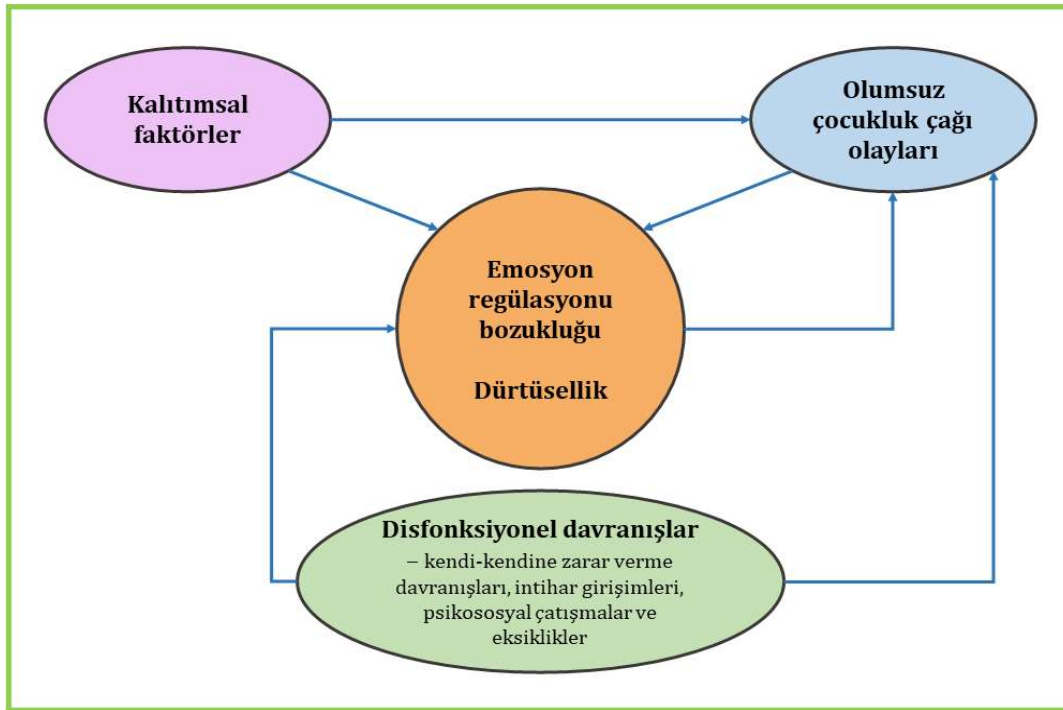
Hopwood ve arkadaşları, hiperbolik mizacı ölçmeye yönelik olarak geliştirdikleri ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada SKB semptomları ile güçlü korelasyonlar bulmuşlar(Hopwood & Zanarini, 2012).

Zanarini ve arkadaşları, klinik bir örnekleme 10 yıllık izlem çalışmasında nevrotiklik ve çocuklukta kötü muamele görmüş olmayı ileriye dönük hiperbolik mizacın önemli ve bağımsız yordayıcıları olarak bulmuştur. Bu bulgular, sınır kişilik fenomenolojisinin gelişimsel öncüllerine ışık tutarak hiperbolik mizaç modelini genişletmektedir.

2.6.6. Kişilerarası Disfori Modeli

SKB'nin yeni bir psikopatolojik-dinamik kavramsallaştırması - kişilerarası disfori modeli - çeşitli SKB modellerini bütünleştirme girişimi olarak önerilmiştir. Bu model, SKB'nin psikopatolojik çekirdeği olarak disforiyi vurgulamaktadır. Disfori, sinirlilik, hoşnutsuzluk, kişiler arası alınganlık ve boyun eğme ile karakterize olumsuz ve karmaşık bir duygusal durum olarak tanımlanmaktadır(Berner et al., n.d.; Starcevic et al., 2013).

Kişilerarası disfori modeli iki tür disfori tanımlamaktadır. Birincisi, SKB'nin temel yaşam deneyimine hakim olan kronik, kalıcı bir duygusal durum olan “arka plan disforisi”dir (background dysphoria). İkincisi ise, arka plan disforisi ve olumsuz kişilerarası aşırı duyarlılık etkileşime girdiğinde, belirli stresli durumlarda ortaya çıkan “durumsal disfori”dir (situational dysphoria). Bu, SKB'nin “şimdi ve burada” deneyimine yayılan akut bir duygusal durumdur. SKB semptomları, durumsal disforinin yüzeysel tezahürleri olarak kabul edilir. Belirtilerin bazıları sınır kişilik psikopatolojisine özgü içsel deneyimleri düzenleme girişimlerini yansıtırken (örn. öfke patlamaları ve riskli ya da kendine zarar verici davranışlar), diğerleri düzensizleştirici süreçlerin bir sonucudur (örn. içsel boşluk hissi ve yarı psikotik deneyimler).



Şekil 2 Sınır kişilik bozukluğunun nörodavranışsal modeli

2.7. SKB’de algısal süreçler ve abartma eğilimi

Yukarıda tanımlanan SKB tanı kriterleri de sosyal bağlamda dalgalı bir duygusal/davranışsal örüntünün hastalığın çekirdek özelliği olduğunu gözler önüne sermektedir. Böyle bir örüntünün şekillenmesinden sorumlu mekanizmalara dair pek çok hipotez öne sürülmektedir. Burada da duygu düzenleme güçlüğüünün temel sorumlu faktörlerin başında geldiğini savunan geniş bir araştırmacı kitlesi mevcuttur. Aşırı uyarılma, negatif uyaranlara duyarlılık, emosyonel disinhibisyon gibi doğrudan emosyon regülasyonu ile ilişkili bilişsel ve emosyonel süreçlere odaklanan çalışmaların bulguları SKB’de duygu düzenlemesinin bozuk olduğunu destekler niteliktedir. Ancak emosyonun uyaran ile yanıt arasındaki tüm süreçlerle ilişkili olduğu dikkate alınırsa SKB’de duygu düzenleme ile ilgili hipotezlerin algısal süreçlerle ilişkisine odaklanmak uygun bir başlangıç gibi görünmektedir. Dahası SKB’de algısal belirtilerin (yanılsama ve varsanı gibi) yaygınlığı, farklı duyuusal modaliteler (ağrı, somatosensorial, işitsel) ile ilişkili sapma bildiren çalışmalar ve duyuusal deneyimlerine güvenmediklerine dair bildirimler bir arada ele alındığında algısal süreçlerin rolünün ihmal edilmemesi gerektiği açıktır. SKB’de algısal süreçlerle ilgili bulguların özeti, bu hastaların duyuusal deneyimlerini abartmaya ve daha fazla ifade etmeye eğilimli oldukları yönündedir.

Alanyazına bakıldığında, SKB’de çeşitli algısal süreçler üzerine yapılmış çalışmalar olduğu görülmektedir. SKB kliniği özelinde intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışı sıklığı (Turner et al., 2015). SKB olan bireylerin bu davranışlarda bulunurken genelde ağrı hissetmedikleri ya da çok az hissettikleri yönünde bildirimleri (Nock et al., 2006), SKB olan bireylerin ağrı algısında farklılık olduğuna işaret etmektedir. Burada, SKB hastalarında, afektif bileşenin daha düşük düzeyde eşlik ediyor olmasını da, yazarlar, daha çok hissetme talebi (sensation seeking) ile ilişkili görmüşler. Bu gözlemlerden yola çıkan çeşitli çalışmalar SKB’de ağrının algılanmasına odaklanmış ve ağrı duyarlılığında azalma olduğu gösterilmiştir (Bohus et al., 2000). Benzer şekilde SKB’de ağrı duyarlılığının azaldığı varsayımına dayanan çalışmalar emosyon düzenlemesindeki bozuklukların, sosyal bağlamın, uyarılma düzeylerinin ağrı işleme ile ilişkisine vurgu yapmıştır (Bungert et al., 2015; Niedtfeld et al., 2010). Bungert ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında sosyal dışlanma koşullarında her iki grup fiziksel acıya hipersensitivite raporlamış ve anterior insula ve talamusta aktivasyon görülmüş, ancak SKB grubunda nöral işlemede ek olarak posterior

insula aktivasyonu görülmüştür(Bungert et al., 2015). SKB’de ağrı duyarlılığı üzerine fMRI kullanılarak yapılan bir başka çalışmada, nahoş (ama acı verici olmayan) elektrik uyarını ile parametrik olarak artan yoğunluk seviyelerinde gruplar arası karşılaştırmalar SKB ve sağlıklı kontroller arasında nöral aktivasyon açısından önemli bir fark olmadığını ortaya koymaktadır(Malejko et al., 2018). Tat duyusu ile ilgili bir çalışmada da, SKB, kontrol ve depresyon grupları tat algısı açısından karşılaştırılmıştır. SKB grubu, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında kinin ve meyve suyu için daha düşük memnuniyet ve daha yüksek iğrenme dereceleri bildirmiş; depresyon grubunun ise kontrol grubundan önemli ölçüde farklı olmadığı görülmüştür. Meyve suyundan iğrenme derecelendirmelerinin kendinden iğrenme derecelendirmeleri ile ilişkili oluşu, SKB’de anormal duyuşal işleme ile kendilik ve kimlik (self, identity) arasında yakın bağlantılar olduğunu düşündürmüştür(Arrondo et al., 2015).

SKB’de görsel algıyı değerlendiren bir çalışmada geriye doğru maskeleme paradigması kullanılarak, kişilerin algı hızları değerlendirilmiştir. Maskeleme paradigmasında, maskelenme süresi uyarılar arası sürenin değiştirilmesi üzerinden saptanmıştır. Maskelemenin gerçekleşmediği en kısa zaman aralığı algılama zamanı olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada SKB’li hastaların kontrol grubuna göre daha yavaş algıladıkları -daha uzun maskelenme zamanına sahip oldukları- gösterilmiştir(Stevens et al., 2004).

SKB olan bireylerde işitsel sözel varsanılar (İSV) da sıklıkla görülür. Elektroensefalografik (EEG) P50 duyuşal kapılamayı (şizofreni hastalarında azaldığı bilinmektedir) araştıran bir çalışmada, şizofreni ve SKB olan bireylerde duyuşal işleme ile ilgili kusurların ortak altyapısı olduğu hipotezi ele alınmıştır(Niemantsverdriet et al., 2019). Bu hipotezi test etmek için İSV’li ve İSV’siz SKB’li gruplar sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmıştır. İSV’li SKB hastaları sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında daha düşük P50 farkı bulunurken, İSV’si olmayan SKB’li kişiler ile sağlıklı kontroller arasında fark bulunmamıştır. Bu da SKB olan bireylerde işitsel algı süreçlerinde farklılıklar olabileceğine işaret etmektedir(Niemantsverdriet et al., 2019).

SKB’de raporlanan tüm bu algısal farklılıklar, daha kompleks, üst düzey bilişsel süreçlerdeki problemlerde de algısal süreçlerin önemli rolü olabileceğine işaret etmektedir. Ancak literatür henüz algısal süreçlerin SKB etiyopatogenezinde nasıl bir rolü

olduğunu açıklamaktan uzaktır. Hastalıkta görsel ve işitsel varsanların sık gözlenmesi, algısal süreçlere yönelmenin gerekli olduğuna işaret etmektedir. Bunun dışında kendine zarar verme davranışı ile ağrı arasında ilişki olabileceği fikri de klinik ile algı çalışmaları arasında köprü oluşturmaktadır. Diğer yandan, hastalığın klinik özellikleriyle doğrudan ilişkilendirilebilecek, yukarıda belirtilen az sayıda çalışmaya ait bulgular yeterli değildir. Örneğin kişilerarası ilişkilerde, sıklıkla gözlenen, aşırı değer verme ya da aşırı değersizleştirme yönünde değerlendirmelerin arkasında bu algısal problemlerin olduğunu varsaymak mümkün olsa da, bu varsayım sınanmış değildir.

SKB'li kişilerin abartma eğilimi klinik gözlem açısından birçok klinisyenin yabancı olmadığı bir durumdur. Yapılan araştırmalar da çeşitli bağlamlarda abartma eğilimini destekler niteliktedir. Bir araştırmada SKB'li bireyler ve Major Depresif Bozukluk tanımlı hastalar belirti şiddeti açısından karşılaştırılmış, SKB'li bireylerin depresif belirtilerini yüksek bildirdiği gösterilmiştir(Stanley & Wilson, 2006). Klinik gözlem ve araştırmalar, SKB'li bireyleri küçük anlaşmazlıkları büyütme ve bunları kişisel saldırılar olarak yorumlamaya eğilimli olarak tasvir eder, bu da daha sonra kolayca hem kendilerine hem de başkalarına karşı dürtüsel, yıkıcı davranışlara dönüşebilmektedir(Dutton, 1995).

SKB'li bireylerin artmış emasyon deneyimi ve duygusal tepkilerinin abartılı olduğu literatürde tutarlı bir şekilde vurgulanmıştır(Gratz et al., 2010; Rosenthal et al., 2008; Stepp et al., 2009). Emosyonel duyarlılık, duygusal uyarıları tespit etme veya bunlara yanıt verme eşiğinin daha düşük olması veya uyarıları duygusal olarak deneyimleme olasılığının daha yüksek olması olarak tanımlanabilir(Donegan et al., 2003). SKB hastalarında bu durum duygusal uyarılara karşı aşırı farkındalığa ve daha sık, yoğun ve/veya uzun süreli duygusal deneyimlere yol açabilir(Carpenter & Trull, 2013). SKB'li bireyler duyguları aşırı yoğunlukta yaşayabilir(Selby et al., 2009). Örneğin, durumla orantısız görünen ezici bir üzüntü, öfke veya mutluluk deneyimleyebilirler. SKB olan kişiler genellikle başkaları tarafından terk edilme veya reddedilme konusunda derin bir korkuya sahiptir(Foxhall et al., 2019). Bu korku, algılanan reddedilme veya terk edilme işaretlerine güçlü tepki vermelerine ve bazen abartılı duygusal tepkilere yol açabilir. Aynı zamanda, SKB'li bireyler ötekileri siyah-beyaz şekilde görme eğilimindedirler. Birini bir an için idealize edebilir ve ardından hayal kırıklığına uğradıklarını veya reddedildiklerini hissettiklerinde onu hızla değersizleştirebilirler(Napolitano & McKay, 2007). Bu düşünce

kalıbı, başkalarındaki olumlu veya olumsuz niteliklerin abartıldığı şeklinde düşünülebilir. Diğer yandan SKB'li kişiler genellikle benlik algıları ile ilgili sorunlar yaşar, bu da öz saygı ve öz değerlerinde dalgalanmalara yol açar(Dammann et al., 2011; Vater et al., 2015). Duygusal durumlarına bağlı olarak güçlü veya zayıf yönlerini abartabilirler.

Abartma genelde bir şeyleri büyütme, atfedilen değeri yükseltme anlamlarında kullanılmakla birlikte, diğer yandan hafife alma, değeri olduğundan küçük atfetme şeklinde de kavramsallaştırılabilir. Bu anlamda abartma eğilimi eylemin olası sonuçlarını hesaplarken, riski değerlendirirken hafife alma, azımsama eğilimi olarak SKB psikopatolojisinde dürtüsel davranışlar şeklinde karşımıza çıktığı söylenebilir.

Duygusal olarak göze çarpan durumlara (emotionally salient) karşı abartılı bir duyarlılık, artmış emosyon deneyimi Sınır Kişilik Bozukluğunun psikopatolojisinde önemli yer tuttuğu bilinmektedir. Denny ve arkadaşlarının yaptığı 3 gün araya çekilen iki farklı oturumda nötr ve negatif sosyal etkileşimin olduğu görsellerin gösterildiği negatif afektin puanlanmasının istendiği fMRI çalışmasında Sınır Kişilik Bozukluğu olan kişiler sağlıklı ve klinik popülasyonla karşılaştırılmıştır(Denny et al., 2018). Sınır Kişilik Bozukluğu olanlarda ikinci oturumda yeniden karşılaşılan nötr ve negatif valanslı görsellere yanıt olarak belirginlik (salience) ağında abartılı sensitizasyon gözlenmiştir. Burada ilgi çekici olan diğer nokta, ikinci oturumda belirginlik (salience) ağında görülen abartılı sensitizasyon nötr görüntüler için de gözlemlenmiştir, bu da potansiyel olarak SKB grubunda yukarıdan aşağıya olumsuz duygu üretimini (top-down negative emotion generation) düşündürmektedir, bu sayede nötr sosyal uyaranlar bile görece olumsuz olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca negatif affekt puanlamaları ikinci oturumda diğer iki grupta anlamlı düşüş göstermişken, SKB grubunda düşüş gözlemlenmemiş, negatif affekt puanlamalarıyla salience ağında abartılı sentisizasyon arasında korelasyon sadece SKB grubunda gözlenmiştir. Bu çalışmada SKB'li kişilerde olumsuz uyaranlara karşı abartılı tepkilerin oluşmasının ampirik olarak deney ortamında gösterilmiş olması, SKB psikopatolojisinde emosyonla ilişkili süreçlerde abartmanın önermli yeri olduğuna işaret etmektedir.

Aşırı emosyonel tepki verme, Sınır Kişilik Bozukluğunun ayırt edici özelliklerinden biri olarak kabul edilmektedir. Uyaranların duygusal olarak işlenmesinin güvenilir bir göstergesi olan “duygu modülasyonlu irkilme tepkisi” (affect-modulated startle response) Hazlett, Speiser ve arkadaşlarının SKB hastalarında (n = 27) ve sağlıklı

kontrol deneklerinde (n = 21) duygusal işlemlemeyi inceledikleri çalışmada test paradigması olarak kullanılmış, katılımcılar hoş olmayan, sınırda hoş olan (örn. "nefret") ve nötr (örn. "görüş") kelimelerin karışık bir serisini izledikleri sırada, göz kırpmaya tepkileri değerlendirilirken kelimenin kendileri için anlamını düşünmeleri istenmiştir(Hazlett et al., 2007). SKB hastaları hoş olmayan kelimelerde daha büyük irkilme göz kırpmaya tepkileri sergilerken, nötr kelimelerde bu tepkiyi sergilememiştir, bu da abartılı fizyolojik duygulanıma işaret etmektedir. Bu sonuçlar, SKB hastaları tarafından hoş olmayan duygusal uyarıların işlenmesinde bir farklılık olduğunu düşündürmektedir.

Amigdala, uyarıların valansını (iyilik ve kötülük) öğrenmede önemlidir ve SKB'de anormal şekilde işlev gördüğü araştırmalarda gösterilmiştir. Hazlett, Zhang ve arkadaşlarının (2012) yaptığı olaya ilişkin fMRI çalışmasında her biri kendi deneme bloğu içinde iki kez sunulan hoş olmayan, nötr ve hoş resimlerden oluşan karışık bir dizi içeren bir görev kullanılmıştır(Hazlett et al., 2012). Klinik ve sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, SKB hastaları, özellikle tekrarlanan duygusal ancak nötr olmayan resimlere karşı daha fazla amigdala aktivasyonu ve tüm resimlerin ortalamasında genel BOLD yanıtı için başlangıç seviyesine daha geç dönüş göstermiştir. Amigdala aşırı aktivasyonuna rağmen, SKB hastaları duygusal ancak nötr olmayan resimlere ilişkin daha düşük öz bildirim derecelendirmeleri göstermiştir. SKB hastalarında duygu reaktivitesinin fizyolojik ve öz bildirim ölçümleri arasında bir uyumsuzluk bulunması, bu hastaların duygu tanımakla ilgili zorluklarıyla ilişki olarak yorumlanabilir. Diğer yandan uyarının valansını tahmin etmedeki düşük değerlendirme eğilimi değeri olduğundan küçük atfetme şeklinde bir çeşit abartma olarak görülebilir. Ayrıca diğer araştırmalar da, SKB hastalarının nötr yüz ifadelerini kızgın veya hoşnutsuz olarak yorumlamalarının muhtemel olduğunu göstermiştir(Bertsch et al., 2013, 2017; Domes et al., 2009).

2.8. Bölme veya iki değerli düşünme

Sınır Kişilik Bozuluğun olan kişilerin kişilerarası ilişkilerdeki duyguları ve düşünceleri, başkalarının idealleştirilmesi (ülküleştirilmesi) ve değersizleştirilmesi arasında hızlı dalgalanmalar gösterir. Kendi ve diğerleri hakkında siyah-beyaz, paradoksal inançların bir birleşimine sahip olma eğilimi, bölme(Kernberg, 1967b) veya iki değerli düşünme(Napolitano & McKay, 2007) (dichotomous thinking – DT) olarak adlandırılır. SKB'li bireyler gerçek ya da hayali bir terkedilme/reddedilmeden kaçınmaya çalıştıkça,

bu iki uç arasındaki aşırı değişimler kişilerarası ilişkilerde artan bir vijilans ve aşırı duygusal değişkenlik şeklinde ortaya çıkar.

SKB'deki bu kendi ve öteki ile ilgili değerlendirme kalıplarındaki çelişkili değişimler için iki ana teori vardır. İlk olarak, SKB'nin bilişsel teorisi, kişilerarası sorunların, DT adı verilen bilişsel çarpıtmayı harekete geçiren işlevsiz bilişsel şemalardan kaynaklandığını öne sürer(Napolitano & McKay, 2007). Bu uyumsuz bilişsel şemalar, reddedilme, terk edilme, yetersizlik, çaresizlik, kırılğanlık ve sevilme ile ilgili sürekli korkular etrafında döner(Beck et al., 2001). Yetersiz, çaresiz ve savunmasız olduklarına dair inançları, SKB'li bireyleri ötekiden destek ve korunma aramaya teşvik ederken, diğer yandan reddedilme, terkedilme ve sevgiye layık olmama gibi çatışan inançlar, onları ötekiden korkmaya, kendilerini acıdan ve potansiyel istismardan korumaya yönlendirir. Uzlaştırılmaz bilişsel şemalar ve DT kalıplarının birleşimi, SKB'de kişilerarası davranışların kararsız kalıplarını ve duygulanımları yönlendirebilen dinamik bir yapı üretir.

Öte yandan, nesne ilişkileri kuramı (NİK), ötekileri uçlarda değerlendirmeyi bölmenin bir sonucu olarak görür. Bölme, zihindeki olumlu ve olumsuz duygulanımların katı bir şekilde birbirinden ayrılmasıdır. Psikolojik gelişimin erken bir aşamasıdır. Bebek geliştikçe, sevgi ve nefret duygularını bütünleştirerek bölmenin üstesinden gelme şeklinde gelişimsel görevle karşı karşıya kalır. Bu nedenle, bölme başlangıçta koruyucu bir psikolojik işleve hizmet eder: sevme duygularını, nefretle ilişkili öfkeden korumak. Bununla birlikte, ergenlik ve yetişkinlik döneminde devam etmesi halinde, bölme, psikolojik ve kişilerarası gelişimi engelleyen patolojik kişilik (veya kimlik) oluşumuna neden olur. SKB'de bölme savunma mekanizması, yetişkin bir kişilik organizasyonunda kristalize olur. SKB'li bireylerin paranoid-şizoid konumu, Melanie Klein tarafından geliştirilmiş bir kuramdır ve bu bireylerin öfkeli ve saldırgan duygularının farkında olmama ve bu duyguları ötekine yansıtma eğilimlerini ifade eder. Sonuç olarak, ötekiler bütünüyle kötü veya tehdit edici olarak algılanır(Klein, 2011). Bölme, bir kişinin farklı duyguları birleşik ve bütünleşik bir deneyimde kaynaştırmasını aktif olarak engeller. Ötekilerin iyi ve kötü özelliklerinin kavramsal bilgisi bellekte ayrıktır; olumsuz temsiller aktif olduğunda, olumlu modellerin aktif hale getirilmesi daha zordur. İnsanları uç biçimde siyah ve beyaz olarak değerlendirme eğilimini açıklamayı amaçlayan kuramsal

farklılıklara rağmen, hem bölme hem de DT, sosyal bilişlerdeki belirli bozulmaların kişilerarası ve duygusal dengesizliği artırdığını öne sürmektedir.

Yaşantıları, daha dar bir alanda, bölme veya dikotomik değerlendirme halinin, algılamanın mı yoksa algı sonrası değerlendirme süreçlerinin mi bir sonucu olduğu henüz bilinmemektedir.

SKB’de “aşırı değer verme ya da aşırı değersizleştirme” tutumunun arkasında emasyon regülasyonu ve sosyal kognisyon gibi bilişsel süreçlerin olabileceğine dair bulgular tartışılmaktadır. Bu süreçlerin arkasında da alt düzey algısal, sensori-motor süreçlere dair problemler olabilir. Eğer bölme (“aşırı değer verme ya da aşırı değersizleştirme”, iki değerli düşünme) algısal süreçlerin bir sonucu ise erken algısal düzenleme ile ilişkili olması gerekir. Eğer ileri algısal süreçlerle (yorumlama ile) ilgili ise erken dönem işleme ile bir ilişkisi olmayacaktır. Bu çalışma bunu değerlendirmeye odaklanmıştır.

Bu araştırmanın amacı, SKB’li bireylerde algı ile ilgili işlemede algılamadaki farklılıkların, algı aşamasında mı yoksa algısal yaşantının değerlendirilmesi (sözelleştirilmesi, ifade edilmesi) aşamasında mı farklılık gösterdiğini araştırmaktır. Aşağıda yöntem bölümünde detaylandırıldığı haliyle, en azından görsel algıda, algılamada bir farklılık olmadığı ancak algılananı ifade ederken bir değişimin gerçekleştiği yönündeki hipotez test edilecektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Çalışma Tasarımı

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağı ve Hastalıkları Anabilim Dalında yürütölmüş, kesitsel olarak tasarlanmış kendi kendine kontrollü deneysel klinik çalışmadır. Bu çalışma, ‘Helsinki Deklarasyonu Prensipleri’ çerçevesinde yürütölmüş ve Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. (Proje no: KA 22/163) (EK 12)

3.2.Katılımcılar

Katılımcılar çalışmaya katılmayı kabul eden, dahil olma kriterlerini sağlayan kişiler arasından gönüllölük esas alınarak seçilmiştir.

Çalışma popölasyonu: bu çalışmadaya dahil edilmiş olan 46 katılımcı iki grupta – SKB (N=22) ve sağlıklı kontrol gruplarında (N=24) yaşa ve cinsiyete göre eşit dağıtılmıştır.

SKB tanısı olan katılımcılar (n=22) Başkent Üniversitesi Psikiyatri Bölümü'nde ayakta tedavi gören hastalardan seçilmiştir. Kontroller (n=24) yaş ve eğitim durumuna göre eşleştirilmiştir. Dahil edilme ve dışlama ölçütleri aşağıda belirtilmiştir. SKB tanısı bağımsız iki klinisyen tarafından yapılan görüşmeler ve Sınır Kişilik Bozukluğu için DSM-5-TR kriterleri(American Psychiatric Association, 2022) değerlendirilerek konulmuştur. Tüm katılımcılar kişilik özellikleri açısından Borderline Kişilik Envanteri (BKE) ve Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğı (ASKÖ), mentalizasyon kapasitesi değerlendirilmesi açısından Zihinselleştirme Ölçeğı (MentS) ve Yansıtıcı İşleyiş Ölçeğı (YİÖ), anksiyete ve depresyon puanlarının hem klinisyen değerlendirmesinin sağlanması hem de kişilerin kendi öz değerlendirmelerinin elde edilmesi açısından Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğı (HDDÖ), Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeğı (HADÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Ölçeğı (BAÖ), test sırasında ortaya çıkacak performans anksiyetesine göre düzeltme yapabilmek için Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeğı (STAI) ile değerlendirilmiştir.

Dışlama kriterlerinden birine sahip olan hastalar çalışmaya alınmamıştır.

Katılımcıların genel özellikleri Tablo 3'de özetlenmiştir. Veriler kodlanmış ve anonim olarak saklanmıştır. Görev sırası tüm deneklerde önce Hamilton Depresyon ve Anksiyete Derecelendirme Ölçeklerinin de uygulandığı yapılandırılmış görüşmelerle başlamış, ardından bilgisayarlı testler uygulanmış, son olarak da katılımcılar öz-bildirim formlarını doldurmuştur. Katılımcılara Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilmiş, çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair onayları alınmıştır.

3.2.1. Dahil etme ve dışlama kriterleri:

SKB grubu için:

1. 18-50 yaş aralığında olmak.
2. Normal veya normale düzeltilmiş görme keskinliğine sahip olmak;
3. En az lise mezunu olmak ve ana dili Türkçe olmak;
4. Klinik değerlendirme ile SKB tanısı almış olmak;
5. Fotik uyarılarla tetiklenebilecek epilepsi gibi nörolojik hastalığı olmamak;
6. Aktif psikotik bozukluk, duygudurum epizodu veya demansiyel süreçlerin olmaması.

Sağlıklı kontrol grubu için:

1. 18-50 yaş aralığında olmak.
2. Normal veya normale göre düzeltilmiş görme keskinliğine sahip olmak;
3. En az lise mezunu olmak ve ana dili Türkçe olmak;
4. Fotik uyarılarla tetiklenebilecek epilepsi gibi nörolojik hastalığı olmamak;
5. Psikiyatrik bozukluk, aktif psikotik bozukluk, duygudurum epizodu veya demansiyel süreçlerin olmaması.

3.3.Bilgisayarlı testler

Bu araştırmada tüm katılımcılara iki farklı bilgisayarlı test uygulanmıştır. Birincisinde tüm bireylerin algılama hızları Stevens ve arkadaşlarının kullandığına benzer bir geriye doğru maskeleme paradigması ile hesaplanmıştır(Stevens et al., 2004). Hesaplanmış minimum maskelemeyi kurtulma düzeyi (MMK) analizlerde diğer

reaksiyon zamanları ile birlikte algısal süreçlere özgü parametreler hesaplanırken ve istatistikte kullanılmıştır.

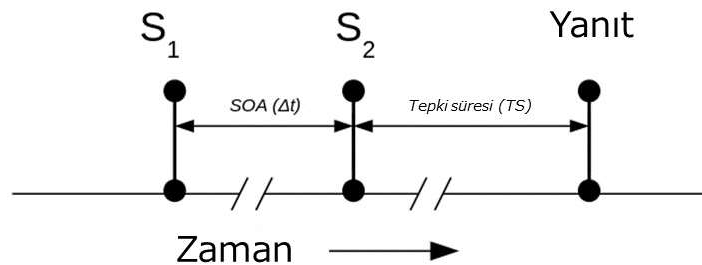
Bu çalışmada tüm testler Lenovo ThinkPad T440p bilgisayarı kullanılarak yapılmıştır. Ekran yenileme hızı 60 Hz olarak ayarlanmıştır.

Her iki paradigma MATLAB R2022b ve Psychtoolbox-3 (version 3.0.10) kullanılarak tasarlanmış ve katılımcılara uygulanmıştır.

Paradigmaların uygulanması arasında 5 dakika mola verilmiştir.

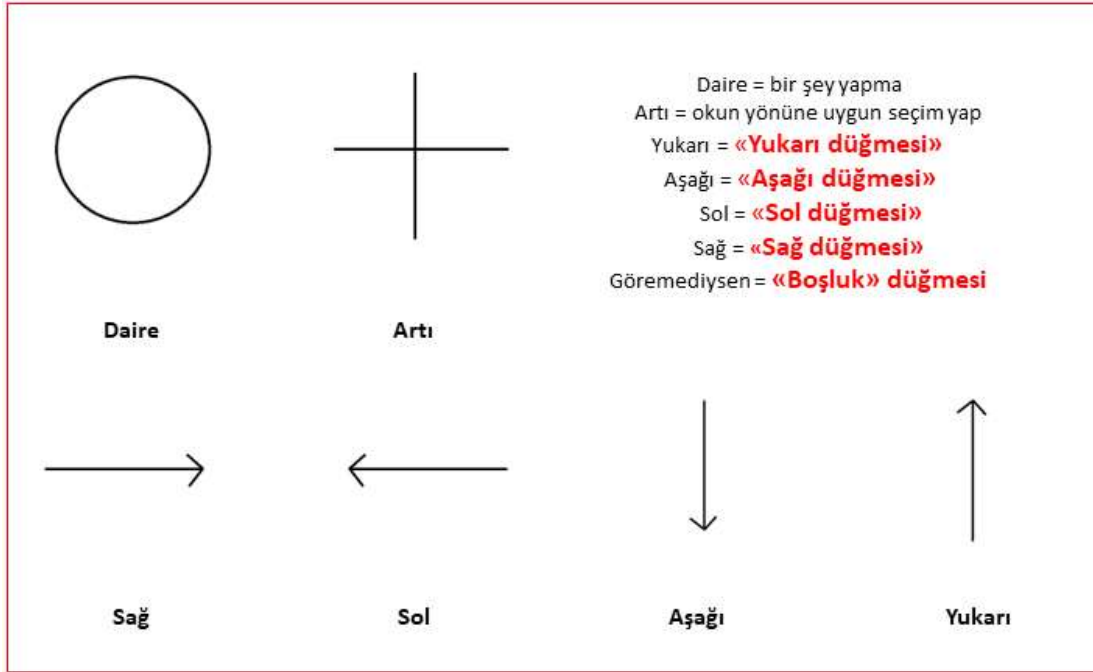
3.3.1. Geriye Doğru Maskeleye (BWM)

Algı hızını değerlendirmek için görsel bir geriye doğru maskeleye prosedürü kullanılmıştır. Bu çalışmada, bir maskeleyenin uzamsal olarak hedef uyarının yerini aldığı 'kesintili maskeleye' kullanılmıştır. Öncelikle hedef uyarı, değişmez bir süre boyunca kısaca gösterilmiş; ardından, değişken bir aralıktan sonra, aynı ekran konumunda bir maskeleye belirmiştir. Hedef uyarının ortaya çıkması ile hedef uyarının yerini alan maskenin ortaya çıkması arasındaki zaman aralığı, milisaniye cinsinden ölçülen 'uyaran başlangıç asenkronisi'dir (SoA - Stimulus Onset Asynchrony). Hedef uyarı yönlü oklar (yukarı, sağ, aşağı, sol) olarak tasarlanmıştır. Deneklere, bir hedef uyarı görmesi halinde yani okunun yönünü tespit edebildiğinde sağ eliyle klavye üzerinde okun yönüne uygun yön tuşlarından uygun işretlemeyi (aksi takdirde sol eliyle “boşluk tuşuna” tıklaması) bekletmeden yapması talimatı verilmiştir.

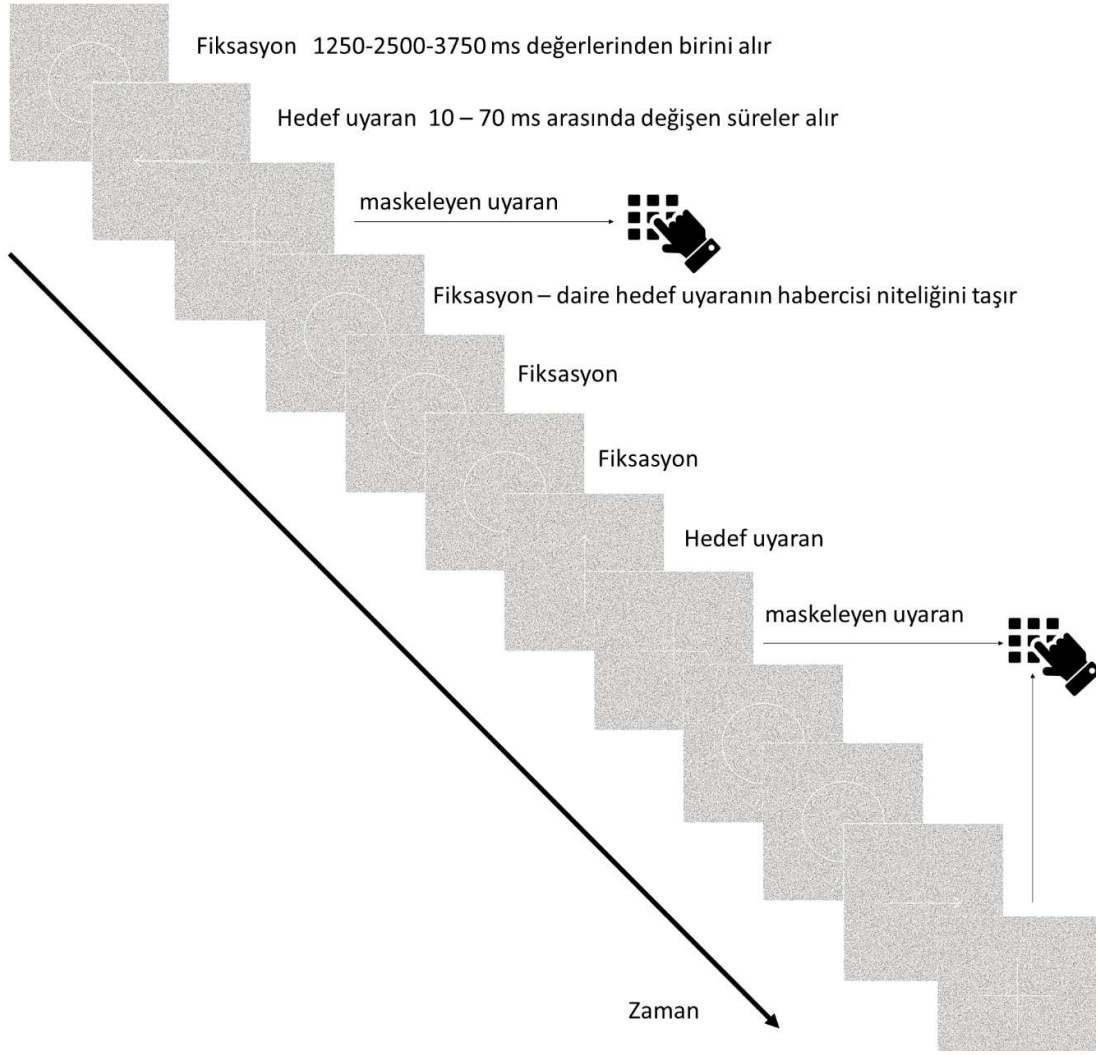


Şekil 3 Geriye doğru maskeleye paradigmasından elde edilen parametrelerin şematik gösterimi.

Uyaranlar (7×7 cm) bilgisayar ekranında gürültü düzeyi özel olarak ayarlanmış gri bir arkaplan (13,5×13,5 cm) üzerinde beyaz renkteydi, görüş mesafesi=0,50-0,60 m (çalışmada kafa sabitleyici kullanılmamış ancak deneyler aynı yerde, masa, bilgisayar ve sandalyenin aynı biçimde pozisyonlanması ve kişinin arkasına yaslanarak deneyi uygulaması üzerinden yürütülmüştür) ve dikey monitör yenilenme frekansı 60 Hz idi ve uyaran ekranı monitör yenileme hızı ile senkronize edildi. SOA için 4 farklı değer aralığı belirlenmiştir (<20 ms; 20-35ms; 35-45 ms; >50 ms). SOA için atanacak süre değeri bu aralıklara uygun olarak kodlanmış ve eşit miktarda sunulması sağlanmıştır. Uygulama sırasında tüm SOA ve tepki süresi değerleri kaydedilmiştir.



Şekil 4 Geriye doğru maskeleyme paradigmasının uygulanmasında kullanılan uyaranlar ve test yönergesi.

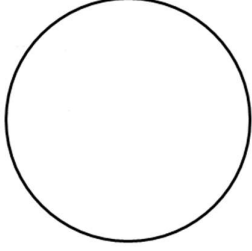
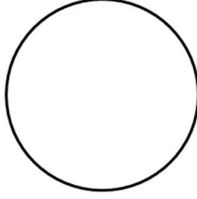


Şekil 5 Geriye doğru maskeleye paradigmasının uygulanmasında kullanılan uyarıların şematik gösterimi.

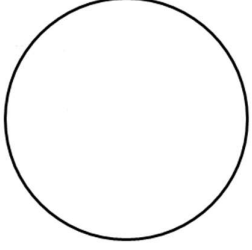
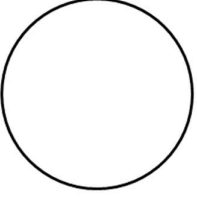
3.3.2. Yorumlama paradigması

Bireylere sunulan uyaranlarda maskeleymeden kurtulmanın minimum düzeyi belirlendikten sonra, algısal değerlendirme ve ifadelendirme için ikinci teste geçilmiştir. Bu paradigmada katılımcılara toplam 46 görsel gösterilmiştir. Her görselde ekranın sağında ve solunda olmak üzere iki figür bulunmaktadır. Ekrana gelen figür ikililerinde özellik farkı bulunmaktadır. Bu özellikler uzunluk, büyüklük, genişlik gibi niceliksel olarak tanımlanabilecek özelliklerde farklılık şeklindedir. Katılımcılara test uygulanırken, resmin altında, farkın tanımlanması ile ilgili bir soru gösterilmiştir. Soru örneği “figürlerden büyük olanı küçük olandan ne kadar büyüktür?” şeklindedir. Ardından ekranda altta likertleme ile “neredeyse hiç” (işaret parmağı), “biraz” (orta parmak), “oldukça” (yüzük parmağı), “çok çok fazla” (serçe parmak) seçeneklerinden birisini “1”, “2”, “3”, “4” tuşları kullanılarak klavye üzerinde işaretlenmesi istenmiştir. Daha sonra aynı uyaran kullanılarak, (uyarandan en az 2 görsel sonra gelecek şekilde) “figürlerden büyük olanı küçük olanın kaç katıdır?” sorusunu takiben görselin altında sayısal olarak yine küçükten büyüğe oranlar verilmiştir. {“1”; “1,5”; “2”; “3”} şeklinde sunulan yanıtlardan klavye üzerinde sırasına uygun olarak “1”, “2”, “3”, “4” tuşları kullanılarak işaretlenmesi istenmiştir. Toplamda 23 figür ikililerinde her iki çeşit değerlendirme sunulmuştur. Oranlar ve şekiller arasındaki gerçek oran için bir ön deney yapılmış ve şıklar dört tercihli bir şekilde düzenlenmiştir.

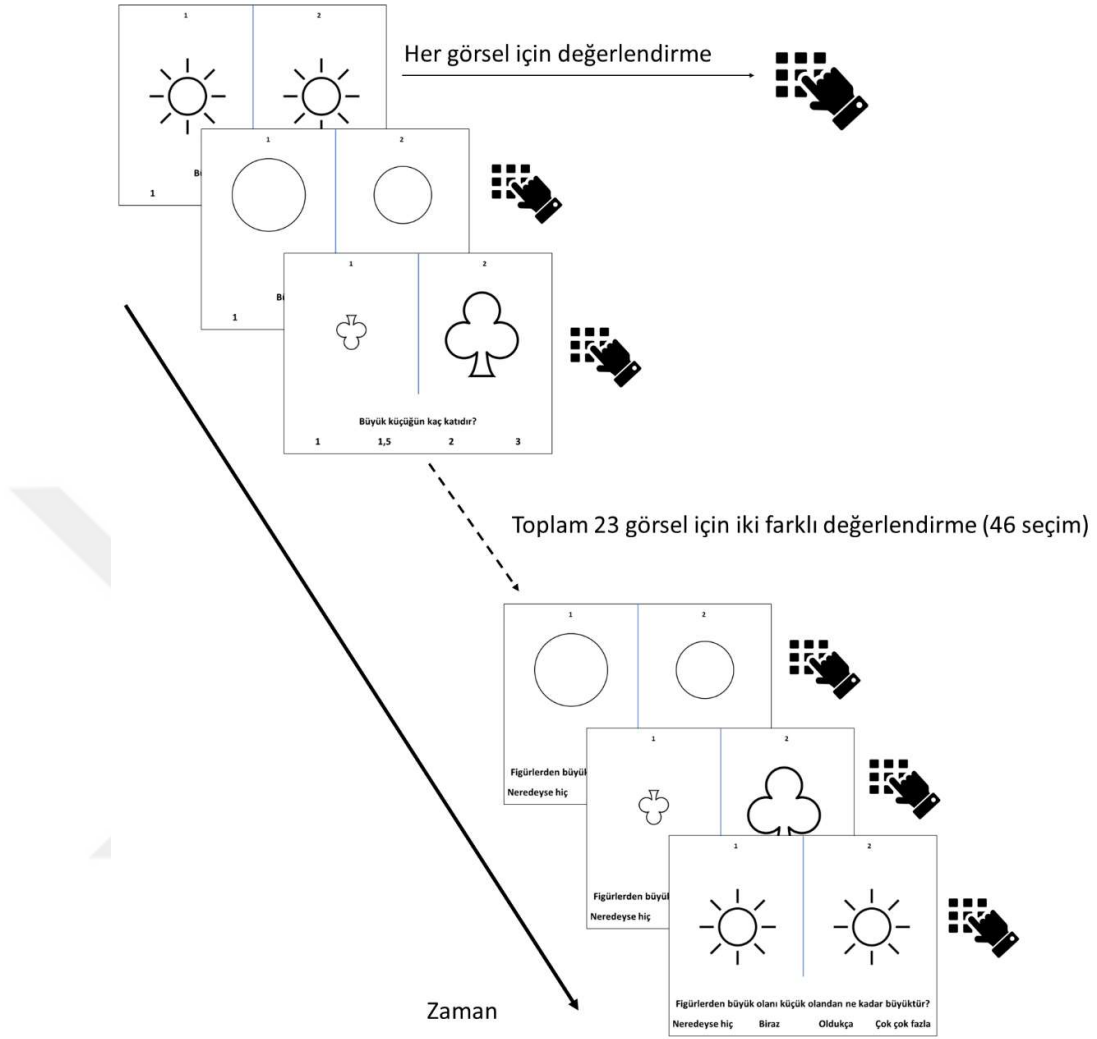
Yorumlama paradigmasında sapmayı oluşturan bileşenler olan sözel ve numerik değerlendirmelerde farkların miktarının toplam değerleri hesaplanmıştır. Her bir resim için yapılan numerik değerlendirmenin likertlemeye göre işaretlenen değerlerinin toplanması ile elde edilen puana numerik değerlendirmelerin farklarının miktarı (NDFM) ve her bir resim için yapılan sözel değerlendirmenin likertlemeye göre işaretlenen değerlerinin toplanması ile elde edilen puana sözel değerlendirmelerin farklarının miktarı (SDFM) değerleri tanımlanmıştır.

1	2
	
Figürlerden büyük olanı küçük olandan ne kadar büyüktür? Neredeyse hiç Biraz Oldukça Çok çok fazla	

Şekil 6 Sözel kıyasmanın yapıldığı görsel örneği.

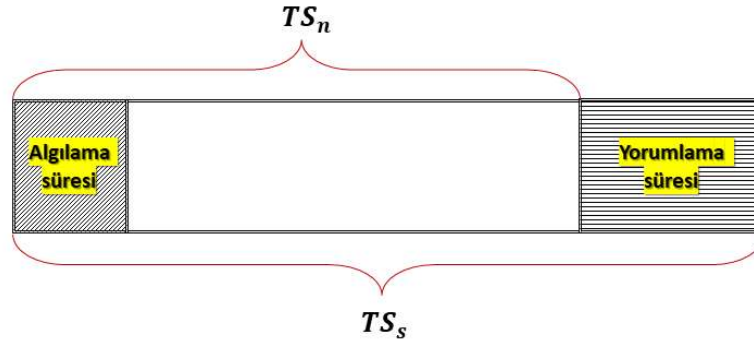
1	2
	
Büyük küçüğün kaç katıdır? 1 1,5 2 3	

Şekil 7 Numerik kıyaslamanın yapıldığı görsel örneği.



Şekil 8 Yorumlama paradigmasının uygulanmasında kullanılan uyaranların şematik gösterimi.

Aşağıdaki görselde yorumlama paradigmasından elde edilecek olan tepsi süresi değerlerinden hesaplanacak parametreler özetlenmiştir. Algılama süresi bir parametre olarak geriye doğru maskeleme paradigmasında tanımlanmıştır.



Şekil 9 Yorumlama paradigmasının uygulanmasında kullanılan uyarıların şematik gösterimi. TS_s – Sözel değerlendirmelerdeki tepki süreleri; TS_n – numerik değerlendirmelerdeki tepki süreleri.

3.4. İstatistiksel analizler

Her değerlendirme için,

Elde edilen veriler ordinal (farkın likertleme ile ordinal olarak tanımlanması) ve sayısal (kaç katı olduğunun belirtilmesi) olacaktır. Katılımcıların sapma hesabı aşağıdaki gibi yapılacaktır:

S =sözel değerlendirmelerdeki işaretlemelerin sayısal toplamı

N =numerik değerlendirmelerdeki işaretlemelerin sayısal toplamı

Sapma= $S-N$

Hesaplamalar Matlab kullanılarak yapılacaktır.

Burada SKB hastalarında sözel ve numerik değerlendirmeler arasındaki farkın daha büyük olacağı ve gruplar arasında anlamlı fark oluşturacağı bu çalışmanın birinci hipotezidir. Katılımcılar tercihlerini yaparken milisaniye cinsinden *tepki süreleri* (TS) hesaplanacaktır. sözel ve numerik değerlendirmeler için ayrı ayrı elde edilen TS değerlerinin her ikisi için ayrı ayrı ortalaması alınarak TS_s (sözel) ve TS_n (numerik) değerleri hesaplanmış olacaktır. TS_s-TS_n hesabı da kişilerin yorumlama sürelerini

verecektir. Yorumlama sürelerindeki fark, bu çalışmada, özellikle önem göstermektedir. Bu değer kişilerin sözel olarak tanımlama hızlarını hesaplamamıza olanak verecektir. SKB'li bireylerde bu sürenin ksalmasının sapmayı artıracağı düşünülmektedir.

3.4.1. İstatistiksel yöntem:

Gruplar arasında yaş “Student’s t” testi ile, eğitim ve medeni durum ile ilgili dağılım “Ki-kare” testi ile karşılaştırılacaktır.

S, N, sapma, SoA, TS_s , TS_n değerleri, gruplar arasında, “Student’s t” testi ile karşılaştırılacaktır. Literatürde, SoA süresinin SKB'li bireylerde daha uzun olduğu daha önceden gösterilmiştir(Keilp et al., 2007; Stevens et al., 2004). Ancak bu çalışmada da yapılan karşılaştırma ile bunun doğrulanması mümkün olacaktır. Algılama ve yorumlama zamanları bize görsel algı hızının SKB'de nasıl etkilendiğini gösterecektir. Son olarak, sapma değeri gerçekten bir çarpıtma, abartmaya eğilim olup olmadığını anlamamıza olanak verecektir. Özellikle N değerleri arasında gruplar arasında fark yok ise, bu durumu verbalize ederek (sözelleştirerek) tanımlamaya dair abartmanın önemli bir göstergesi olacaktır.

Tüm istatistiklerde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilecektir ve istatistikler 2 uçlu yapılacaktır.

İstatistiksel analizler IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. (IBM Corp. Released 2015. Armonk, NY: IBM Corp.) kullanılarak gerçekleştirilecektir.

3.5. Kullanılan gereçler:

3.5.1. Borderline Kişilik Envanteri (BKE): Sınır kişilik özelliklerinin taramasını sağlayan bir envanterdir. Leichsenring tarafından geliştirilmiş, 53 maddelik kendini değerlendirme ölçeği olup, doğru-yanlış biçiminde yanıtlanır(Leichsenring, 1999). Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları, 2006 yılında Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Envanterde doğru olarak ifade edilen yanıtlara “1”, yanlış olarak ifade edilen yanıtlara ise “0” puan verilir. Ölçeğin toplam puanı, son iki madde olan 52 ve 53'cü maddeleri puanlamaya

alınmayarak, ilk 51 madde ile hesaplanır. Ölçeğin kesme puanı 15/16 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin orijinal çalışmasında, iç güvenirlik katsayı değeri sırasıyla 0.91 ve 0.87 olarak tespit edilmek ile birlikte ölçeğin uyarlama çalışmasında, güvenirlik analizinde tüm çalışma grubunun iç tutarlılık katsayısı .92, yalnızca sınır kişilik bozukluğu grubunun ise .84 olarak belirlenmiştir(Aydemir et al., 2006).

3.5.2. Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği (ASKÖ): Davis, Panksepp ve Normansell (2003), Panksepp'in afektif sinirbilim kuramına dayanarak "PLAY" (oyun), "SEEK" (merak), "CARE" (bakım), "FEAR" (korku), "ANGER" (öfke), "SADNESS" (üzüntüye) ilişkin nöral devrelerin nörolojik bazlı duygudurum bağlantılarını ve bu ögelerin bireysel farklılıkları değerlendiren 'Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği'ni geliştirmişlerdir(Davis et al., 2003). Ölçek 7 alt boyut ve 110 maddeden oluşmaktadır. Her bir alt ölçek 7 tanesi pozitif, 7 tanesi negatif formüle edilmiş 14 sorudan oluşmaktadır. Yedinci alt ölçek olarak tanımlanan "SPIRITUALITY" ise 6 tanesi pozitif, 6 tanesi negatif formüle edilmiş 12 sorudan meydana gelmektedir. Ölçeğin alt ölçekleri olumlu ve olumsuz olarak iki gruba ayrılmaktadır. Üç olumlu alt ölçekte bulunan "SEEK" (meraklılık, keşif, problemlere çözüm aramak), "PLAY" (eğlenmek, fiziksel temas içeren oyunlar oynamak, mizah, genel olarak mutlu ve neşeli olmak), "CARE" (beslemek, hayvan ve insanlara karşı merhamet, empati, şefkat hissiyatı ve ihtiyaç duyulmaktan hoşlanmak) gibi unsurlardan oluşmaktadır. "FEAR" (kaygılı ve gergin hissetme, kararlarla mücadele ve geçmiş kararlara dair ruminasyonlar, uykuda azalma, cesaretsizlik), "SADNESS" (yalnızlık, sık sık ağlama, sevdikleriyle değilken sıkıntılı hissetme) ve "ANGER" (öfkenin sözlü ve fiziksel ifadesi, uzun süre kızgın kalma) ise olumsuz alt ölçekler başlığı altında yer almaktadır. Olumlu veya olumsuz olarak değerlendirilmeyen maneviyat alt ölçeği ise, insanlığa, bütüne aidiyet, birlik duygusu hissiyatı, iç huzur ve uyum için çaba gösterme, yaşamda anlam arama olarak tanımlanmaktadır. Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeği ile ölçülen "SPIRITUALITY", dindarlıkla ilintili olmayıp; büyük ölçüde aşkın değerlere odaklanmaktadır(Davis et al., 2003).

Dörtlü Likert tipi ve katılımcıların öz bildirimlerine dayalı olan Afektif Sinirbilim Kişilik Ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik sonuçlarını içeren orijinal çalışmada Cronbach's Alpha değerleri .65 ila .86 arasındadır. Ölçeğin orijinal

çalışmadaki analizlere sadık kalınarak, İçöz tarafından uyarlanan Türkçe formunun toplam Cronbach's Alpha değeri .81 olarak bulunmuş; alt boyutlarının Cronbach's Alpha değerleri ise “arayış” için .56, “bakım” için .72, “oyun” için .70, “korku” için .70, “öfke” için .73, “üzüntü” için .55 ve “maneviyat” için .78 olarak analiz edilmiştir(F. Jak İçöz, 2012; Özkara-Gradwohl et al., 2014).

3.5.3. Zihinselleştirme Ölçeği (MentS): Bu ölçek, 28 maddeden oluşmakta ve 5’li Likert (1- Tamamen yanlış, 5- Tamamen doğru) ile derecelendirilmektedir. Ölçeğin kendilik temelli zihinselleştirme (MentS-Self, MentS-S), ötekiler temelli zihinselleştirme (MentS-Others, MentS-O) ve zihinselleştirmeye güdülenme (MentS-Motivation, MentS-M) olmak üzere üç alt boyutu vardır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları toplam puan için 0,84, kendilik (MentS-S) için 0,76, ötekiler (MentS-O) ve güdülenme (MentS-M) için ise 0,77 olarak rapor edilmiştir(Dimitrijević et al., 2018). Ölçeğin tümü için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,84 olarak hesaplanırken, MentS-S için 0,78; MentS-O için 0,80 ve MentS-M için 0,79 olarak bulunmuştur(TÖRENLİ KAYA et al., 2023).

3.5.4. Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği (YİÖ): Zihinselleştirme kavramı Allen, Fonagy ve Bateman(Allen et al., 2008; Bateman & Fonagy, 2004) tarafından bireyin kendisinin ya da başkalarının ruhsal durumlarının farkında olması, kendine dışarıdan bakabilmesi ve kendini başkalarının yerine koyabilmesi, zihinsel bir nitelik verme veya zihinsel anlamda olgunlaşma olarak özetlenmektedir. Aynı bilim insanlarının ifade ettiği üzere, kişi kendisinin veya başkalarının psikolojik durumlarının farkında olduğu, duygular hakkında düşündüğü zaman zihinselleştirme yapmaktadır. Bu çalışmada zihinselleştirme becerisi, psikolojik/zihinsel durumlar hakkında kesinlik (YİÖk) ve belirsizlik (YİÖb) olmak üzere iki alt boyuttan ve 54 maddeden oluşan 7’li Likert tipi bir ölçek olan Yansıtıcı İşleyiş Ölçeği (YİÖ) aracılığıyla ölçülmektedir(Fonagy et al., 2016). Fonagy ve arkadaşları (2016) tarafından gerçekleştirilen geçerlik çalışmasında ölçeğin toplam puanlanmasının yanı sıra, her iki alt boyutun da bağımsız puanlar oluşturulması için 26 maddenin yeniden puanlandırılması önerilmiştir.

Ölçeğin uzun ve kısa formu bulunmaktadır. Kısa form 8, uzun form ise 54 maddeden oluşmaktadır. Bu çalışmada 54 maddeden oluşan uzun form kullanılmıştır. Ölçeği geliştiren ekip tarafından bu maddelerden yalnızca 26’sının puanları hesaplanarak analizde kullanılması gerektiği belirtilmiştir. Ölçek 7’li

likert tipinde, 1 ile 7 arasında puanlanmaktadır. 1 “kesinlikle katılmıyorum” ifadesi iken 7 “kesinlikle katılıyorum” ifadesidir. Bu maddeler puanlanırken Yansıtıcı İşleyişte Kesinlik alt boyutu için YİÖ2 (Bir başkasının ne düşündüğünü ya da nasıl hissettiğini anlamak benim için kolaydır), YİÖ7 (Yakın arkadaşlarımla ne düşündüğünü tam olarak bilirim), YİÖ8 (Ne hissettiğimi her zaman bilirim), YİÖ10, YİÖ14, YİÖ27, YİÖ30, YİÖ34, YİÖ35, YİÖ38, YİÖ42, YİÖ47 maddeleri (1=0), (2=0), (3=0), (4=0), (5=1), (6=2), (7=3) olacak şekilde değerlendirmeye alınırken; YİÖ1 (İnsanların düşünceleri benim için bir bilinmezdir), YİÖ6 (Başkalarının duygu ve düşüncelerini anlamam uzun zaman alır), YİÖ12 (Ne hissettiğim konusunda sıklıkla kafam karışır), YİÖ16, YİÖ18, YİÖ20, YİÖ22, YİÖ26, YİÖ28, YİÖ36, YİÖ40, YİÖ43, YİÖ44, YİÖ52 maddeleri ise (1=3), (2=2), (3=1), (4=0), (5=0), (6=0), (7=0) olacak şekilde değerlendirmeye alınır. Yansıtıcı İşleyişte Belirsizlik için de yine 26 madde kullanılır. Ancak Yansıtıcı İşleyişte Kesinlik hesaplamasının tersine YİÖ2, YİÖ7, YİÖ8, YİÖ10, YİÖ14, YİÖ27, YİÖ30, YİÖ34, YİÖ35, YİÖ38, YİÖ42, YİÖ47 66 maddeleri (1=3), (2=2), (3=1), (4=0), (5=0), (6=0), (7=0) olacak şekilde değerlendirmeye alınır. YİÖ1, YİÖ6, YİÖ12, YİÖ16, YİÖ18, YİÖ20, YİÖ22, YİÖ26, YİÖ28, YİÖ36, YİÖ40, YİÖ43, YİÖ44, YİÖ52 maddeleri ise (1=0), (2=0), (3=0), (4=0), (5=1), (6=2), (7=3) olacak şekilde değerlendirmeye alınır. Değerlendirmeye alınmayan maddeler ölçeğin ölçmeyi hedeflediği ile ilgisiz sorular içerir. Örneğin, “Ben değiştiğçe ebeveynlerimin zihnimdeki resmi de değişir”, “İnsanların duygu ve düşünceleri hakkında çok fazla endişelenirim”, “Rüyalarımın anlamını merak ederim” gibi maddeler analize dahil edilmemiştir(Pelin Buruk, 2019).

Kişinin kendisi ve diğerleri hakkındaki kesin/net psikolojik durumları kesinlik/hipermentalizasyon (YİÖk), kişinin kendisi ve diğerleri hakkındaki belirsiz psikolojik durumları ise belirsizlik/hipomentalizasyon (YİÖb) olarak ifade edilmektedir. Her iki alt boyut için de yüksek puanlar zihinselleştirme kapasitesindeki bozulmaları yansıtmaktadır. Fonagy ve arkadaşlarının çalışmasında ifade edildiği üzere, ölçeğin kesinlik alt boyutunun Cronbach Alpha değeri klinik örneklem için .77 ve klinik olmayan örneklem için .63 olarak; belirsizlik alt boyutunun değerleri ise aynı sıralamayla .65 ve .67 olarak rapor edilmiştir(Fonagy et al., 2016). Ölçeğin Türkçe versiyonundaki Cronbach Alpha

değerleri kesinlik alt boyutu için .90 ve belirsizlik alt boyutu için .81 olarak belirlenmiştir(G. Köksal, 2017).

3.5.5. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D): Hastada depresyonun düzeyini ve şiddetini ölçer. Görüşmeci tarafından uygulanır. 17 maddeden oluşur. Hamilton tarafından 1960 yılında geliştirilmiştir(M. Hamilton, 1960). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmıştır(Akdemir et al., 1996). Ölçeğin Türkçe formunun güvenilirliği, iç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değerleri 0,75, Spearman Brown güvenirlik katsayısı 0,76'dır. Değerlendiriciler arası güvenirlik katsayısı 0,86 ile 0,98 değerleri arasındadır.

3.5.6. Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A): Ölçek, Hamilton ve arkadaşları tarafından 1956'da anksiyete seviyesini ve belirti dağılımını belirlemek amacı ile hazırlanmıştır(M. A. X. Hamilton, 1959). Bilişsel ve somatik anksiyeteyi sorgulayan 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin psişik belirtilerini (HAM-P) 1, 2, 3, 5, 6 numaralı maddeler, somatik belirtilerini (HAM-S) 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 numaralı maddeler değerlendirmektedir. Toplam skoru bu iki alt skorun toplam puanı belirlemektedir. Yarı yapılandırılmış bir ölçektir ve uygulayıcı tarafından sorgulanarak hastanın durumuna en uygun madde seçilerek 0-4 arasında (0- yok, 4- çok şiddetli) puanlandırılır. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından 1988'de yapılmış, maddelerin tek tek korelasyon katsayıları 0,72 bulunmuş, toplam 0,94 olarak saptanmıştır(K. Yazıcı et al., 1998). Ayrıca çalışmada kesme puanı hesaplanmamıştır. Klinik uygulamada ise 0-5 puan arası anksiyetenin olmadığı, 6-14 puan arası hafif, 15-24 puan arası orta, 25 puan ve üzeri şiddetli anksiyete olarak değerlendirilmektedir.

3.5.7. Beck Depresyon Envanteri (BDE): Duygusal, kognitif, somatik ve motivasyonel etmenleri değerlendirmek amacıyla 1961 yılında Aaron Beck tarafından geliştirilmiştir(Beck et al., 1961). Toplam 21 sorudan oluşan ölçek 0-3 puan aralığında anket formunda hazırlanmış öz bildirim ölçeğidir. Ölçekten alınabilecek potansiyel puan aralığı 0-63 arasındadır. Ölçek puanları belirli aralıklara göre değerlendirilir. 0-9 puan aralığı "hiç yok/minimal depresyon", 10-18 puan aralığı "hafif depresyon", 19-29 puan aralığı "orta depresyon", 30-63 puan aralığı

“şiddetli depresyon” olarak değerlendirilir. BDE’nin Türk toplumu için geçerliliği ve güvenilirliği Hisli tarafından yapılmıştır(Hisli, 1988; N. Hisli, 1989).

3.5.8. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçme üzerine kurulan bir ölçektir. 21 sorudan oluşan ölçekte her madde 0-3 arası puanlanır. Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekten alınan toplam puanın yükselmesi, anksiyete sıklığının arttığını gösterir. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş(Beck et al., 1988) olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy, Şahin ve Erkman tarafından yapılmıştır(Ulusoy et al., 1998).

3.5.9. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAD): Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 de geliştirilmiş(Spielberger et al., 1971), Öner ve Le Compte tarafından 1985’te Türk toplumuna uyarlaması yapılmış(N. Öner & A. Le Compte, 1983), durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini 20 soru ile ayrı ayrı ölçen likert tipi bir ölçektir. Yüksek puanlar yüksek kaygı seviyelerini, düşük puanlar düşük kaygı seviyelerini gösterir. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterinde iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler ise 21,26,27,30,33,36 ve 39 uncu maddeleri oluşturur. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya, önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Envanteri için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Envanteri için 35’dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), ani değişiklik gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmede oldukça duyarlı bir araçtır. Envanterin ikinci bölümünde yer alan yine 20 maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ), kişinin genelde, yaşama eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Skorlar 20 (düşük anksiyete) ile 80 (yüksek anksiyete) arasındadır.

4. BULGULAR

4.1. Çalışma gruplarının özellikleri

SKB grubunda 22, kontrol grubunda 24 kişi olacak şekilde gruplar belirlendi. Gruplar yaş (student t testi ile) ve eğitime (ki kare testi ile) göre karşılaştırıldı anlamlı fark saptanmadı. SKB grubu, literatürdeki diğer çalışmaların bulgularıyla tutarlı olacak şekilde, tüm klinik ölçümlerde kontrol grubundan önemli ölçüde farklıydı. Algısal test performanslarına yaşın etkisi literatürde tutarlı bir biçimde gösterildiğinden (Cadenhead et al., 1997; GREEN et al., 2003) gruplar yaşa göre eşleştirilmiş bireylerden oluşturuldu.

Çalışma katılımcıları eğitim düzeyleri açısından eşleştirilmiş olmakla birlikte, lise eğitim düzeyindeki katılımcıların yaş açısından üniversite eğitim düzeyindeki katılımcılardan anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ve bunun da bulguların yapısını bozduğu göz önünde bulundurularak istatistiklere dahil edilmemiştir. Grupların özellikleri Tablo X.'de özetlenmiştir.

Bu çalışmada antipsikotik ajanlar kullanan SKB hastaları (n=8) da bulunmaktadır. Antipsikotik ilaç kullanımının algısal süreçlere etkisiyle ilgili alanyazında araştırmalar mevcuttur ancak antipsikotik ilaçlar kullanmayan SKB tanıli katılımcılara ulaşmak çalışmanın SKB grubundaki katılımcı sayısını çok kısıtlayacağından çalışmamızda antipsikotik ajan kullanımını dışlayıcı kriter olarak kabul edilmedi. Çalışmamızın bir kısıtlılığı olarak ele alındı bu kısıtlılık dolayısıyla çalışmamızın bulgularının antipsikotik ilaçlar kullanmayan SKB hastalarına genellenmesinde dikkatli olmak gerekmektedir.

Tablo 3 Çalışma gruplarının özellikleri.

		SKB	Kontrol	İstatistik
N		22	24	
Yaş		22.77±3.394	23.88±3.055	t=-1.154 p=.255
Medeni durum	Bekar	22	22	$\chi^2=1.917$ p=.384
	Boşanmış	0	1	
	Evli	0	1	
İmpulsivite		2.23±1.541	.38±.711	t=5.309 p=.000*

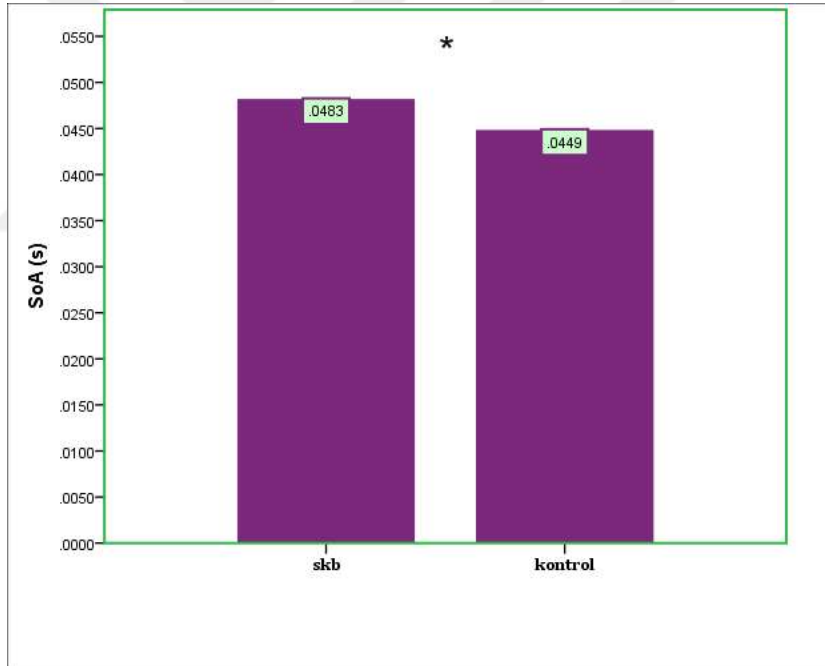
<i>İlkel savunma mekanizmaları</i>	4.27±2.334	.88±.900	t=6.621 p=.000*
<i>Ham-A (total)</i>	14.00±4.309	5.13±5.392	t=6.190 p=.000*
<i>Ham-D</i>	27.00±3.625	19.00±4.644	t=6.541 p=.000*
<i>Beck-A</i>	25.95±13.803	6.46±8.027	t=5.917 p=.000*
<i>Beck-D</i>	26.18±11.911	5.92±4.809	t=7.686 p=.000*
<i>Durumluk anksiyete</i>	45.18±11.533	34.38±7.575	t=3.721 p=.001*
<i>Sürekli anksiyete</i>	56.27±10.453	41.63±9.371	t=4.988 p=.000*
<i>BKE total</i>	23.77±11.510	7.38±5.678	t=6.208 p=.000*
<i>YİÖ belirlilik</i>	16.09±12.698	30.83±11.705	t=-4.083 p=.000*
<i>YİÖ belirsizlik</i>	24.09±15.131	8.96±5.070	t=4.627 p=.000*
<i>Ment-S total</i>	71.64±8.003	82.71±8.457	t=-4.562 p=.000*
<i>Ment-S motivasyon</i>	16.32±2.868	16.92±2.225	t=-.786 p=.437
<i>Ment-S öteki</i>	33.50±3.203	37.42±3.764	t=-3.810 p=.000*
<i>Ment-S kendi</i>	21.82±5.324	28.38±4.753	t=-4.391 p=.000*
<i>ASKÖ seek</i>	23.00±4.918	25.54±7.638	t=-1.328 p=.191
<i>ASKÖ fear</i>	27.50±7.353	23.38±7.517	t=1.880 p=.067
<i>ASKÖ care</i>	26.50±8.233	26.79±7.599	t=-.125 p=.901
<i>ASKÖ anger</i>	27.68±10.558	24.21±7.181	t=1.293 p=.204
<i>ASKÖ play</i>	21.45±5.492	25.17±7.637	t=-1.904 p=.064
<i>ASKÖ sadness</i>	25.27±7.119	19.63±4.744	t=3.191 p=.003*
<i>ASKÖ spirituality</i>	15.91±6.125	18.13±6.892	t=-1.154 p=.255

4.2. Algısal test performansları

Her iki grubun algısal testlerdeki performansını değerlendiren ölçümler Tablo 4’de özetlenmiştir. SKB grubunun maskeleme paradigmasında doğru sayıları ve SoA açısından kontrol grubundan anlamlı şekilde farklılık gösterdiği bulundu.

Student t testi ile gruplar arasında maskeleme süreleri karşılaştırıldı, 2SD’den büyük değerleri dışarıda bıraktığımızda doğruyu algılama açısından anlamlı fark vardı. Doğruyu algılama açısından ($SoA_{2SD} = 0.0483 \pm 0.00614$ ve 0.0449 ± 0.00450 ($t=2.096$ $p=0.043^*$)) SKB grubunun daha uzun sürede algıladıkları ortaya çıkmıştır. (Şekil 9)

Student t testi gruplar arasında doğru sayıları açısından anlamlı fark olduğunu gösterdi (Doğru sayısı= 15.73 ± 7.510 ve 22.38 ± 8.520 ($t=-2.812$ $p=0.007^{**}$)). Şekil 10 ve 11’de algılama süreleri ve doğru sayıları birlikte grafikte görselleştirilmiştir.



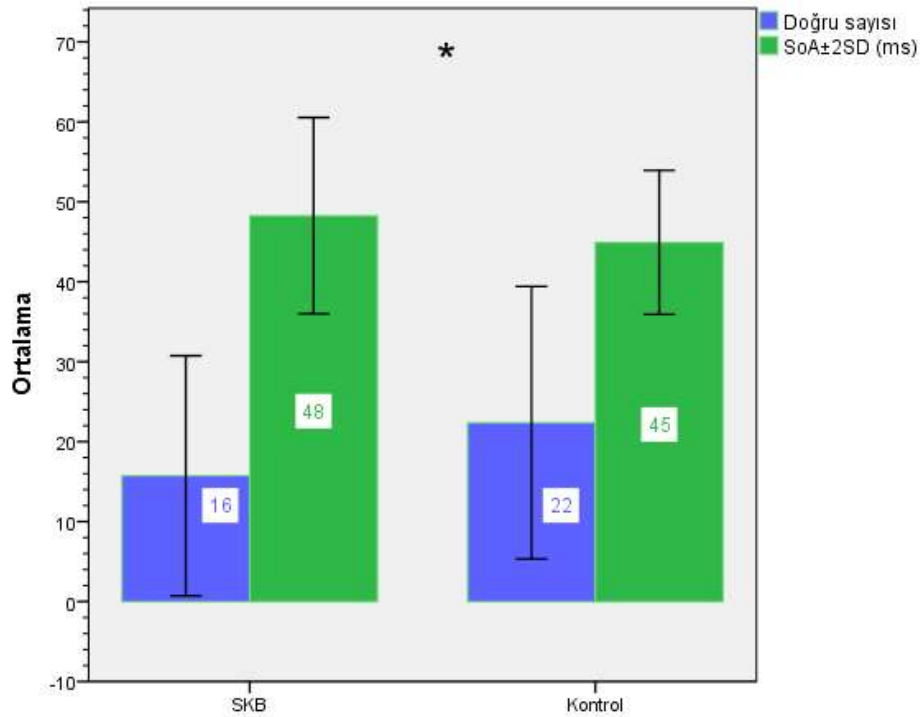
Şekil 10. Maskele paradigmasında maskeleme sürelerinin ortalamalarının karşılaştırılması.

Student’s t testi ile gruplar arasında yorumlama süreleri karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı. Hem numerik değerlendirmelerdeki tepki süreleri ($TS_m = 2.5770 \pm 0.614$ ve 2.3169 ± 0.878 ($t=1.172$; $p=0.248$)), hem de sözel değerlendirmelerdeki tepki süreleri ($TS_s = 3.0498 \pm 0.777$ ve 2.7309 ± 1.232 ($t=1.059$; $p=0.296$)) açısından fark saptanmadı. (Tablo 4)

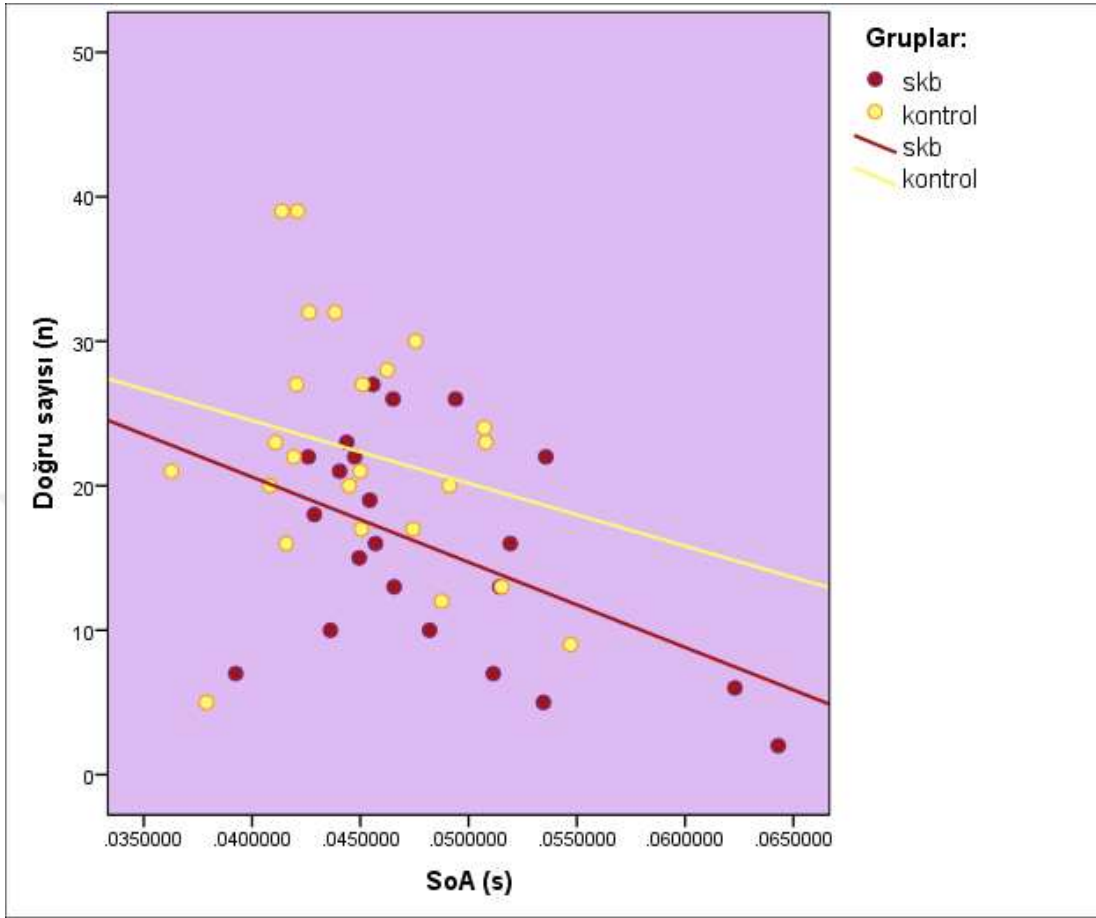
Tablo 4 Çalışma gruplarının algısal testlerdeki performansları

	SKB	Kontrol	İstatistik
N	22	24	
<i>Doğru sayısı</i>	15.73 ± 7.510	22.38 ± 8.520	t=-2.812 p=.007*
<i>SoA_{2SD}</i>	.0483 ± .0061	.0449 ± .0045	t=2.096 p=.043*
<i>TS_s</i>	3.0498 ± .777	2.7309 ± 1.232	t=1.059 p=.296
<i>TS_m</i>	2.5770 ± .614	2.3169 ± .878	t=1.172 p=.248
<i>YS</i>	.473 ± .376	.414±.449	t=.483 p=.632
<i>Sapma</i>	.45 ± 4.149	-.88±4.057	t=1.097 p=.279

SoA_{2S} - algılama süresi; *TS_s*- Sözel değerlendirmelerde tepki süreleri; *TS_m*- numerik değerlendirmelerde tepki süreleri; *YS* - Yorumlama süresi (= *TS_s* - *TS_m*)



Şekil 11 Maskele paradigmasında maskeleme sürelerinin ve doğru sayılarının ortalamalarının standart sapmalı karşılaştırılması.



Şekil 12 Her iki grubun geriye doğru maskeleye paradigmasındaki doğru sayıları ve algılama sürelerinin saçılım grafiği.

Bu çalışmada bireysel uyarın tespit eşiklerini belirlemek için bir prosedür uygulamadık, ancak en uzun SoA'larda bile uyarınları tespit edemeyen denekleri istatistikten hariç tuttuk. Bu katılımcılar (n=2) SKB grubundaydı.

Yorumlama paradigmasında sözel ve nümerik değerlendirmelerdeki fark sapma (algısal abartmanın bir ölçütü olarak kabul edildi) değeri olarak istatistiklerde kullanıldı. Grubun sapma (0.45 ± 4.149 ve -0.88 ± 4.057 ($t=1.097$; $p=0.279$)) değerleri için bir faktör olup olmadığını anlamak için Student t testi uygulandı, ancak anlamlı fark bulunamadı. Daha sonra, sapmanın üzerine, SKB'nin fenomenolojisi üzerinden, dürtüsellik ve bölmenin rol oynayabileceği hipotez edildiği için ilkel savunma mekanizmaları ve dürtüsellik puanları grup ile birlikte bağımlı değişken ve sapma değerleri bağımsız değişken olacak şekilde lineer regresyon analizi yapıldı. Lineer regresyon analizi sapmanın üzerine grubun ($t=-1.167$; $p=0.250$) etkisinin olmadığını ortaya koydu. LRA'ya göre ilkel savunmaları kullanmaya

eğilimin ($t=-1.693$; $p=0.098$) ve dürtüsellik de ($t=1.147$; $p=0.258$) sapma üzerine etkisi olmadığı göstermiştir. Bu sonuçlar anlamlı ilişkiler göstermese de ilkel savunmalar ve dürtüsellik abartma üzerindeki etkilerinin zıt yönlerde olması dikkat çekicidir. (ilkel savunmalar $\beta=-0.491$) (dürtüsellik $\beta=0.345$).

Tablo 5 Grup, ilkel savunma mekanizmaları ve impulsivitenin sapma ile ilişkisinin değerlendirildiği lineer regresyon analizi.

	β	St. Hata	Beta	t	p
Grup	-2.106	1.805	-.259	-1.167	.250
İlkel savunma mekanizmaları	-.831	.491	-.491	-1.693	.098
İmpulsivite	.516	.450	.345	1.147	.258

Bağımlı değişken: sapma

Daha sonra analize depresyon ve anksiyete değerleri dahil edildiğinde ilkel savunmaları kullanmaya eğilimin ($t=-1.983$; $p=0.054$) neredeyse anlamlı, anksiyete değerlerinin ise ($t=-2.538$; $p=0.015$) sapma üzerine anlamlı etki oluşturduğu görülmüştür. Anksiyetenin sapma üzerine olan etkisinin negatif yönde ($\beta=-0.508$) olduğu görülmüştür.

Tablo 6 Grup, ilkel savunma mekanizmaları, impulsivite, depresyon ve anksiyetenin sapma ile ilişkisinin değerlendirildiği lineer regresyon analizi.

	β	St. Hata	Beta	t	p
Grup	-2.763	2.001	-.340	-1.381	.175
İlkel savunma mekanizmaları*	-.929	.468	-.549	-1.983	.054
İmpulsivite	.774	.436	.517	1.777	.083
HAM-A*	-.316	.125	-.508	-2.538	.015*
HAM-D	.182	.142	.257	1.283	.207

Bağımlı değişken: sapma; HAM-A: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği; HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği.

Sapmanın üzerine hangi algısal parametrenin etkisinin olduğunu anlamak üzere sapmanın bağımlı değişken olarak belirlendiği lineer regresyon analizinde yorumlama süresinin (sözel ve numerik değerlendirmelerdeki tepki sürelerinin farkı) ($t=3.547$; $p=0.001$) anlamlı etkisinin olduğu saptandı. Bu anlamlılık grubun etkisiyle bozulmadı ($t=3.466$; $p=0.001$). Yorumlama süresinin sapma ile anlamlı ilişkisi göz önünde bulundurularak yorumlama süresini elde ettiğimiz parametrelerden hangisinin bu ilişkide daha büyük etkisi olduğunu görmek için sapmanın bağımlı değişken olduğu lineer regresyon analizine sözel ve numerik değerlendirmelerdeki tepki sürelerini dahil ettiğimizde sözel

değerlendirmelerdeki tepki sürelerinin ($t=2.576$; $p=0.014$) daha anlamlı etkisi olduğunu saptadık. Bu ilişki de grubun etkisiyle bozulmadı ($t=2.583$; $p=0.013$).

Tablo 7 Sözel değerlendirmelerdeki tepki sürelerinin sapma ile ilişkisinin değerlendirildiği lineer regresyon analizi.

	β	St. Hata	Beta	t	p
TS_s	1.737	.535	.440	3.249	.002

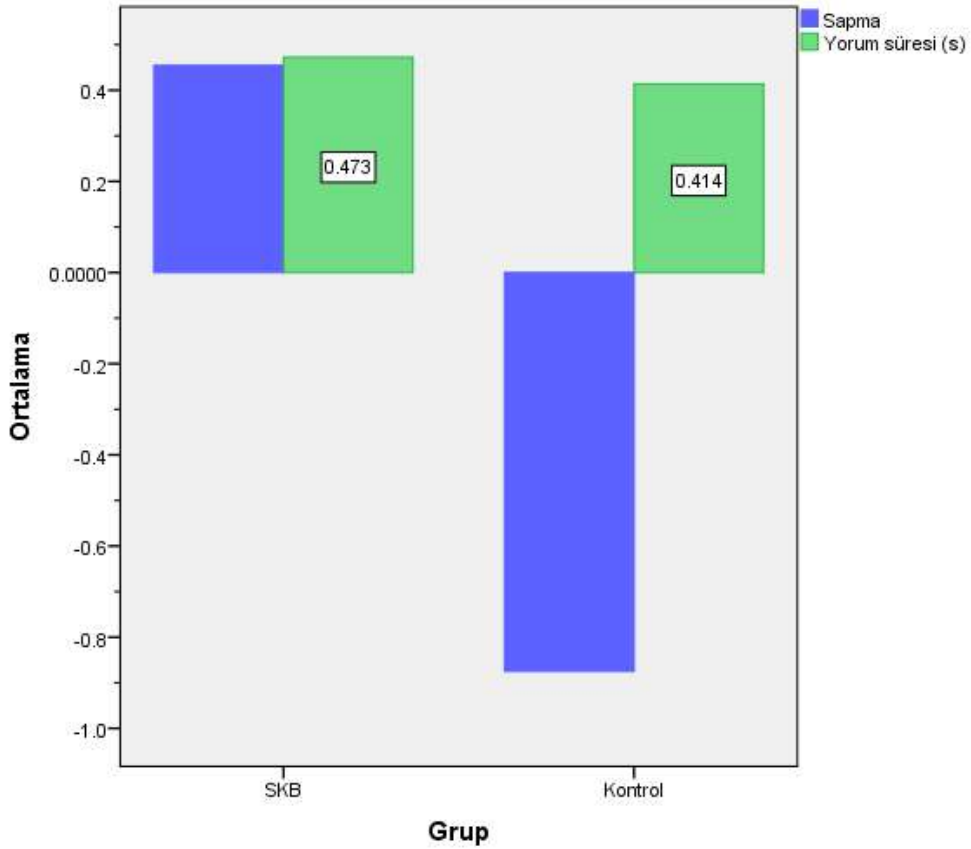
Bağımlı değişken: sapma

Regresyon analizine yorumlama sürelerini kattığımızda anksiyete değerlerinin ($t=-2.538$; $p=0.015$) sapma üzerine anlamlı etkisinin devam ettiğini, yorumlama süresinin ($t=-2.567$; $p=0.014$) de anlamlı etkisinin olduğu görülmüştür.

Tablo 8 Grup, ilkel savunma mekanizmaları, impulsivite, yorumlama süresi, depresyon ve anksiyetenin sapma ile ilişkisinin değerlendirildiği lineer regresyon analizi.

	β	St. Hata	Beta	t	p
Grup	-2.037	1.896	-.250	-1.075	.289
İlkel savunma mekanizmaları	-.622	.455	-.368	-1.368	.179
İmpulsivite	.636	.411	.425	1.547	.130
HAM-A*	-.252	.119	-.405	-2.109	.041*
HAM-D	.113	.136	.159	.834	.410
YS*	3.578	1.394	.359	2.567	.014*

Bağımlı değişken: sapma; HAM-A: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği; HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği; YS: Yorumlama süresi



Şekil 13 Yorumlama paradigmasında yorumlama süresi ve sapma değerlerinin gruplara göre karşılaştırılması.

Katılımcıların anksiyete ve depresyon puanları öz-bildirim ve klinisyen tarafından puanlanan ölçeklerle değerlendirilmiştir. Depresyon değerlendirmesi için Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (klinisyen) ve Beck Depresyon Envanteri (öz-bildirim), anksiyete değerlendirmesi için Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (klinisyen) ve Beck Anksiyete Ölçeği (öz-bildirim) kullanılmıştır. SKB’li kişilerin depresyon değerlerini klinisyenlerden daha yüksek puanladıklarını gösteren bir çalışma SKB’li kişilerin kendi öz bildirimlerinde belirtilerini abarttıkları şeklinde yorumlanmıştır.

Bu çalışmada hem depresyon hem de anksiyete açısından benzer değerlendirmenin yapılabilmesi için her iki ölçüm aracıyla olan değerlendirmeler kişi bazında hesaplanmış ve birbirine kıyaslanabilir bir düzleme getirmek adına hesaplanmış ölçek puanları her ölçeğin maksimum puanına oranlanmıştır, böylece 0 ile 1 arasında bir normalizasyon sağlanmıştır. Kişinin ölçek derecelendirmeleri yükseldikçe değer 1’e yaklaşacaktır. Daha sonra depresyon ve anksiyete ölçekleri için elde edilmiş olan oransal değerler aynı türden olmak kaydıyla öz-

bildirim değerlendirmesi klinisyen değerlendirmesine oranlanarak klinik abartma katsayısı (KAK) hesaplanmıştır (Beck Anksiyete/Hamilton Anksiyete ve Beck Depresyon/Hamilton depresyon).

$$KAK_A = \frac{Beck\ Anksiyete}{Hamilton\ Anksiyete}$$

$$KAK_D = \frac{Beck\ Depresyon}{Hamilton\ depresyon}$$

Tablo 9'daki anksiyete ve depresyon için normalize edilmiş Beck ve Hamilton ölçek puanları ve klinik abartma katsayılarından görüldüğü üzere SKB grubunda öz-bildirim değerlendirmeleri klinisyen değerlendirmelerinden daha yüksek oranları almıştır. Normalize edilen değerlerin oranlanmasıyla elde edilmiş olan KAK_D (1.07 ± 0.43 , 0.45 ± 0.66 ($t=3.700$; $p=.001$)) ve KAK_A (1.64 ± 0.7 , 1.21 ± 0.57 ($t=3.547$; $p=.001$)) değerleri açısından da iki grup arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Tablo 9 Grupların öz-bildirim ve klinisyen tarafından değerlendirilen anksiyete ve depresyon ölçek puanlarının normalize edilmiş değerlerinin ve klinik abartma katsayılarının karşılaştırılması.

	SKB	Kontrol	İstatistik	
N	22	24		
Beck – A_n	.4120±.22	.1025±.13	t=5.788	p=.000*
HAM – A_n	.2500±.08	.0915±.10	t=6.130	p=.000*
Beck – D_n	.4156±.19	.0939±.08	t=7.444	p=.000*
HAM – D_n	.3857±.05	.2714±.07	t=6.471	p=.000*
KAK_A	1.64±0.7	1.21±0.57	t=3.547	p=.001*
KAK_D	1.07±0.43	0.45±0.66	t=3.700	p=.001*

KAK_A – Anksiyete değerleri için klinik abartma katsayısı; KAK_D – Depresyon değerleri için klinik abartma katsayısı; HAM – A_n: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği puanlarının normalize edilmiş değerleri; HAM – D_n: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği puanlarının normalize edilmiş değerleri; Beck – A_n – Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının normalize edilmiş değerleri; Beck – D_n – Beck Depresyon Ölçeği puanlarının normalize edilmiş değerleri

İlkel savunma mekanizmalarının algısal parametrelerle korelasyonlarına baktığımızda algılama süresiyle pozitif, yorumlama süresiyle negatif korele olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda Tablo 10'da yorumlama süresiyle sapmanın pozitif korele olduğu da görülmektedir.

Tablo 10 İlkel savunma mekanizmalarının algısal parametrelerle korelasyonları.

		Algılama süresi	Yorumlama süresi	Sapma	İSM
Algılama süresi	r	1			
	p				
Yorumlama süresi	r	-.350	1		
	p	.110			
Sapma	r	-.340	.544**	1	
	p	.122	.009		
İSM	r	.540**	-.436*	-.348	1
	p	.009	.043	.113	
*. Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (2 uçlu).					
**. Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (2 uçlu).					
İSM – İlkel savunma mekanizmaları.					

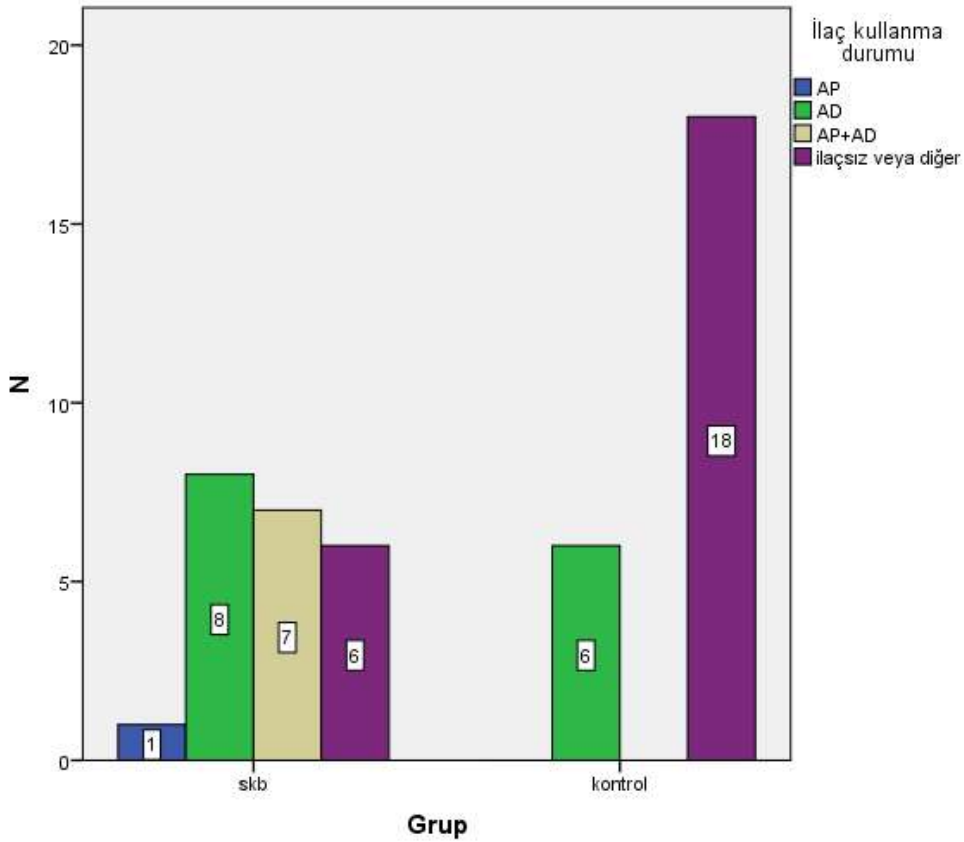
Pearson korelasyon analizinde anksiyete değerleri, klinik abartma katsayıları, ilkel savunma mekanizmaları, sapma değerleri ve doğru sayıları ile korelasyonlara baktığımızda anksiyete değerlerinin doğru sayısı ile negatif korele olduğu ($r = -0.346$; $p = 0.018$), klinik abartma katsayılarının sapmayla korele olmadığı, ilkel savunma mekanizmaları puanlarının anksiyete puanları ile ($r = 0.593$; $p < 0.001$) ve depresyon için klinik abartma katsayıları ($r = 0.509$; $p < 0.000$) ile pozitif, doğru sayıları ($r = -0.384$; $p = 0.008$) ile negatif korele olduğu görülmüştür.

Tablo 11 İlkel savunma mekanizmalarının algısal parametrelerle korelasyonları.

		HAM-A	Doğru sayısı	Sapma	KAK _A	KAK _D	İSM
HAM-A	r	1					
	p						
Doğru sayısı	r	-.346*	1				
	p	.018					
Sapma	r	-.120	-.087	1			
	p	.428	.563				
KAK _A	r	-.036	-.064	-.123	1		
	p	.810	.674	.415			
KAK _D	r	.708**	-.415**	-.158	-.019	1	
	p	.000	.004	.293	.900		
İSM	r	.593**	-.384**	-.014	.276	.509**	1
	p	.000	.008	.924	.064	.000	
*. Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (2 uçlu).							
**. Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (2 uçlu).							
KAK _A – Anksiyete değerleri için klinik abartma katsayısı; KAK _D – Depresyon değerleri için klinik abartma katsayısı; HAM-A – Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği; İSM – İlkel savunma mekanizmaları.							

Son olarak, gruplar psikiyatrik ilaç kullanımları açısından incelendiğinde kontrol grubunda 6 kişi antidepresan ilaç kullanmaktayken, SKB grubunda 8 kişi sadece antidepresan, 1 kişi sadece antipsikotik, 6 kişi ise hem antidepresan hem antipsikotik kullanmaktaydı.

SKB grubunun %36,4-ünün (toplam 22 kişiden 8'i) antipsikotik ilaç kullanıyor olduğu ve kontrol grubunda hiç antipsikotik ilaç kullanan katılımcı olmadığı, SKB grubundan 8 kişinin dışarıda bırakılmasının gruplar arası eşleştirmeyi tamamen bozacağı göz önünde bulundurularak antipsikotik kullanmayan kişiler için analiz yapılmadı.



Şekil 14 Grupların ilaç kullanma durumları açısından karşılaştırılması. (AP – Antipsikotik; AD – Antidepresan)

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada Sınır Kişilik Bozukluğu olan kişilerde görsel algı bağlamında algısal süreçlerin ileri değerlendirme süreçleri ile olan ilişkisi ve SKB fenomenolojisinde dikkat çeken bir özellik olan abartma eğiliminin algısal parametrelerle ilişkisinin olup olmadığı araştırıldı.

Geriye doğru maskeleme paradigmasında uyarının sunulmasından maskeleyenin ortaya çıkmasına kadar geçen süre (SoA) uyarının algılanması için tanınmış süre olması bakımından katılımcıların algılama süresi olarak değerlendirildi. Daha önce benzer tasarımlar kullanan araştırmaların bulgularıyla tutarlı olacak şekilde SKB grubu geriye doğru maskeleme paradigmasında doğruyu algılamak için daha uzun süreye ihtiyaç duydu(Keilp et al., 2007; Stevens et al., 2004). Analizlere dahil edilen tüm katılımcılarda, bu görevde diğer çalışmalarda da görüldüğü gibi, SoA arttıkça doğruyu algılama performansı iyileşme göstermiştir(Keilp et al., 2007).

Yorumlama paradigmasında aynı görsellerin numerik ve sözel değerlendirmelerinde sözel değerlendirmelerin tepki süreleriyle numerik değerlendirmelerin tepki süreleri arasındaki fark algı sonrası yorumlama aşamasına özgü yorumlama süresi olarak kabul edilerek karşılaştırıldığında gruplar arasında fark saptanmadı. Fark anlamlı olmamakla birlikte yorumlama süreci için SKB grubu daha fazla zamana ihtiyaç duydu.

Aynı şekilde yorumlama paradigmasında aynı görsellerin numerik ve sözel değerlendirmelerindeki matematiksel farkı – sapma değerini (kişilerin abartma eğilimlerinin bir ölçütü olarak kabul edildi) ele aldığımızda iki grup arasında anlamlı fark olmadığı görüldü. Sapmanın bağımlı değişken olduğu lineer regresyonda grup, ilkel savunma mekanizmaları ve yorumlama süresi bağımsız değişkenler olarak bakıldığında yorumlama süresi ile sapma değerleri arasında pozitif bir ilişkili saptandı. Bu bulgu değerlendirme için daha fazla zamana ihtiyaç duyuluyor olmasının sapmanın/abartmanın ortaya çıkmasının/artmasının sonucu şeklinde yorumlanabilir.

Bulgularımız SKB’li bireylerin algılama hızlarının anlamlı olarak yavaş olduğunu gösterdi. Yaptığımız korelasyon analizleri anksiyetenin test performansı ile negatif korele olduğunu ortaya koydu. Lineer regresyonda sapma bağımlı değişken olarak belirlenip, sapma üzerine etkisini değerlendirmek için SKB’nin temel klinik özelliklerinden dürtüsellik

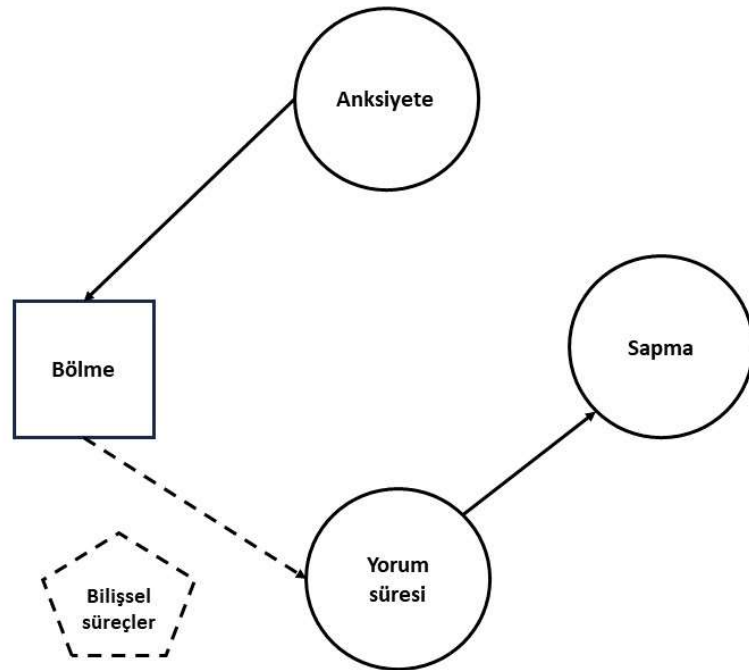
ve başta bölme olmakla ilkel savunma mekanizmaları, anksiyete değerleri ve yorum süreleri bağımsız değişkenler olarak katıldığında, dürtüsellüğün sapma üzerine anlamlı etkisi olmadığı, anksiyete ve ilkel savunma mekanizmalarının sapma ile anlamlı ilişkileri olduğunu ortaya koyduk. Regresyon analizinde sapma üzerine anksiyetenin negatif anlamlı etkisinin olduğunu, yorum süresinin pozitif anlamlı etki gösterdiğini saptadık.

Literatürde anksiyete ile algısal süreçler arasında negatif ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur(Dorenkamp & Vik, 2018). Bizim bulgularımız anksiyete ile bölme arasında anlamlı pozitif korelasyon olduğunu ortaya koymaktadır. Tüm bulgular alanyazındaki diğer çalışmaların bulgularıyla birlikte ele alındığında mevcut bulguların bir arada tutarlı bir biçimde şu şekilde yorumlanabileceği düşünüldü: SKB’de bölme bir bilinçdışı savunma mekanizması olarak algı öncesi evrede etki oluşturuyor olabilir. Bu da erken evrede (algılama düzeyinde) pozitif ilişkiyi açıklayabilir. Savunma mekanizmaları kuramsal olarak anksiyeteyi yatıştırmaya dönüktür. Bizim çalışmamızda da bölme ile anksiyete arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu, anksiyetede artışın bölmenin de daha yoğun bir şekilde ortaya çıkması şeklinde yorumlanabilir. Her ne kadar aralarında anlamlı ilişki olmasa da, bölmenin yorumlama sürelerine bir etkisinin olması beklenebilir. Yorumlama sürelerinin SKB’de anlamlı bir şekilde daha uzun olmaması göz önünde bulundurulduğunda ve bir yandan yorum sürelerinin regresyonda sapma üzerine anlamlı pozitif etkisi, diğer yandan sözel değerlendirmenin numerik değerlendirmeye göre daha büyük değer alması dikkate alındığında, uyarının değerlendirilmesinin sözelleştirme aşamasında ek kognitif süreçlerin araya girdiği ve tepki sürelerindeki uzamanın bundan kaynaklandığı söylenebilir.

Bütün olarak bakıldığında bu çalışmada uyguladığımız yöntemin kurguladığımız nedensel ilişkiyi doğrulamaya doğrudan olanak vermediği akılda bulundurulmalıdır. Bu çalışma psikodinamik olarak tanımlanan bilinçdışı ve savunma mekanizmaları gibi kavramlarla ilişkili doğrudan çıkarımlar yapmayı amaçlamamaktadır. Burada kullanılan dürtüsellik, bölme ve s. gibi kavramlar klinik gözlemin, değerlendirmenin alanıyla sınırlı tutulmuştur. Bunun için bölmeyi kurulan nedensel ilişki örüntüsünde bilinçdışı bir savunma mekanizması olarak sürecin içine koyarken, burada bahsedilen savunma mekanizmaları algı öncesi nöropsikolojik süreçleri klinik gözlem ve değerlendirmeye ilişkilendirdiğimizi vurgulamak için kullanılmıştır.

Bütün olarak bakıldığında bu çalışmada yola çıktığımız temel hipotezi doğrulayamadık, çünkü dürtüsellikle ilişkili bir şekilde tepki sürelerinin kısılacağını varsaymıştık.

Bu bağlamda örneklem kısıtlılığının getirmiş olabileceği dezavantaj olarak dürtüsellik puanlarının düşük olduğu hastaları seçmiş olabiliriz. Doğrudan dürtüsellik değerlendirmesi için oluşturulmuş ölçekler yerine sınır kişilik kliniği ile uyumlu olacak şekilde Sınır Kişilik Envanterinin dürtüsellik maddelerini kullandık. Çünkü, amacımız Sınır Kişilik Bozukluğu bağlamında dürtüsellik ölçümü yapmaktı. Diğer çalışmalarda Barratt dürtüsellik ölçeği(Patton et al., 1995) gibi ölçüm araçları kullanılmış olduğu görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında yöntemsel farklılıklar bulgularımıza yansımış olabilir. Öte yandan abartma eğiliminin SKB kliniği içinde dürtüsellik ile ilişkili olmaması da mümkün olabilir. En azından dürtüsellüğün görsel algı ve abartma ile ilişkili olmadığı çalışmanın sınırlılıklarını da dikkate almak kaydıyla söylenebilir. Aynı zamanda yorumlama paradigmasında tepki süreleri ile sapma arasında hipotez ettiğimiz aksine yönde ilişki bulduk, bunu da hipotezimizi dürtüsellik üzerinden kurguladığımız için böyle varsaymıştık.



Şekil 15 Anksiyete, bölme savunma mekanizması, yorumlama süresi ve abartmanın karşılık ilişkisi

Stanley ve Wilson yaptıkları araştırmada SKB'li bireyleri Major Depresif Bozukluk tanılı hastalarla belirti şiddeti açısından karşılaştırmış, SKB'li bireylerin depresif belirtilerini yüksek bildirdiğini raporlamıştır (Stanley & Wilson, 2006). Buradan yola çıkarak kişilerin kendilerinin sıkıntılı algılarıyla klinisyen değerlendirmesinin karşılaştırılmasının mevcut durumla ilgili abartma halini iyi tamamlayabileceği düşünülmüştür. Bu değerlendirmenin yapılabilmesi için her iki gruba anksiyete ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi için hem öz-bildirim hem de klinisyen tarafından puanlanan ölçekler uygulanmıştır. Depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi için madde yapısı ve puanlama özellikleri açısından birbirlerinin eşleniği olan Beck Depresyon Envanteri ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, aynı şekilde anksiyete düzeyi değerlendirmesi için de Beck Anksiyete Ölçeği ve Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği kullanılmıştır. Beck ve Hamilton ölçekleri seçilirken aynı zamanda depresyon ve anksiyete düzeylerinin klinik olarak da değerlendirilmesinin sağlanması da dikkate alınmıştır.

Bu çalışmada SKB grubunda Hamilton puanları Beck puanlarından daha düşük saptanmıştır. Yöntem kısmında detaylandırıldığı haliyle gruplar arasında klinisyen değerlendirmesi ile kişinin öznel depresyon ve anksiyete skoru arasında uyumsuzluğu yansıtan değerler (KAK_a ve KAK_d) açısından karşılaştırıldığında SKB grubunun her ikisi için de anlamlı olarak daha yüksek değerlere sahip olduğunu görülmüştür. Bu da klinik abartma halinin SKB'de yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Bu çalışmada abartmanın tanımlanış biçimi yöntem olarak kontrol grubu üzerinden olacak şekilde tasarlanmıştır. Yani her iki grubun aynı görsel uyaranları sözel ve numerik olarak değerlendirecekleri ve SKB grubunun daha yüksek puanlama yapacakları varsayılmıştır. Ancak sapma değerleri açısından gruplar arasında anlamlı fark çıkmamıştır. Gruplar arasında anlamlı fark çıkmazken bu örneklem küçüklüğü ile ilişkili olarak değerlendirilebilir. Fakat klinik abartma açısından gruplar arasında anlamlı fark oluşmuştur.

Abartma açısından bakıldığında gruplar arasındaki fark daha çok klinik abartmada mevcut, dolayısıyla SKB'li kişilerin algıladıklarını, öznel deneyimlerini sözelleştirirken, yoruma döndürürken abarttıklarını söyleyebiliriz. Bu durumda ölçek ve klinik durumla genel bir değerlendirme yapıldığı göz önünde bulundurulduğunda, anksiyete ve depresyona yönelik değerlendirmenin aynı zamanda yaşamın birçok alanıyla ilişkili değerlendirmeler içereceği de düşünülebilir. Böyle olunca da aslında SKB'deki algısal düzeydeki abartma eğiliminin istatistiğe yansıyabilecek bir boyuta ulaşması için daha büyük örneklem sayısına

ihtiyaç olabilir. Bu çalışmanın sonuçları itibariyle en azından SKB'deki abartma eğilimi hayatın geneline dair bir tutum olarak değerlendirilebilir. Genel abartma eğiliminin özel bir yansıması olarak algısal süreçlerde abartma eğilimini destekler hale gelebilir ama bu kadar dar bir alanda grup farkı anlaşılmayabilir.

Çalışmanın bir diğer bulgusu yorumlama paradigmasında sözel ve numerik değerlendirmelerin incelenmesinde SKB grubunda sözel değerlendirmelerin puanlarının sapmayla anlamlı korelasyon göstermesidir. Hem sözel hem de numerik değerlendirmelerde bu korelasyonun eşzamanlı görülmemesinin tam olarak açıklamasının yapılabilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Ancak daha önce ilkel savunma mekanizmalarının ve anksiyetenin sapma (abartma) üzerinde anlamlı etkisinin gösterildiği regresyon analizinin yorumlanmasında da yorumlama sürecinin bir kognitif yük ile ilişkili olabileceği vurgulanmıştı. Sözel değerlendirmelerin abartmayla ilgili kognitif yükü içinde daha çok barındırdığını ve bundan dolayı sapmayla (abartmayla) sadece sözel değerlendirmelerin puanları arasında korelasyon görülmesinin bununla ilişkili olabileceği öne sürülebilir. Bunu destekler biçimde sözel değerlendirmelerdeki tepki süreleri numerik değerlendirmelerdeki tepki sürelerinden daha yüksek olarak bulunmuştur. Dolayısıyla burada numerik değerlendirmelerin üzerine sözel olarak farklılığı tanımlamak için bir ek kognitif sürece ihtiyaç duyulduğu düşünülebilir. Bu da abartmanın kognitif yüküyle ilişkili bir şekilde bu yükü daha çok barındıran ölçüm alanı olan sözel değerlendirmelerde saptanıp da numerik değerlendirmelerde saptanmamasını açıklayabilir.

Öte yandan, depresyon varlığı bir rol oynamıyor gibi görünmektedir. Keilp ve arkadaşlarının çalışmasında SKB deneklerinin tümü majör depresyon kriterlerini karşılarken(Keilp et al., 2007), Stevens ve arkadaşlarının çalışmasındaki SKB denekleri disforikti ancak majör depresyon kriterlerini karşılamıyordu(Stevens et al., 2004). Bizim çalışmamızda depresyon değerleri açısından gruplar anlamlı farklılık göstermekle birlikte depresyonun yapılan regresyon analizlerinde abartma eğilimi üzerine etkisi olmadığı görülmüştür. Bu bulgu Beblo ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada SKB ve Major Depresif Bozukluk hastalarında nörobilişsel farklılıklar olmadığına dair bulgularla tutarlı görünmektedir. (Beblo et al., 2011).

Daha önce yapılmış çalışmaların sonuçlarıyla tutarlı olacak şekilde(Keilp et al., 2007; Rund et al., 2004; Saccuzzo & Braff, 1986; Suslow & Arolt, 1997, 1998), bizim

çalışmamızda da geriye doğru maskeleme performansında depresif hastalar ile olmayanlar arasında fark saptamadık. O halde, geriye doğru maskeleme sonuçları, SKB'de depresyon ile komorbiditeden bağımsız olan bilgi işleme eksikliklerine işaret ediyor olabilir.

SKB semptomotolojisinde mikropsikotik ataklar, quasipsikotik yaşantılar, dissosiyatif deneyimler gözlemleniyor olması SKB psikopatolojisinde algısal bozukluklarla tutarlı klinik gözlemler olarak görünmektedir(Barnow et al., 2010). Aynı zamanda kendi öteki ayrımı (self-other distinction) paradigmaları ile yapılan çalışmaların sonuçlarının da SKB'li kişilerde kendi ile ötekinin ayrımı konusunda sağlıklı kontrol gruplarından farklılık gösteriyor olması(De Meulemeester et al., 2021) SKB'de algısal süreçlerde bozukluklar olduğuna yönelik verilerle tutarlılık göstermektedir.

Bu çalışmada kullanılan her iki paradigmada da seçilen uyaranların emosyonel olmamasına özellikle dikkat edildi. SKB fenomenolojisinde alanyazında tutarlı bir şekilde gösterilmiş olan birçok belirtinin veya öznel deneyimin kişilerarası ve emosyonel bağlamda ortaya çıktığı göz önünde bulundurulduğunda uyaranların nötr olarak düzenlenmiş olması emosyon işleme ve düzenleme süreçlerine özgü patolojilerin karıştırıcı etkilerinin dışlanmasına olanak vermiştir(Carpenter & Trull, 2013; Denny et al., 2018). Dolayısıyla daha alt düzey bilişsel süreçlerin (algısal ve yorumsal değerlendirme) SKB psikopatolojisindeki rolüne dair çıkarımda bulunmak mümkün olmuştur.

Alanyazına baktığımızda çocukluk çağında kötü muamelenin erişkin yaşamında algısal süreçler ve bilişsel işlevler üzerine olumsuz etkilerinin SKB bağlamında tartışıldığını görmekteyiz(Wilson et al., 2021). Çalışmalar, sınır kişilik özellikleri olan çocukların kötü muamele geçmişine sahip olma olasılığının daha yüksek olduğunu ve kötü muamele görmüş çocukların sınır kişilik özellikleri gösterme olasılığının da daha yüksek olduğunu göstermiştir(Ibrahim et al., 2018). Aynı zamanda çalışmalarda bilişsel ve yürütücü işlev eksiklikleri, ebeveyn işlev bozukluğu gibi diğer risk faktörleri de tespit edilmiştir. Diğer yandan dezorganize bağlanmanın erişkin yaşamında algısal süreçlerde (duygusal dokunma) farklılıklarla ilişkili olduğu da gösterilmiştir(Spitoni et al., 2020). SKB'li bireylerin yaşam öyküsünde sık sık çocukluk çağında kötü muamele örnekleri ve dezorganize bağlanma tarzı görülmesi de alanyazındaki algısal süreçlerdeki bozukluk tartışmalarıyla tutarlılık göstermektedir.

Sınırlılıklar. Çalışmamıza benzer tasarıma sahip diğer çalışmalarla da tutarlı olacak sayıda katılımcı dahil edilmiştir. Ancak tartışmada da vurgulandığı üzere örneklem kısıtlılığı ile ilişkili olabileceğini düşündüğümüz bazı sorunlarla karşılaştık. Sonuçların tutarlılığı ve genellenebilirliği açısından daha geniş örnekleme tekrarlanmasının yararlı olacağını düşünüyoruz.

Bu çalışmada antipsikotik ajanlar kullanan SKB hastaları (n=8) da vardı. Antipsikotik ilaç kullanımının algısal süreçlere etkisi ile ilgili alanyazında araştırmalar mevcuttur(Jochum et al., 2006; Kelemen et al., 2013; Penn et al., 2009; Uchida et al., 2006) ancak antipsikotik ilaçlar kullanmayan SKB tanılı katılımcılara ulaşmak çalışmanın SKB grubundaki katılımcı sayısını çok kısıtlayacaktı, dolayısıyla çalışmamızda antipsikotik ajan kullanımını dışlayıcı kriter olarak kabul etmedik. Bu nedenle çalışmamız bu noktada bir kısıtlılık göstermektedir ve bundan dolayı çalışmamızın bulgularının antipsikotik ilaçlar kullanmayan SKB hastalarına genellenmesinde dikkatli olmak gerekmektedir.

Keilp çalışmasında ilaç kullanma durumunun birincil veri işlemedeki eksiklikleri bastırmada bir rol oynayıp oynamadığının belirsiz olduğunu, - şizofrenide oynamaz - ancak ilaçların SKB semptomları üzerinde sağladığı kontrolün birincil veri işlemedeki eksiklikleri bastırmada rol oynayabileceğini vurgulamıştır(Keilp et al., 2007). İlaçların frontal inhibitör fonksiyonlardaki eksiklikleri gidereceği ve böylece bilgisayarlı testlerdeki tepki süresi performansları üzerinde olumlu etkisi olabileceği tartışılmakla birlikte netlik kazanmamıştır.

Kontrol olarak klinik bir popülasyonun da eklenmemiş olması daha önce yapılmış çalışmalarda eksiklik olarak vurgulanmakla birlikte yaptığımız araştırmanın SKB'ye özgün bir çıktı sunması hedeflenmediğinden göz ardı edilmiştir.

Elde edilen sonuçların bir tanısız antite olarak SKB'ye özgüllüğünü değerlendirmek için, ayrı belirti boyutlarının test performansı üzerindeki katkısını değerlendirmemize olanak tanıyacak daha ileri çalışmalara ihtiyacımız vardır.

6. KAYNAKLAR

- Akdemir, A., Orsel, S., Dag, İ., Turkcapar, H., Iscan, N., & Ozbay, H. (1996). Validity, reliability and clinical application of Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). *Journal of Psychiatry, Psychology and Psychopharmacology*, 4, 251–259.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Pub.
- Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Reviews, R. J.-... & B., & 2014, undefined. (n.d.). Genetics of borderline personality disorder: systematic review and proposal of an integrative model. *Elsevier*. Retrieved May 16, 2023, from https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763414000062?casa_token=0DzPuskBewoAAAAA:IB_5z92ij2MhCHTQFK7sLKhWIXzhp9PbyBksLWBGFLZ0t mpHZPDLAIdReTpv4esCLMxnc7Y
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. <https://www.gammaconstruction.mu/sites/default/files/webform/cvs/pdf-diagnostic-and-statistical-manual-of-mental-disorders-dsm-iv-american-psychiatric-association-pdf-download-free-book-9223cc7.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. https://www.academia.edu/download/38718268/csl6820_21.pdf
- American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*. (TR, Vol. 5).
- Ansell, E. B., Sanislow, C. A., McGlashan, T. H., & Grilo, C. M. (2007). Psychosocial impairment and treatment utilization by patients with borderline personality disorder, other personality disorders, mood and anxiety disorders, and a healthy comparison group. *Comprehensive Psychiatry*, 48(4), 329–336. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.02.001>
- Arrondo, G., Murray, G. K., Hill, E., Szalma, B., Yathiraj, K., Denman, C., & Dudas, R. B. (2015). Hedonic and disgust taste perception in borderline personality disorder and depression. *The British Journal of Psychiatry*, 207(1), 79–80.

- Aydemir, Ö., Demet, M. M., Danacı, A. E., Deveci, A., Taşkın, E. O., Mızrak, S., Şimşek, E., & İçelli, İ. (2006). Borderline kişilik envanterinin Türkçe'ye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerliliği. *Türkiye'de Psikiyatri*, 8(1), 6–10.
- Barnow, S., Arens, E. A., Sieswerda, S., Dinu-Biringer, R., Spitzer, C., & Lang, S. (2010). Borderline Personality Disorder and Psychosis: A Review. *Current Psychiatry Reports*, 12(3), 186–195. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0107-9>
- Barnow, S., Stopsack, M., Grabe, H. J., Meinke, C., Spitzer, C., Kronmüller, K., & Sieswerda, S. (2009). Interpersonal evaluation bias in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 359–365. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.02.003>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. <https://academic.oup.com/book/1288?sid=oup:oxfordacademic&genre=book&aulast=Bateman&aufirst=Anthony&title=Psychotherapy+for+Borderline+Personality+Disorder%3A+Mentalization-based+treatment&date=2004-04-01>
- Beblo, T., Mensebach, C., Wingenfeld, K., Rullkoetter, N., Schlosser, N., & Driessen, M. (2011). Patients with borderline personality disorder and major depressive disorder are not distinguishable by their neuropsychological performance: a case-control study. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 13(1), 27084.
- Beck, A. T., Butler, A. C., Brown, G. K., Dahlsgaard, K. K., Newman, C. F., & Beck, J. S. (2001). Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39(10), 1213–1225.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561–571.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Oldham, J. M., & Gunderson, J. G. (2001). Treatment

- utilization by patients with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(2), 295–302. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.158.2.295>
- Berner, P., Musalek, M., & Walter, H. (n.d.). Psychopathological concepts of dysphoria. *Karger.Com*. Retrieved May 21, 2023, from <https://www.karger.com/Article/Abstract/284485>
- Bertsch, K., Krauch, M., Stopfer, K., Haeussler, K., Herpertz, S. C., & Gamer, M. (2017). Interpersonal threat sensitivity in borderline personality disorder: An eye-tracking study. *Journal of Personality Disorders*, 31(5), 647–670. https://doi.org/10.1521/PEDI_2017_31_273
- Bertsch, K., Schmidinger, I., Neumann, I. D., & Herpertz, S. C. (2013). Reduced plasma oxytocin levels in female patients with borderline personality disorder. *Hormones and Behavior*, 63(3), 424–429. <https://doi.org/10.1016/J.YHBEH.2012.11.013>
- Bo, S., & Kongerslev, M. (2017). Self-reported patterns of impairments in mentalization, attachment, and psychopathology among clinically referred adolescents with and without borderline personality pathology. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/S40479-017-0055-7>
- Bohus, M., Limberger, M., Ebner, U., Glocker, F. X., Schwarz, B., Wernz, M., & Lieb, K. (2000). Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Research*, 95(3), 251–260. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(00\)00179-7](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0165-1781(00)00179-7)
- Bornovalova, M., Hicks, B., ... W. I.-D. and, & 2009, undefined. (n.d.). Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: A longitudinal twin study. *Cambridge.Org*. Retrieved May 24, 2023, from <https://www.cambridge.org/core/journals/development-and-psychopathology/article/stability-change-and-heritability-of-borderline-personality-disorder-traits-from-adolescence-to-adulthood-a-longitudinal-twin-study/0E6F22EB89922DAFC8CB2AB01B79F799>
- Bungert, M., Koppe, G., Niedtfeld, I., Vollstädt-Klein, S., Schmahl, C., Lis, S., & Bohus, M. (2015). Pain Processing after Social Exclusion and Its Relation to Rejection Sensitivity in Borderline Personality Disorder. *PLOS ONE*, 10(8), e0133693-. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133693>

- Cadenhead, K. S., Geyer, M. A., Butler, R. W., Perry, W., Sprock, J., & Braff, D. L. (1997). Information processing deficits of schizophrenia patients: relationship to clinical ratings, gender and medication status. *Schizophrenia Research*, 28(1), 51–62. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(97\)00085-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0920-9964(97)00085-6)
- Carpenter, R. W., & Trull, T. J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current Psychiatry Reports*, 15, 1–8.
- Carrion, V., health, S. W.-J. of adolescent, & 2012, undefined. (n.d.). Can traumatic stress alter the brain? Understanding the implications of early trauma on brain development and learning. *Elsevier*. Retrieved May 16, 2023, from https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X12001723?casa_token=N4eemY3_ae8AAAAA:edwDZKoDvo1eIno0M3UyEAoaLZQwhG5M9bytw4G1vI9jWGC0PF0Ug7dLRbkBm3dxuSJDpc4
- Cattane, N., Rossi, R., Lanfredi, M., & Cattaneo, A. (2017). Borderline personality disorder and childhood trauma: Exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/S12888-017-1383-2>
- Chanen, A. M., Jovev, M., Djaja, D., McDougall, E., Yuen, H. P., Rawlings, D., & Jackson, H. J. (2008). Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 353–364. <https://doi.org/10.1521/PEDI.2008.22.4.353>
- Chapman, A. L., Walters, K. N., & Gordon, K. L. D. (2014). Emotional reactivity to social rejection and negative evaluation among persons with borderline personality features. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 720–733. https://doi.org/10.1521/PEDI_2012_26_068
- Chaput, Y. J. A., & Lebel, M. J. (2007). Demographic and clinical profiles of patients who make multiple visits to psychiatric emergency services. *Psychiatric Services*, 58(3), 335–341. <https://doi.org/10.1176/PS.2007.58.3.335>
- Chiesa, M., & Fonagy, P. (2014). Reflective function as a mediator between childhood adversity, personality disorder and symptom distress. *Personality and Mental Health*, 8(1), 52–66. <https://doi.org/10.1002/PMH.1245>
- Clarkin, J., & Kernberg, O. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*.

<https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=qqkvCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Yeomans+FE,+Clarkin+JF,+Kernberg+OF.+Transference-focused+psychotherapy+for+borderline+personality+disorder:+a+clinical+guide.+Arlington,+VA:+American+Psychiatric+Publishing%3B+2015.&ots=rDaGRpjitG&sig=vLiLHe8gJzBP4DUaDZJUJwxzw4A>

Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., ... A. R.-T. B. J. of, & 2006, undefined. (n.d.). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Cambridge.Org*. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.5.423>

Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1990). Personality: Another 'hidden factor' is stress research. *Psychological Inquiry*, 1(1), 22–24.

Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1995). Domains and facets: Hierarchical personality assessment using the Revised NEO Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 64(1), 21–50.

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495.

D'Agostino, A., Covanti, S., Rossi Monti, M., & Starcevic, V. (2017). Reconsidering Emotion Dysregulation. *Psychiatric Quarterly*, 88(4), 807–825. <https://doi.org/10.1007/S11126-017-9499-6>

Dammann, G., Hügli, C., Selinger, J., Gremaud-Heitz, D., Sollberger, D., Wiesbeck, G. A., Küchenhoff, J., & Walter, M. (2011). The Self-Image in Borderline Personality Disorder: An in-Depth Qualitative Research Study. *Journal of Personality Disorders*, 25(4), 517–527. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.4.517>

Davis, K. L., Panksepp, J., & Normansell, L. (2003). The affective neuroscience personality scales: Normative data and implications. *Neuropsychanalysis*, 5(1), 57–69.

De Meulemeester, C., Lowyck, B., & Luyten, P. (2021). The role of impairments in self–other distinction in borderline personality disorder: A narrative review of recent evidence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 127, 242–254.

Denny, B. T., Fan, J., Fels, S., Galitzer, H., Schiller, D., & Koenigsberg, H. W. (2018). Sensitization of the neural salience network to repeated emotional stimuli following

- initial habituation in patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 175(7), 657–664.
- Dimitrijević, A., Hanak, N., Altaras Dimitrijević, A., & Jolić Marjanović, Z. (2018). The Mentalization Scale (MentS): A self-report measure for the assessment of mentalizing capacity. *Journal of Personality Assessment*, 100(3), 268–280.
- Dinsdale, N., & Crespi, B. J. (2013). The Borderline Empathy Paradox: Evidence and Conceptual Models for Empathic Enhancements in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27(2), 172–195. https://doi.org/10.1521/PEDI_2012_26_071
- Domes, G., Schulze, L., & Herpertz, S. C. (2009). Emotion recognition in borderline personality disorder-a review of the literature. *Journal of Personality Disorders*, 23(1), 6–19. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.1.6>
- Domsalla, M., Koppe, G., Niedtfeld, I., Vollstädt-Klein, S., Schmahl, C., Bohus, M., & Lis, S. (2014). Cerebral processing of social rejection in patients with borderline personality disorder. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(11), 1789–1797. <https://doi.org/10.1093/SCAN/NST176>
- Donegan, N. H., Sanislow, C. A., Blumberg, H. P., Fulbright, R. K., Lacadie, C., Skudlarski, P., Gore, J. C., Olson, I. R., McGlashan, T. H., & Wexler, B. E. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry*, 54(11), 1284–1293.
- Dorenkamp, M. A., & Vik, P. (2018). Neuropsychological assessment anxiety: A systematic review. *Practice Innovations*, 3(3), 192.
- Dutton, D. G. (1995). Intimate abusiveness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(3), 207–224. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00040.x>
- Ebner-Priemer, U. W., Houben Leuven, M. K., Philip Santangelo, B., Kleindienst, N., Tuerlinckx Leuven, F. K., Zita Oravec, B., Verleysen, G., Van Deun Leuven, K. K., Martin Bohus, B., Kuppens, P., & Santangelo, P. (2008). Unraveling affective dysregulation in borderline personality disorder: a theoretical model and empirical evidence. *Psycnet.Apa.Org*, 124(1), 186–198. <https://doi.org/10.1037/abn0000021>

- F. Jak İçöz. (2012). *The reliability and validity study of the Turkish version of Affective Neuroscience Personality Scale (Doctoral dissertation)*. İstanbul Bilgi Üniversitesi.
- Feldman, R., Gordon, I., ... I. S.-, & 2010, undefined. (n.d.). Natural variations in maternal and paternal care are associated with systematic changes in oxytocin following parent–infant contact. *Elsevier*. Retrieved May 16, 2023, from https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453010000296?casa_token=OkXbvUK_yIkAAAAA:fIDPD8HR2-ALRU_iXr-04I-qpwCv8ZRgWemjMjellgONhtc9GC3K-o5LERnkwcmV_XGXUj8
- Fonagy, P. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York (Other Press) 2002. <https://opus4.kobv.de/opus4-Fromm/frontdoor/index/index/docId/27774>
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2009). Mentalization-based treatment of borderline personality disorder. *World Psychiatry*. <https://psycnet.apa.org/record/2009-05112-011>
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about: Part 2. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/S40479-017-0062-8>
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y.-W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., & Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PloS One*, 11(7), e0158678.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality - I. *The International Journal of Psychoanalysis*. <https://search.proquest.com/openview/d99ccaecc4259f913134e212e8325cde/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1818729>
- Foxhall, M., Hamilton-Giachritsis, C., & Button, K. (2019). The link between rejection sensitivity and borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 289–326. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/bjc.12216>

- Frosch, J. (1970). Psychoanalytic Considerations of the Psychotic Character. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18(1), 24–50.
<https://doi.org/10.1177/000306517001800102>
- G. Köksal. (2017). *The Moderator Effect of Mentalization on The Link Between Attachment and Somatization*. Unpublished master dissertation. İstanbul Bilgi Üniversitesi.
- Goodman, M., Hazlett, E. A., New, A. S., Koenigsberg, H. W., & Siever, L. (2009). Quieting the affective storm of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 522–528. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.2009.08121836>
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533.
<https://doi.org/10.4088/JCP.V69N0404>
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G. (2010). An experimental investigation of emotional reactivity and delayed emotional recovery in borderline personality disorder: The role of shame. *Comprehensive Psychiatry*, 51(3), 275–285.
- GREEN, M. F., NUECHTERLEIN, K. H., BREITMEYER, B., TSUANG, J., & MINTZ, J. (2003). Forward and backward visual masking in schizophrenia: influence of age. *Psychological Medicine*, 33(5), 887–895.
<https://doi.org/10.1017/S003329170200716X>
- Gross, R., Olfson, M., Gameroff, M., ... S. S.-A. of internal, & 2002, undefined. (n.d.). Borderline personality disorder in primary care. *Jamanetwork.Com*. Retrieved May 17, 2023, from <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/210746>
- Gunderson, J. (2014). *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*.
<https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=AKeTAwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Gunderson+JG,+Links+PS.+The+handbook+of+good+psychiatric+management+for+borderline+personality+disorder.+Arlington,+VA:+American+Psychiatric+Pu>

blishing%3B+2014.&ots=YNRKHHrBa-
&sig=mp7Q6sX0yWLEW8gajNfHYwZFyD4

- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers* 2018 4:1, 4(1), 1–20. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- Gunderson, J. G., & Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: A gene-environment- developmental model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 22–41. <https://doi.org/10.1521/PEDI.2008.22.1.22>
- Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., Choi-Kain, L. W., Mitchell, K. S., Jang, K. L., & Hudson, J. I. (2011). Family study of borderline personality disorder and its sectors of psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 753–762. <https://doi.org/10.1001/ARCHGENPSYCHIATRY.2011.65>
- Gunderson, J., Stout, R., ... T. M.-A. of general, & 2011, undefined. (n.d.). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Jamanetwork.Com*. Retrieved May 17, 2023, from <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/1107231>
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23(1), 56.
- Hamilton, M. A. X. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*.
- Hazlett, E. A., Speiser, L. J., Goodman, M., Roy, M., Carrizal, M., Wynn, J. K., Williams, W. C., Romero, M., Minzenberg, M. J., & Siever, L. J. (2007). Exaggerated affect-modulated startle during unpleasant stimuli in borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 62(3), 250–255.
- Hazlett, E. A., Zhang, J., New, A. S., Zelmanova, Y., Goldstein, K. E., Haznedar, M. M., Meyerson, D., Goodman, M., Siever, L. J., & Chu, K.-W. (2012). Potentiated amygdala response to repeated emotional pictures in borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 72(6), 448–456.

- Herpertz, S., Psychiatry, K. B.-A. J. of, & 2015, undefined. (2015). A new perspective on the pathophysiology of borderline personality disorder: a model of the role of oxytocin. *Am Psychiatric Assoc*, 172(9), 840–851. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15020216>
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6, 118–122.
- Hoch, P., & Polatin, P. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *The Psychiatric Quarterly*, 23(2), 248–276. <https://doi.org/10.1007/BF01563119>
- Hopwood, C. J., Thomas, K. M., & Zanarini, M. C. (2012). Hyperbolic temperament and borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 6(1), 22–32. <https://doi.org/10.1002/PMH.158>
- Hopwood, C. J., & Zanarini, M. C. (2012). The Contributions of Neuroticism and Childhood Maltreatment to Hyperbolic Temperament. *Https://Doi.Org/10.1521/Pedi.2012.26.5.815*, 26(5), 815–820. <https://doi.org/10.1521/PEDI.2012.26.5.815>
- Houben, M., Bohus, M., Santangelo, P. S., Ebner-Priemer, U., Trull, T. J., & Kuppens, P. (2016). The specificity of emotional switching in borderline personality disorder in comparison to other clinical groups. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(2), 198.
- Houben, M., Van Den Noortgate, W., & Kuppens, P. (2015). The relation between short-term emotion dynamics and psychological well-being: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141(4), 901.
- Houben, M., Vansteelandt, K., Claes, L., Sienaert, P., Berens, A., Sleuwaegen, E., & Kuppens, P. (2016). Emotional switching in borderline personality disorder: A daily life study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(1), 50.
- Ibrahim, J., Cosgrave, N., & Woolgar, M. (2018). Childhood maltreatment and its link to borderline personality disorder features in children: A systematic review approach. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 23(1), 57–76. <https://doi.org/10.1177/1359104517712778>

- Iorio, C. Di, Carey, C., ... L. M.-, & 2017, undefined. (n.d.). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis genetic variation and early stress moderates amygdala function. *Elsevier*. Retrieved May 16, 2023, from https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453016307764?casa_token=Oy6RY6YcocgAAAAA:juSPdYrN1H-DravkJTn-XO9ud22IdY19AasHVadThIsJNRC5EC-99oIOuDR4eC6__hWgJME
- J Frosch. (1964). The psychotic character. *Psychiatric Quarterly*. <https://psycnet.apa.org/record/1965-08458-001>
- Jochum, T., Letzsch, A., Greiner, W., Wagner, G., Sauer, H., & Bär, K.-J. (2006). Influence of antipsychotic medication on pain perception in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 142(2–3), 151–156.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Skodol, A. E., & Oldham, J. M. (2008). Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Wiley Online Library*, 118(5), 410–413. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01231.x>
- K. Yazıcı, B. Demir, N. Tanrıverdi, E. Karaağaoğlu, & P. Yolaç. (1998). Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Değerlendiriciler Arası Güvenirlik ve Geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 114–117.
- Kaess, M., Brunner, R., Pediatrics, A. C.-, & 2014, undefined. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Publications.Aap.Org*. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3677>
- Keilp, J. G., Klain, H. M., Brodsky, B., Oquendo, M. A., Gorlyn, M., Stanley, B., & Mann, J. J. (2007). Early visual information processing deficit in depression with and without Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Research*, 149(1), 139–145. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.09.014>
- Kelemen, O., Kiss, I., Benedek, G., & Kéri, S. (2013). Perceptual and cognitive effects of antipsychotics in first-episode schizophrenia: the potential impact of GABA concentration in the visual cortex. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 47, 13–19.
- Kendler, K., Aggen, S., ... N. C.-A. of general, & 2008, undefined. (n.d.). The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate

- twin study. *Jamanetwork.Com*. Retrieved May 16, 2023, from <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/482900>
- Kernberg, O. (1967a). Borderline Personality Organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641–685. <https://doi.org/10.1177/000306516701500309>
- Kernberg, O. (1967b). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641–685.
- Kernberg, O. (1975). Borderline Conditions and Pathological Narcissism. In *cambridge.org*. Jason Aronson. <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/borderline-conditions-and-pathological-narcissism-by-otto-kernberg-new-york-jason-aronson-1975-pp-361-price-1500/9558F9F9C0EE3153B257AA836A44A6DA>
- Klein, M. (2011). *Envy and gratitude and other works 1946-1963*. Random House.
- Kloet, E. De, Joëls, M., & Holsboer F. (2005). Stress and the brain: from adaptation to disease. *Nature Reviews*. <https://doi.org/10.1038/nrn1683>
- Koenigsberg, H. W., Fan, J., Ochsner, K. N., Liu, X., Guise, K., Pizzarello, S., Dorantes, C., Tecuta, L., Guerreri, S., & Goodman, M. (2010). Neural correlates of using distancing to regulate emotional responses to social situations. *Neuropsychologia*, 48(6), 1813–1822.
- Korzekwa, M., Dell, P., Links, P., ... L. T.-C., & 2008, undefined. (n.d.). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. *Elsevier*. Retrieved May 17, 2023, from https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X08000278?casa_token=HyIZ1kVGq14AAAAA:ypOPTojYMdevnghjV_uBEyLb2yl_rKozYY-BbELslOduiq9F9E4yHQsgKBV-Tk1haM5w95Q
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., & Clark, L. A. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454.

- Lazarus, S. A., Cheavens, J. S., Festa, F., & Rosenthal, M. Z. (2014). Interpersonal functioning in borderline personality disorder: A systematic review of behavioral and laboratory-based assessments. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 193–205.
- Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 45–63.
- Lenzenweger, M., Clarkin, J., & OF Kernberg -. (2001). The Inventory of Personality Organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis. *Doi.Apa.Org*. <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F1040-3590.13.4.577>
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62(6), 553–564. <https://doi.org/10.1016/J.BIOPSYCH.2006.09.019>
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. <https://psycnet.apa.org/record/1995-98090-000>
- Lineman, M., Bohus, M., & Lynch, T. (2007). *Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: Theoretical and practical underpinnings*. <https://psycnet.apa.org/record/2007-01392-029>
- Lis, S., & Bohus, M. (2013). Social Interaction in Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 15(2), 338. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0338-z>
- Malejko, K., Neff, D., Brown, R. C., Plener, P. L., Bonenberger, M., Abler, B., Grön, G., & Graf, H. (2018). Somatosensory stimulus intensity encoding in borderline personality disorder. *Frontiers in Psychology*, 9, 1853.
- Martín-Blanco, A., Ferrer, M., Soler, J., Arranz, M. J., Vega, D., Calvo, N., Elices, M., Sanchez-Mora, C., García-Martínez, I., Salazar, J., Carmona, C., Bauzá, J., Prat, M., Pérez, V., & Pascual, J. C. (2016). The role of hypothalamus–pituitary–adrenal genes and childhood trauma in borderline personality disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(4), 307–316. <https://doi.org/10.1007/S00406-015-0612-2>

- Miskewicz, K., Fleeson, W., Arnold, E. M., Law, M. K., Mneimne, M., & Michael Furr, R. (2015). A contingency-oriented approach to understanding borderline personality disorder: Situational triggers and symptoms. *Journal of Personality Disorders*, 29(4), 486–502. <https://doi.org/10.1521/PEDI.2015.29.4.486>
- N. Hisli. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3–13.
- N. Öner, & A. Le Compte. (1983). *Durumluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı*. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Napolitano, L. A., & McKay, D. (2007). Dichotomous thinking in borderline personality disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 717–726.
- Niedtfeld, I., Schulze, L., Kirsch, P., Herpertz, S. C., Bohus, M., & Schmahl, C. (2010). Affect Regulation and Pain in Borderline Personality Disorder: A Possible Link to the Understanding of Self-Injury. *Biological Psychiatry*, 68(4), 383–391. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.04.015>
- Niemantsverdriet, M. B. A., Slotema, C. W., van der Veen, F. M., Van Der Gaag, M., Sommer, I. E. C., Deen, M., & Franken, I. H. A. (2019). Sensory processing deficiencies in patients with borderline personality disorder who experience auditory verbal hallucinations. *Psychiatry Research*, 281, 112545.
- Nock, M. K., Joiner Jr, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65–72.
- Özkarar-Gradwohl, F. G., Panksepp, J., İçöz, F. J., Çetinkaya, H., Köksal, F., Davis, K. L., & Scherler, N. (2014). The influence of culture on basic affective systems: the comparison of Turkish and American norms on the affective neuroscience personality scales. *Culture and Brain*, 2, 173–192.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768–774.
- Pelin Buruk. (2019). *Yetişkin Bağlanması ve Varoluşsal Öfke Arasındaki İlişkide Mentalizasyonun ve Depresyonun Aracılık Etkisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Arel Üniversitesi.

- Penn, D. L., Keefe, R. S. E., Davis, S. M., Meyer, P. S., Perkins, D. O., Losardo, D., & Lieberman, J. A. (2009). The effects of antipsychotic medications on emotion perception in patients with chronic schizophrenia in the CATIE trial. *Schizophrenia Research*, 115(1), 17–23.
- Perroud, N., Salzmann, A., Prada, P., ... R. N.-T., & 2013, undefined. (n.d.). Response to psychotherapy in borderline personality disorder and methylation status of the BDNF gene. *Nature.Com*. Retrieved May 16, 2023, from <https://www.nature.com/articles/tp2012140>
- Pincus, A. L. (2018). An interpersonal perspective on Criterion A of the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders. *Current Opinion in Psychology*, 21, 11–17. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.035>
- Prados, J., Stenz, L., Courtet, P., Prada, P., Nicastro, R., Adouan, W., Guillaume, S., Olié, E., Aubry, J. M., Dayer, A., & Perroud, N. (2015). Borderline personality disorder and childhood maltreatment: A genome-wide methylation analysis. *Genes, Brain and Behavior*, 14(2), 177–188. <https://doi.org/10.1111/GBB.12197>
- Pratt, M., Apter-Levi, Y., Vakart, A., ... Y. K.-M.-H. and, & 2017, undefined. (n.d.). Mother-child adrenocortical synchrony; Moderation by dyadic relational behavior. *Elsevier*. Retrieved May 16, 2023, from https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0018506X16301660?casa_token=77uGZPPz1LQAAAAA:0wHoF9KunyTYxHMmqTF9a1FN6RDQesDIV-KMzab3rG0FE2AyyHD0RdW0CRF4Rz7fWNErFzE
- Rangell, L. (1955). The borderline case. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 3(2), 285–298. <https://doi.org/10.1177/000306515500300208>
- Rausch, J., Gäbel, A., Nagy, K., Kleindienst, N., Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2015). Increased testosterone levels and cortisol awakening responses in patients with borderline personality disorder: Gender and trait aggressiveness matter. *Psychoneuroendocrinology*, 55, 116–127. <https://doi.org/10.1016/J.PSYNEUEN.2015.02.002>
- Reichborn-Kjennerud, T., Czajkowski, N., Ystrøm, E., Ørstavik, R., Aggen, S. H., Tambs, K., Torgersen, S., Neale, M. C., Røysamb, E., Krueger, R. F., Knudsen, G. P., & Kendler, K. S. (2015). A longitudinal twin study of borderline and antisocial personality

- disorder traits in early to middle adulthood. *Cambridge.Org*.
<https://doi.org/10.1017/S0033291715001117>
- Renneberg, B., Herm, K., Hahn, A., Staebler, K., Lammers, C.-H., & Roepke, S. (2011). Perception of social participation in borderline personality disorder. *Wiley Online Library*, 19(6), 473–480. <https://doi.org/10.1002/cpp.772>
- Rosenthal, M. Z., Gratz, K. L., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., & Lynch, T. R. (2008). Borderline personality disorder and emotional responding: A review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 75–91.
- RP Knight. (1953). Borderline states. *Joint Session of the American*.
<https://psycnet.apa.org/record/2005-00626-012>
- Rund, B. R., Egeland, J., Sundet, K., Asbjørnsen, A., Hugdahl, K., Landrø, N. I., Lund, A., Roness, A., & Stordal, K. I. (2004). Early visual information processing in schizophrenia compared to recurrent depression. *Schizophrenia Research*, 68(2–3), 111–118.
- Ruocco, A. C., & Carcone, D. (2016). A neurobiological model of borderline personality disorder: Systematic and integrative review. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(5), 311–329. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000123>
- Ruocco, A. C., Medaglia, J. D., Tinker, J. R., Ayaz, H., Forman, E. M., Newman, C. F., Williams, J. M., Hillary, F. G., Platek, S. M., & Onaral, B. (2010). Medial prefrontal cortex hyperactivation during social exclusion in borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 181(3), 233–236.
- Saccuzzo, D. P., & Braff, D. L. (1986). Information-processing abnormalities: trait-and state-dependent components. *Schizophrenia Bulletin*, 12(3), 447–459.
- Schmahl, C., Herpertz, S. C., Bertsch, K., Ende, G., Flor, H., Kirsch, P., Lis, S., Meyer-Lindenberg, A., Rietschel, M., Schneider, M., Spanagel, R., Treede, R.-D., & Bohus, M. (2014). Mechanisms of disturbed emotion processing and social interaction in borderline personality disorder: state of knowledge and research agenda of the German Clinical Research Unit. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(1), 12. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-12>

- Selby, E. A., Anestis, M. D., Bender, T. W., & Joiner Jr, T. E. (2009). An exploration of the emotional cascade model in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(2), 375.
- Sharp, C., Infant, S. V.-J. of, Child, undefined, Adolescent, and, & 2015, undefined. (2015). Hypermentalizing in borderline personality disorder: A model and data. *Taylor & Francis, 14*(1), 33–45. <https://doi.org/10.1080/15289168.2015.1004890>
- Simeon, D., Knutelska, M., Smith, L., Baker, B. R., & Hollander, E. (2007). A preliminary study of cortisol and norepinephrine reactivity to psychosocial stress in borderline personality disorder with high and low dissociation. *Psychiatry Research, 149*(1–3), 177–184.
- Spielberger, C. D., Gonzalez-Reigosa, F., Martinez-Urrutia, A., Natalicio, L. F. S., & Natalicio, D. S. (1971). The state-trait anxiety inventory. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology, 5*(3 & 4).
- Spitoni, G. F., Zingaretti, P., Giovanardi, G., Antonucci, G., Galati, G., Lingiardi, V., Cruciani, G., Titone, G., & Boccia, M. (2020). Disorganized Attachment pattern affects the perception of Affective Touch. *Scientific Reports, 10*(1), 9658. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-66606-5>
- Staebler, K., Renneberg, B., Stopsack, M., Fiedler, P., Weiler, M., & Roepke, S. (2011). Facial emotional expression in reaction to social exclusion in borderline personality disorder. *Psychological Medicine, 41*(9), 1929–1938.
- Stanley, B., & Wilson, S. T. (2006). Heightened Subjective Experience of Depression in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders, 20*(4), 307–318. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.4.307>
- Starcevic, V., Rossi Monti, M., D’Agostino, A., & Berle, D. (2013). Will DSM-5 make us feel dysphoric? Conceptualisation(s) of dysphoria in the most recent classification of mental disorders. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 47*(10), 954–955. <https://doi.org/10.1177/0004867413495930>
- Stepp, S. D., Pilkonis, P. A., Yaggi, K. E., Morse, J. Q., & Feske, U. (2009). Interpersonal and emotional experiences of social interactions in borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 197*(7), 484.

- Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Horz, S., Maccornack, V., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary psychometrics in a clinical sample. *Taylor & Francis*, 92(1), 35–44. <https://doi.org/10.1080/00223890903379308>
- Stevens, A., Burkhardt, M., Hautzinger, M., Schwarz, J., & Unckel, C. (2004). Borderline personality disorder: impaired visual perception and working memory. *Psychiatry Research*, 125(3), 257–267.
- Suslow, T., & Arolt, V. (1997). Paranoid schizophrenia: non-specificity of neuropsychological vulnerability markers. *Psychiatry Research*, 72(2), 103–114.
- Suslow, T., & Arolt, V. (1998). Backward masking in schizophrenia: time course of visual processing deficits during task performance. *Schizophrenia Research*, 33(1–2), 79–86.
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: Comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 734–750. https://doi.org/10.1521/PEDI_2012_26_093
- TÖRENLİ KAYA, Z., ALPAY, E. H., TÜRKKAL YENİGÜÇ, Ş., & ÖZÇÜRÜMEZ BİLGİLİ, G. (2023). Zihinselleştirme Ölçeği'nin Türkçe Çevirisinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 34(2).
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Jamanetwork.Com*. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/481789>
- Torgersen, S., Lygren, S., Øien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tambs, K., & Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(6), 416–425. <https://doi.org/10.1053/COMP.2000.16560>
- Torgersen, S., Myers, J., Reichborn-Kjennerud, T., Røysamb, E., Kubarych, T. S., & Kendler, K. S. (2012). The heritability of Cluster B personality disorders assessed both by personal interview and questionnaire. *Journal of Personality Disorders*, 26(6), 848–866. <https://doi.org/10.1521/PEDI.2012.26.6.848>

- Tragesser, S. L., Lippman, L. G., Trull, T. J., & Barrett, K. C. (2008). Borderline personality disorder features and cognitive, emotional, and predicted behavioral reactions to teasing. *Journal of Research in Personality*, 42(6), 1512–1523.
- Turner, B. J., Dixon-Gordon, K. L., Austin, S. B., Rodriguez, M. A., Zachary Rosenthal, M., & Chapman, A. L. (2015). Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: Differences in self-injury and diagnostic comorbidity. *Psychiatry Research*, 230(1), 28–35. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.058>
- Uchida, H., Suzuki, T., Watanabe, K., & Kashima, H. (2006). Antipsychotics-induced hypersensitivity of visual perception. *European Psychiatry*, 21(5), 343–344.
- Ullrich, S., & Coid, J. (2009). The age distribution of self-reported personality disorder traits in a household population. *Journal of Personality Disorders*, 23(2), 187–200. <https://doi.org/10.1521/PEDI.2009.23.2.187>
- Ulusoy, M., Sahin, N. H., & Erkmen, H. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12(2), 163.
- Vater, A., Schröder-Abé, M., Weißgerber, S., Roepke, S., & Schütz, A. (2015). Self-concept structure and borderline personality disorder: Evidence for negative compartmentalization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 50–58. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.08.003>
- Veen, G., & Arntz, A. (2000). Multidimensional Dichotomous Thinking Characterizes Borderline Personality Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 24(1), 23–45. <https://doi.org/10.1023/A:1005498824175>
- Veer, I., Oei, N., ... P. S.-, & 2012, undefined. (n.d.). Endogenous cortisol is associated with functional connectivity between the amygdala and medial prefrontal cortex. *Elsevier*. Retrieved May 16, 2023, from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453011003532>
- Walter, M., Bureau, J.-F., Holmes, B. M., Bertha, E. A., Hollander, M., Wheelis, J., Brooks, N. H., & Lyons-Ruth, K. (2008). Cortisol response to interpersonal stress in young adults with borderline personality disorder: a pilot study. *European Psychiatry*, 23(3), 201–204.

- Widiger, T. A., & McCabe, G. A. (2020). The Alternative Model of Personality Disorders (AMPD) from the Perspective of the Five-Factor Model. *Psychopathology*, 53(3–4), 149–156. <https://doi.org/10.1159/000507378>
- Widiger, T., & Widiger, T. (2012). *The Oxford handbook of personality disorders*. <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=nqOBunfGoNgC&oi=fnd&pg=PP1&ots=MTheo8lvvb&sig=IKrb4AO3-E68QlvPkOCRIQI3JFo>
- Wilson, N., Robb, E., Gajwani, R., & Minnis, H. (2021). Nature and nurture? A review of the literature on childhood maltreatment and genetic factors in the pathogenesis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 131–146. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.025>
- Witt, S., Streit, F., Jungkunz, M., Frank, J., ... S. A.-T., & 2017, undefined. (n.d.). Genome-wide association study of borderline personality disorder reveals genetic overlap with bipolar disorder, major depression and schizophrenia. *Nature.Com*. Retrieved May 16, 2023, from <https://www.nature.com/articles/tp2017115>
- World Health Organization. (2004). *ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: Vol. tenth revision*, (2nd ed). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/#/?view=L27>
- World Health Organization. (2019). *International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11)*.
- Yalch, M., Hopwood, C., mood, M. Z.-B. personality and, & 2014, undefined. (2015). Hyperbolic temperament as a distinguishing feature between borderline personality disorder and mood dysregulation. *Springer*, 119–132. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-1314-5_7
- Zanarini, M., ... F. F.-J. of psychotherapy practice, & 1994, undefined. (1994). Emotional hypochondriasis, hyperbole, and the borderline patient. *Ncbi.Nlm.Nih.Gov*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330360/>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, B., & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: A 16-year prospective

- follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 476–483.
<https://doi.org/10.1176/APPL.AJP.2011.11101550>
- Zilboorg, G. (1941). Ambulatory Schizophrenia † . *Psychiatry*, 4(2), 149–155.
<https://doi.org/10.1080/00332747.1941.11022329>
- Zimmerman, M., Chelminski, I., & America, D. Y.-. (2008). The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatric Clinics of North*.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0193953X08000415>



EK 1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Dosya №		Tarih		
Yaş		Cinsiyet		
Medeni durum	1. Bekâr	2. Ayrı yaşıyor	3. Boşanmış	
	4. Evli	5. Dul		
Yaşam ortamı	1. Yalnız	2. Anne-babasıyla	3. Eşiyle	
	4. Arkadaşlarıyla	5. Diğer		
Eğitim durumu	1. Okuryazar değil		3. Lise	
	2. İlköğretim		4. Üniversite	
Yaşadığı bölge	1. Kırsal		2. Kentsel	
Meslek	1. Ev hanımı	2. Esnaf	3. Memur	4. Diğer
	5. Öğrenci	6. Emekli	7. İşçi	8. Çalışmıyor
Sigara	1. Var (_____adet/gün)		2. Yok	
Alkol	1. Var (_____std. içki/hafta)		2. Yok	
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	1. _____ Var (_____)		2. Yok	
Ek psikiyatrik hastalık tanısı	1. _____ Var (_____)		2. Yok	
Psikiyatri servisi yatışı	1. Var (1-2 yatış)	2. Var (3-4 yatış)	3. Yok	
Varsa kullanılan psikotrop ilaç ve dozu		mg / gün		
Varsa kullanılan madde (birden çok seçilebilir)	1. Alkol	2. Opioid	3. Kannabinoid	4. Sedatif / Hipnotik
	5. Kokain	6. Stimulan	7. Hallüsinojen	8. Uçucu / Çözücü
Eşlik eden fiziksel hastalık tanısı	1. Var (_____)		2. Yok	
Gelir düzeyi	1. 5250 ve altı	2. 5250-15500	3. 15500 ve üzeri	

EK 2: AFEKTİF SİNİRBİLİM KİŞİLİK ÖLÇEĞİ

Seçtiğiniz rakamı lütfen (○) şekilde yuvarlak içine alın ve her madde için tek şıkkı işaretleyin.

Anahtar:

1. Kesinlikle katılıyorum
2. Katılıyorum
3. Katılmıyorum
4. Kesinlikle katılmıyorum

1. Hemen hemen her küçük problem veya bilinmeyen ilgimi çeker	1	2	3	4
2. Beni iyi tanıyanlar benim kaygılı bir insan olduğumu söyleyebilirler.	1	2	3	4
3. Başkalarıyla ilgilenmek ve onlara bakmak için genellikle güçlü bir ihtiyaç hissederim.	1	2	3	4
4. Engellendiğimde çoğunlukla kızgın olurum.	1	2	3	4
5. Kolayca eğlendirilebilen ve bolca gülen biriyim.	1	2	3	4
6. Çoğu zaman kendimi üzgün hissederim.	1	2	3	4
7. Evrenle bir bütün olduğumu hissetmek hayatıma daha fazla anlam katar.	1	2	3	4
8. Hislerim ve duygularımın farkında olmak için çaba gösteririm.	1	2	3	4
9. Özel olayları beklemekten fazla zevk almam.	1	2	3	4
10. Çoğu zaman karar vermekte zorlanmam.	1	2	3	4
11. Bazı insanların yavru hayvanlara karşı sergiledikleri abartılı tutumları çok saçma buluyorum.	1	2	3	4
12. Eğer istediğimi elde etmekte engellenmişsem genellikle durumu olduğu gibi kabullenirim.	1	2	3	4
13. Arkadaşlarım beni muhtemelen çok ciddi biri olarak tanımlarlar.	1	2	3	4
14. Birçok insana kıyasla reddedilmekten daha az etkilenirim.	1	2	3	4
15. Hayatımın anlamı diğer canlılarla bağlantımın olduğunu hissetmekten kaynaklanmaz.	1	2	3	4
16. Zaman zaman az da olsa dedikodu yaparım.	1	2	3	4
17. Yeni deneyimleri yaşamayı beklemekten gerçekten keyif alırım	1	2	3	4
18. Çoğunlukla, fırsat kaçtıktan sonra nasıl yakalayabilirdim diye düşünürüm.	1	2	3	4
19. Çocuklarla ilgilenmek, onlara bakmak hoşuma gidiyor.	1	2	3	4
20. Arkadaşlarım beni muhtemelen fevri (çabuk sinirlenen) biri olarak tanımlarlar.	1	2	3	4
21. Yapılan işi eğlenceli hale getiren biri olarak bilinirim.	1	2	3	4
22. Çoğu zaman ağlama isteği duyuyorum.	1	2	3	4
23. Genelde, yaradılışın güzelliğinden manevi bir haz alırım.	1	2	3	4
24. Müzik dinlerken bazen kendimi o kadar kaptırırm ki etrafımda olan biteni bile fark etmem.	1	2	3	4
25. Ulaşılmayacak büyük planlar yerine pratik hedefler seçmeyi tercih ederim.	1	2	3	4
26. Kendimi bir savaşçı olarak tanımlamam.	1	2	3	4
27. Hasta bir insana bakmak bana yük olur.	1	2	3	4
28. Bir şeyleri kırmak isteyecek kadar kızgın olduğum bir zaman hatırlayamıyorum.	1	2	3	4
29. İtiş kakış içeren sert oyunlar genellikle hoşuma gitmez.	1	2	3	4
30. Birçok insana kıyasla daha az üzgün hissediyorum.	1	2	3	4
31. Önemli zorlukların üstesinden gelmek için nadiren maneviyata sığınırım.	1	2	3	4
32. Her zaman doğruyu söylerim.	1	2	3	4
33. Cevabı aramak çözümü bulmak kadar zevklidir.	1	2	3	4
34. Çoğu zaman, kendimi dışarıdakilerin fark ettiğinden daha gergin hissederim.	1	2	3	4
35. Yavru hayvanların yanında olmayı severim.	1	2	3	4
36. Kızdığımda çoğu zaman içimden küfretmek gelir.	1	2	3	4
37. Genellikle iyi zamanları düşünür, mutlu olurum.	1	2	3	4
38. Çoğunlukla yalnız hissederim.	1	2	3	4
39. Bütün canlılarla bir olduğumu hissetmek benim için önemli bir ilham kaynağıdır.	1	2	3	4
40. Sabun köpüğündeki renkler gibi küçük şeylerden keyif almak hoşuma gider.	1	2	3	4
41. Genellikle, hedeflerim hakkında az hevesli ve az beklentili olurum.	1	2	3	4
42. Hayatta çok az sayıda korkum vardır.	1	2	3	4
43. Çocukların etrafında olmaktan özellikle bir keyif almam.	1	2	3	4

44. Engellendiğimde nadiren sinirlenirim.	1	2	3	4
45. Saçmalığa varan esprilerden hoşlanmam.	1	2	3	4
46. Aileme çok bağlıyım.	1	2	3	4
47. Benim için maneviyat içsel huzur ve uyumu sağlayan öncelikli bir kaynak değildir.	1	2	3	4
48. Bazen içimden küfretmek gelir.	1	2	3	4
49. Bir amaç uğruna çaba sarf etmek ve sonucunu beklemekten o amaca ulaşmak kadar zevk alırım.	1	2	3	4
50. Bazen sorunların hakkında kaygılanmaktan kendimi alamam.	1	2	3	4
51. Genellikle başı boş kalmış hayvanlara karşı yufka yürekliyim.	1	2	3	4
52. Biri beni kızdırdığında uzun süre etkisinde kalırım.	1	2	3	4
53. Beni tanıyanlar benim eğlenceyi seven biri olduğumu söylerler.	1	2	3	4
54. Çoğu zaman, sevmiş olduğum, artık yanımda olmayan insanlar hakkında düşünürüm.	1	2	3	4
55. Manevi konular üstünde yoğunlaşmak genellikle içimde güçlü bir hayranlık (duygu seli) ve imkanların sonsuzluğu hissini uyandırır.	1	2	3	4
56. Kendimi hiç şiir yazarak ifade etmeyi denemedim.	1	2	3	4
57. Genellikle sadece çözmüş olmak için problem veya bilinmeyenleri çözmekle ilgilenmem.	1	2	3	4
58. Arkadaşlarım benim cesur olduğumu ve beni korkutmanın zor olduğunu söyler.	1	2	3	4
59. Genelde evde hayvan beslemenin, değdiğinden daha fazla sorun çıkardığını düşünürüm.	1	2	3	4
60. Beni iyi tanıyanlar benim neredeyse hiç kızmadığımı söyler.	1	2	3	4
61. Şakalaşmaktan özellikle bir keyif duymam.	1	2	3	4
62. Arkadaşlarımla veya ailemin beni onaylamaması beni özellikle üzmez.	1	2	3	4
63. Hayatımın anlam ve amacını manevi değerlerim belirlemez.	1	2	3	4
64. Bir şeyden kaçmak için hiç hasta rolü yapmadım.	1	2	3	4
65. Meraklılığım beni bazen başkalarının boşa harcanan zaman olarak nitelendirdiği şeyleri yapmaya iter.	1	2	3	4
66. Çoğu zaman gelecek hakkında kaygılanırım.	1	2	3	4
67. Evsizler için üzülürüm.	1	2	3	4
68. Birisi yapmak istediğim şeyi yapmama engel olmaya çalışırsa rahatsız olurum.	1	2	3	4
69. Çoğu zaman mutluluk duyarım.	1	2	3	4
70. Sık sık sevdiğim kişileri kaybettiğimi düşünürüm.	1	2	3	4
71. İnsanlığın bir parçası olduğumu hissetmek beni daha etik seçimler yapmaya iter.	1	2	3	4
72. Şiirsel bir dil veya süslü hitap beni özellikle etkilemez.	1	2	3	4
73. Çıkıp yeni şeyler keşfetme ihtiyacını nadiren duyarım.	1	2	3	4
74. Bende kaygı uyandıran çok az şey vardır.	1	2	3	4
75. Başkalarının bana ihtiyaç duyduğunu hissetmek hoşuma gitmez.	1	2	3	4
76. Birisine vurmayı isteyecek kadar nadiren kızarım.	1	2	3	4
77. Birçok insanın komik bulduğu şeyler genelde bana komik gelmez.	1	2	3	4
78. Arkadaşlarımdan uzağa gitmek beni üzmez.	1	2	3	4
79. Koyduğum hedefler manevi değerlerimden etkilenmez.	1	2	3	4
80. Hayatımda karanlıktan korktuğum zamanlar olmuştur.	1	2	3	4
81. Yeni bir ortama girdiğimde, hep etrafımı incelemekten ve daha iyi tanımaktan hoşlanırım.	1	2	3	4
82. Çoğunlukla —Doğru kararı veriyor muyum? diye kaygılanırım.	1	2	3	4
83. Sık sık başkalarını iyi hissettirecek ufak tefek şeyler yaparım.	1	2	3	4
84. Olaylar istediğim gibi gelişmeyince bazen içimden bir şeye tekme atmak veya vurmak gelir.	1	2	3	4
85. Fiziksel temas içerenler dahil her türlü oyundan zevk alırım.	1	2	3	4
86. Arkadaşlarımla olamadığım zamanlar çoğunlukla sıkın ve bunalım hissedirim.	1	2	3	4
87. Manevi değerler sınırlarımı aşmama yardımcı olur.	1	2	3	4
88. Bir film ya da benzeri bir şey izlerken kendimi o kadar kaptırıyorum ki sanki onun bir parçasıymışım gibi hissediyorum.	1	2	3	4
89. Sorunları irdeleyip inceleyen biri değilim.	1	2	3	4
90. Geleceğim hakkında nadiren endişelenirim.	1	2	3	4
91. İnsanların benimle duygusal yakınlık kurmalarını özellikle istemem.	1	2	3	4
92. Birine bağırarak isteyecek kadar kızgın hale genellikle hiç gelmem.	1	2	3	4
93. Sadece eğlencesi için oynanan ve açık bir kazanını olmayan oyunlardan daha az zevk alırım.	1	2	3	4
94. Kaybettiğim insanları ve ilişkileri nadiren düşünürüm.	1	2	3	4
95. İnsanlara, onların istediği gibi davranıl sözünü benim hayat görüşüme uymaz.	1	2	3	4
96. Kasten hiç yalan söylemedim.	1	2	3	4
97. Çoğu zaman sanki her şeyi başarabilmişim gibi hissedirim.	1	2	3	4
98. Çoğu zaman sinirli hissedirim ve gevşemekte güçlük çekerim.	1	2	3	4
99. Başkalarının kayıplarının acılarını çok güçlü bir şekilde hissedebilen bir insanım.	1	2	3	4
100. Bazen, insanların çevirdiği dolambaçlı işler gerçekten sinirlerime dokunur.	1	2	3	4

101. Hayatı, eğlenmek için fırsatlarla dolu olarak görürüm.	1	2	3	4
102. Hüznü ve kayıp acısını güçlü hisseden biriyim.	1	2	3	4
103. Bazen müzik dinlerken tüylerim diken diken olur, ürperirim.	1	2	3	4
104. Çoğu zaman hayat anlamsız gelir.	1	2	3	4
105. Aşırı derecede ırdeleyici (araştıncı) biri değilim.	1	2	3	4
106. Genellikle bir şeyler hakkında kaygılanmaktan dolayı uykusuzluk çekmem.	1	2	3	4
107. Pek şefkatli değilim.	1	2	3	4
108. İnsanlar beni sinirlendirdiğinde onlara kötü şeyler söyleme ihtiyacını nadiren duyarım.	1	2	3	4
109. Başkalarıyla birlikte oyunlar oynamak benim için özellikle keyif veren bir şey değildir.	1	2	3	4
110. Başkalarıyla iletişim kurmaktan hemen hemen her zaman mutlu olurum.	1	2	3	4



EK 3: BORDERLINE KİŞİLİK ENVANTERİ

Aşağıdaki cümlelerden size uygun olanlarını işaretleyiniz.

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

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

EK 4: ZİHİNSELLEŞTİRME ÖLÇEĞİ (MENTS)

Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve size en uygun seçeneği 1 ile 5 arasında işaretleyiniz.

1	2	3	4	5			
Tamamen yanlış	Çoğunlukla yanlış	Hem doğru hem yanlış	Çoğunlukla doğru	Tamamen doğru			
1.	Davranışlarıma yol açan nedenleri anlamayı önemserim.		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.	Başkalarının kişilik özellikleri hakkında karar verirken ne söyleyip ne yaptıklarını dikkatlice gözlerim.		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.	Başkalarının duygularını tanıyabilirim.		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.	Çoğunlukla başkaları ve onların davranışları üzerine düşünürüm.		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.	Genellikle insanları neyin rahatsız ettiğini ayırt edebilirim.		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.	Başkalarının duygularını paylaşabilirim (örn. acısını/sevincini paylaşmak gibi).		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7.	Birisi beni sinirlendirdiğinde neden o şekilde tepki verdiğimi anlamaya çalışırım.		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8.	Kendimi kötü hissettiğimde üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumdan emin olamam.		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.	Başkalarının davranışlarını anlamaya çalışarak vaktimi harcamayı sevmem.		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10.	Başkalarının düşünce ve duygularını bildiğimde davranışları hakkında doğru tahminlerde bulunabilirim.		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.	Çoğu kez kendime bile neden öyle bir şey yaptığımı izah edemem/ açıklayamam.		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12.	Bazen bir başkasının duygularını o bana henüz bir şey söylemeden anlayabilirim.		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13.	Yakın olduğum insanlarla ilişkilerimde ne olup bittiğini anlamayı önemserim.		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14.	Kendimle ilgili hoşuma gitmeyecek bir şeyi keşfetmek istemem.		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15.	Yakın olduğum insanlarla sık sık duygular hakkında konuşurum.		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16.	Üzüldüğümü, incindiğimi ya da korktuğumu kendime itiraf etmeyi güç bulurum.		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17.	Sorunlarım hakkında düşünmekten hoşlanmam.		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

18.	Yakın olduğum insanların belirgin özelliklerini doğru ve ayrıntılı biçimde tarif edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19.	Tam olarak nasıl hissettiğim konusunda sıklıkla kafam karışıktır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20.	Duygularımı ifade etmek konusunda uygun sözcükleri bulmak benim için zordur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21.	İnsanlar bana kendilerini anladığımı ve akılcıca tavsiyeler verdiğimi söyler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22.	İnsanların neden belirli şekillerde davrandıkları hep ilgimi çekmiştir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23.	Ne hissettiğimi kolayca tanımlayabilirim/ tarif edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24.	İnsanlar kendi duyguları ve ihtiyaçları hakkında konuşturlarken aklım başka şeylere kayar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25.	Hepimiz hayat şartlarına tâbi/ bağlı olduğumuz için başkalarının niyetlerini veya isteklerini düşünmek anlamsızdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK 5: YANSITICI İŞLEYİŞ ÖLÇEĞİ (YİÖ)

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

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

Kesinlikle	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle
Katılmıyorum								Katılıyorum

1. ____ İnsanların düşünceleri benim için bir bilinmezdir.
2. ____ Bir başkasının ne düşündüğünü ya da nasıl hissettiğini anlamak benim için kolaydır.
3. ____ Ben değiştikçe ebeveynlerimin zihnimdeki resmi de değişir.
4. ____ İnsanların duygu ve düşünceleri hakkında çok fazla endişelenirim.
5. ____ Davranışlarımın başkalarının duyguları üzerindeki etkisine dikkat ederim.
6. ____ Başkalarının duygu ve düşüncelerini anlamam uzun zaman alır.
7. ____ Yakın arkadaşlarımın ne düşündüğünü tam olarak bilirim.
8. ____ Ne hissettiğimi her zaman bilirim.
9. ____ Kendimi nasıl hissettiğim, bir başkasının davranışını nasıl yorumladığımı kolayca etkileyebilir.
10. ____ Birisinin gözlerinin içine bakarak nasıl hissettiğini anlayabilirim.
11. ____ En iyi arkadaşlarımın tepkilerini bazen yanlış anlayabileceğimi fark ediyorum.
12. ____ Ne hissettiğim konusunda sıklıkla kafam karışır.
13. ____ Rüyalarımın anlamını merak ederim.
14. ____ Bir başkasının aklından geçenleri anlamak benim için asla zor değildir.
15. ____ Ebeveynlerimin bana karşı davranışlarının, onların yetiştirilme biçimiyle açıklanmaması gerektiğine inanıyorum.
16. ____ Neyi neden yaptığımı her zaman bilmem.
17. ____ İnsanların başkalarına verdiği tavsiyelerin, genellikle kendi yapmak istedikleri şeyler olduğunu fark ettim.
18. ____ İnsanların aklından neler geçtiğini anlamak benim için gerçekten zordur.
19. ____ Diğer insanlar bana iyi bir dinleyici olduğumu söyler.
20. ____ Sinirlendiğimde, neden söylediğimi gerçekten bilmediğim şeyler söylerim.
21. ____ Sıklıkla başkalarının davranışlarının ardında yatan anlamı merak ederim.
22. ____ Diğer insanların duygularını anlamlandırmak için gerçekten çok çabalarım.

23. ____ Sıklıkla, istediğim şeyleri yapmaları için insanları zorlamak zorunda kalırım.
24. ____ Genellikle yakınlarım, yaptığım şeyleri neden yaptığımı anlamakta zorluk çekerler.
25. ____ Eğer dikkatli olmazsam, bir başkasının hayatına çok fazla karışabileceğimi hissediyorum.
26. ____ Başkalarının duygu ve düşünceleri benim için kafa karıştırıcıdır.
27. ____ Bir başkasının ne yapacağını çoğunlukla tahmin edebilirim.
28. ____ Güçlü duygular genellikle düşüncelerimi bulanıklaştırır.
29. ____ Anladım ki, birisinin tam olarak ne hissettiğini bilmek için bunu ona sormam gerekir.
30. ____ Bir kişi hakkındaki sezgilerim neredeyse hiç yanlış çıkmaz.
31. ____ İnanıyorum ki, insanlar kendi inanç ve deneyimlerine bağlı olarak bir durumu çok farklı şekillerde görebilirler.
32. ____ Bazen kendimi bir şeyler söylerken bulurum ve onları neden söylediğim hakkında hiç fikrim olmaz.
33. ____ Davranışlarımın ardındaki nedenler üzerine düşünmeyi severim.
34. ____ Normalde insanların aklından geçenleri tahmin etmede iyiyimdir.
35. ____ Hislerime güvenirim.
36. ____ Sinirlendiğimde, sonradan pişman olacağım şeyler söylerim.
37. ____ İnsanlar duyguları hakkında konuştuklarında kafam karışır.
38. ____ İyi bir zihin-okuyucuyumdur.
39. ____ Sık sık zihnim boşmuş gibi hissedirim.
40. ____ Eğer güvensiz hissedersen, diğerlerini sinirlendirecek şekilde davranırım.
41. ____ Başkalarının bakış açılarını anlamakta zorlanırım.
42. ____ Genellikle diğer insanların tam olarak ne düşündüğünü bilirim.
43. ____ Güçlü duygular beslediğim şeyler hakkındaki hislerimin bile zamanla değişebileceğini öngörebilirim
44. ____ Bazen neden yaptığımı gerçekten bilmediğim şeyler yaparım.
45. ____ Duygularımı dikkate alırım.
46. ____ Bir tartışmada, diğer kişinin bakış açısını aklımda tutarım.
47. ____ Bir başkasının düşünceleri hakkındaki içgüdülerim genellikle çok doğrudur.
48. ____ İnsanların davranışlarının nedenlerini anlamak onları affetmeme yardımcı olur.
49. ____ Herhangi bir durumu değerlendirmenin DOĞRU bir yolu olmadığını düşünüyorum.
50. ____ İçgüdülerimden çok mantığımla hareket ederim.
51. ____ Çocukluğuma dair çok şey hatırlamıyorum.
52. ____ Başkasının aklından geçenleri tahmin etmeye çalışmanın bir anlamı olmadığına inanırım.
53. ____ Benim için insanın davranışları söylediklerinden daha önemlidir.
54. ____ Diğer insanların, çözmeye kalkışmak için fazla karmaşık olduklarına inanırım.

EK 6: DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (FORM- I)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 7: DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (FORM- II)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakın, kendine hâkim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüznümlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 8: BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Hastanın Soyadı, Adı:

Tarih:

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatan işaretlemeniz gerekmektedir.

1.
 - (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
 - (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 - (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 - (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
2.
 - (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
 - (1) Gelecek için karamsarım.
 - (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 - (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3.
 - (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
 - (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
 - (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 - (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4.
 - (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 - (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
 - (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 - (3) Her şeyden sıkılıyorum.
5.
 - (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
 - (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 - (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 - (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6.
 - (0) Kendimden memnunum.
 - (1) Kendimden pek memnun değilim.
 - (2) Kendime kızgıyım.
 - (3) Kendimden nefrete ediyorum.
7.
 - (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 - (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünüyorum.
 - (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
 - (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum
8.
 - (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
 - (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
 - (2) Kendimi öldürmek isterdim.
 - (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
9.
 - (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
 - (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 - (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
 - (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum
10.
 - (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
 - (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
 - (2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
 - (3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
11.
 - (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
 - (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
 - (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.

- (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
12. (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
13. (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
14. (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
15. (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
16. (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
17. (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
18. (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
19. (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
20. (0) Sekse karşı ilimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla seксе ilim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
21. (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

BDE puanı:

EK 9: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere [x] işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

EK 10: HAMILTON DEPRESYON DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

		Puan
1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ	(1-5)	
2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER	(1-5)	
3. GENİTAL SEMPTOMLAR	(1-3)	
4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL	(1-3)	
5. KİLO KAYBI		
A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN	(1-4)	
B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ	(1-4)	
6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)	(1-3)	
7. UYKUSUZLUK (ORTA)	(1-3)	
8. UYKUSUZLUK (GEÇ)	(1-3)	
9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)	(1-3)	
10. SUÇLULUK DUYGULARI	(1-5)	
11. İNTİHAR	(1-5)	
12. PSİŞİK KAYGI	(1-5)	
13. SOMATİK KAYGI	(1-5)	
14. HİPOKONDİRİ	(1-5)	
15. İÇGÖRÜ	(1-3)	
16. YAVAŞLAMA	(1-5)	
17. AJİTASYON	(1-5)	
TOPLAM		*****

EK 11: HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

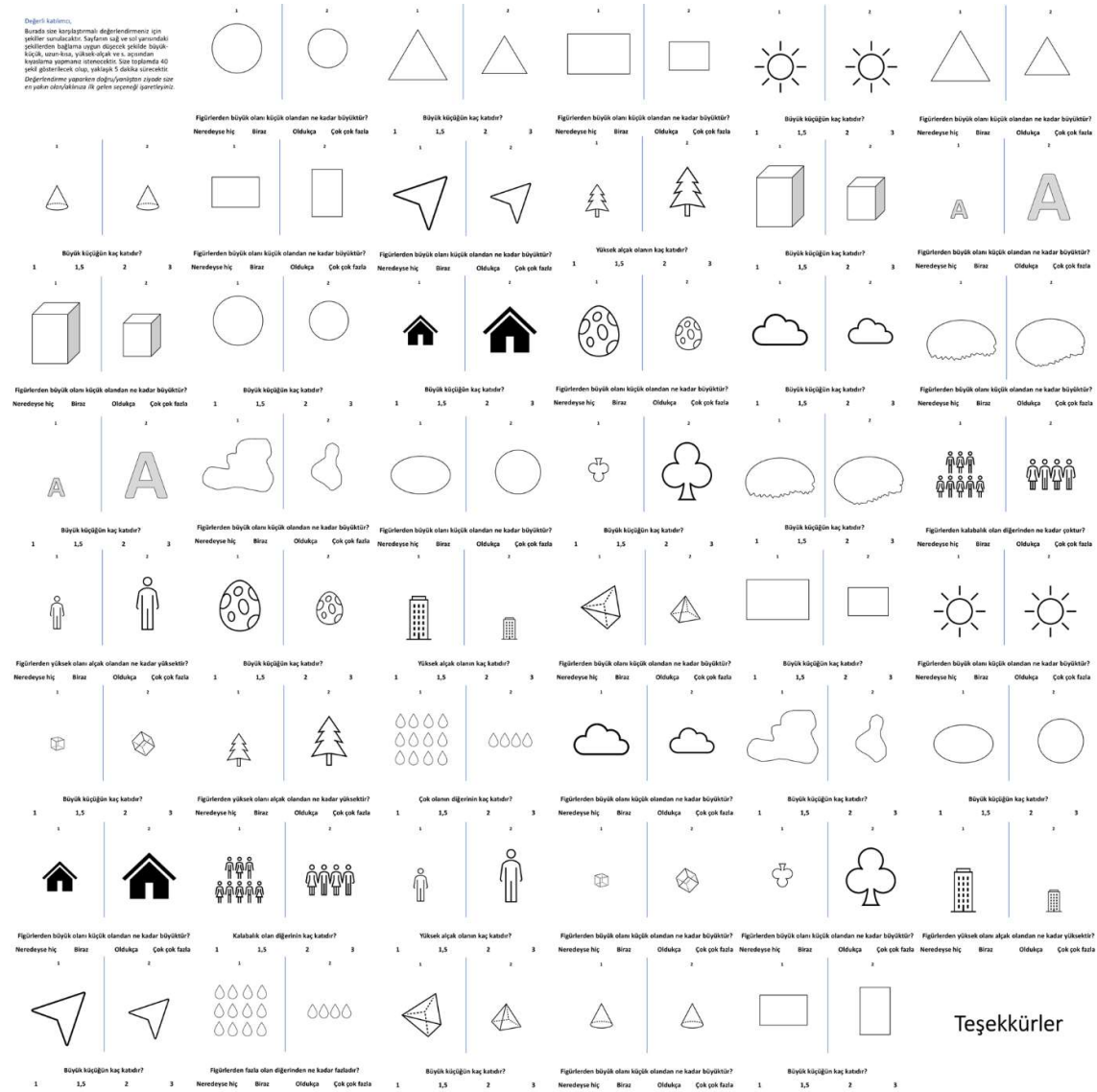
Lütfen her konu başlığı için 0-4 arası bir puan verin

	Puan
1. ANKSİYETELİ MİZAÇ	☐
2. GERİLİM	☐
3. KORKULAR	☐
4. UYKUSUZLUK	☐
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif)	☐
6. DEPRESİF MİZAÇ	☐
7. SOMATİK (muskuler)	☐
8. SOMATİK (duygusal)	☐
9. KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR	☐
10. SOLUNUM SEMPTOMLARI	☐
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR	☐
12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR	☐
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR	☐
14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ	☐
TOPLAM PUAN:	
PSİŞİK (1,2,3,5,6)	
SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13,14)	

EK 12. YORUMLAMA PARADİGMASINDA KULLANILAN GÖRSELLER

Değerli katılımcı,
Burada size kendi

Burada size karşılaştırmalı değerlendirmemiz için şekiller sunulacaktır. Sayfa'nın sağ ve sol yarısındaki şekillerden başlama uygun düşecek şekilde büyük-küçük, uzun-kısa, yüksek-alçak ve s. açısından kayıtlama yapmanız istenecektir. Size toplamda 40 şekil gösterilecek olup, yaklaşık 5 dakika sürecektir. Değerlendirme yaparken doğru/yanlışın ziyade size en yakın olan/ağınıza ilk gelen seçeneği işaretleyiniz



Teşekkürler

EK 13. ETİK KURUL ONAY YAZISI

EVRENK TARİHİ ve Sayısı: 13.09.2022-159523



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu

Sayı : E-94603339-604.01.02-159523
Konu : Proje Onayı

13.09.2022

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALINA

Anabilim Dalınızda görev yapmakta olan Prof. Dr. Gamze Özçürümez Bilgili tarafından yürütülecek olan KA22/371 nolu "Sınır kişilik bozukluğunda abartma eğiliminin algısal değerlendirme süreçleri ile ilişkisinin araştırılması" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 07/09/2022 tarih ve 22/163 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

Prof. Dr. Ahmet Eftal YÜCEL
Kurul Başkan Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSPB405B9C

Belge Doğrulama Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/baskent-universitesi-ebys>

Taşkent Caddesi (Eski 1. Cadde) 77. Sokak (Eski 16. Sokak) No:11 06490 Bahçelievler / Ankara

Telefon No:0 312 212 90 65 Faks No:0 312 221 37 59

e-Posta: arastirma@baskent.edu.tr İnternet Adresi: www.baskent.edu.tr

Kep Adresi: baskentuniversitesi@hs02.kep.tr

Bilgi için: Lihfer TAŞBİLEK

Sekreter

Telefon No: 2129065-2228

